DOI: 10.5327/Z0100-0233-2014380200003

Revista Baiana
de Saúde Pública

ARTIGO ORIGINAL DE TEMA LIVRE

EQUIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA MULHER: UMA ANÁLISE DO BRASIL E SUAS REGIÕES

Núbia Cristina da Silva[a]
Thiago Augusto Hernandes Rocha[a]
Raquel Braga Rodrigues[a]
Allan Claudius Queiroz Barbosa[a]

Resumo

Este estudo tem por objetivo mensurar a equidade na atenção primária à saúde da mulher a partir da avaliação de quatro marcadores de utilização de serviços: mamografia, exame preventivo de câncer de colo do útero, exame clínico de palpação de mamas e estado de saúde autodeclarado. Os marcadores são avaliados segundo renda familiar e localização geográfica. Para a análise de equidade, foram utilizados dados secundários da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do ano de 2008. Esse levantamento embasou a análise de equidade por método gráfico através da construção de curvas de concentração para o Brasil e para as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Os resultados destacam que, de maneira geral, a realização dos marcadores escolhidos apresentou um padrão de iniquidade, tanto por renda, quanto por distribuição geográfica. Entretanto, para as regiões Norte e Nordeste, alguns marcadores exibiram um padrão de distribuição equitativo ou que favorecia a população de menor renda. Apesar dos avanços para buscar melhorias na oferta de serviços de saúde dedicados à mulher, ainda pesa a necessidade de melhorar o acesso a serviços preventivos básicos.

Palavras-chave: Equidade em cobertura. Atenção primária à saúde. Saúde da mulher.

[a]*Faculdade de Ciências Econômicas; Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.*
Endereço para correspondência: *Thiago Augusto Hernandes Rocha – Universidade Federal de Minas Gerais – Avenida Antônio Carlos, 6627 – Pampulha – CEP: 31270-901 – Belo Horizonte (MG), Brasil – E-mail: rochahernandes285@yahoo.com.br*

EQUITY IN PRIMARY HEALTH CARE OF WOMEN:
AN ANALYSIS OF BRAZIL AND ITS REGIONS

Abstract

This study aims to measure equity in primary health care of women through the evaluation of four using services markers: mammography, Pap cervical cancer, clinical examination and palpation of breast and health self-stated. The markers are evaluated according to family income and geographic location. For the analysis we used secondary data from the National Household Sample Survey (PNAD) of 2008. That study supported the analysis of equity by graphical method by constructing concentration curves for Brazil and for the North, Northeast, Midwest, Southeast and South regions. The results highlight that in general the performance of the chosen markers showed a pattern of inequity by income, and by geographic distribution. However, for the North and Northeast regions, some markers exhibited a pattern of equitable distribution or favoring the lower-income population. Despite advances to seek improvements in the provision of health services dedicated to women, there is still a necessity to improve access to basic preventive services.
Keywords: Coverage equity. Primary health care. Women's health.

EQUIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DE LA MUJER:
UN ANÁLISIS DE BRASIL Y SUS REGIONES

Resumen

Este estudio tiene como objetivo medir la equidad en la atención primaria de la salud de las mujeres utilizando la evaluación de cuatro marcadores de utilización de servicios: mamografía, el examen de Papanicolaou, la palpación clínica de los senos y el estado de salud auto declarado. Los marcadores son evaluados de acuerdo a los ingresos familiares y la localización geográfica. Para el análisis de equidad se utilizaron los datos secundarios de la Encuesta Nacional de Hogares (PNAD) de 2008, que apoyó el análisis de la equidad por método gráfico mediante la construcción de curvas de concentración para Brasil y sus regiones. Los resultados mostraron que, en general, la realización de los marcadores elegidos presentaron un patrón de iniquidad tanto por ingreso, como por distribución geográfica. Sin embargo, para las regiones Norte y Nordeste, algunos marcadores mostraron un patrón de distribución equitativo o que favorecía a la población de menores ingresos. A pesar de los avances de buscar mejoras en la prestación de servicios de salud dedicados a la mujer, todavía pesa la necesidad de mejorar el acceso a servicios básicos de prevención.
Palabras clave: Equidad en cobertura. Atención primaria de salud. Salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos, a equidade vem sendo enfatizada na agenda de políticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma prioridade.[1-3] Os diversos trabalhos que buscam avaliar o desempenho dos sistemas de saúde têm produzido evidências que destacam a forte associação entre a saúde, status socioeconômico, níveis de educação, renda, origem étnica e distribuição geográfica.[3,4] Essas evidências suscitam, dentre outros, um aprofundamento do debate que busca compreender como se associam os resultados em saúde e os diferentes perfis de renda. Observa-se que populações de menor renda apresentam maiores índices de doenças e de mortalidade associados com menor acesso a serviços de saúde, muito embora tenham maior necessidade de utilização dos mesmos.[5]

Em termos práticos, avaliações de equidade requerem mais do exame da magnitude das iniquidades em saúde entre os grupos de maior e de menor renda, além de implicar o desenvolvimento de estratégias que possam efetivamente beneficiar a população de menor renda.[3] Embora as iniquidades em saúde já sejam suficientemente documentadas nos países desenvolvidos, trabalhos recentes têm destacado que essa situação também se faz presente naqueles países em desenvolvimento.[6]

Starfield[7] aponta que existem diferenças na equidade de utilização de serviços de saúde quando ocorre a presença de diferenças sistemáticas e potencialmente evitáveis em uma dada população ou grupo definido social, economica ou geograficamente. Diferenças na equidade podem se apresentar de modo horizontal ou vertical. A iniquidade horizontal indica que pessoas com as mesmas necessidades de saúde não obtém acesso aos mesmos recursos. A iniquidade vertical ocorre quando pessoas com maiores necessidades não obtém acesso a maiores recursos.

Apesar de sua relevância enquanto elemento norteador das ações voltadas para a avaliação da oferta de serviços de saúde, o conceito de equidade é dotado uma complexidade condizente com o problema que aborda. Garcia-Subirats et al.[8] entendem a equidade com uma perspectiva igualitária e baseada na noção de justiça social; e definem a mesma como o tratamento igual para necessidades iguais (equidade horizontal) ou como o tratamento diferenciado para necessidades diferenciadas (equidade vertical). Lucchese,[9] com base nas discussões levantadas por Whitehead,[1] acrescenta que a equidade prescinde, idealmente, que todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar o seu potencial, se isso puder ser evitado.[9]

Whitehead[1] define que o debate sobre equidade em saúde está voltado para formas de criar oportunidades iguais para promover saúde e, ao mesmo tempo, minimizar as desigualdades por meio de alguns princípios que incluem melhorias nas condições de vida e garantia de serviços de saúde de alta qualidade acessível a todos. Para explicar as iniquidades em saúde, vários autores procuram esclarecer os motivos pelos quais elas surgem e se perpetuam. As iniquidades surgem quando diferentes grupos, definidos por suas características sociais e demográficas, têm acesso diferenciado a serviços de saúde. Tais diferenças são consideradas iníquas se elas ocorrem porque as pessoas têm escolhas limitadas, acesso a mais ou menos recursos para saúde ou exposição a fatores que afetam a saúde, resultantes de diferenças que expressam desigualdades injustas.[9]

