

Desigualdades no uso dos serviços de saúde em um município no Sul do Brasil em 2019: estudo transversal

Inequalities in the use of health services in a municipality in Southern Brazil in 2019: a cross-sectional study

Desigualdades en el uso de los servicios de salud en un municipio del Sur de Brasil en 2019: estudio transversal

Micaela Rabelo Quadra¹ , Antônio Augusto Shäfer² , Fernanda de Oliveira Meller² 

¹Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Criciúma, SC, Brasil

²Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, SC, Brasil

RESUMO

Objetivo: avaliar desigualdades no uso dos serviços de saúde em um município do Sul do Brasil. **Métodos:** estudo transversal de base populacional com adultos residentes na área urbana do município de Criciúma, no estado de Santa Catarina, Brasil, entre março e dezembro de 2019; desfechos do estudo foram consulta médica, consulta odontológica, orientação nutricional e uso do Sistema Único de Saúde (SUS); exposições foram idade, escolaridade e renda; desigualdades foram analisadas pelo índice absoluto de desigualdade e gráficos *equiplots*. **Resultados:** foram incluídos 820 indivíduos; realização de consulta médica foi maior (14,2 pontos percentuais [p.p.]), e de consulta odontológica, menor (-29,5 p.p.), em idosos, comparados a jovens; realização de consulta odontológica (41,1 p.p.) e orientação nutricional (18,0 p.p.) foi maior nos mais escolarizados, comparados aos menos escolarizados; uso do SUS foi maior em idosos (21,3 p.p.), menos escolarizados (-61,2 p.p.) e com menor renda (-51,6 p.p.), comparados a seus pares. **Conclusão:** para seu desenvolvimento, as políticas públicas devem considerar essas desigualdades.

Palavras-chave: Desigualdade em Saúde; Uso de Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Índice Absoluto de Desigualdade; Estudos Transversais.

INTRODUÇÃO

A saúde individual e coletiva pode ser influenciada por diferenças contextuais e territoriais, bem como por distinções sociais.¹ Para o enfrentamento dessas diferenças, os serviços de saúde são ferramentas com potencialidade de redução das desigualdades em saúde, sendo as ações intersetoriais e as políticas de saúde essenciais para o pleno desempenho de intervenções que visem mudar a situação de saúde da população.¹⁻³

O uso dos serviços de saúde é definido como o contato do usuário com tais serviços, para fins de prevenção, manutenção ou recuperação de saúde, sendo os motivos para tal busca variados e dependentes das necessidades individuais e do contexto comunitário.³ No Brasil, os serviços de saúde são ofertados à população pelos setores público e privado.⁴

O Sistema Único de Saúde (SUS) corresponde aos serviços de saúde prestados pelo setor público, podendo, de forma complementar, ter a participação da iniciativa privada. Diferentemente do sistema de saúde brasileiro anterior, que era caracterizado por fragmentação e iniquidades no cuidado, o SUS visa fornecer cobertura universal à saúde, considerando os princípios de universalidade, integralidade, equidade, participação social, descentralização, hierarquização e regionalização.⁴⁻⁵

A análise das desigualdades sociais na qualidade, acesso e uso dos serviços de saúde é de suma importância para a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde.² Desde sua implantação, o SUS contribuiu de modo significativo para a redução das desigualdades em saúde no Brasil; todavia, considerando-se as diferenças sociais e econômicas entre as grandes regiões do país, desigualdades no acesso da população e na atenção à saúde ainda se fazem presentes.²

Condições de saúde de um indivíduo não são determinadas somente por questões biológicas e individuais. Os determinantes sociais de saúde são condições sociais, culturais, comportamentais,

Contribuições do estudo	
Principais resultados	Consulta médica foi mais e odontológica menos frequente em idosos. Consulta odontológica e orientação nutricional foram mais frequentes em mais escolarizados. Uso do Sistema Único de Saúde foi mais frequente em idosos, menos escolarizados e com menor renda.
Implicações para os serviços	Para ampliar a interdisciplinaridade no cuidado, são necessárias ações conjuntas entre profissionais e gestão, ressaltando e divulgando à população a importância e disponibilidade do atendimento multiprofissional para a atenção à saúde.
Perspectivas	Os achados ressaltam a importância de desenvolver interdisciplinaridade no cuidado em saúde, pela ampliação do acesso aos serviços multiprofissionais e direcionamento de políticas e ações de saúde aos grupos de maior risco para desigualdades.

econômicas, políticas e raciais que também influenciam na saúde da população, destacando-se que um processo de doença não é formado apenas por uma relação entre causa e efeito, mas também por iniquidades.⁵

Nesse sentido, o desenvolvimento de pesquisas de base populacional é de suma importância para a avaliação das desigualdades socioeconômicas relacionadas ao uso dos serviços de saúde.² Tais pesquisas têm por finalidade principal promover melhorias no funcionamento do sistema e das políticas de saúde, bem como estabelecer relações entre os níveis hierárquicos

dos determinantes sociais e seu impacto sobre a saúde da população.^{1,5}

O presente estudo teve como objetivo avaliar desigualdades no uso dos serviços de saúde em um município do Sul do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base populacional conduzido no município de Criciúma, Santa Catarina, entre março e dezembro do ano de 2019. Criciúma tem 219.393 habitantes, apresenta uma densidade demográfica de 815,87 habitantes por km², índice de desenvolvimento humano de 0,788 e um produto interno bruto (PIB) *per capita* de R\$ 36.073,31.⁶ Os dados deste trabalho são originários da pesquisa *Saúde da População Criciumense*, primeiro estudo de base populacional conduzido entre adultos e idosos residentes no município, com o objetivo de analisar sua saúde e fatores associados.

Todas as pessoas com 18 anos de idade ou mais, residentes na área urbana de Criciúma, foram consideradas elegíveis para o estudo. Indivíduos impossibilitados de responder e/ou concluir a entrevista, devido a déficits cognitivos, foram excluídos.

