

## Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional

Primary health care indicators in four municipalities of the State of Rio de Janeiro, 2005: results of a domestic survey in the population

Célia Landmann Szwarcwald<sup>1</sup>

Maria Helena Magalhães de Mendonça<sup>2</sup>

Carla Lourenço Tavares de Andrade<sup>2</sup>

**Abstract** *The domestic survey carried out in the population of four of the 22 municipalities with more than 100 thousand inhabitants of the State of Rio de Janeiro that implemented the PROESF aims at institutionalizing assessment and monitoring of primary health care. This study was developed in the context of the baseline studies of the PROESF. The tool used in this study is an adaptation of the questionnaire used before on national level for assessing the performance of the health care system from the viewpoint of the user. The adaptations made refer to assessment of basic care focusing the PSF. Indicators were constructed for covering the areas quality of pre-natal care, assisted delivery, child health, prevention of colon and breast cancer, care for the aged and oral health were constructed. The results found with respect to the prevention of colon cancer were outstanding due to the high number of gynecological examinations performed during the period of three years covered by the study. The time gap between the examinations and the receipt of the results however shows clearly the weakness of the system, indicating the urgent need for evaluating the quality of the provided primary care from the viewpoint of the users, in order to establish goals and define priorities.*

**Key words** *Primary health care, Family Health, Domestic survey, Rio de Janeiro State, Brazil*

**Resumo** *O inquérito domiciliar de base populacional, realizado em quatro dos 22 municípios com mais de cem mil habitantes do Estado do Rio de Janeiro que implementaram o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), visa à institucionalização da avaliação e monitoramento da atenção básica. Este estudo desenvolveu-se no contexto dos Estudos de Linha de Base (ELB) do Proesf. O instrumento utilizado é uma adaptação do questionário aplicado anteriormente em âmbito nacional para avaliação de desempenho de saúde, sob a ótica dos usuários. As alterações voltaram-se para a avaliação da atenção básica, com foco no Programa de Saúde da Família (PSF). Construíram-se indicadores de cobertura, qualidade de atendimento pré-natal, assistência ao parto, saúde infantil, prevenção de câncer de colo uterino e mama, assistência a idosos e saúde bucal. Destacaram-se os resultados observados na prevenção de câncer de colo de útero, pelas elevadas coberturas de exame ginecológico no período de três anos, ficando evidente a fragilidade do sistema de saúde em relação ao tempo de entrega do resultado do exame. Reforça-se a importância de avaliar a qualidade da atenção básica recebida sob a ótica do usuário, para o estabelecimento de metas e definição de prioridades.*

**Palavras-chave** *Atenção básica, Saúde da Família, Inquérito domiciliar, Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Este estudo teve financiamento do Ministério da Saúde e da Faperj.

<sup>1</sup> Departamento de Informações em Saúde, Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fiocruz. Av. Brasil 4365, Manguinhos, 21045-900 Rio de Janeiro RJ. celials@cict.fiocruz.br

<sup>2</sup> Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP, Fiocruz.

## Introdução

Nos últimos anos, os gestores e administradores do setor de saúde têm enfatizado o papel da avaliação de desempenho das ações e programas de saúde, com o objetivo de garantir a qualidade da atenção e subsidiar decisões que atendam às reais necessidades da população.

Entretanto, a insuficiência e a precariedade frequentes dos sistemas de informações disponíveis não têm permitido a construção dos indicadores necessários para o monitoramento e a avaliação do desempenho do sistema nacional de saúde. Neste sentido, os inquéritos populacionais de saúde vêm sendo utilizados de forma crescente como meio de se obterem informações, não apenas sobre a morbidade referida e os comportamentos saudáveis, mas também para avaliar o funcionamento da assistência de saúde<sup>1</sup>.

Por meio dos inquéritos de saúde, é possível obter um variado conjunto de indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde, como acesso, utilização e grau de satisfação do usuário com os serviços, além de características sociodemográficas, que possibilitam investigar as relações entre as diversas variáveis<sup>2</sup>. Em particular, as informações obtidas por meio dos inquéritos de saúde podem complementar, de maneira importante, o conhecimento sobre as desigualdades em saúde<sup>3, 4</sup>.

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a elaboração da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) em vários países-membros, como parte de um projeto de avaliação de desempenho dos sistemas nacionais de saúde<sup>5</sup>. Trata-se de um inquérito de base populacional, que abordou diversos aspectos da saúde de seus habitantes para suprir os países-membros de informações fidedignas. Entre os seus objetivos, estava o de assegurar a comparabilidade entre diferentes culturas ou grupos demográficos<sup>6</sup>.

A PMS foi realizada no Brasil no ano de 2003, mediante inquérito populacional, de âmbito nacional, em cinco mil domicílios escolhidos por amostragem probabilística. A execução da pesquisa no Brasil significou a oportunidade de desenvolver instrumental próprio e coletar informações para avaliar o desempenho do sistema nacional de saúde<sup>7</sup>. Foram pesquisados os seguintes aspectos: estado de saúde da população; fatores de risco; situações crônicas; utilização de medicamentos e de serviços de saúde e grau de satisfação com a resposta dos serviços de saúde do ponto de vista do usuário,

que recolocou antigos questionamentos quanto à qualidade dos serviços oferecidos à população brasileira<sup>8</sup>.

No contexto do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), principal estratégia para organização e fortalecimento da atenção básica, negociado em 2002 na esfera federal, através do Ministério da Saúde, a implementação dos Estudos de Linha de Base (ELB) refere-se à elaboração de uma proposta de avaliação e monitoramento da atenção básica e da estratégia da saúde da família. Esta proposta adota metodologias diversas e articuladas, que consideram aspectos estruturais, históricos, do contexto político-institucional, do processo de trabalho e do desempenho do sistema de saúde.

Para apoiar a institucionalização da avaliação e monitoramento da atenção básica, o Estudo de Linha de Base no Estado do Rio de Janeiro (ELB-RJ) suscitou a importância de adaptação do instrumento da PMS, resultando em revisão e detalhamento de alguns módulos do questionário original e na introdução de novos, dirigidos, especificamente, ao objeto de investigação. As alterações voltaram-se para abordar o domicílio, enfatizando a família, sua composição, as formas de parentesco presentes, as condições socioeconômicas, bem como a percepção sobre o desempenho do Programa de Saúde da Família (PSF) em seus diversos aspectos. Em relação à cobertura de programas, deu-se ênfase àqueles já estruturados e implementados a partir de ações programáticas que seguem normas consensuadas e pactuadas ao nível do sistema de saúde, por apresentarem condições traçadoras para a avaliação de desempenho da atenção básica. A pesquisa foi denominada Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB), e sua aplicação se estendeu a oito municípios da Região Norte, três da Nordeste, cinco da Sudeste e dois da Centro-Oeste.