Grande parte da literatura sobre a equidade trata aspectos relativos à utilização, acesso e o financiamento dos serviços de saúde. No entanto, a extensão das desigualdades parece ser sensível a questões sobre o acesso estar ou não ajustado para diferentes necessidades de saúde e também para o tipo de assistência médica que está sendo estudada (atenção primária, assistência hospitalar, etc.).[10] Assim, a delimitação de um escopo para fins de avaliação da equidade é um passo importante para se garantir que os resultados de fato estão evidenciando iniquidades. Especificamente para este trabalho, optou-se por analisar a equidade no acesso aos serviços voltados para a saúde da mulher no contexto brasileiro, uma vez que a equidade no acesso a serviços preventivos é um tema pouco explorado.[8]

Braveman[11] pontua que diversos métodos têm sido utilizados para a quantificação de disparidades em saúde. A mensuração de iniquidades envolve a comparação dos níveis de um ou mais indicadores ou fatores relacionados à saúde de um grupo em menor vantagem com os níveis desses mesmos indicadores ou fatores para com um grupo de maior vantagem. Operacionalmente, a mensuração desses aspectos se vale de métodos como a atribuição de risco populacional, coeficiente de Gini e a análise de curvas de concentração. Tais métodos têm se mostrado úteis para a quantificação de iniquidades permitindo a realização de comparações fidedignas.[12]

Há certo consenso de que os resultados de estudos sobre equidade podem ser aplicados para se desenvolver e implementar políticas públicas direcionadas para a melhora na oferta dos serviços de saúde, especialmente, naqueles países onde a saúde é considerada um bem meritório. Finkelman[13] destaca a necessidade de dedicar esforços para o desenvolvimento e aprimoramento de metodologias de análise e monitoramento das questões de equidade na área da saúde. Somente através desses esforços é que poderão ser construídos indicadores específicos capazes de elucidar as correlações entre a disponibilidade

de renda, as diferentes situações geográficas, socioeconômicas e de saúde. Essas análises são especialmente importantes nos países onde existem limitações de recursos que exigem efetividade em todas as intervenções em saúde, como é o caso do Brasil.

Garcia-Subirats et al.[8] destacam que aqueles grupos com melhor nível socioeconômico, melhor nível educacional, condições de trabalho mais estáveis, fazem maior uso dos serviços de saúde independentemente de suas necessidades. Especificamente para o caso do Brasil, aqueles indivíduos que contam com assistência privada à saúde apresentam um padrão de maior utilização de serviços de saúde. Esse quadro destaca a presença de iniquidades na oferta de cuidado à população brasileira.

Por definição constitucional, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido como um sistema público, nacional e de caráter universal e igualitário, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e em diretrizes organizativas de descentralização, com comando único em cada esfera de governo e princípios de regionalização.[14] A implementação desse sistema, particularmente no que diz respeito ao processo de descentralização e definição do papel de cada esfera de governo, precisou considerar as acentuadas desigualdades socioeconômicas características do país; além das especificidades dos problemas e desafios na área da saúde e as características do federalismo brasileiro.[15]

Mendes[16] destaca que, no Brasil e no mundo, as taxas de fecundidade estão diminuindo, as populações envelhecendo e as expectativas de vida aumentando. Esse cenário caracteriza-se como um processo de transição demográfica com uma elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas, tanto em termos absolutos, como relativos.[16] A atuação conjunta desses elementos demográficos contribui para que ocorra um aumento de prevalência de doenças crônicas.

A epidemia de doenças crônicas se constitui como um problema considerável que tenderá a ser maior no futuro e que constituem a epidemia real.[17] As doenças crônicas determinam impactos consideráveis para a população, uma vez que apresentam grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, causam mortes prematuras e geram grandes efeitos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e os países.[16] Apesar do impacto que este grupo de doenças representa, a atuação com foco em prevenção é a melhor forma de minimizar os efeitos adversos oriundos das complicações inerentes aos quadros crônicos.

Dentre as doenças crônicas que afetam a saúde das mulheres brasileiras, duas merecem destaque: o câncer de mama e o câncer de colo de útero. Aproximadamente, 500 mil casos novos de câncer de colo do útero são registrados por ano no mundo, sendo

esse o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, além de responsável pela morte de 230 mil pessoas por ano. No Brasil, são esperados, por ano, 18.430 casos, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer de mama, por sua vez, é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos nesse grupo. Embora seja considerado um câncer de bom prognóstico, trata-se da maior causa de morte entre as mulheres brasileiras, principalmente na faixa entre 40 e 69 anos, porque, na maioria dos casos, a doença é diagnosticada em estágios avançados. São esperados 49.400 novos casos ano, com risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres.[18]

A atenção primária à saúde é essencial para diagnóstico e prevenção de câncer de colo de útero e de mama. As ações nesse nível baseiam-se na detecção precoce em mulheres assintomáticas, por meio de ações do rastreamento de populações alvo, de métodos e de intervalos de tempo para a realização de exames clínicos. Neste sentido, uma análise da equidade quanto à utilização dos serviços de saúde voltados ao rastreamento dessas doenças surge como um elemento importante capaz de subsidiar a formulação de políticas públicas e de promover melhoras no estado de saúde populacional. Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada por uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar.

Apesar das ações de prevenção e detecção precoce desenvolvidas no Brasil, dentre elas o Programa Viva Mulher e o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, as taxas de incidência e mortalidade têm se mantido praticamente inalteradas ao longo dos anos. Parte da manutenção das taxas pode estar associada ao aumento e à melhoria do diagnóstico que melhora a qualidade da informação e dos atestados de óbitos. Por outro lado, ainda pesam as consequências de diagnósticos tardios, os quais estão relacionados com inúmeros fatores, como a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde; a baixa capacitação de recursos humanos envolvidos na atenção oncológica (principalmente em municípios de pequeno e médio porte); a capacidade do sistema público em absorver a demanda que chega às unidades de saúde; a dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que perpasse todos os níveis de atenção (atenção básica, média complexidade e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).[19]

Internacionalmente, tem-se observado em alguns países desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, um aumento da incidência do câncer de mama acompanhado de uma redução da mortalidade por esse câncer. Isso está associado à detecção precoce por meio da introdução da mamografia para rastreamento, assim como pela oferta de tratamento adequado. No caso do Brasil, frente às limitações práticas para a implementação, junto à população, de estratégias efetivas para a prevenção do câncer de mama, as intervenções têm sido direcionadas para o fomento das ações de detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados, em uma tentativa de reverter a situação do diagnóstico tardio.[19]

O protocolo do Ministério da Saúde recomenda as seguintes ações para a detecção precoce do câncer de mama no nível da atenção primária à saúde: rastreamento anual por meio do exame clínico da mama para as todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, rastreamento por mamografia para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames e, por último, exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco.[19] Quanto ao exame preventivo de câncer de colo de útero, o exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.[19]

Dados das Pesquisas Nacionais de Amostra de Domicílios (PNAD)[20] informam que o percentual de mulheres na faixa etária alvo submetidas ao exame Papanicolau pelo menos uma vez na vida aumentou de 82,6% em 2003 para 87,1% em 2008. Para corroborar estes dados, registraram-se no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), no ano de 2008, as produções de 11,8 milhões de exames citopatológicos do colo do útero, dos quais mais de 70% foram realizados na população-alvo, representando um aumento de 46% na oferta em relação a 1998, ano da primeira campanha do Programa Viva Mulher. Através do Sistema de Informação do câncer do colo do útero (SISCOLO), percebe-se também um aumento do número de municípios que realizaram a coleta do exame citopatológico de 89,5% (2004/2005) para 95% (2007/2008), como reflexo da política de expansão da estratégia de saúde da família.