O cálculo da amostra teve por base os dados do Censo Demográfico de 2010 e foi realizado em duas etapas: primeiramente, (i) a seleção dos setores censitários (unidades primárias), e logo, (ii) a seleção dos domicílios (unidades secundárias) das unidades primárias.⁷ Foram listados, em ordem crescente e conforme código determinado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), todos os 306 setores censitários localizados na área urbana de Criciúma que contavam com domicílios privados; desses, 25% dos setores censitários foram sorteados, totalizando 77, nos quais foram identificados 15.218 domicílios, 618 deles selecionados de forma sistemática, para participar do estudo. Todos os moradores elegíveis dos domicílios selecionados foram convidados a participar.

Para a coleta de dados, aplicou-se um questionário face a face, único, pré-codificado e

padronizado, cujo tempo médio de aplicação era de 30 minutos, abordando questões sociodemográficas, comportamentais, antropométricas e de saúde.

Os desfechos estudados foram: realização de consulta médica (sim; não); realização de consulta odontológica (sim; não); e recebimento de orientação nutricional por nutricionista, médico ou enfermeiro (sim; não); no SUS ou privado de saúde. O uso do SUS (sim; não), correspondente à realização de um dos atendimentos previstos no SUS também foi um desfecho avaliado. As informações foram dadas pelos participantes e tinham por referência o ano prévio à entrevista.

As variáveis independentes foram: sexo (masculino; feminino); idade (em anos: 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 ou mais); raça/cor da pele (branca; preta; parda/amarela/indígena); renda (em reais: até 500,00; 500,00 a 1.000,00; 1.001,00 a 2.000,00; 2.001,00 ou mais); e escolaridade (em anos de estudo: 0 a 4; 5 a 8; 9 a 11; 12 ou mais).

Foram realizadas análises descritivas através da apresentação das frequências absolutas e relativas e calculados intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) para todas as variáveis estudadas. Para avaliar os desfechos (uso de serviços do SUS; realização de consulta médica; realização de consulta odontológica; e recebimento de orientação nutricional) de acordo com sexo, idade, raça/cor da pele, renda e escolaridade, foram calculadas prevalências e IC_{95%} e as diferenças foram testadas pelo teste qui-quadrado de Pearson; análises ajustadas foram realizadas por meio da regressão de Poisson com variância robusta.⁸ Como medida de efeito da análise ajustada, foi apresentada a razão de prevalência (RP). Considerou-se o nível de significância de 5% e IC_{95%}.

Para as análises ajustadas, foi construído modelo hierárquico para identificar possíveis confundidores.⁹ No primeiro nível desse modelo, foram incluídos sexo, raça/cor da pele e idade; e no segundo nível, renda e escolaridade. As variáveis que apresentaram um nível de significância de 20% (p-valor < 0,20) permaneceram no modelo final de análise.

As desigualdades foram avaliadas considerando-se as variáveis idade, renda e escolaridade. Para medir tais desigualdades, foi utilizado o *Slope Index of Inequality* (SII), ou índice angular de desigualdade. Nesse índice, a diferença, em pontos percentuais, das prevalências dos desfechos nos grupos extremos das variáveis independentes incluídas foi calculada comparando-se, dessa forma, os mais favorecidos com os menos favorecidos (neste trabalho: idade 18 a 29 *versus* ≥ 60 anos; renda \geq R\$ 2.001,00 *versus* $<$ R\$ 500,00 reais; escolaridade ≥ 12 *versus* 0 a 4 anos de estudo). Valores positivos indicam maior prevalência do desfecho no grupo mais favorecido da variável independente, enquanto valores negativos, maior prevalência do desfecho no grupo menos favorecido da variável independente.¹⁰⁻¹³ Gráficos *equiplots* também foram construídos, com o propósito de ilustrar as desigualdades.

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o programa Stata v. 16.0, e consideraram a amostragem complexa empregada mediante o uso do comando *svy*.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense em 14 de dezembro de 2018: Protocolo nº 3.084.521 (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 04033118.4.0000.0119). Todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da entrevista.

RESULTADOS

Foram entrevistados 820 indivíduos, em sua maior parte do sexo feminino (63,78%) e de raça/cor da pele branca (82,50%). Aproximadamente metade deles tinha ≥ 60 anos de idade (45,00%) e até 8 anos completos de estudo (53,60%); quanto à renda, cerca de um terço (31,19%) recebia entre R\$ 1.001,00 e R\$ 2.000,00 mensais (dados não apresentados nas tabelas). Perdas e recusas totalizaram 13,9%.

No que diz respeito ao uso dos serviços de saúde, 96,32% dos entrevistados tinham utilizado algum dos serviços avaliados no último ano. Entre os que o utilizaram, 40,43% fizeram uso de serviços de natureza pública e 35,97% de natureza privada, enquanto o uso de serviços de ambos os setores – público e privado – foi referido por 23,60% dos participantes. Quanto às consultas, 88,30% dos integrantes da amostra haviam realizado consulta médica e destes, 64,44% no SUS. A frequência de realização de consulta odontológica foi de 68,79%, a maioria realizada no setor privado (71,70%). Pouco mais de um quarto dos entrevistados havia recebido orientação nutricional (29,78%), 58,82% deles no SUS (Tabela 1).

A prevalência de uso de serviços do SUS foi maior no sexo feminino (p -valor = 0,002), em indivíduos com mais idade (p -valor = 0,001), com menor renda mensal (p -valor $<$ 0,001) e menos escolarizados (p -valor $<$ 0,001). Após ajustes, quanto menor a renda e a escolaridade, maior o uso de serviços do SUS (p -valor $<$ 0,001 para as duas variáveis) (Tabela 2).

Indivíduos mais jovens apresentaram menor prevalência de consulta médica (p -valor = 0,002), e maior prevalência de consulta odontológica (p -valor $<$ 0,001). Menor escolaridade foi associada com menores prevalências de consulta odontológica (p -valor $<$ 0,001) e de recebimento de orientação nutricional (p -valor = 0,008). Após ajustes, indivíduos mais jovens (18-29 anos) apresentaram menos realização de consulta médica (RP = 0,88; IC_{95%} 0,79;0,97) e mais realização de consulta odontológica (RP = 1,14; IC_{95%} 1,00;1,30) em comparação aos idosos (≥ 60 anos). Quanto menor a escolaridade, menor a prevalência de realização de consulta odontológica (p -valor $<$ 0,001). Pessoas com até 4 anos completos de estudo apresentaram menor prevalência de recebimento de orientação nutricional (RP = 0,62; IC_{95%} 0,45;0,86), comparados aos mais escolarizados (≥ 12 anos).