Neste artigo, apresenta-se a experiência de realização da PMS-AB em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro com população superior a cem mil habitantes, onde se expande a estratégia de Saúde da Família para reorganizar a atenção básica.

## Material e métodos

### Características sociodemográficas dos municípios pesquisados

O ELB-RJ foi realizado segundo um desenho metodológico que buscou responder ao objetivo geral de integrar indicadores de saúde de variados tipos e considerar as especificidades regionais, sociais, institucionais e políticas dos diversos municípios do estado. Para tal, desenvolveram-se cinco instrumentos que buscaram apreender a dinâmica social através das representações e percepções de diversos atores que gerenciam e operam as ações preconizadas ou as sofrem. Dois instrumentos foram aplicados ao universo dos 22 municípios com mais de cem mil habitantes: questionário sobre a gestão da atenção básica e do Programa de Saúde da Família e estudo ecológico. Três outros instrumentos, que objetivam observar ligações causais entre intervenções e situações de vida real, bem como ressaltar o contexto em que ocorrem, foram utilizados na lógica de estudos de caso: a PMS com foco na AB, o estudo qualitativo com profissionais de saúde em duas si-

tuações traçadoras e um inquérito de estabelecimentos de saúde da AB.

A pesquisa foi realizada em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, denominados Município 1, Município 2, Município 3 e Município 4, nos meses de julho e agosto de 2005. A escolha destes municípios refletiu a necessidade de compor um universo de estudo que compreendesse a totalidade de modelos no nível de atenção básica e de serviços especializados contínuos a este nível. Os municípios selecionados têm diversos portes populacionais e estão localizados em diferentes regiões do Estado do Rio de Janeiro.

As informações sobre população residente, número de setores censitários e número de domicílios particulares permanentes (DPP) à época do censo demográfico de 2000, bem como as características sociodemográficas de cada um dos quatro municípios pesquisados, encontram-se na tabela 1.

### Amostragem e trabalho de campo

À época do censo de 2000, o território brasileiro foi subdividido em cerca de 216 mil setores censitários, áreas geográficas que agre-

**Tabela 1**

Informações censitárias, características sociodemográficas, número de setores pesquisados e número de domicílios pesquisados por sexo, segundo os municípios.

| Informações  | Municípios  |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
|  | Município 1 | Município 2 | Município 3 | Município 4 |
| <b>Censitárias<sup>1</sup></b>                           |             |             |             |             |
| População  | 775.456     | 187.479     | 459.451     | 242.063     |
| Número de setores censitários                            | 1.065       | 122         | 633         | 450         |
| Número de DPP  | 219.977     | 27.921      | 127.154     | 70.890      |
| <b>Características sociodemográficas<sup>2</sup></b>     |             |             |             |             |
| % de analfabetos no grupo de 18-24 anos                  | 2,4         | 2,9         | 1,1         | 1           |
| % de pessoas + 25 anos com ensino fundamental incompleto | 60,8        | 71,3        | 30,9        | 50,4        |
| Renda per capita   | 226,1       | 202,3       | 809,2       | 348,2       |
| Razão de renda (10% mais ricos e 40% mais pobres)        | 16          | 15          | 25          | 16          |
| % de pobres  | 26,9        | 28,9        | 9,9         | 15,9        |
| % de domicílios com água encanada                        | 87,3        | 81,5        | 91,6        | 98,7        |
| <b>Características da amostra</b>                        |             |             |             |             |
| Número de setores pesquisados                            | 29          | 20          | 25          | 25          |
| Número de entrevistas (individuais)                      |             |             |             |             |
| Mulheres   | 355         | 222         | 319         | 280         |
| Homens   | 198         | 149         | 172         | 176         |
| Total  | 553         | 371         | 491         | 456         |
| Número de entrevistas extras (individuais)               | 29          | 20          | 25          | 25          |

Fontes: <sup>1</sup> Censo demográfico 2000, IBGE ([www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)); <sup>2</sup> Sistema de monitoramento de indicadores da mortalidade infantil, Fiocruz ([www.monitorimi.cict.fiocruz.br](http://www.monitorimi.cict.fiocruz.br)).

gam, em média, 300 domicílios. Os setores censitários são classificados segundo situação urbana ou rural e de acordo com o tipo, que distingue as áreas normais dos aglomerados subnormais (favelas), bem como dos setores especiais (penitenciárias, instalações militares, asilos, reservas de índios, entre outros).

Os tamanhos de amostra foram assim estabelecidos: 480 indivíduos em Município 1, 400 indivíduos em Município 3 e Município 4 e 320 indivíduos em Município 2, obedecendo ao critério de escolha de maior número de setores censitários nos municípios maiores e número fixo de domicílios (16) em cada setor.

Em cada município, a amostragem foi realizada em dois estágios. No primeiro, foram selecionados os setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho, dado pelo número de domicílios do setor.

Para a seleção dos setores censitários em cada um dos quatro municípios, a etapa preliminar consistiu em preparar uma lista de setores. Nesta etapa, a partir das informações da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (CD-ROM – Censo Demográfico 2000, agregado por setores censitários), foram considerados, primeiramente, todos os setores com domicílios particulares permanentes, isto é, aqueles que servem como residência de famílias e são construídos com material durável (permanente). Para a seleção da amostra de setores, foram eliminados todos aqueles com menos de 20 domicílios particulares permanentes.

Em cada setor, foram selecionados dois pontos geográficos, de maneira aleatória. Esperando-se pesquisar, em média, 16 domicílios por setor e contando com possíveis perdas, em cada ponto geográfico foram selecionados os dez primeiros domicílios para a pesquisa.

Em todos os domicílios, um indivíduo foi selecionado com equi-probabilidade entre os moradores adultos (idade igual ou superior a 18 anos) para responder ao questionário individual. Também foi escolhido um morador para responder às perguntas relativas às características do domicílio.

Em cada setor, foi realizada uma entrevista adicional (extra) para assegurar número suficiente de crianças com até dois anos de idade para análise estatística. A entrevista foi conduzida com a mãe da criança, contemplando os módulos de atendimento pré-natal, assistência ao parto e cuidados preventivos com as crianças e assistência a elas.