Quanto à periodicidade com que o exame citopatológico é ofertado, dados do SISCOLO apontam que, em 2008, aproximadamente 80% das mulheres informaram terem realizado alguma citologia anterior, das quais, 47% foram coletadas nos últimos 12 meses. A oferta de exames pelo SUS atualmente seria suficiente para a cobertura da população

feminina na faixa etária prioritária. Porém, observa-se que grande parte dos exames é ofertada como repetições desnecessárias em intervalos menores do que o recomendado.

Nesse contexto, a necessidade de produzir informações socioeconômicas, demográficas e tecnológicas, de forma a embasar a definição de políticas públicas no Brasil, surge como um imperativo das práticas de gestão pública moderna com foco na saúde da mulher. No Brasil, a PNAD, com uma cobertura nacional desde 2004, vem investigando dados relativos aos domicílios, bem como dados sobre os residentes. Além disso, desde 1998, vem abordando aspectos referentes à saúde da população. A aplicação do suplemento de saúde amplia as possibilidades de incorporação de informações de saúde por diferentes áreas, o que facilita as ações voltadas para a promoção de melhorias na saúde populacional.

Travassos et al.[20] destacam que a geração de informações de base populacional e de âmbito nacional são ações essenciais ao processo de planejamento e acompanhamento do cumprimento dos princípios constitucionais da saúde. Com base nessa necessidade, os inquéritos domiciliares assumiram um papel de destaque ao propiciar subsídios para a formulação de políticas públicas. Tais inquéritos podem gerar informações importantes sobre saúde e sobre o consumo de serviços de saúde e, assim, nortear ações de melhora de equidade, por exemplo.

A análise da equidade no acesso a serviços preventivos vinculados à doenças crônicas é uma importante ferramenta para materialização de políticas públicas dedicadas ao tema. As complicações oriundas de episódios agudos atrelados às doenças crônicas afetam a capacidade produtiva das pessoas. O custo econômico das condições crônicas é enorme. Isso se dá porque as pessoas portadoras das doenças reduzem suas atividades de trabalho e perdem emprego; os prestadores de serviços gastam cada vez mais com os custos crescentes dessas doenças; os gestores de saúde sentem-se desconfortáveis com resultados insatisfatórios em relação ao manejo dessas condições; e a sociedade em geral apresenta enorme perda de produtividade e de qualidade de vida impostas por essas condições.[16] Além disso, as relações entre condições crônicas e pobreza estão bem estabelecidas e compõem um círculo vicioso.[16] De um lado, a pobreza favorece o aparecimento das doenças crônicas; de outro, as condições crônicas aprofundam a pobreza.[17] Os dados gerados pela PNAD contribuem para que um dado aspecto da população seja examinado, com escopo nacional, contribuindo para a definição de evidências importantes.

Com base no debate exposto, este artigo propõe uma análise, a partir dos dados do suplemento de saúde da PNAD de 2008, acerca da equidade na oferta de serviços voltados para a saúde da mulher nas diferentes regiões do Brasil. A opção pela área da

saúde da mulher se justifica em função da importância que as evidências sobre a equidade na oferta desses serviços podem assumir, em termos de redução de mortalidade, prevenção de ocorrência de episódios agudos e melhora de qualidade de vida. Para tanto, foram selecionados marcadores de utilização de serviços de atenção à saúde da mulher, indicadores de perfil de renda, bem como o estado de saúde autodeclarado dos indivíduos.

MATERIAL E MÉTODOS

A mensuração da equidade em saúde pode compreender diferentes categorias de análise, entre elas a percepção do estado de saúde; a demanda por serviços; os gastos com saúde; os perfis de saúde; a prestação de serviços; e o financiamento da saúde. Essas categorias devem ser analisadas comparativamente segundo condições sociais, econômicas e geográficas.[13]

O presente estudo foi realizado em 2011, a partir dos dados do suplemento de saúde da PNAD de 2008, tendo como universo o total de mulheres com idade acima de 25 anos, recorte estabelecido na metodologia da própria PNAD, uma vez que as questões do suplemento de saúde para mulheres devem respeitar tal corte etário. A escolha pelos dados de 2008 da PNAD se deu em função de sua abrangência nacional. Além disso, esse foi o último ano em que o suplemento de saúde foi aplicado, configurando-se como a informação mais recente de representatividade nacional a respeito do tema.

Na Tabela 1, observa-se o contingente de 118.3678 mulheres com idade acima de 25 anos no país, destacando-se as regiões Nordeste e Sudeste, onde as mesmas representaram 62,3% do universo de sujeitos pesquisados.

Somente foram incluídas nas análises aquelas mulheres que forneceram informações sobre o seu próprio estado de saúde. A opção pela inclusão somente desse grupo de mulheres se deu em função dos trabalhos de Travassos[20] e Dachs et al.[21,22] que relataram diferenças significativas em relação aos dados de estado de saúde na PNAD, quando o respondente não era o próprio sujeito.

A análise de dados foi realizada a partir da construção das curvas de concentração. As curvas de concentração podem ser utilizadas para se examinar a presença de iniquidades entre grupos diferentes.[23] Para tanto, as curvas são o resultado da plotagem cumulativa da variável de saúde (eixo y) contra o percentual cumulativo da população (eixo x). Esse último é escalonado por renda de modo crescente, começando com aqueles de menor perfil de renda e terminando com a parcela de população de maior perfil de renda. O exame gráfico das curvas de concentração permite observar

Tabela 1 – Total de contingente de mulheres respondentes do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil, 2008

Região administrativa	Total de mulheres	% do universo de sujeitos respondentes
Norte	13.138	11,1
Nordeste	36.353	30,7
Sudeste	37.407	31,6
Sul	18.510	15,6
Centro Oeste	12.959	10,9
Brasil	118.367	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

eventuais iniquidades de acesso considerando-se diferentes perfis de renda. Para a construção das curvas de concentração utilizadas neste trabalho, foram utilizadas as variáveis chave a seguir: realização de mamografia, exame clínico de mamas e exame citopatológico do colo do útero, estado de saúde autodeclarado frente a cada quintil de renda por região e para o Brasil.

Quando a linha de distribuição de cada marcador que se sobrepõe ao eixo de referência, pode-se inferir que a oferta dos serviços não sofre variação segundo o perfil de renda e, portanto, ocorre de forma equitativa. Para aqueles casos nos quais a linha de oferta de serviços se encontra abaixo do eixo de referência, tal oferta privilegia as camadas de maior perfil de renda. Ao passo que, se a linha se encontra acima do eixo de referência a oferta do serviço em questão privilegia aqueles com menor perfil de renda. Cabe destacar que a variável comparada utilizada neste estudo foi a distribuição de renda, mas há a possibilidade de que a oferta de serviços seja comparada com outros aspectos como escolaridade, localização geográfica, dentre outros. Os dados foram obtidos a partir da tabulação no software PASW (*Predictive Analytics SoftWare* – antigo SPSS). O Quadro 1 apresenta os recortes utilizados para compor as análises, bem como as variáveis elencadas. Foram escolhidas variáveis que podem ser compreendidas como marcadores da atenção primária à saúde da mulher.