As desigualdades no uso dos serviços do SUS, avaliadas pelo SII de acordo com idade, renda e

Tabela 1 – Uso dos serviços de saúde no último ano por residentes de Criciúma, Santa Catarina, 2019 (n = 820)

Variáveis	n	% (IC _{95%}) ^a
Uso dos serviços de saúde^b		
Não	30	3,68 (2,58;5,22)
Sim	785	96,32 (94,78;97,42)
Natureza do serviço de saúde^c		
Público	317	40,43 (37,04;43,92)
Privado	282	35,97 (32,68;39,40)
Público e privado	185	23,60 (20,75;26,70)
Realização de consulta médica		
Não	95	11,70 (9,66;14,10)
Sim	717	88,30 (85,90;90,34)
Natureza do serviço onde realizou a consulta médica^d		
Público	462	64,44 (60,85;67,86)
Privado	255	35,56 (32,14;39,15)
Realização de consulta odontológica^e		
Não	242	31,31 (28,13;34,67)
Sim	531	68,79 (65,33;71,87)
Natureza do serviço onde realizou a consulta odontológica^f		
Público	150	28,30 (24,62;32,30)
Privado	380	71,70 (67,70;75,40)
Recebeu orientação nutricional		
Não	573	70,22 (66,99;73,26)
Sim	243	29,78 (26,73;33,01)
Natureza do serviço onde recebeu orientação nutricional^{g,h}		
Público	90	58,82 (50,80;66,40)
Privado	63	41,18 (33,60; 49,20)

a) IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%; b) Realização de consulta médica, consulta odontológica ou recebimento de orientação nutricional, no SUS ou privado, no último ano; c) Para aqueles que responderam “sim” à variável “uso dos serviços de saúde”; d) Para aqueles que responderam “sim” à variável “consulta médica”; e) Percentual máximo de observações desconhecidas para consulta odontológica: 5,7% (n = 47); f) Para aqueles que responderam “sim” à variável “consulta odontológica”; g) Para aqueles que responderam “sim” à variável “orientação nutricional”; h) As respostas “outro”, “mídia” e “hospital” foram excluídas da análise, por não considerarem o setor do serviço.

Tabela 2 – Prevalência e razão de prevalência (RP) ajustada do uso de serviços do Sistema Único de Saúde pelas características sociodemográficas da população, Criciúma, Santa Catarina, 2019 (n = 317)

Variáveis	n	% (IC _{95%}) ^a	p-valor ^b	RP (IC _{95%}) ^a	p-valor ^c
Sexo			0,002		0,772
Masculino	100	44,84 (38,41;51,46)		1,00	
Feminino	217	57,71 (52,64;62,63)		0,98 (0,83;1,15)	
Idade (anos)			0,001		0,280
18-29	22	33,85 (23,26;46,34)		0,78 (0,54;1,12)	
30-39	26	39,39 (28,21;51,81)		0,89 (0,65;1,22)	
40-49	38	60,32 (47,60;71,78)		1,15 (0,92;1,43)	
50-59	72	58,54 (49,56;66,98)		1,05 (0,88;1,25)	
≥ 60	159	56,38 (50,51;62,08)		1,00	
Raça/cor da pele^d			0,098		0,169
Branca	246	51,04 (46,57;55,49)		1,00	
Preta	24	66,67 (49,38;80,39)		1,27 (0,98;1,64)	
Parda/amarela/indígena	40	59,70 (47,40;70,90)		1,09 (0,91;1,32)	
Renda (R\$)			< 0,001		< 0,001
< 500,00	72	68,57 (58,98;76,80)		2,00 (1,56;2,57)	
Entre 500,00 e 1.000,00	89	68,99 (60,42;76,43)		1,76 (1,36;2,27)	
Entre 1.001,00 e 2.000,00	96	56,80 (49,18;64,12)		1,63 (1,27;2,10)	
≥ 2.001,00	54	30,17 (23,85;37,33)		1,00	
Escolaridade (anos de estudo)			< 0,001		< 0,001
0-4	118	71,08 (63,68;77,51)		3,36 (2,07;5,43)	
5-8	107	68,59 (60,83;75,43)		3,24 (2,00;5,25)	
9-11	76	39,58 (32,87;46,71)		2,00 (1,22;3,28)	
≥ 12	16	18,82 (11,78;28,71)		1,00	

a) IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%; b) Teste qui-quadrado de Pearson; c) Teste de Wald para tendência linear; d) Dado faltante em 7 participantes

Tabela 3 – Prevalência e razão de prevalência (RP) da realização de consulta médica, consulta odontológica e recebimento de orientação nutricional pelas características sociodemográficas da população, Criciúma, Santa Catarina, 2019