Em cada município, a pesquisa foi realizada

por uma equipe composta por um supervisor e quatro entrevistadores. Na tabela 1, apresentam-se, por município, o número de setores censitários pesquisados e o número de entrevistas (individuais) por sexo. Adicionalmente, apresenta-se o número de entrevistas extras que foram realizadas para obter número suficiente de crianças para análise estatística.

Observa-se que houve um excesso de entrevistas com mulheres, em proporções bem maiores do que as observadas no censo demográfico de 2000. Apesar de a amostragem ter sido probabilística, o viés ocorreu, provavelmente, pela presença mais freqüente de mulheres em domicílio e pela sua maior disponibilidade para participar da pesquisa – o maior percentual de recusa ocorreu entre indivíduos do sexo masculino.

Para a análise estatística, foi, portanto, necessário ponderar os dados amostrais para obtenção de distribuição por sexo e idade semelhante à do último censo demográfico.

### O questionário

O instrumento utilizado é uma adaptação do questionário aplicado no Brasil, por ocasião de realização da PMS, inquérito nacional para avaliação do desempenho de saúde. As alterações propostas, discutidas, aceitas e pré-testadas pela equipe envolvida na pesquisa, no contexto da linha de base do Proesf, foram dirigidas à avaliação da atenção básica em saúde. Alguns módulos do instrumento original da PMS foram mais detalhados, visando ao aprofundamento de certas questões, em particular o desempenho do Programa de Saúde da Família, sob a ótica dos usuários.

O questionário é modular e composto de duas partes. Na primeira, o entrevistado é o responsável pelo domicílio. No domicílio, são investigados: a composição (lista de moradores por idade, sexo e situação conjugal); as características do domicílio (número de cômodos, bens, abastecimento d'água e destino do lixo); os gastos com assistência de saúde; a cobertura e a avaliação do PSF; e, entre os moradores, as relações de parentesco, a situação socioeconômica e a posse de plano de saúde privado.

Na segunda parte, o entrevistado é selecionado entre os moradores elegíveis do domicílio (idade igual ou superior a 18 anos) para responder ao questionário individual. São abordados os seguintes aspectos: informações sociodemográficas; auto-avaliação do estado de saúde nos seus vários domínios (locomotoção,

cuidados pessoais, sociabilidade, visão, audição, sono, ânimo); fatores de risco (fumo, álcool, atividade física, nutrição, fatores ambientais); situações crônicas (diagnóstico, tratamento, uso de medicamentos) e promoção de comportamentos saudáveis; doenças sexualmente transmissíveis; programas de saúde (prevenção de câncer de colo de útero e de mama, assistência bucal, atendimento pré-natal, assistência ao parto); cuidados preventivos e assistenciais às crianças; assistência a idosos; e avaliação da resposta do sistema de saúde do ponto de vista do usuário.

O ELB-RJ foi apresentado ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública com parecer favorável nº 23/05 – CAAE nº 0075.0.031.000-05. No trabalho de campo, os pesquisadores iniciaram sua abordagem em domicílios pela leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, especialmente preparado para a pesquisa PMS-AB.

### **Análise dos dados**

No presente trabalho, foram analisados os seguintes módulos: PSF, fatores de risco, situações crônicas, cobertura de programas de saúde e desempenho do sistema de saúde.

A análise, que buscou fazer comparações entre os municípios, contemplou indicadores: de atenção materno-infantil; de coberturas dos programas de prevenção de câncer de colo uterino e das mamas, entre as mulheres; de exame de vista e de vacinação contra gripe, entre idosos, e de assistência bucal, entre todos os indivíduos entrevistados. Com base no conjunto de indicadores propostos nos ELB para avaliação progressiva da atenção básica, foram considerados:

1) Indicadores de cobertura e de qualidade do atendimento pré-natal, mediante informações sobre número de consultas, exames laboratoriais básicos (coleta de sangue para medir glicose, exame para sífilis e teste para infecção pelo HIV), frequência dos procedimentos preconizados (medida de peso, pressão arterial, fundo de útero e ausculta do bebê), orientações adequadas (sobre sinais de trabalho de parto, sinais de risco na gravidez e informações sobre qual estabelecimento de saúde procurar na hora do parto), recebimento de aconselhamentos (não faltar às consultas agendadas, manter uma alimentação saudável, não fumar, não beber em excesso, informações sobre o HIV) e número de ultra-sonografias realizadas;

2) Indicadores de assistência ao parto, mediante informações sobre internação para o parto no primeiro estabelecimento de procura, tipo de parto e realização de consulta pós-parto;

3) Indicadores de saúde infantil, como cobertura de vacinação tetravalente (três doses), calculada a partir das informações anotadas na caderneta de vacinação das crianças com idade entre um e dois anos, percentual que não faz acompanhamento do crescimento em serviço de saúde, bem como a proporção de crianças com mais de seis meses e menos de dois anos completos que foram amamentadas (exclusiva e predominantemente) até os seis meses;

4) Indicadores de prevenção de câncer de colo uterino, entre mulheres de 18 a 69 anos, com base nas informações sobre regularidade no exame ginecológico, na realização do preventivo e dos procedimentos preconizados (exame das mamas e medidas de peso e pressão arterial) e nas orientações recebidas sobre hábitos saudáveis e auto-exame das mamas;

5) Indicadores de prevenção de câncer das mamas, entre mulheres de 40 a 69 anos, com base na realização de mamografia;

6) Indicadores de assistência a idosos (60 anos e mais), como cobertura de vacinação contra gripe e periodicidade do exame de vista;

7) Indicadores de assistência bucal, entre todos os indivíduos pesquisados, a partir de informações sobre a regularidade de consulta odontológica para revisão periódica, perda de todos os dentes naturais e uso de dentadura.

Em relação aos fatores de risco, foram considerados:

1) Obesidade: mensurada pelo índice de massa corporal, índice de Quetelet, dado pela razão entre o peso e a altura ao quadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Foram considerados obesos os indivíduos com índice de Quetelet maior do que 30;

2) Fumo: mensurado pela frequência de fumo (não fuma; fuma, mas não diariamente; fuma diariamente);

3) Atividade física por lazer ou condicionamento físico ou, ainda, para melhorar sua saúde: mensurada por três tipos de atividade (vigorosa, moderada e caminhada) e pela frequência semanal e número de minutos durante a realização da atividade física. Foram considerados sedentários os indivíduos que não fazem nenhum tipo de atividade física;

4) Frequência de consumo de frutas e vegetais.