RESULTADOS

Os resultados são descritos e analisados para cada marcador estudado, para todo o Brasil e suas regiões. Inicialmente, são apresentadas tabelas descritivas que demonstram a distribuição dos dados e, em seguida, são apresentadas as curvas de concentração que ilustram a distribuição encontrada para cada marcador de saúde analisado segundo a condição socioeconômica medida por meio da renda familiar.

Quadro 1 – Variáveis utilizadas na análise

Variável	Código PNAD	Análise
UF	UF	As unidades da Federação foram agregadas por região
Idade	V3031 V3032 V3033	Computada a partir das seguintes demandas: • Corte para exame clínico de mamas: mulheres acima de 25 anos • Corte para mamografia: mulheres entre 50 e 69 • Corte para citopatológico de colo do útero: mulheres entre 25 e 60 anos • Corte para mulheres com mais de 60 anos e com menos de 60 anos
Última vez que fez exame clínico das mamas	V7731	Foram consideradas as mulheres que o fizeram no intervalo máximo de um ano[1]
Última vez que fez mamografia	V7741	Foram consideradas as mulheres que o fizeram no intervalo máximo de dois anos
Última vez que fez exame preventivo para câncer do colo do útero	V7751	Foram consideradas as mulheres que o fizeram no intervalo máximo de um ano
Como você considera seu próprio estado de saúde	1303	Foram considerados os autorrelatos que informaram estado de saúde bom ou ótimo
Informante	1301	Foram consideradas para análise do estado de saúde somente dados obtidos a partir da própria pessoa, e não por terceiros
Rendimento mensal familiar de todas unidades domiciliares	V4722	Classificado em quintil de renda
Peso	V4729	Utilizado para ponderar os resultados de forma a permitir generalizações

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.
[1]Referência do Caderno de Atenção Básica à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, 2006; PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; UF: unidades da Federação.

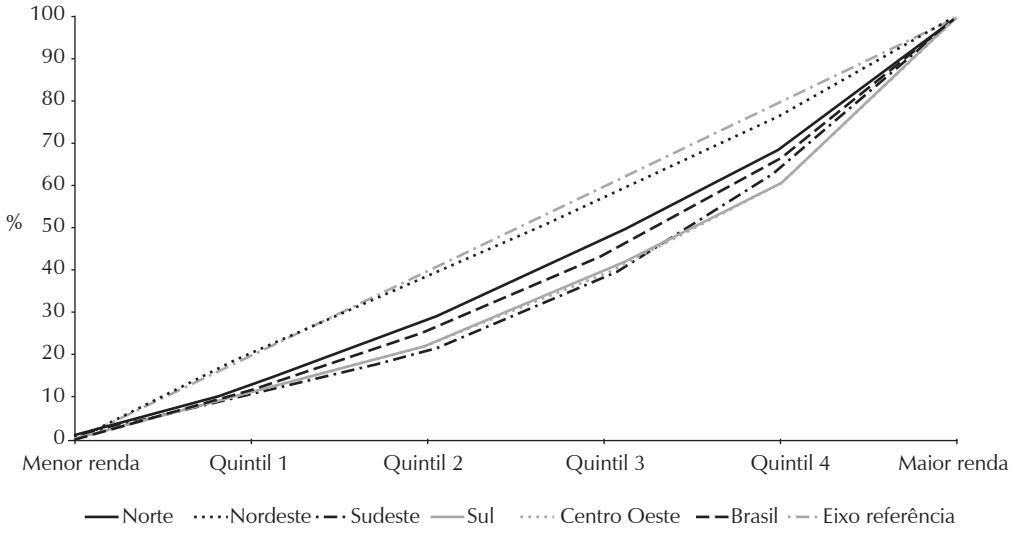
Com relação à realização de exame clínico de mamas, observa-se, a partir dos dados demonstrados na Tabela 2, que 38,3% das mulheres acima de 25 anos realizaram exames no ano anterior ao da pesquisa, sendo o menor percentual aquele encontrado na região Norte (23,64%) e o maior encontrado na região Sudeste (45,39%). O percentual de mulheres que nunca realizou o exame, no país, equivale a 30,1%, sendo os maiores números encontrados nas regiões Norte e Nordeste, onde esta taxa é superior a 45%. A variação segundo a condição socioeconômica é monotônica, segue o mesmo padrão para todas as regiões, sendo observados menores percentuais de realização do exame em até um ano para as mulheres com menor perfil de renda familiar.

Dada a determinação, por parte do Ministério da Saúde, da periodicidade recomendada para o exame clínico de mamas, a curva de concentração analisa o percentual de mulheres que realizou o exame no último ano de modo distribuído pelos quintis de renda (Figura 1). A curva de concentração mostra que, para o Brasil, não há uma distribuição equitativa na utilização deste marcador. Entre as regiões, observa-se que a Nordeste está mais próxima da linha de equidade, tanto em relação às demais regiões, quanto em relação ao Brasil. De maneira geral, os dados revelam que quanto maior o perfil de renda maior a

Tabela 2 – Última vez que realizou exame clínico de mamas, segundo o quintil de renda, por região do Brasil, 2008

Regiões	Quintil de renda familiar	n	Até 1 ano (%)	1 até 2 anos (%)	2 até 3 anos (%)	3 até 4 anos (%)	4 até 5 anos (%)	Nunca fez (%)
Norte	Menor renda	2.756	13,82	10,20	3,34	2,11	6,00	64,52
	Quintil 2	2.807	16,61	13,11	4,11	2,62	5,44	58,12
	Quintil 3	2.628	23,15	14,66	5,40	2,38	6,71	47,70
	Quintil 4	2.396	27,15	17,49	5,30	2,45	6,25	41,37
	Maior renda	2.150	43,46	19,24	3,75	2,69	5,33	25,54
	Total	12.737	23,64	14,61	4,38	2,44	5,96	48,97
Nordeste	Menor renda	10.811	18,47	11,41	4,28	2,63	5,68	57,52
	Quintil 2	8.270	21,24	13,41	5,20	2,80	6,64	50,70
	Quintil 3	6.792	26,28	15,54	5,18	2,80	6,63	43,57
	Quintil 4	5.133	36,02	17,49	5,21	2,92	5,93	32,43
	Maior renda	4.460	54,55	18,36	4,87	2,02	4,40	15,79
	Total	35.466	26,93	14,26	4,87	2,68	5,99	45,27
Sudeste	Menor renda	4.592	30,29	17,04	6,27	4,13	8,31	33,96
	Quintil 2	5.791	34,61	18,32	5,98	3,76	7,84	29,49
	Quintil 3	7.067	39,86	19,94	6,01	3,06	7,05	24,08
	Quintil 4	8.714	46,90	20,84	5,77	2,82	6,07	17,59
	Maior renda	9.409	61,00	18,90	4,35	1,80	4,32	9,62
	Total	35.573	45,39	19,27	5,52	2,90	6,34	20,58
Sul	Menor renda	1.987	30,28	15,26	5,72	3,55	9,71	35,48
	Quintil 2	2.696	31,74	15,72	5,76	3,41	8,37	35,00
	Quintil 3	3.585	37,51	17,15	5,83	3,27	7,97	28,26
	Quintil 4	4.644	44,78	19,09	5,55	2,92	6,60	21,05
	Maior renda	5.012	60,01	17,35	4,94	2,04	4,39	11,27
	Total	17.924	43,81	17,27	5,49	2,90	6,90	23,62
Centro-Oeste	Menor renda	1.829	24,92	14,92	4,59	3,36	8,98	43,22
	Quintil 2	2.286	28,92	15,26	4,86	3,40	6,62	40,94
	Quintil 3	2.439	33,01	16,98	5,25	3,05	7,45	34,26
	Quintil 4	2.662	39,78	18,22	5,34	3,26	5,87	27,53
	Maior renda	3.343	57,51	20,13	4,00	1,85	3,91	12,62
	Total	12.559	38,59	17,40	4,79	2,91	6,30	30,02
Brasil	Menor renda	21.975	23,16	13,58	4,96	3,17	7,07	48,05
	Quintil 2	21.850	27,81	15,67	5,46	3,27	7,22	40,57
	Quintil 3	22.511	34,35	17,79	5,67	2,98	7,09	32,12
	Quintil 4	23.549	43,02	19,58	5,58	2,86	6,14	22,82
	Maior renda	24.374	58,86	18,65	4,47	1,92	4,36	11,74
	Total	114.259	38,36	17,20	5,22	2,81	6,31	30,11

