

Ana Luíza Braz Pavão^I
Cláudia Medina Coeli^{II}
Cláudia de Souza Lopes^{III}
Eduardo Faerstein^{III}
Guilherme Loureiro Werneck^{III}
Dóra Chor^{IV}

Uso de serviços de saúde segundo posição socioeconômica em trabalhadores de uma universidade pública

Social determinants of the use of health services among a public university workers

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o uso de serviços de saúde segundo posição socioeconômica em trabalhadores de uma universidade pública.

MÉTODOS: Estudo transversal com 759 funcionários de uma universidade pública brasileira que referiram restrição das atividades habituais por motivo de saúde nos últimos 14 dias. Foram utilizados dados de 2001 provenientes da coorte “Estudo Pró-Saúde”, realizado no Rio de Janeiro, RJ. O uso de serviços de saúde foi avaliado pela *proxy* busca por assistência de saúde e tipo de serviço. A presença de variações adicionais na morbidade foi verificada pelo tempo de restrição. Foram analisados os marcadores de escolaridade, renda e ocupação e calculadas razões de proporções brutas e ajustadas do uso e por tipo de serviço.

RESULTADOS: Nível ocupacional foi o indicador de maior desigualdade no uso de serviços de saúde. Após o ajuste por sexo, idade e demais marcadores de posição socioeconômica, a razão de proporção de uso de assistência de saúde entre trabalhadores de rotina manual foi 1,31 (IC95% 1,11;1,55) e entre trabalhadores de rotina não-manual foi 1,21 (IC95% 1,06;1,37), comparados aos profissionais, considerada a categoria de referência.

CONCLUSÕES: Padrão de desigualdade social foi observado no uso de serviços de saúde em favor dos indivíduos de menor posição socioeconômica, mesmo após o controle por necessidade, com destaque para o marcador de ocupação. As diferenças remanescentes na morbidade dos indivíduos parecem não ser suficientes para explicar o achado e fatores ocupacionais podem exercer maior influência no uso de serviços de saúde dessa população.

DESCRIPTORIOS: Serviços de Saúde, utilização. Acesso aos Serviços de Saúde. Fatores Socioeconômicos. Desigualdades em Saúde. Estudos Transversais.

^I Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Instituto de Medicina Social (IMS). Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} IMS-UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{IV} Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Ana Luíza Braz Pavão
Av. Lúcio Costa, 3360
Apto 303 bloco 01 – Barra da Tijuca
22630-010 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: analuizabp@yahoo.com.br

Recebido: 1/12/2010

Aprovado: 15/9/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the use of health services and socioeconomic status among a public university workers.

METHODS: A cross-sectional study with 759 workers at a Brazilian public university who reported health-related restrictions of their usual activities in the previous 14 days, was carried out. Data were supplied by the 2001 cohort of the “*Pró-Saúde* Study” in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. Health services use was assessed with a proxy for “seeking health care” and according to the type of service. The presence of additional variation in morbidity was verified by time restriction. Schooling, income and occupation markers were analyzed, and crude and adjusted proportion ratios of use and types of service were calculated.

RESULTS: The occupation level was the indicator of the greatest inequality in health services use. After adjustments for gender, age and the other socioeconomic status markers, the ratio of the proportion of health care use was 1.31 for manual workers (95%CI: 1.11;1.55) and 1.21 for non-manual workers (95%CI: 1.06;1.37) compared to the reference category of professionals.

CONCLUSIONS: A pattern of social inequality was identified in health services use. Even after an adjustment for health need, the pattern favored individuals with lower socioeconomic status, particularly for the occupation marker. Remaining differences in individual morbidities do not explain this finding. Rather, occupational factors may exert a greater influence on health services use in this population.

DESCRIPTORS: Health Services, utilization. Health Services Accessibility. Socioeconomic Factors. Health Inequalities. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

O uso de serviços de saúde é um comportamento complexo determinado por uma grande variedade de fatores.⁵ A relação entre o uso e seus determinantes pode ser mais bem compreendida por meio de modelos teóricos explicativos. Segundo o Modelo Comportamental de Andersen, que tem sido o mais aplicado, o uso de serviços seria função dos fatores de predisposição, de capacitação e da necessidade em saúde. Os fatores de predisposição estariam ligados à susceptibilidade do indivíduo para utilizar os serviços de saúde (por exemplo, características demográficas, escolaridade); os de capacitação estariam relacionados à possibilidade de acesso a esses serviços (por exemplo, renda, plano de saúde); e a necessidade, o determinante mais proximal do uso, seria o próprio estado de saúde do indivíduo.¹