Para a avaliação do controle da hipertensão arterial, foram feitas seis perguntas ao indivíduo: Quando foi a última vez que teve sua pres-

são arterial medida? Alguma vez já teve diagnóstico de hipertensão arterial? Em caso afirmativo (exceto para diagnóstico apenas na gravidez), foram feitas perguntas sobre o tratamento: Alguma vez já foi tratado por esse motivo? Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por esse motivo? Nas últimas duas semanas, tomou algum medicamento por esse motivo? Além disso, questionou-se também se o indivíduo recebeu orientações sobre hábitos saudáveis no último atendimento, como controle do peso, alimentação saudável com o consumo de frutas e vegetais, prática de atividade física regular, não fumar e não beber em excesso. Na análise dos dados, foram construídos indicadores referentes aos hábitos saudáveis entre os indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial.

No que se refere à avaliação do desempenho do sistema de saúde, foram construídos indicadores de cobertura e de desempenho do PSF, com base nas informações dos moradores dos domicílios cadastrados. Além disso, considerando todos os indivíduos que tiveram consulta ambulatorial no último ano, o acesso aos serviços de saúde e a utilização dos mesmos no ano que precedeu à pesquisa foram analisados por forma de pagamento do atendimento (não-SUS, representando os indivíduos que pagaram por desembolso direto ou através do plano; SUS, representando os indivíduos que não pagaram pelo atendimento).

Por fim, com base na pergunta “você achou que foi tratado pior do que outras pessoas no serviço de saúde ou por algum profissional de saúde por um desses motivos (sexo, idade, falta de dinheiro, classe social, cor, preferência sexual, tipo de doença)?”, calculou-se a proporção de pessoas que se sentiram discriminadas por falta de dinheiro ou classe social.

## Resultados

Foram realizadas 553, 371, 491 e 456 entrevistas nos Municípios 1, 2, 3 e 4, respectivamente (Tabela 1).

A análise comparativa das características sociodemográficas dos quatro municípios pesquisados mostra que o Município 2 é o que apresenta pior situação, enquanto o Município 3 é o que tem o melhor nível socioeconômico, com renda *per capita* quatro vezes maior do que a do Município 2 (Tabela 1). Todavia, o Município 3 é também o que mostra maior desi-

gualdade na distribuição de renda, com renda total dos 10% mais ricos 25 vezes maior do que a renda total dos 40% mais pobres. Quanto à situação de saneamento básico, o Município 4 tem a maior proporção de domicílios com água encanada, alcançando quase 100%.

Na tabela 2, são apresentados indicadores de atenção materno-infantil. Em relação ao atendimento pré-natal, todos os municípios mostram coberturas altas, com proporções de gestantes que tiveram seis ou mais consultas superiores a 80%, destacando-se o Município 3 com o maior percentual (95%). Já no que se refere à qualidade do atendimento, o percentual de gestantes com todos os exames laboratoriais básicos (glicose, sífilis e HIV) variou de 69% (Município 2 e Município 3) a 84% (Município 1 e Município 4). No que diz respeito às orientações sobre sinais de trabalho de parto, risco na gravidez e informações sobre o estabelecimento de saúde para realização do parto, chama a atenção o percentual baixo obtido no Município 2: menor do que 50%. Este município é o que apresenta, igualmente, a menor proporção de gestantes que realizaram três ou mais ultra-sonografias na gestação: 64%.

No que se refere à peregrinação na hora do parto, o Município 3 apresentou a maior proporção de parturientes que não realizaram o parto no primeiro estabelecimento que procuraram (20,5%), enquanto a menor foi observada no Município 4 (7,4%). Este último foi o que mostrou também a maior proporção de mulheres com consulta pós-parto (87%). Em contraste, este percentual foi de apenas 54% no Município 2. Já as proporções de parto cesáreo são elevadas em todas as localidades analisadas, atingindo 67% no Município 3, provavelmente pela maior cobertura de plano de saúde privado na localidade analisada (Tabela 2).

Quando se analisam os indicadores de saúde infantil (Tabela 2), observa-se que os piores cuidados ocorrem no Município 2 e no Município 1, onde, respectivamente, 15% e 9% das crianças com menos de um ano não fazem acompanhamento do crescimento em serviço de saúde. Da mesma forma, estes dois municípios detêm as menores coberturas de vacinação tetravalente (três doses) em crianças com menos de um ano. Quanto ao aleitamento, a proporção de amamentação exclusiva (só leite materno) por seis meses ou mais variou de 26% a 42%, enquanto a exclusiva ou predominante (leite materno e outros líquidos) por seis meses ou mais ficou entre 60% e 70%.

**Tabela 2**

Indicadores de atenção materno-infantil, segundo os municípios pesquisados. Estado do Rio de Janeiro, 2005.

| Indicadores  | Municípios  |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
|  | Município 1 | Município 2 | Município 3 | Município 4 |
| Tamanho da amostra   | 62          | 46          | 39          | 54          |
| <b>Atendimento pré-natal</b>   |             |             |             |             |
| % de gestantes que tiveram seis ou mais consultas  | 82,3        | 80,4        | 94,9        | 87          |
| % de gestantes que tiveram todos os exames laboratoriais básicos <sup>1</sup>                    | 83,9        | 69          | 69,4        | 84          |
| % de gestantes que tiveram os procedimentos preconizados <sup>2</sup> em todas as consultas      | 78,7        | 60          | 59          | 85,2        |
| % de gestantes que receberam todas as orientações adequadas <sup>3</sup>                         | 60,7        | 46,7        | 76,9        | 50          |
| % de gestantes que receberam os aconselhamentos preconizados <sup>4</sup>                        | 83,6        | 68,9        | 69,2        | 75,9        |
| % que fez três ou mais ultra-sonografias   | 75,4        | 64,4        | 76,9        | 66,7        |
| <b>Assistência ao parto</b>  |             |             |             |             |
| % de parturientes que realizaram o parto no primeiro estabelecimento que procuraram              | 85,5        | 91,3        | 79,5        | 92,6        |
| % de parturientes que tiveram parto cesáreo  | 41,9        | 52,2        | 66,7        | 57,4        |
| % de mulheres que fizeram consulta pós-parto   | 62,9        | 54,3        | 79,5        | 87          |
| <b>Saúde infantil</b>  |             |             |             |             |
| % de crianças com menos de 1 ano que não fazem acompanhamento do crescimento em serviço de saúde | 8,9         | 14,8        | 0           | 2,7         |
| % de crianças (>6 meses e < 2 anos) amamentadas até os 6 meses                                   |             |             |             |             |
| Exclusivamente   | 26,2        | 42,5        | 35,7        | 26,3        |
| Exclusiva ou predominantemente   | 66,7        | 60          | 60,7        | 65,8        |
| % de crianças de 1 a 2 anos de idade com vacinação tetravalente completa (três doses)            | 64          | 68,2        | 90          | 92          |