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Figura 1 – Curva de concentração da realização de exame clínico de mamas no Brasil e em suas regiões, 2008

realização do exame clínico de mamas o que reflete uma distribuição que favorece o perfil de rendimentos mais elevado.

A Tabela 3 descreve a realização do exame de mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos. Ao considerarmos aquelas que realizaram o exame nos dois anos anteriores à pesquisa, observa-se um total de 54,33%. O maior percentual de mulheres que nunca realizam este exame é observado na região Norte, seguido pela região Nordeste.

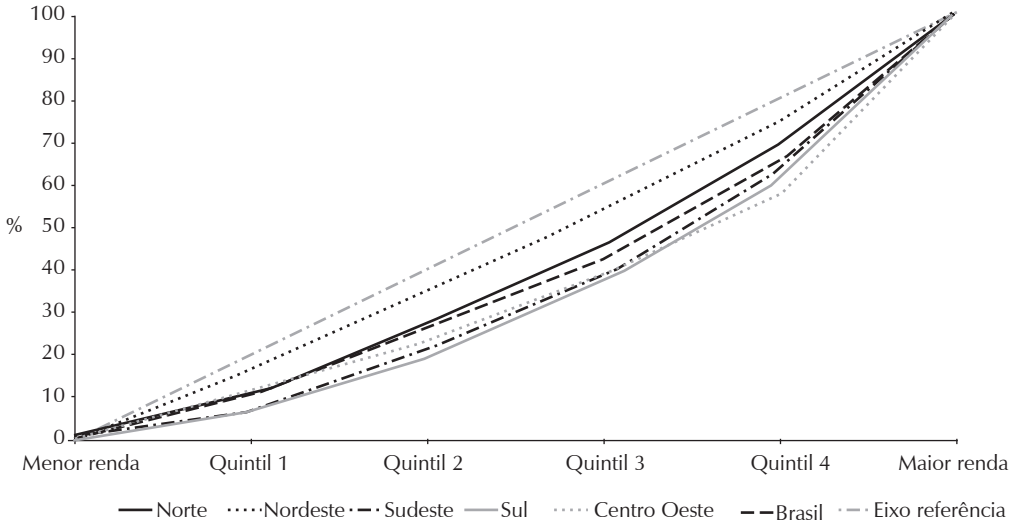
A curva de concentração em relação ao exame de mamografia (Figura 2), da mesma forma que a anterior, demonstra que não existe equidade na utilização desse serviço. A diferença observada é para a região Nordeste, que, para esse exame, está mais próximo da linha de equidade; e as relações observadas foram similares em termos de orientação em relação ao exame de palpação de mamas. Assim, os quintis de renda mais elevados exibem um padrão de realização de mamografias maior do que aquele dos quintis de menor renda.

Com relação ao exame preventivo para câncer de colo do útero, os dados da Tabela 4 apontam que o percentual de mulheres entre 25 e 60 anos que realizaram o exame no último ano no Brasil é igual a 52%. O percentual de mulheres que nunca realizaram o

Tabela 3 – Última vez que realizou mamografia, segundo o quintil de renda, por região do Brasil, 2008

Regiões	Quintil de renda familiar	Última vez que fez mamografia					
		n	Até 1 ano (%)	1 até 2 anos (%)	2 até 3 anos (%)	3 anos (%)	Nunca fez (%)
Norte	Quintil 1	1.074,0	11,79	9,34	3,45	6,94	68,48
	Quintil 2	1.222,0	15,21	11,97	4,34	7,35	61,14
	Quintil 3	1.184,0	18,44	12,79	5,74	7,94	55,09
	Quintil 4	1.159,0	23,63	17,78	6,47	8,82	43,30
	Quintil 5	1.084,0	44,53	18,21	4,92	7,38	24,97
	Total	5.723,0	22,16	13,94	5,01	7,70	51,19
Nordeste	Quintil 1	4.623,0	16,54	11,03	4,48	7,74	60,21
	Quintil 2	3.959,0	19,21	11,79	5,96	9,64	53,40
	Quintil 3	3.495,0	23,60	14,44	5,72	9,11	47,13
	Quintil 4	2.709,0	34,71	18,65	5,23	8,59	32,82
	Quintil 5	2.439,0	56,29	18,98	4,85	6,64	13,25
	Total	17.225,0	26,17	14,02	5,25	8,48	46,08
Sudeste	Quintil 1	2.204,0	29,65	16,09	7,40	12,82	34,04
	Quintil 2	2.838,0	33,71	19,16	6,68	10,72	29,73
	Quintil 3	3.576,0	37,30	19,72	6,97	10,82	25,19
	Quintil 4	4.708,0	45,21	21,17	6,57	9,03	18,01
	Quintil 5	5.359,0	60,53	19,94	5,13	5,91	8,49
	Total	18.685,0	44,83	19,67	6,33	9,12	20,06
Sul	Quintil 1	980,0	23,63	13,41	5,24	11,36	46,35
	Quintil 2	1.407,0	27,36	14,51	5,27	10,24	42,62
	Quintil 3	1.895,0	31,87	14,77	5,78	10,43	37,15
	Quintil 4	2.499,0	37,38	17,95	5,76	9,15	29,76
	Quintil 5	2.938,0	56,18	18,11	5,52	7,31	12,89
	Total	9.719,0	38,90	16,39	5,57	9,25	29,89
Centro-Oeste	Quintil 1	861,0	22,37	13,68	4,88	11,09	47,98
	Quintil 2	1.040,0	24,58	13,34	5,85	9,39	46,84
	Quintil 3	1.132,0	25,35	16,64	4,88	9,87	43,26
	Quintil 4	1.318,0	34,03	16,16	6,60	9,93	33,28
	Quintil 5	1.763,0	55,32	19,29	4,25	5,76	15,38
	Total	6.114,0	34,75	16,24	5,26	8,87	34,89
Brasil	Quintil 1	9.742,0	21,56	12,97	5,46	9,92	50,10
	Quintil 2	10.466,0	25,94	15,09	6,02	9,95	42,99
	Quintil 3	11.282,0	30,81	16,87	6,23	10,06	36,03
	Quintil 4	12.393,0	40,08	19,63	6,19	9,03	25,08
	Quintil 5	13.583,0	58,07	19,34	5,09	6,33	11,17
	Total	57.466,0	37,18	17,15	5,78	8,88	31,01