Variáveis	Realização de consulta médica (n = 717)					Realização de consulta odontológica (n = 531)					Recebimento de orientação nutricional (n = 243)				
	n	% (IC _{95%} ^a)	p-valor ^b	RP (IC _{95%} ^a)	p-valor ^c	n	% (IC _{95%} ^a)	p-valor ^b	RP (IC _{95%} ^a)	p-valor ^c	n	% (IC _{95%} ^a)	p-valor ^b	RP (IC _{95%} ^a)	p-valor ^c
Sexo			0,075		0,077			0,288		0,670			0,097		0,054
Masculino	250	85,62 (81,09;89,21)		1,00		201	71,02 (65,44;76,03)		1,00		78	26,26 (21,55;31,59)		1,00	
Feminino	467	89,81 (86,89;92,12)		1,05 (0,99;1,11)		330	67,35 (63,05;71,37)		0,98 (0,89;1,08)		165	31,79 (27,92;35,94)		1,25 (0,99;1,57)	
Idade (anos completos)			0,002		0,001			< 0,001		0,012			0,774		0,452
18-29	81	82,65 (73,73;89,00)		0,88 (0,79;0,97)		79	83,16 (74,13;89,48)		1,14 (1,00;1,30)		32	31,68 (23,27;41,48)		0,87 (0,62;1,21)	
30-39	73	78,49 (68,86;85,77)		0,84 (0,75;0,94)		77	84,62 (75,53;90,74)		1,19 (1,05;1,35)		32	34,41 (25,38;44,73)		0,97 (0,69;1,36)	
40-49	75	89,29 (80,51;94,38)		0,96 (0,88;1,04)		56	68,29 (57,32;77,55)		1,04 (0,88;1,23)		23	27,38 (18,82;38,02)		0,84 (0,57;1,22)	
50-59	151	88,30 (82,52;92,35)		0,95 (0,90;1,02)		109	66,46 (58,84;73,31)		1,04 (0,91;1,19)		47	27,49 (21,28;34,71)		0,87 (0,65;1,16)	
≥ 60	337	92,08 (88,81;94,45)		1,00		210	61,58 (56,29;66,62)		1,00		109	29,70 (25,23;34,59)		1,00	
Raça/cor da pele			0,960		0,918			0,819		0,772			0,262		0,208
Branca	582	88,72 (86,05;90,92)		1,00		428	68,70 (64,94;72,22)		1,00		194	29,53 (26,16;33,14)		1,00	
Preta	41	89,13 (75,95;95,51)		1,02 (0,92;1,13)		30	65,22 (50,13;77,76)		0,92 (0,74;1,13)		12	24,49 (14,26;38,74)		0,82 (0,49;1,38)	
Parda/ amarela/ indígena	79	87,78 (79,12;93,16)		1,00 (0,92;1,08)		60	70,59 (59,92;79,39)		1,04 (0,90;1,20)		33	36,67 (27,27;47,21)		1,28 (0,95;1,72)	

Continua

Continuação

Tabela 3 – Prevalência e razão de prevalência (RP) da realização de consulta médica, consulta odontológica e recebimento de orientação nutricional pelas características sociodemográficas da população, Criciúma, Santa Catarina, 2019

Variáveis	Realização de consulta médica (n = 717)					Realização de consulta odontológica (n = 531)					Recebimento de orientação nutricional (n = 243)				
	n	% (IC _{95%} ^a)	p-valor ^b	RP (IC _{95%} ^a)	p-valor ^c	n	% (IC _{95%} ^a)	p-valor ^b	RP (IC _{95%} ^a)	p-valor ^c	n	% (IC _{95%} ^a)	p-valor ^b	RP (IC _{95%} ^a)	p-valor ^c
Renda (R\$)			0,351		0,276			0,050		0,332			0,946		0,602
< 500,00	130	86,09 (79,55;90,79)		1,03 (0,95;1,12)		99	68,75 (60,66;75,84)		0,95 (0,83;1,09)		44	29,33 (22,55;37,17)		0,92 (0,66;1,27)	
Entre 500,00 e 1.000,00	152	92,12 (86,86;95,39)		1,06 (0,99;1,14)		91	59,87 (51,83;67,41)		0,92 (0,79;1,07)		46	27,88 (21,53;35,26)		0,94 (0,68;1,31)	
Entre 1.001,00 e 2.000,00	214	88,43 (83,72;91,91)		1,03 (0,96;1,10)		157	68,86 (62,52;74,56)		0,98 (0,87;1,10)		71	28,74 (23,42;34,73)		0,96 (0,73;1,28)	
≥ 2.001,00	200	87,34 (82,34;91,07)		1,00		166	73,45 (67,28;78,83)		1,00		70	30,57 (24,92;36,87)		1,00	
Escolaridade (anos de estudo)			0,624		0,144			< 0,001		< 0,001			0,008		0,001
0-4	196	90,32 (85,58;93,62)		0,95 (0,87;1,04)		101	49,51 (42,66;56,37)		0,64 (0,54;0,76)		55	25,35 (19,97;31,59)		0,62 (0,45;0,86)	
5-8	188	86,24 (80,97;90,23)		0,94 (0,87;1,03)		140	68,97 (62,23;74,98)		0,86 (0,76;0,98)		54	24,66 (19,37;30,83)		0,61 (0,44;0,85)	
9-11	232	88,21 (83,70;91,60)		0,99 (0,91;1,07)		197	77,87 (72,30;82,58)		0,95 (0,85;1,06)		89	33,46 (28,02;39,37)		0,84 (0,63;1,11)	
≥ 12	100	88,50 (81,09;93,24)		1,00		92	82,14 (73,83;88,24)		1,00		45	39,82 (31,14;49,20)		1,00	

a) IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%; b) Teste qui-quadrado de Pearson; c) Teste de Wald.

Tabela 4 – Desigualdades absolutas na realização de consulta médica, consulta odontológica, recebimento de orientação nutricional e uso dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com idade, renda e escolaridade, Criciúma, Santa Catarina, 2019

Desfecho	Coefficiente ^{a,b}	p-valor
Realização de consulta médica		
Idade ^c	14,2	0,001
Renda ^d	-1,2	0,779
Escolaridade ^e	-1,8	0,636
Realização de consulta odontológica		
Idade ^c	-29,5	< 0,001
Renda ^d	11,0	0,061
Escolaridade ^e	41,1	< 0,001
Recebimento de orientação nutricional		
Idade ^c	-2,8	0,632
Renda ^d	2,3	0,687
Escolaridade ^e	18,0	0,001
Uso dos serviços do SUS		
Idade ^c	21,3	0,003
Renda ^d	-51,6	< 0,001
Escolaridade ^e	-61,2	< 0,001

a) Análise realizada utilizando-se o *Slope index of inequality* (SII = índice absoluto de desigualdade); b) Unidade de medida: pontos percentuais; c) Idade: 18 a 29 *versus* ≥ 60 anos; d) Renda: < R\$ 500,00 *versus* ≥ R\$ 2.001,00; e) Escolaridade: 0 a 4 *versus* ≥ 12 anos de estudo.