<sup>1</sup> Exame de sangue para medir glicose, exame para sífilis, teste para infecção pelo HIV.<sup>2</sup> Medida de peso, pressão arterial, fundo de útero e ausculta do bebê.<sup>3</sup> Orientações sobre sinais de trabalho de parto, sinais de risco na gravidez e informações sobre qual estabelecimento de saúde procurar na hora do parto.<sup>4</sup> Aconselhamentos: não faltar às consultas agendadas; manter uma alimentação saudável; não fumar; não beber em excesso; informações sobre o HIV.

Na tabela 3, são apresentados os indicadores de prevenção de câncer de colo de útero entre as mulheres. Evidenciam-se elevadas coberturas de exame ginecológico no período dos três anos anteriores à data da pesquisa. Entre estas, o percentual de mulheres que fizeram o teste Papanicolau situou-se em torno de 90% em todos os municípios estudados. O gargalo do sistema de saúde ocorreu, porém, no recebimento dos resultados. No Município 3, a cobertura de exame preventivo decresce de 93% para 69%, quando se considera o recebimento de resultado menos de um mês depois da realização do mesmo. No Município 2, o de pior situação, observa-se queda de 89% para 42%. As baixas frequências de medidas de peso e pressão arterial nas consultas ginecológicas foram outro problema encontrado.

Entre mulheres de 40 a 69 anos, as coberturas de mamografia mostraram grande ampli-

tude de variação (Tabela 3): nos Municípios 1 e 2, foram menores do que 55%; no Município 4, foram de 71% e apenas no Município 3, ultrapassaram 80%. Quando se considera a cobertura da mamografia como a proporção que realizou o exame e recebeu o resultado menos de um mês depois, os indicadores decrescem substancialmente, sobretudo no Município 2 (27%) e no Município 1 (44%).

Quanto à assistência a idosos, enquanto a cobertura de vacinação contra gripe mostrou homogeneidade entre os municípios, no patamar de 65%, foi grande a variação da proporção de idosos que realizaram exame de vista nos três anos que precederam a entrevista: de 42%, no Município 2, a 78%, no Município 3 (Tabela 3).

Os resultados apresentados na tabela 3 mostram ainda que a assistência bucal é precária

**Tabela 3**

Coberturas de programas de saúde por grupo populacional, segundo os municípios pesquisados. Estado do Rio de Janeiro, 2005.

| Grupo Populacional   | Indicadores   | Municípios  |             |             |             |
|--|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
|  |   | Município 1 | Município 2 | Município 3 | Município 4 |
| <b>Mulheres 18-69 anos</b>   | Tamanho da amostra  | 250         | 158         | 226         | 207         |
|  | % de mulheres que fizeram exame ginecológico nos últimos 3 anos           | 86,8        | 81,8        | 88,3        | 83,4        |
| <b>Mulheres 18-69 anos que fizeram exame ginecológico nos últimos 3 anos</b> | Tamanho da amostra  | 217         | 129         | 200         | 172         |
|  | % com exame preventivo  | 91,2        | 88,7        | 93,3        | 90,7        |
|  | % com preventivo e conhecimento do resultado menos de 1 mês depois        | 62,7        | 41,7        | 69,2        | 68,9        |
|  | % cujas mamas foram examinadas  | 80,4        | 72,3        | 83          | 84,3        |
|  | % cujo peso foi medido  | 50,3        | 37,5        | 43,3        | 43,6        |
|  | % cuja pressão arterial foi medida  | 57,7        | 54,9        | 52,9        | 59,3        |
|  | % que recebeu orientações sobre hábitos saudáveis                         | 70,3        | 61,9        | 58,1        | 67,9        |
|  | % que recebeu orientações sobre auto-exame das mamas                      | 80,4        | 71,2        | 74,6        | 81          |
| <b>Mulheres 40-69 anos</b>   | Tamanho da amostra  | 111         | 70          | 117         | 101         |
|  | % que fez mamografia nos últimos 3 anos                                   | 54,6        | 50,8        | 82,4        | 71,4        |
|  | % que fez mamografia com conhecimento do resultado menos de 1 mês depois  | 43,6        | 27,3        | 74,2        | 57,7        |
| <b>Idosos (+ 60 anos)</b>  | Tamanho da amostra  | 66          | 43          | 90          | 60          |
|  | % que realizou exame de vista nos últimos 3 anos                          | 63,6        | 42          | 78          | 58,2        |
|  | % que se vacinou contra gripe nos últimos 12 meses                        | 63,2        | 69,9        | 64,8        | 68,7        |
| <b>Adultos (18 anos e mais)</b>  | Tamanho da amostra  | 552         | 371         | 491         | 456         |
|  | % que realiza consulta odontológica para revisão periódica uma vez ao ano | 30,7        | 18,9        | 44,8        | 42,8        |
|  | % que perdeu todos os dentes naturais                                     | 7,4         | 6,5         | 8,7         | 8,5         |

nos quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro: a proporção de pessoas que realizam consulta odontológica para revisão periódica pelo menos uma vez ao ano não alcança 50% em nenhuma das localidades.

Os indicadores relativos aos comportamentos saudáveis, apresentados na tabela 4, são semelhantes para o hábito de fumar, entre 16,1% e 17,7%, e para a obesidade, entre 10,9 e 12,8%, embora os menores valores sejam sempre apresentados no Município 3 e os maiores, no Município 2. Já a proporção de pessoas que não fazem atividade física por lazer ou condicionamento físico apresenta gradiente bem maior, com variação de 48% a 78% nestes municípios, respectivamente.

Os resultados da tabela 4 mostram, adicionalmente, altas coberturas de medida de pres-

são arterial no último ano, com destaque para o Município 4 (85%). A proporção com diagnóstico de hipertensão arterial foi de, aproximadamente, 23% nos Municípios 1, 2 e 4 e de 27% no Município 3, explicada, possivelmente, pela maior frequência de idosos residentes neste município. As falhas nas orientações sobre comportamentos saudáveis podem ser evidenciadas quando se analisam as proporções de hipertensos obesos e fumantes: mais de 20% dos hipertensos são obesos e mais de 10% mantêm o hábito de fumar, em todos os municípios pesquisados.