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Figura 2 – Curva de concentração da realização de mamografia no Brasil e em suas regiões, 2008

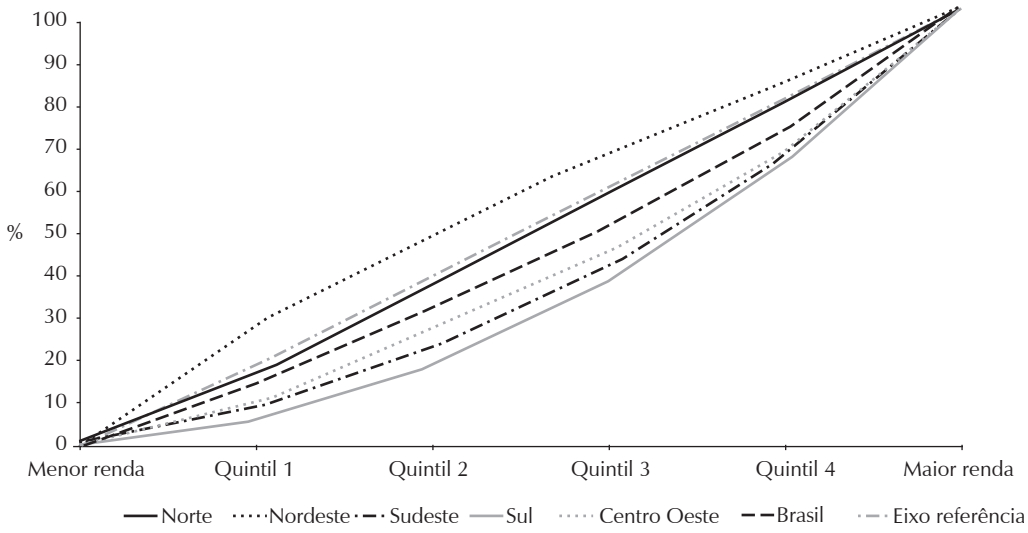
exame é bem menor comparado com os exames preventivos do câncer mamário. Segundo a OMS, para se obter um impacto significativo na mortalidade por câncer do colo do útero a cobertura de rastreamento deve atingir 80% ou mais da população-alvo.[19] No Brasil, quando se considera a realização do exame nos dois anos anteriores à pesquisa, o rastreamento atinge 73,3% da população de mulheres na faixa etária citada, patamar abaixo, mas não muito distante, do desejável. Assim como nos dois marcadores examinados anteriormente, a relação entre renda e realização do exame de Papanicolau foi monotônica e favorável aos quintis mais elevados de renda.

A curva de concentração (Figura 3) para a realização desse exame apresenta um padrão diferente das curvas anteriores. Embora não seja observado um padrão equitativo na utilização desse serviço de saúde quando se leva em conta as diferentes regiões, bem como o dado agregado do Brasil, o comportamento da curva de concentração mostrou-se diferente dos demais indicadores selecionados. Para a região Nordeste, o padrão dos dados favoreceu, em termos da realização do exame preventivo, os quintis de menor renda. Para a região Norte, houve uma distribuição que pode ser considerada equitativa em relação a esse marcador.

Tabela 4 – Última vez que realizou exame preventivo para câncer de colo do útero, segundo o quintil de renda, por região do Brasil, 2008

Regiões	Quintil de renda familiar	Última vez que fez exame preventivo para câncer do colo do útero								
		n	Até 1 ano (%)	1 até 2 anos (%)	2 até 3 anos (%)	3 até 4 anos (%)	4 até 5 anos (%)	5 até 10 anos (%)	10 anos (%)	Nunca fez (%)
Norte	Quintil 1	2.482	40,30	22,89	6,06	3,10	2,25	2,40	1,89	21,09
	Quintil 2	2.383	43,88	24,46	6,87	3,00	1,99	2,26	1,52	16,00
	Quintil 3	2.230	49,43	22,33	6,25	2,43	1,56	1,98	1,30	14,72
	Quintil 4	2.051	51,20	24,11	6,11	3,05	1,89	2,04	1,40	10,20
	Quintil 5	1.856	61,01	20,15	5,28	1,71	1,61	1,83	0,69	7,72
	Total	11.002	48,32	22,92	6,16	2,71	1,88	2,13	1,41	14,47
Nordeste	Quintil 1	9.524	42,22	20,23	6,51	2,92	1,97	2,40	1,12	22,64
	Quintil 2	6.431	44,69	21,06	6,04	3,18	1,81	2,17	1,31	19,74
	Quintil 3	5.251	47,55	21,36	6,09	2,68	1,48	2,44	1,05	17,36
	Quintil 4	4.132	51,32	21,26	5,85	2,82	1,64	1,46	1,24	14,40
	Quintil 5	3.652	63,63	17,98	4,80	1,88	0,84	1,12	0,78	8,97
	Total	28.990	47,30	20,51	6,05	2,81	1,68	2,09	1,13	18,43
Sudeste	Quintil 1	3.563	44,57	21,11	7,00	3,80	2,59	2,86	1,56	16,51
	Quintil 2	4.454	47,01	22,34	6,91	3,56	2,33	2,18	1,42	14,26
	Quintil 3	5.626	50,42	23,34	5,91	3,05	2,13	2,08	1,25	11,82
	Quintil 4	7.086	54,91	22,75	5,28	3,06	1,76	1,78	1,22	9,24
	Quintil 5	7.686	65,39	19,89	4,29	1,76	0,92	0,98	0,83	5,93
	Total	28.415	54,56	21,81	5,58	2,86	1,78	1,80	1,19	10,44
Sul	Quintil 1	1.537	42,10	21,06	6,39	3,90	2,48	3,23	1,54	19,29
	Quintil 2	1.982	46,21	21,72	7,01	2,68	2,28	3,03	2,51	14,55
	Quintil 3	2.865	49,22	22,14	7,17	3,65	2,15	1,85	1,25	12,57
	Quintil 4	3.843	55,82	21,33	5,37	3,17	1,58	2,02	1,45	9,26
	Quintil 5	4.172	64,88	18,71	3,98	2,07	1,41	1,75	1,26	5,94
	Total	14.399	54,23	20,77	5,68	2,96	1,84	2,18	1,51	10,81
Centro-Oeste	Quintil 1	1.519	42,23	21,98	6,93	3,36	2,23	2,56	1,57	19,14
	Quintil 2	1.885	46,57	20,70	5,15	3,89	1,91	2,37	1,20	18,21
	Quintil 3	2.073	49,21	22,35	5,29	2,50	2,19	2,51	1,21	14,75
	Quintil 4	2.312	54,40	20,71	5,77	2,90	1,52	1,58	1,30	11,84
	Quintil 5	2.909	63,25	20,75	4,60	1,51	1,06	1,19	0,44	7,19
	Total	10.698	52,44	21,23	5,43	2,71	1,71	1,95	1,09	13,45
Brasil	Quintil 1	18.625	42,70	20,88	6,62	3,29	2,22	2,61	1,37	20,31
	Quintil 2	17.135	45,81	21,89	6,49	3,30	2,09	2,30	1,51	16,61
	Quintil 3	18.045	49,36	22,51	6,13	2,97	1,93	2,16	1,20	13,73
	Quintil 4	19.424	54,23	22,17	5,48	3,03	1,70	1,77	1,28	10,34
	Quintil 5	20.275	64,67	19,51	4,37	1,81	1,05	1,21	0,86	6,52
	Total	93.504	52,00	21,34	5,75	2,84	1,76	1,97	1,23	13,11