escolaridade, podem ser consultadas na Tabela 4 e encontram-se ilustradas graficamente na Figura 1. A frequência de realização de consulta médica foi 14,2 pontos percentuais (p.p.) maior nos idosos, em comparação aos mais jovens (18 a 29 anos). Já a consulta odontológica foi majoritariamente concentrada nos mais jovens e mais escolarizados. Os indivíduos com 18 a 29 anos de idade apresentaram prevalência 29,5 p.p. maior do que os idosos; essa mesma prevalência entre os mais escolarizados foi 41,1 p.p. maior quando comparada à dos menos escolarizados. O recebimento de orientação nutricional foi mais concentrado nos indivíduos mais escolarizados, ou seja, estes apresentaram prevalência 18,0 p.p. maior quando comparados aos menos escolarizados. A frequência de uso dos serviços do SUS

foi maior entre os indivíduos idosos, de menor renda e menos escolarizados. Especificamente, idosos apresentaram prevalência 21,3 p.p. maior de uso do SUS, na comparação com os mais jovens. Por fim, aqueles que recebiam até R\$ 500,00 mensais e tinham até 4 anos de estudo apresentaram, respectivamente, prevalências 51,6 e 61,2 p.p. maiores de uso de serviços do SUS, quando comparados àqueles de maior renda e maior escolaridade.

DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou importantes desigualdades, quando consideradas as variáveis idade, renda e escolaridade no perfil de uso dos serviços de saúde. Os idosos apresentaram maior frequência de realização de consulta médica

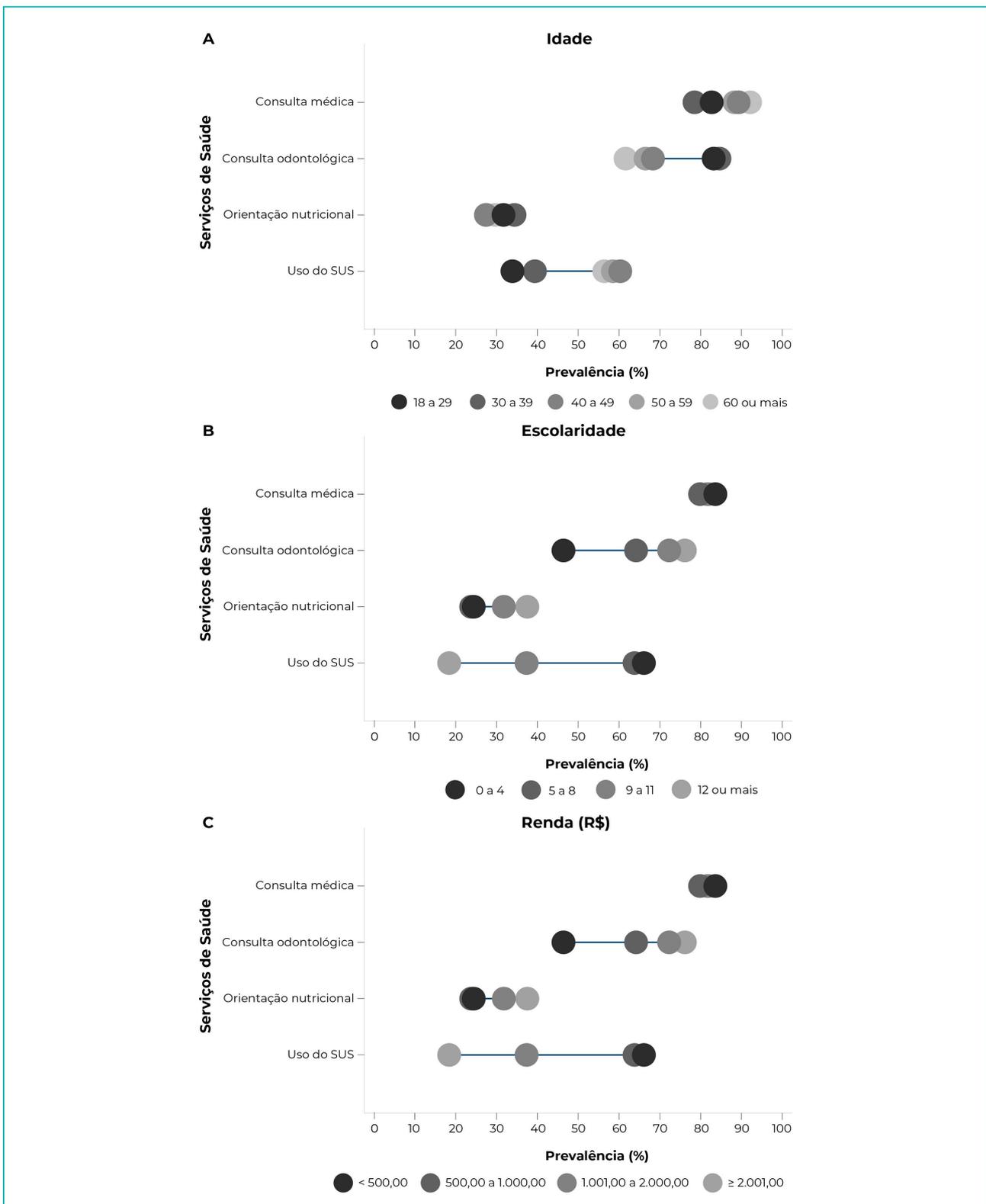


Figura 1 – Percentual de realização de consulta médica, consulta odontológica, recebimento de orientação nutricional e uso dos serviços do Sistema Público de Saúde (SUS) de acordo com idade (A), escolaridade (B) e renda (C), Criciúma, Santa Catarina, 2019

e menor frequência de realização de consulta odontológica, frente aos mais jovens, enquanto indivíduos com maior escolaridade apresentaram maior frequência de recebimento de orientação nutricional e de realização de consulta odontológica, comparados àqueles com menos anos de estudo. Por sua vez, maior frequência de uso de serviços do SUS foi encontrada em idosos, indivíduos menos escolarizados e de menor renda, comparados a seus pares.