Os indicadores de desempenho da atenção básica em saúde estão apresentados na tabela 5. No que se refere ao PSF, o percentual de domicílios cadastrados foi de 29%, no Município 2, de 17%, nos Municípios 1 e 4, e de 11%, no



**Tabela 4**

Indicadores de prevenção, diagnóstico e controle de hipertensão arterial, segundo os municípios pesquisados. Estado do Rio de Janeiro, 2005.

| Indicadores   | Municípios  |             |             |             |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
|   | Município 1 | Município 2 | Município 3 | Município 4 |
| % de indivíduos que têm o hábito de fumar   | 16,8        | 17,7        | 16,1        | 17,4        |
| % de obesos   | 11,2        | 12,8        | 10,9        | 11,6        |
| % de indivíduos que não realizam atividade física por lazer ou condicionamento físico | 65,8        | 77,9        | 48,3        | 61,2        |
| % de indivíduos que tiveram medida da pressão arterial no último ano                  | 74          | 74,8        | 81,2        | 85          |
| % com diagnóstico de hipertensão  | 22,5        | 23,3        | 27,9        | 23,1        |
| % de hipertensos que receberam assistência de saúde no último ano                     | 63,9        | 76,7        | 89,9        | 78,9        |
| % de hipertensos que tomaram medicamento nas últimas duas semanas                     | 53,3        | 49,9        | 67,7        | 63,6        |
| % de hipertensos que são obesos   | 27          | 22,7        | 21,1        | 26          |
| % de hipertensos que fumam  | 17,6        | 11,5        | 18,2        | 13,3        |

Município 3. O Município 1 mostrou o maior percentual de domicílios visitados pelo menos seis vezes ao ano (67%), enquanto o Município 3, o maior percentual de domicílios cadastrados e nunca visitados (33%). De acordo com os moradores dos domicílios visitados por equipes do PSF, os menores percentuais de respostas afirmativas corresponderam ao monitoramento das consultas agendadas, com exceção do Município 1.

Quanto aos indicadores de assistência ambulatorial, as taxas de utilização no último ano são menores justamente nos municípios com as maiores necessidades: ficam em torno de 65% nos Municípios 1 e 2, e no patamar de 80%, nos Municípios 3 e 4.

As diferenças na cobertura de plano de saúde privado são nítidas (Tabela 5). No Município 2, 65% utilizaram serviços do SUS no último atendimento. Ao contrário, nos demais municípios, a maioria utilizou serviços privados (cerca de 54% nos Municípios 1 e 4, e 72% no Município 3).

Em relação à obtenção de assistência no primeiro serviço de procura (Tabela 5), os resultados foram positivos em ambos os setores, público e privado. As proporções em todos os municípios alcançaram valores maiores do que 93%. Porém, chamam a atenção os tempos médios de espera para o atendimento, sobretudo entre usuários do SUS, alcançando duas horas e 40 minutos, no Município 4, e cerca de duas horas, no Município 1. Nos quatro municípios, a proporção que esperou mais de três horas para o atendimento ultrapassa 12% no setor público.

Em relação à percepção de discriminação por falta de dinheiro ou classe social, apenas o

Município 2 mostrou percentual expressivo: 8% entre os usuários do SUS.

## Discussão

No presente trabalho, foram apresentados indicadores de atenção básica construídos mediante informações coletadas em inquérito domiciliar de base populacional, realizado em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro. O instrumento foi resultado da adaptação do questionário utilizado na PMS brasileira, parte integrante de um projeto da OMS para avaliação do desempenho dos sistemas de saúde dos países-membros.

A Pesquisa Mundial de Saúde dirigida à atenção básica (PMS-AB) teve, pois, a vantagem da experiência anterior em nível nacional, tanto no que diz respeito à elaboração das perguntas, como na realização do trabalho de campo. O questionário foi simplificado, diminuindo o tempo de entrevista e facilitando a sua aplicação. Por outro lado, trouxe perguntas específicas para avaliação do sistema de saúde brasileiro, como as voltadas para o PSF.

A aplicação do inquérito em quatro municípios do Rio de Janeiro possibilitou construir um conjunto de indicadores de atenção básica, o que não seria possível fazer através dos sistemas de informações do Ministério da Saúde. Por exemplo, no caso da atenção à gestante, através dos dados do Sistema de Nascimentos (Sinasc) é possível extrair apenas indicadores de cobertura do atendimento pré-natal ou do número de consultas. Já da PMS-AB resultaram indicadores que permitem uma avaliação da qualidade do

**Tabela 5**

Indicadores de desempenho da atenção básica em saúde, segundo os municípios pesquisados.  
Estado do Rio de Janeiro, 2005.

| Indicadores   | Municípios     |                |                |                |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
|   | Município 1    | Município 2    | Município 3    | Município 4    |
| <b>Programa de Saúde da Família</b>   |                |                |                |                |
| % de domicílios cadastrados   | 17,2           | 29,2           | 11,1           | 17,5           |
| <b>Entre os domicílios cadastrados</b>  |                |                |                |                |
| Número de domicílios cadastrados  | 100            | 114            | 57             | 84             |
| % que recebeu pelo menos seis visitas anuais  | 67             | 55,3           | 35,1           | 55,9           |
| % que nunca recebeu visita domiciliar   | 18             | 23,7           | 33,3           | 21,4           |
| % em que algum profissional de saúde fez perguntas sobre problemas de saúde                             | 86,4           | 80,9           | 89,5           | 92,5           |
| % que recebeu orientações sobre comportamentos saudáveis  | 77,8           | 58,4           | 73,7           | 73,6           |
| % em que houve encaminhamento para serviços de saúde  | 81,1           | 59,3           | 77,1           | 72             |
| % em que foi feito monitoramento às consultas agendadas   | 79,5           | 53,4           | 56,8           | 52             |
| <b>Entre os domicílios cadastrados com crianças</b>   |                |                |                |                |
| % que recebeu orientações sobre cuidados de saúde infantil  | 67,7           | 70             | 93,3           | 80             |
| % em que foi feito acompanhamento do crescimento das crianças   | 75             | 60,5           | 85,7           | 69,2           |
| % em que foi feita a verificação do cartão de vacinação das crianças                                    | 82,1           | 73,7           | 92,9           | 69,2           |
| <b>Atendimento ambulatorial</b>   |                |                |                |                |
| Número e percentual de indivíduos que receberam atendimento ambulatorial no ano que precedeu a pesquisa | 345<br>(62,3%) | 246<br>(66,3%) | 394<br>(80,2%) | 371<br>(81,4%) |
| % de indivíduos que não pagaram pelo atendimento (SUS)  | 46,7           | 65,2           | 28,4           | 45,5           |
| % de indivíduos que conseguiram assistência no primeiro serviço que procuraram                          |                |                |                |                |
| Não-SUS   | 98,9           | 93             | 98,9           | 97,5           |
| SUS   | 96,3           | 93,8           | 97,3           | 94,7           |
| Total   | 97,7           | 93,5           | 98,5           | 96,2           |
| Tempo médio de espera (minutos) para receber atendimento  |                |                |                |                |
| Não-SUS   | 55             | 46             | 40             | 46             |
| SUS   | 123            | 97             | 87             | 160            |
| Total   | 87             | 80             | 53             | 98             |
| % de indivíduos que esperaram mais de três horas para receber atendimento                               |                |                |                |                |
| Não-SUS   | 3,8            | 1,2            | 1,8            | 2,5            |
| SUS   | 14,9           | 15             | 12,6           | 16,6           |
| Total   | 9              | 10,2           | 4,8            | 8,9            |
| % de indivíduos que se sentiram tratados pior do que os demais por falta de dinheiro ou classe social   |                |                |                |                |
| Não-SUS   | 0,5            | 1,2            | 0,4            | 1,5            |
| SUS   | 1,9            | 8,2            | 0,9            | 1,8            |
| Total   | 1,2            | 5,7            | 0,5            | 1,6            |

