

Informações para o monitoramento da iniquidade em saúde

Álvaro Escrivão Junior*

Mais que a discussão conceitual sobre o significado da iniquidade na saúde, realizada por diversos autores, considera-se essencial elaborar métodos e técnicas visando tornar disponíveis diretrizes, parâmetros e estratégias das políticas públicas que operacionalizem igualdade e equidade no cotidiano dos cidadãos (SCOREL, 2003).

Principalmente nos países com dados limitados e poucos recursos para análise, é essencial o desenvolvimento de mecanismos para detectar, medir e chamar a atenção para desigualdades evitáveis entre grupos com diferentes níveis sociais. Braveman (1997) considera importantes os seguintes aspectos: identificação de fontes de dados adequadas, acessíveis e contínuas; definição, em cada país, dos grupos sociais a serem comparados; seleção dos indicadores de saúde e de cuidado de saúde que sejam úteis para comparação entre grupos sociais.

Além da avaliação de diferenças entre grupos sociais, é necessário monitorar a magnitude das medidas de saúde de cada grupo, de modo a acompanhar a situação ao longo do tempo. As estratégias para enfrentar esses desafios incluem, além da desagregação e melhor uso no nível local dos dados coletados pelo censo e pelos órgãos do setor da saúde, a produção de outros dados qualitativos e quantitativos referentes ao conjunto da população, utilizando-se inclusive métodos que captem a percepção da população sobre os problemas de saúde. O uso combinado dos dados de base populacional com os produzidos nos serviços de saúde permite avaliar melhor a iniquidade no cuidado da saúde.

No Brasil, apesar de se verificar um crescimento no número de publicações e documentos de serviços de saúde sobre esse tema, principalmente análises realizadas em nível municipal, verifica-se a escassez de estudos que avaliem criticamente as categorias, os indicadores e os procedimentos metodológicos da epidemiologia utilizados nos estudos de situação de saúde e utilização de serviços.

A abordagem territorial permite uma melhor utilização das bases oficiais disponíveis e, ao mesmo tempo, fornece uma boa aproximação com relação a algumas unidades de reprodução social dentro de determinados limites de generalização, como demonstram diversos estudos em nosso meio. No entanto, discutem-se “os caminhos” que conduzem aos diferenciais de saúde entre diferentes áreas geográficas, sendo que estes provavelmente decorram da combinação de fatores históricos, culturais, ambientais e sócio-econômicos, muitas vezes não sendo possível, dada a carência dos dados necessários, avaliar claramente o impacto do aumento das desigualdades de renda e bem-estar nas desigualdades de saúde.

Um estudo de Noronha (2001) mediu a desigualdade social em saúde no Brasil, considerando as diferenças entre os estados da federação, por meio da estimativa da desigualdade, considerando grupos sócio-econômicos classificados segundo os anos de escolaridade formal e a renda familiar per capita. Diferentemente da maioria dos estudos sobre desigualdade que utilizam como indicador de saúde os dados de mortalidade, a pesquisa utilizou medidas de morbidade. Os resultados revelaram

uma desigualdade na situação de saúde e no acesso aos serviços de saúde a favor dos grupos de alta renda, em todos os estados brasileiros. O mesmo estudo mostrou que quanto maior era a renda familiar *per capita*, maior era a probabilidade do indivíduo consultar o médico, resultado que se mantém mesmo quando se controla a variável “existência de plano de saúde”.

Outro estudo brasileiro considerou taxas padronizadas de utilização de serviços verificando que a chance de adoecer diminui com o aumento da renda, o inverso ocorrendo com o consumo de serviços de saúde e medicamentos. As pessoas com planos de saúde apresentam maior chance de uso de serviços de saúde e, dentre essas, as mais pobres pagam em média valores inferiores pelos seus planos, embora o peso percentual desse gasto na renda familiar tenda a ser excessivamente alto. Além disso, os planos mais simples têm um elenco mais reduzido e menos diversificado de serviços (TRAVASSOS, 2000).

O aprimoramento das fontes de dados existentes e o uso mais criativo dos indicadores epidemiológicos tradicionais, assim como o desenvolvimento de novas técnicas, de pequena complexidade e cientificamente rigorosas para evidenciar as desigualdades em saúde, constituem desafios que os centros de pesquisa podem assumir para facilitar a escolha das ferramentas mais eficientes pelos profissionais dos serviços, para estudar a situação de saúde.

Do mesmo modo elas também devem servir para melhorar o desempenho desses profissionais no mister de estabelecerem relações com outros atores envolvidos na superação da iniquidade social e em saúde. O atendimento desta demanda dos serviços aos centros de pesquisa implica a construção de abordagens metodológicas adequadas a esse fim, bem como o fortalecimento dessa área de pesquisa interdisciplinar, aportando-se os recursos necessários. A possibilidade de concretizar, tanto a prática da análise de situação de saúde, nos moldes apresentados neste artigo, quanto o desenvolvimento da área de pesquisa correspondente, são decisões políticas, que dependem da existência de uma demanda social neste sentido.

Referências Bibliográficas

BRAVEMAN, P. Basic note to focus discussion on selected methodological issues. Geneva, WHO - document 3, sep./oct. 1997.

SCOREL, S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. www.opas.org.br/servico/arquivos, acesso em 09 de jan - 2003.

NORONHA, K.V.M.S. Dois ensaios sobre desigualdade social em saúde. Belo Horizonte – MG, UFMG, 2001 (Dissertação de Mestrado)

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Clência & Saúde Coletiva**, 5(1):133-149, 2000.

* Médico, Professor Doutor da Escola de Administração de Empresas de São Paulo – FGV e Ex-coordenador da CEInfo – SMS SP. Email: aescrivao@fgvsp.br