A Política Nacional de Saúde (PNS), inquérito brasileiro de abrangência nacional com a população de 14 anos de idade ou mais, realizado em 2019, e estudo representativo da população idosa brasileira realizado com dados do *Global Burden of Disease de 2017*, também conduzido no território nacional, apontam que o envelhecimento se faz acompanhar de aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, na mortalidade e no crescimento da incapacidade por tais doenças, sendo a faixa etária igual ou superior a 60 anos a mais atingida. Isto, muito provavelmente, decorre do aumento da expectativa de vida e da ampliação do acesso à saúde,^{14,15} o que poderia facilitar o desenvolvimento e a identificação dessas doenças. A existência de tais enfermidades, assim como o maior número de comorbidades, está relacionada ao maior uso de serviços de saúde, inclusive de consulta médica,¹⁴ o que, muito provavelmente, se deve à necessidade de tratamento e acompanhamento das condições de saúde dos indivíduos. Em concordância, outro estudo, sobre dados da PNS de 2013, demonstra que a existência de alguma condição crônica de saúde, limitação funcional e pior percepção de saúde¹⁵ está associada a maior busca por atendimento médico.

Sobre a realização de consulta odontológica, identificou-se que idosos apresentaram menor frequência, ao passo que aqueles com maior escolaridade, maior frequência desse atendimento. No Brasil, pesquisa de avaliação da tendência de desigualdade no uso de serviços odontológicos, estimada pelo índice SII, tendo como referência os

períodos de 1998 e 2013, sobre dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada pelo IBGE, de 1998 a 2008, e da PNS 2013 (ambas conduzidas no território nacional, a primeira com dados de todos os residentes nos domicílios selecionados, e a segunda, apenas com indivíduos na idade de 18 anos ou mais), observou que, para todas as faixas etárias analisadas, houve redução na falta de acesso a consultas odontológicas entre 1998 e 2008, devido à implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). A PNSB ampliou o acesso público aos cuidados da saúde bucal em todo o país.¹⁶ Quanto à escolaridade, estudo transversal com indivíduos na idade de 30 anos e mais, realizado nos Estados Unidos, sobre dados do *National Health and Nutrition Examination Survey de 2015-2016*, também utilizando o SII, evidenciou que, conforme o aumento da escolaridade, menor era a frequência de não realização de consulta com dentista no último ano.¹⁷ Entretanto, os achados do estudo norte-americano não devem servir como referência para a realidade brasileira, dadas as diferenças socioeconômicas e entre os sistemas de saúde dos dois países.

Uma das razões reportadas para a não procura por serviços odontológicos é a perda dentária,¹⁸ o que pode estar relacionado à menor frequência de atendimento odontológico entre idosos. Este achado é preocupante, considerando-se o declínio da saúde bucal com o envelhecimento, o que pode afetar o consumo alimentar, o estado nutricional e, conseqüentemente, a saúde daqueles com mais idade, embora a qualidade de tais evidências seja considerada fraca.¹⁹ Além disso, maior conhecimento sobre saúde bucal, desfecho também relacionado com maior escolaridade,²⁰ parece estar associado a maior busca por serviços odontológicos, inclusive preventivos, e menor realização de tratamentos dentários invasivos, como extrações e endodontia²¹ – o que pode explicar o achado do presente trabalho de que maior frequência na realização de consulta odontológica foi encontrada nos indivíduos com maior escolaridade.

Outro importante resultado desta pesquisa diz respeito à frequência de recebimento de orientação nutricional, maior nos mais escolarizados. Estudo transversal de base populacional, com adultos, também realizado em um município da região Sul, no ano de 2016, encontrou maior prevalência de aconselhamento nutricional no sexo masculino com maior escolaridade; entretanto, essa associação não foi encontrada no sexo feminino.²² O letramento nutricional pode desempenhar importante papel na elucidação desse resultado, uma hipótese discutida a seguir.

O letramento nutricional é a habilidade de compreensão de informações nutricionais por um indivíduo, e, se essa habilidade inexistir, sua ausência é capaz de prejudicar o acesso, as escolhas e a construção de um conhecimento nutricional.²³ Isto pode estar relacionado com a desigualdade no recebimento de orientação nutricional de acordo com a escolaridade, uma vez que menor escolaridade parece estar associada a menor letramento nutricional.²⁴ Contudo, a maioria dos programas e ações de educação nutricional, apesar de serem voltados a pessoas com menor nível socioeconômico, não considera, de fato, questões de acesso socioeconômico, o que influencia o alcance de uma dieta nutricionalmente adequada por esses indivíduos.²⁵

Uma revisão sistemática sobre intervenções para promoção de alimentação saudável em países em desenvolvimento, como o Brasil, demonstrou a importância da educação alimentar e nutricional para a redução de desigualdade sociais no consumo alimentar.²⁵ Logo, é evidente a importância do recebimento de orientação nutricional para a saúde da população e, por conseguinte, a adoção de uma alimentação saudável, reduzindo-se o risco para DCNTs.²⁵

A desigualdade no recebimento de orientação nutricional também é um resultado preocupante, tendo em conta o atual cenário de dupla carga de desnutrição – coexistência de desnutrição e excesso de peso em uma mesma população – descrito em países de baixa e média renda, a exemplo do Brasil.²⁶ Na população brasileira, a

dupla carga de desnutrição apresenta importantes associações com desigualdades socioeconômicas,²⁶ sendo a educação nutricional uma das ações intersetoriais necessárias para seu enfrentamento. A educação nutricional, por meio de ações, programas e intervenções visando à promoção da alimentação saudável, pode favorecer a alteração desse cenário nutricional.²⁷

Indivíduos idosos, menos escolarizados e com menor renda apresentaram maior frequência de uso dos serviços do SUS. Estudo transversal de base populacional, desenvolvido em São Paulo, nos anos de 2003 e 2008, com indivíduos de todas as idades, também encontrou associação entre a escolaridade, a renda e o uso do SUS, qual seja, menor prevalência de uso dos serviços de saúde do SUS, em 2003 e 2008, entre indivíduos com 12 anos ou mais de estudo e renda de 5 ou mais salários mínimos, quando comparados àqueles com menor escolaridade e renda, respectivamente.²⁸