atendimento pré-natal, como a proporção de gestantes que realizaram todos os exames laboratoriais básicos ou a proporção de gestantes que tiveram todas as orientações sobre sinais de parto, riscos na gravidez e informações para qual estabelecimento de saúde se dirigir na hora do parto, o que indica a relevância da eleição destes eventos como condições traçadoras.

No que se refere à saúde infantil, o inquérito permitiu construir indicadores relativos à ama-

mentação e calcular a cobertura de vacinação tetravalente, mediante os dados anotados na caderneta de vacinação da criança, com mais propriedade do que com as informações do Sistema de Ações Básicas (Siab). As coberturas de vacinação estimadas mediante os dados do Siab são calculadas por local de ocorrência e não é raro apresentarem valores maiores do que 100%.

Um outro aspecto interessante da pesquisa foi a sua realização em quatro municípios do

Estado do Rio de Janeiro, com diferenças importantes tanto nos contextos socioeconômicos e demográficos, como também nos componentes organizacionais e estruturais dos sistemas locais de saúde. Alguns indicadores mostraram-se importantes marcadores dessas diferenças. É o caso do percentual de crianças menores de um ano que não fazem acompanhamento do crescimento em serviço de saúde, que foi nulo no Município 3, mas alcançou número substancial no Município 2. Outro indicador que reflete, de maneira singular, as desigualdades socioeconômicas em saúde é a proporção de pessoas que realizam consulta odontológica regular. Além dos valores baixos encontrados em todos os municípios, o gradiente de variação intermunicipal foi também importante.

Em relação à cobertura dos programas de saúde, de maneira geral, os indicadores seguiram a mesma lógica perversa: tanto pior a condição socioeconômica, tanto pior a cobertura e a qualidade do atendimento. Entretanto, no que se refere à análise da cobertura do exame para prevenção do câncer de colo de útero, não se pode deixar de registrar que houve homogeneidade dos indicadores, com valores próximos a 90% em todos os municípios estudados. Embora uma parcela significativa das mulheres esteja se beneficiando deste serviço, com intervalo de tempo adequado entre os exames, mostrou-se que um dos gargalos do sistema de saúde é o atraso no recebimento do resultado. Sabendo-se que o câncer de colo de útero apresenta um grande potencial de cura, sobretudo quando diagnosticado e tratado precocemente<sup>9</sup>, esse resultado merece atenção específica.

Os resultados da PMS-AB revelaram que a cobertura do exame de mamografia é baixa nos Municípios 1 e 2, abrangendo pouco mais da metade das mulheres entre 40 e 69 anos de idade. Já os Municípios 3 e 4 mostram uma situação privilegiada em relação ao indicador no nível nacional<sup>10</sup>, com coberturas superiores a 70%.

Desigualdades de acesso ao diagnóstico de câncer de colo de útero e de mama são bem documentadas na literatura internacional. De modo geral, são associadas ao baixo nível de escolaridade<sup>11</sup>, ao desequilíbrio geográfico na distribuição dos serviços<sup>12</sup> e se acentuam em função do poder de compra do usuário, seja por meio do plano privado ou desembolso direto<sup>13</sup>. Apesar do seu caráter universal, o SUS carece, ainda hoje, de mecanismos de fato eficientes, de modo a fazer com que determinados serviços, disponíveis no setor privado, possam se

tornar também acessíveis à população de mais baixo nível socioeconômico.

Nos últimos anos, os debates internacionais sobre as políticas de saúde têm enfatizado o papel da avaliação de desempenho do sistema de saúde, ressurgindo o interesse na equidade em saúde e justiça social na distribuição dos serviços. À equidade em saúde foi atribuída prioridade alta e muitos serviços estão sendo disponibilizados, tendo como motivação os ganhos potenciais na diminuição das desigualdades. Neste sentido, alguns programas setoriais estão sendo implantados, especificamente com a intenção de beneficiar os desfavorecidos socialmente<sup>14</sup>.

Nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, considerando-se a hipertensão arterial, um dos focos da atenção básica, efeitos nítidos da estratégia de prevenção de doenças podem ser percebidos. Mostrou-se que as coberturas de medida de pressão arterial no ano que precedeu a pesquisa foram superiores a 70%, independentemente do contexto social do município, resultando na homogeneidade do diagnóstico e dos cuidados assistenciais com a doença.

No Brasil, o PSF tem sido adotado como a estratégia principal de reorganização dos modelos de atenção em saúde e considerado prioridade política do Ministério da Saúde para a expansão e a qualificação da atenção básica<sup>15</sup>.