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

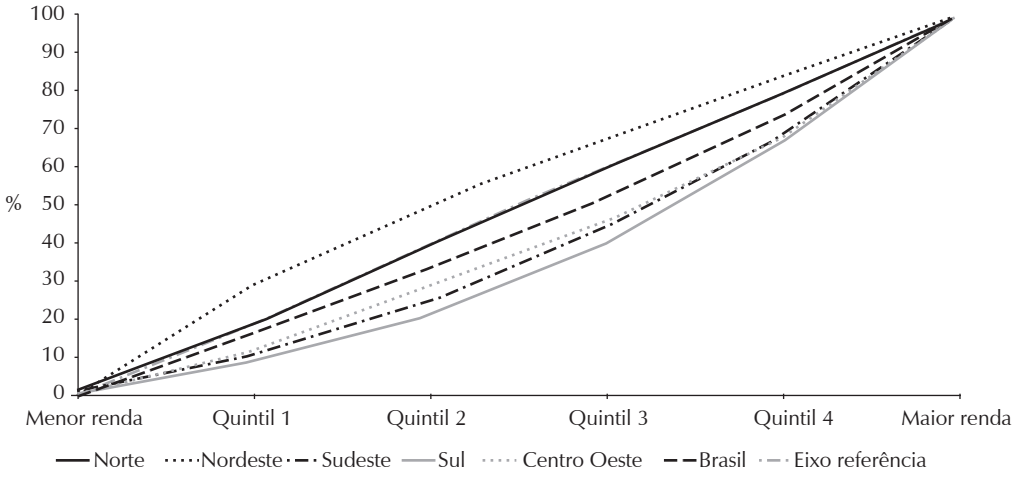


Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Figura 3 – Curva de concentração da realização de exame preventivo para câncer de colo de útero no Brasil e em suas regiões, 2008

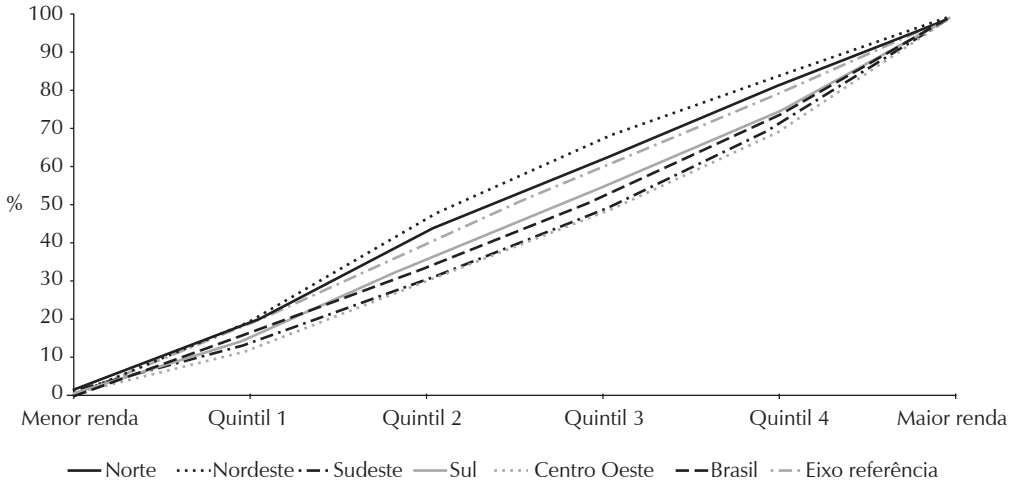
No que se refere ao estado de saúde autodeclarado pelas mulheres (Figura 4), observa-se que, para população abaixo de 60 anos, há equidade no estado de saúde declarado na região Norte, onde a curva de concentração se sobrepõe à linha de equidade. Na região Nordeste, há uma inversão em relação às demais regiões, sendo que a população nos primeiros quintis de renda declara estado de saúde bom ou muito bom em maior proporção do que as pessoas de maior renda. No que tange à população idosa acima de 60 anos (Figura 5), não foi observado um padrão equitativo em relação ao estado de saúde declarado. No entanto, é interessante observar que na região Nordeste, para esta faixa etária, há uma aproximação da linha de equidade, quando comparada com a população abaixo de 60 anos.

Existem evidências que correlacionam a menor utilização dos serviços de saúde, como é o caso da população nas regiões Norte, a um menor índice de declarações de estado de saúde como "ruim" ou "muito ruim".[20] Isso porque pessoas com menor utilização dos serviços, muitas vezes, acabam por não ter algumas doenças diagnosticadas, por restrições de acesso, o que as leva a reportar um estado assintomático como "saudável".



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Figura 4 – Curva de concentração do estado de saúde (bom ou muito bom) para população feminina abaixo de 60 anos no Brasil e em suas regiões, 2008



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Figura 5 – Curva de concentração do estado de saúde (bom ou muito bom) para população feminina acima de 60 anos no Brasil e em suas regiões, 2008

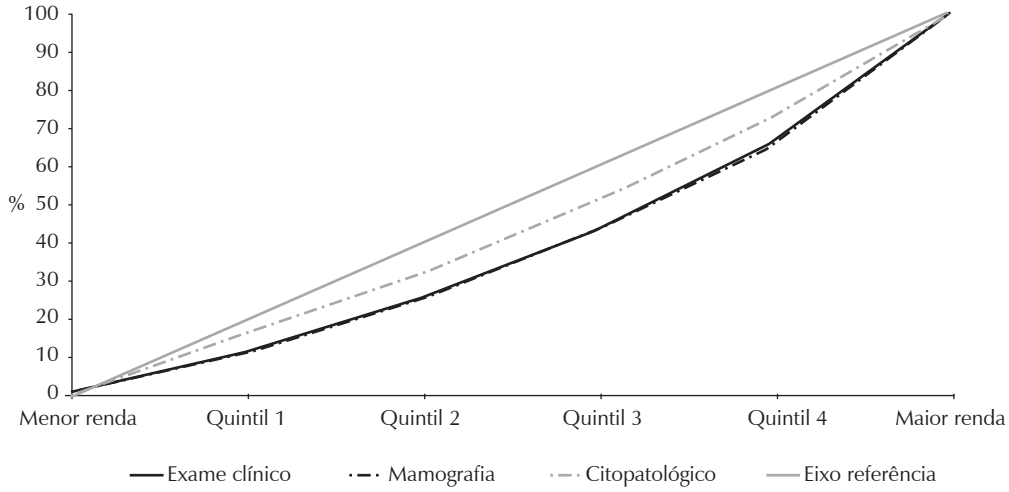
DISCUSSÃO

A utilização dos serviços de saúde no país é fortemente influenciada pela condição social das pessoas, assim como pelo local onde residem. Afinal, as desigualdades na utilização dos serviços avaliados não se observam em todos os países e expressam as particularidades do sistema de saúde de cada local, conforme relata Travassos.[20] Neste estudo, de forma geral, verificou-se que a renda influenciou a utilização aos serviços preventivos primários de saúde da mulher de três formas:

1) mulheres vinculadas a quintis de menor renda apresentaram uma utilização de serviços maior do que mulheres de alta renda somente na região no Nordeste e, unicamente, para o marcador de exame citopatológico;
2) para os marcadores de exame clínico das mamas e citopatológico de colo de útero, houve um padrão de utilização equitativo para as regiões Nordeste e Norte, respectivamente;
3) mulheres de baixa renda tiveram uma utilização de serviços menor que mulheres com alta renda nas demais regiões e no agregado do país para todos os marcadores considerados.