O SUS apresenta a oferta de diversos serviços para o cuidado à saúde, como atendimentos multiprofissionais (inclusive domiciliares), fornecimento de medicamentos, imunização, procedimentos cirúrgicos e vigilâncias em saúde; além de dispor de políticas voltadas a aspectos específicos e populações vulneráveis, como idosos e pessoas de menor nível socioeconômico, e permitir acesso facilitado aos serviços de saúde, dado seu caráter gratuito e universal.^{4,29}

As desigualdades observadas na utilização do SUS refletem como seus serviços constituem uma referência de pertencimento da população mais vulnerável, o que, entretanto, não significa iniquidade. Enquanto o termo “desigualdade” aponta para a diferença encontrada entre grupos populacionais na avaliação de um desfecho, a expressão “iniquidade” é utilizada para se referir a desigualdades consideradas injustas e evitáveis.¹¹

Conhecer determinantes individuais de saúde não é suficiente. Faz-se necessário, também, identificar os determinantes sociais responsáveis por condicionar comportamentos individuais e, conseqüentemente, a saúde, dada sua mediação

no acesso a alimentação, informação, trabalho, saúde, educação e renda. O desfavorecimento socioeconômico expõe os indivíduos a piores desfechos de saúde e vulnerabilidades no cuidado.⁵

Identificar determinantes influenciadores da desigualdade em saúde é necessário para planejar intervenções de maior impacto. Políticas públicas, apesar de se desenvolverem em diferentes setores, precisam de atuação intersetorial para assegurar condições sociais adequadas a todos, alcançando principalmente grupos mais vulneráveis.⁵

É importante ressaltar algumas limitações do estudo. O delineamento transversal não permite estabelecer causalidade nos resultados encontrados. A amostra estudada contou com maior proporção de mulheres e idosos, populações que podem apresentar maior procura por serviços de saúde; e encontrou diferenças socioeconômicas, quando se compara aos dados do Censo Demográfico de 2010.³⁰ Isto, possivelmente, deve-se ao horário comercial, quando as entrevistas foram conduzidas. Ademais, os desfechos foram referidos pelos participantes, podendo estar sujeitos a viés de informação. A escassez de estudos que utilizam o SII para avaliar desigualdades em saúde, por sua vez, prejudica a comparação dos resultados encontrados com achados sobre outras regiões do país. Considerando-se que os resultados dizem respeito a amostra de um único município, são necessários mais estudos para avaliar desigualdades no uso dos serviços de saúde, utilizando-se indicadores específicos para isso.

Como fortalezas, destaca-se o fato de este estudo de base populacional representar a população adulta e idosa da cidade de Criciúma. Ressalta-se também o uso do SII, uma importante e complexa medida de desigualdade, amplamente utilizada em estudos epidemiológicos e econômicos,^{10,11} embora pouco explorada nas pesquisas conduzidas na área da saúde pública.

Conclui-se que importantes desigualdades socioeconômicas na utilização dos serviços médico e odontológico, no recebimento de orientação nutricional e no uso dos serviços do SUS foram encontradas, afetando principalmente indivíduos idosos, de baixa renda e menos escolarizados. Estes resultados reforçam a importância da avaliação de desigualdades em saúde e a necessidade de que políticas e ações de saúde pública, para seu próprio desenvolvimento e implantação, levem em consideração quais são os grupos socioeconômicos mais vulneráveis.

Para ampliar o acesso da população à saúde, são necessárias ações conjuntas entre gestores e profissionais, a fim de se ressaltar e divulgar a importância e a disponibilidade do atendimento multiprofissional em uma atenção à saúde mais efetiva. O cuidado em saúde pautado na interdisciplinaridade e horizontalidade do SUS, aspectos reforçados a partir da educação continuada e permanente dos profissionais, e de uma gestão que analisa e desenvolve ações de acordo com as necessidades de seu território, pode contribuir para a ampliação do acesso e utilização de seus serviços médicos, odontológicos e nutricionais, promovendo a saúde da população geral.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Meller FO e Schäfer AA contribuíram na concepção e delineamento do estudo. Quadra MR, Schäfer AA e Meller FO contribuíram na análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

TRABALHO ACADÊMICO ASSOCIADO

Artigo derivado de monografia de conclusão de curso intitulada *Desigualdades no uso dos serviços de saúde em um município do Sul do Brasil*, defendida por Micaela Rabelo Quadra no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, da Universidade do Extremo Sul Catarinense, em 2021.

Correspondência: Micaela Rabelo Quadra | micaelarquadra@gmail.com

Recebido em: 16/06/2022 | **Aprovado em:** 07/11/2022

Editora associada: Laylla Ribeiro Macedo 

REFERÊNCIAS

1. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015;8:27106. doi: 10.3402/gha.v8.27106
2. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1751-62. doi:10.1590/1413-81232018236.06022018
3. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(supl 2):190-8. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800014
4. Brasil. Ministério da Saúde. Lei no 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 [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 1990 Set 20 [citado 1990 Set 19], Seção 1:182. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
5. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Ver Saude Colet*. 2007;17(1):77-93. doi: 10.1590/S0103-73312007000100006
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça cidades e estados do Brasil: Içara [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2021 [citado 2020 Set 23]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/icara/panorama>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Metodologia do Censo Demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013 [citado em 15 de julho de 2021]. 712 p. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censo_Demografico_2010.pdf

8. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3(1):21. doi:10.1186/1471-2288-3-21
9. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26(1):224-7. doi:10.1093/ije/26.1.224
10. Barros AJD, Victora CG. Measuring Coverage in MNCH: Determining and Interpreting Inequalities in Coverage of Maternal, Newborn, and Child Health Interventions. Madise N, organizador. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001390. doi: 10.1371/journal.pmed.1001390
11. Silva ICM, Restarepo-Mendez MC, Costa JC, Ewerling F, Hellwig F, Ferreira LZ, et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol Serv Saude.* 2018;27(1):e000100017. doi:10.5123/s1679-49742018000100017
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde. 2019. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020 [citado 2021 Jan 25]. 113 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>
13. Passos VMA, Champs APS, Teixeira R, Lima-Costa MFF, Kirkwood R, Veras R, et al. The burden of disease among Brazilian older adults and the challenge for health policies: results of the Global Burden of Disease Study 2017. *Popul Health Metr.* 2020;18(Supl 1):14. doi:10.1186/s12963-020-00206-3
14. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2017;51(Supl 1):4. doi:10.1590/S1518-8787.2017051000090
15. Meier JG, Cabral LPA, Zanesco C, Grden CRB, Fadel CB, Bordin D, et al. Factors associated with the frequency of medical consultations by older adults: a national study. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03544. doi:n10.1590/S1980-220X2018048103544
16. Galvão MHR, Roncalli AG. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health.* 2021;21:541. doi:10.1186/s12889-021-10586-2
17. Ju X, Mejia GC, Wu Q, Luo H, Jamieson LM. Use of oral health care services in the United States: unequal, inequitable—a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2021;21(1):370. doi:10.1186/s12903-021-01708-8
18. Monteiro CN, Beenackers MA, Goldbaum M, Barros MBA, Gianini RJ, Cesar CLG, et al. Socioeconomic inequalities in dental health services in Sao Paulo, Brazil, 2003-2008. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):683. doi: 10.1186/s12913-016-1928-y
19. Zelig R, Goldstein S, Touger-Decker R, Firestone E, Golden A, Johnson Z, et al. Tooth Loss and Nutritional Status in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JDR Clin Trans Res.* 2020;7(1):4-15. doi:10.1177/2380084420981016
20. Marquez-Arrico CF, Almerich-Silla JM, Montiel-Company JM. Oral health knowledge in relation to educational level in an adult population in Spain. *J Clin Exp Dent.* 2019;11(12):e1143-e1150. doi:10.4317/jced.56411
21. Amarasena N, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF, Brennan DS. Dental knowledge and dental service utilization: A 2-year follow-up study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018;46(4):336-42. doi: 10.1111/cdoe.12371
22. Simões MO, Dumith SC, Gonçalves CV. Recebimento de aconselhamento nutricional por adultos e idosos em um município do Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:e190060. doi:10.1590/1980-549720190060

23. Krause C, Sommerhalder K, Beer-Borst S, Abel T. Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promot Int.* 2018;33(3):378-89. doi: 10.1093/heapro/daw084
24. Michou M, Panagiotakos DB, Lionis C, Costarelli V. Socioeconomic inequalities in relation to health and nutrition literacy in Greece. *International Journal of Food Sciences and Nutrition.* 2019;70(8):1007-13. doi: 10.1080/09637486.2019.1593951
25. Mayén AL, Mestral C, Zamora G, Paccaud F, Marques-Vidal P, Bovet P, et al. Interventions promoting healthy eating as a tool for reducing social inequalities in diet in low- and middle-income countries: a systematic review. *Int J Equity Health.* 2016;15(1):205. doi: 10.1186/s12939-016-0489-3
26. Meller FO, Schäfer AA, Santos LP, Quadra MR, Miranda VIA. Double Burden of Malnutrition and Inequalities in the Nutritional Status of Adults: A Population-Based Study in Brazil, 2019. *Int J Public Health.* 2021;66:609179. doi: 10.3389/ijph.2021.609179
27. Menon S, Peñalvo JL. Actions Targeting the Double Burden of Malnutrition: A Scoping Review. *Nutrients.* 2019;12(1):81. doi: 10.3390/nu12010081
28. Monteiro CN, Beenackers MA, Goldbaum M, Barros MBA, Gianini RJ, Cesar CLG, et al. Use, access, and equity in health care services in São Paulo, Brazil *Cad Saude Public.* 2017;33(4):e00078015. doi:10.1590/0102-311X00078015
29. Cantalino JLR, Scherer MDA, Soratto J, Schäfer AA, Anjos DSO. Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2021;55:22. doi: 10.11606/s1518- 8787.2021055002533
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2022 [citado em 03 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.htm>

ABSTRACT

Objective: to assess inequalities in the use of health services in a municipality in Southern Brazil. **Methods:** This was a population-based cross-sectional study conducted with adults living in the urban area of the municipality of Criciúma, state of Santa Catarina, Brazil, between March and December, 2019; the research outcomes were medical consultation, dental visit, nutritional counseling and the use of the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde – SUS); the exposures were age, schooling and income; inequalities were analyzed using the Slope index of inequality and equiplots. **Results:** A total of 820 individuals were studied; medical consultation was higher (14.2 percentage points [p.p.]), and dental visit was lower (-29.5 p.p.), in older adults, when compared to young people; dental visit (41.1 p.p.) and nutritional counseling (18.0 p.p.) were higher in individuals with higher level of education, when compared to those with lower level of education; the use of SUS was higher in older adults (21.3 p.p.), with lower level of education (-61.2 p.p.) and lower income (-51.6 p.p.), when compared to their peers. **Conclusion:** in order to develop public policies, these inequalities should be taken into consideration.

Keywords: Health Inequality; Use of Health Services; Brazilian National Health System; Slope Index of Inequality; Cross-sectional studies.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar desigualdades en el uso de los servicios de salud en un municipio del sur de Brasil. **Métodos:** Estudio transversal de base poblacional con adultos residentes en área urbana de la ciudad de Criciúma, estado de Santa Catarina, Brasil, entre marzo y diciembre de 2019. Variables de resultado fueron citas médicas y dentales, consejería nutricional y uso del Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde – SUS). Exposiciones fueron edad, educación, ingreso. Desigualdad se presentó por Índice de desigualdad de la pendiente y gráficos equiplots. **Resultados:** Se estudiaron 820 individuos. Cita médica fue mayor (14.2 puntos porcentuales [p.p.]) y cita dental menor (-29,5 p.p.) en ancianos, en comparación con jóvenes. Cita dental (41,1 p.p.) y consejería nutricional (18,0 p.p.) fueron mayores en más educados en comparación con menos educados. Uso del SUS fue mayor en ancianos (21,3 p.p.), menos educados (-61,2 p.p.) y con menores ingresos (-51,6 p.p.) en comparación con sus pares. **Conclusiones:** Desigualdades evidenciadas demuestran que políticas públicas deben considerarlas en su desarrollo.

Palabras clave: Desigualdad en salud; Uso de los servicios de salud; Sistema Único de Salud; Índice de desigualdad de la pendiente; Estudio transversal.