É interessante observar que no Município 3 foi obtida a menor proporção de domicílios cadastrados no PSF, e entre estes, o menor percentual de domicílios com pelo menos seis visitas anuais. Com a maior proporção de pessoas com plano de saúde privado, esses resultados comprovam a lógica de consolidação do PSF, na qual os municípios de pequeno porte populacional e pouca capacidade instalada de serviços de saúde encontram menos obstáculos para a implementação do programa<sup>16</sup>. Outra possível explicação estaria na singularidade do programa local, no qual as atividades assistenciais e mesmo promocionais estão centradas no médico de família, obedecendo a lógica própria, em que a frequência de visita domiciliar corresponde às necessidades da população adscrita atendida.

Na esfera da assistência ambulatorial, merecem destaque as desigualdades na utilização dos serviços de saúde. Reproduzindo a lei do cuidado invertido, as taxas de utilização são menores nas localidades onde há maior necessidade de atenção. Porém, um resultado muito positivo foi encontrado para as pessoas que conseguiram assistência no primeiro estabeleci-

mento em que procuraram atendimento. Comparando-se por forma de pagamento, mostrou-se que mais de 90% dos indivíduos conseguem atendimento no primeiro estabelecimento em que procuram assistência, independentemente de o serviço ser pago pelo SUS, por desembolso direto ou através do plano de saúde.

Diferenças importantes, entretanto, foram encontradas no tempo de espera para o atendimento. Nos Municípios 2 e 4, entre os usuários do SUS, os tempos médios de espera ultrapassaram duas horas. Os resultados da presente análise corroboram, assim, os achados de outros estudos no Brasil, que revelam que as principais queixas relacionadas ao atendimento médico são: demora no atendimento; várias idas ao local de atendimento para conseguir o serviço e falta de garantia de conseguir os exames solicitados ou mesmo de continuidade de tratamento<sup>17</sup>. Adicionalmente, os achados indicaram que as desigualdades de acesso e distribuição de benefícios são função do poder de compra do usuário, resultando na qualidade dife-

renciada da atenção prestada nos serviços públicos.

O papel da atenção básica como elemento-chave para a promoção da equidade tem sido enfatizado, principalmente nas sociedades com grandes disparidades sociais. O desenvolvimento de estratégias para reduzir as iniquidades, entretanto, requer preliminarmente o entendimento de como elas ocorrem, determinando os fatores que podem amenizar relevantemente o gradiente social<sup>18</sup>. Neste sentido, os resultados dos inquéritos populacionais que avaliam a atenção recebida sob a ótica do usuário são fundamentais para o estabelecimento de metas e definição de prioridades.

Por outro lado, vale a pena dizer que as limitações dos resultados aqui apresentados recaem justamente no fato de os achados terem sido depreendidos a partir de entrevistas presenciais, cujas respostas variam, relevantemente, com a percepção, o nível de informação e grau de escolaridade do respondente<sup>19</sup>.

## Colaboradores

CL Szwarcwald trabalhou na pesquisa, metodologia, concepção e redação do artigo. MHM Mendonça, na metodologia, concepção do artigo e revisão crítica do texto. CLT de Andrade, na pesquisa, metodologia, concepção do artigo, elaboração de tabelas e revisão crítica.

## Agradecimentos

As autoras agradecem a colaboração dos pesquisadores envolvidos no ELB e pesquisa PMS-AB (2005), na fase de adaptação do instrumento de investigação com revisão conceitual, proposta e discussão de alterações e pré-teste. São eles: Alberto Najjar (ENSP/Fiocruz), Ligia Giovanella (ENSP/Fiocruz), Maria de Fátima Lobato Tavares (ENSP/Fiocruz) e Miguel Murat Vasconcellos (ENSP/Fiocruz), responsáveis pelo ELB, e Francisco Viacava (CICT/Fiocruz), Silvana Granado Gama (ENSP/Fiocruz), Mariza Miranda Theme Filha (SMS/RJ), Carla Lourenço Tavares de Andrade (ENSP/Fiocruz), Luiz Otávio Azevedo (CICT/Fiocruz), Paulo Roberto Borges de Souza Júnior (CICT/Fiocruz) e Paulo Frias (IMIP/PE), responsáveis pela PMS-AB.

## Referências

1. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Rev C S Col* 2002; 7(4):607-21.
2. Chester LGC, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MRA, Costa MZA, Gattás VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev Saúde Pub* 1996; 30:153-60.
3. Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. *Int J Health Serv* 2001; 31(3):545-66.
4. Szwarcwald CL, Souza-Junior PR, Esteves MA, Damascena GN, Viacava F. Determinantes sociodemográficos da auto-avaliação da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(Supl):54-64.
5. Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Celik LBC, Sadana R, Valentine N, et al. WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001. Geneva: World Health Organization (GPE Discussion Paper 37), 2001.
6. Salomon JA, Tandon A, Murray CJ. Comparability of self rated health: cross sectional multi-country survey using anchoring vignettes. *BMJ* 2004; 328(7434): 258.
7. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em números. *Revista Radis* 2004; 23:14-33.
8. Szwarcwald CL, Viacava F. World health survey in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(Supl):4-5.
9. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull World Health Organ* 2001; 79:954-62. (Review)
10. Leal MC, Gama SGN, Frias PG, Szwarcwald CL. Estilos de vida saudáveis e acesso aos exames periódicos de saúde entre as mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública* 2005; Supl 1:S78-S88.
11. Borrás JM, Guillen M, Sanchez V, Junca S, Vicente R. Educational level, voluntary private health insurance and opportunistic cancer screening among women in Catalonia (Spain). *Eur J Cancer Prev* 1999; 8:427-34.
12. Agurto I, Bishop A, Sanchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Prev Med* 2004; 39:91-8.
13. Hayward RA, Shapiro MF, Freeman HE, Corey CR. Who gets screened for cervical and breast cancer? Results from a new national survey. *Arch Intern Med* 1988; 148:1177-81.
14. McIntyre D, Gilson L. Putting equity in health back onto the social policy agenda: experience from South Africa. *Soc Sci Med* 2002; 54(11):1637-56.
15. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Rev C S Col* 2002; 7(3):401-14.
16. Pereira RAG. Programa de Saúde da Família: determinantes e efeitos de sua implantação nos municípios brasileiros [tese] Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.
17. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade de ser construída na prática. *Rev C S Col* 2003; 8:815-23.
18. Starfield B. Promoting equity in health through research and understanding. *Developing World Bioeth* 2004; 4(1):76-95.
19. Lethbridge-Cejku M, Schiller JS, Bernadel L. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2002. *Vital Health Stat* 10 2004; 222:1-151.

Artigo apresentado em 27/02/2006

Aprovado em 31/03/2006

Versão final apresentada em 17/04/2006