Uma avaliação geral do país para a utilização dos três serviços mostrou-se inequitativa para a maior parte dos marcadores escolhidos, bem como para a maior parte das regiões. Ocorreram variações nas taxas de utilização entre os grupos sociais, como apresentados na Figura 6, que indicaram uma distribuição iniquitativa entre utilização dos marcadores escolhidos e a renda familiar; evidenciando a necessidade de aumento da disponibilização e oferta de serviços primários para a população feminina de baixa renda do país.

A dominância, na Figura 6, das curvas de exame clínico e mamografia sobre a curva de exame citopatológico evidenciam um cenário de maior iniquidade em relação aos dois primeiros. As ações relacionadas aos exames clínicos e ao exame citopatológico se referem a ações de saúde de responsabilidades das equipes de saúde da família e que deveriam ser realizadas em caráter preventivo. Os dados abaixo deixam uma situação de diferença na utilização pautada pela renda. As mulheres mais ricas têm mais acesso a ações preventivas que aquelas de perfil de menor renda nos três marcadores abordados. A literatura confirma que aqueles de menor renda enfrentam maiores dificuldades de acesso ao sistema de saúde e a falta de equidade em ações de caráter preventivo pode contribuir para agravar as necessidades de cuidado, especialmente daquele mais complexo e de alto custo, uma vez que as ações de detecção precoce ocorrem mais facilmente para os quintis de maior renda.



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

Figura 6 – Curva de concentração da utilização de serviços no Brasil, 2008

Os padrões de distribuição de serviços observados a partir da análise das curvas de concentração respaldam uma série de dificuldades referendadas pela literatura. As atividades inerentes às equipes de atenção básica (como, por exemplo, o exame citopatológico) apresentam, para algumas regiões, uma distribuição mais equitativa. Já aquelas ações que dependem de equipamentos de alto custo e que cabem aos níveis mais complexos de atenção se mostraram menos equitativas. Esse achado deve ser levado em conta para a formulação de políticas públicas, para buscar uma melhor estruturação das redes de atenção à saúde. Tal estruturação pode potencializar o acesso a serviços preventivos por parte de mulheres com menor perfil de renda, contribuindo para a melhora de seu estado de saúde.

O Brasil, enquanto país com dimensões continentais e no qual coabitam múltiplas realidades, demanda a formulação de estratégias diferentes para cada região para que seja possível melhorar a equidade na distribuição e acesso de serviços para a saúde da mulher. As dificuldades para a melhoria de infraestrutura de alta complexidade, bem como a mudança de processo de trabalho das equipes de atenção básica, perpassam desafios que são diferentes para a região Norte e Nordeste, quando comparadas com as demais regiões do país.

Apesar da existência de iniquidades no acesso a serviços de saúde da mulher, os dados revelaram que esse é um cenário em transição para o contexto brasileiro. Para alguns marcadores, pode-se observar um maior perfil de utilização por parte da população com menor renda. Essa constatação traz algo novo frente aos estudos já realizados, uma vez que acena para a possibilidade de que o investimento na expansão da atenção primária à saúde esteja de fato melhorando o acesso a serviços preventivos voltados para a saúde da mulher.

As evidências que sugerem uma melhoria na oferta e acesso de serviços para a saúde da mulher ainda podem contribuir para a disseminação de experiências exitosas. Os resultados positivos obtidos pelas regiões Norte e Nordeste merecem ser mais bem estudados, afim de que estratégias de melhorias possam ser compartilhadas com outras localidades. Os gestores públicos podem se valer dessas experiências, para buscar disseminar ações que melhorem a permeabilidade de ações preventivas dedicadas à saúde mulher, especialmente para a população de menor perfil de renda.

O presente estudo, apesar de evidenciar melhorias, apresenta algumas limitações. Os achados de literatura foram em parte confirmados pelas análises realizadas. A população brasileira de menor perfil de renda ainda enfrenta dificuldades para obter acesso a determinados serviços de saúde. Esse dado confirma o que tem sido debatido pela literatura de equidade. Entretanto, alguns indícios observados neste estudo se mostraram inovadores, como a existência de alguns serviços, em algumas regiões, com distribuição equitativa ou que favorecia a população de menor perfil de renda. Além disso, cabe destacar também a impossibilidade de realização das análises com um dado mais atualizado, uma vez que o último suplemento de saúde da PNAD, com dados disponíveis, foi editado em 2008. Quando consideramos os investimentos que têm sido realizados pelo Ministério da Saúde para o fomento da qualidade e o melhor aparelhamento das unidades de saúde do país, bem como o decurso temporal entre o dado da PNAD, é possível que este cenário tenha se modificado.

A análise de parâmetros populacionais para o exame da repercussão das iniciativas de políticas públicas abre a possibilidade de verificar se, de fato, as ações empreendidas para estruturação de um sistema de saúde igualitário, equitativo e universal estão se concretizando. A análise da equidade acrescenta uma perspectiva econômica à saúde e os dados do presente estudo destacam que, apesar dos avanços, ainda é preciso dedicar esforços para melhorar a distribuição de serviços de saúde voltados para atenção à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22(3):429-45.

2. Ostlin P, Braveman P, Dachs N; WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health, WHO Equity Team. Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. Bull World Health Organ. 2005;83(12):948-53.

3. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. BMC Health Serv Res. 2010;10:217.

4. Kirst M, Shankardass K, Bomze S, Lofters A, Quiñonez C. Sociodemographic data collection for health equity measurement: a mixed methods study examining public opinions. Int J EquityHealth. 2013;12:75.

5. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. The International Bank for Reconstruction and Development. Washington: The World Bank; 2008.

6. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Esteves MA, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. Cad Saúde Pública. 2005;21(Suppl 1):54-64.

7. Starfield: The hidden inequity in health care. Int J Equity Health. 2011;10:15.

8. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MR, Unger JP, et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. Int J Equity Health. 2014;13:10.

9. Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(2):439-48.

10. Macinko JA, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. Int J Equity Health. 2002;1(1):1.

11. Braveman P. Health disparities and health equity: Concepts and Measurement. Ann Rev Public Health. 2006;27:167-94.

12. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Soc Sci Med. 1997;44:757-71.

13. Finkelman J. Análise de Equidade – Saúde: Brasil. In: OPS; OMS. Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington: OPS; 2001.

14. Brasil. 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. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1990. Extraído de [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm], acesso em [11 de setembro de 2014].

15. Souza RR. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. In: Pierantoni CR, Vianna CMM. (orgs). Gestão de sistemas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social; 2003. p. 15-58.

16. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.

17. Spasoff R. Doença crônica: a epidemia real. Washington: Pan-American Health Organization,PAHO/OMS Guest for Speaker Lecture on Chronic Disease Epidemiology; 2011.

18. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

19. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

20. Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(Suppl 1):98-112.

21. Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(4):641-57.

22. Dachs JNW. Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(4):887-94.

23. Culyer A, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. J Health Econ. 1993;12(4):431-57.

Recebido em 22.04.2013 e aprovado em 08.08.2014.