A desigualdade social no uso de serviços pode ser observada quando marcadores ligados à posição

socioeconômica (PSE) – como escolaridade, renda e ocupação – determinam variações no uso, e não apenas características demográficas e a necessidade de saúde dos indivíduos.^{1,9,13} O efeito desses marcadores pode variar, dependendo do tipo de serviço de saúde e de aspectos contextuais do local.^{11,a,b}

Estudos de avaliação da desigualdade social no uso de serviços de saúde auxiliam a formulação de políticas visando à manutenção da saúde dos indivíduos. Estudos desse tipo em populações de trabalhadores são escassos. Não foram identificados estudos nacionais conduzidos em populações específicas de trabalhadores, tendo sido localizado apenas um único estudo na literatura internacional.³ O presente estudo teve como objetivo avaliar o uso dos serviços de saúde, segundo níveis de PSE (escolaridade, renda e ocupação), em trabalhadores de universidade pública.

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD). Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro; 2010[citado 2010 dez]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20R/panorama.pdf>

^b Instituto Nacional do Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro; 2004[citado 2010 dez]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf>

MÉTODOS

Estudo transversal utilizando os dados da fase 2 (2001) do Estudo Pró-Saúde, uma coorte constituída por funcionários técnico-administrativos do quadro efetivo de uma universidade pública do estado do Rio de Janeiro, para a investigação de determinantes sociais em saúde. Foram concluídas três fases de coleta de dados (1999, 2001 e 2006).⁶

A população fonte foi composta por 3.574 participantes (83% dos elegíveis) que referiram restrição das atividades habituais por motivo de saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa, de acordo com a seguinte pergunta:

“Nas últimas duas semanas, você ficou impedido(a) de realizar alguma de suas atividades habituais (por exemplo, trabalho, estudo, lazer ou tarefas domésticas) por algum problema de saúde que você teve ou tem?”.

Relataram terem ficado impedidos de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde 812 indivíduos. Foram excluídos aqueles com informação ausente para escolaridade, renda, ocupação, idade, busca por serviços de saúde ou aqueles com idade avançada (≥ 70 anos). A amostra final foi de 759 indivíduos.

A necessidade em saúde é um fator proximal na utilização de serviços e, dessa forma, deve ser considerada nos estudos de equidade no uso de serviços.^{1,9} O controle para a variável necessidade em saúde foi realizado por restrição, i.e., foram incluídos os participantes que referiram restrição das atividades habituais por motivo de saúde nos 14 dias anteriores à entrevista. Estudo anterior identificou confiabilidade substancial da pergunta sobre interrupção das atividades habituais do questionário aplicado na fase 2 ($\kappa = 0,73$).¹⁰ Procedeu-se à análise da variável tempo de restrição, considerado *proxy* de gravidade do motivo da restrição e conseqüentemente da necessidade, por meio de duas categorias: afastamento curto (até sete dias) e afastamento longo (entre oito e 14 dias), a fim de se identificarem variações remanescentes no estado de saúde dos indivíduos que pudessem influenciar o uso de serviços. O período de sete dias foi adotado como ponto de corte, mantendo-se a consistência com análises anteriores sobre o tema na mesma população e por razões estatísticas e operacionais.^{7,10}

Busca por serviços de saúde foi utilizada como *proxy* do uso de serviços de saúde. O uso de serviços foi avaliado de forma dicotômica (sim; não). Os tipos de serviço de saúde avaliados foram: hospital e consultório médico (particular ou plano de saúde).

A posição socioeconômica (PSE) foi avaliada por meio dos marcadores escolaridade (até Ensino Fundamental completo; Ensino Médio completo; Ensino Superior

completo ou mais); renda (até três salários mínimos [SM]; entre três e seis SM; maior que seis SM); e ocupação (trabalhadores com rotina manual [*manual workers*], trabalhadores com rotina não-manual [*routine non-manual workers*] e profissionais [*professionals*], baseada na classificação adaptada de Erikson Goldthorpe Portocarero).^c

As análises iniciais foram estratificadas segundo sexo. Entretanto, como não foram observadas diferenças significativas entre os grupos, foram realizadas conjuntamente. Proporções de uso de serviços, afastamento longo e sexo feminino foram calculados segundo os estratos de PSE e os respectivos intervalos de 95% de confiança. O teste qui-quadrado de tendência foi utilizado entre os diferentes marcadores de PSE. O teste de Kruskal-Wallis foi usado para comparações de idade. Modelos de Poisson com variância robusta foram usados para a estimativa de razões de proporção (RP) do uso de serviços segundo os estratos dos marcadores de PSE.² Para cada marcador de PSE, foram estimadas razões de proporções ajustadas por sexo, idade e demais marcadores de PSE. As análises foram desenvolvidas no programa estatístico Stata versão 9.1.

RESULTADOS

Entre os participantes, 759 referiram restrição das atividades habituais nos últimos 14 dias. A maioria era mulher (67%) e a mediana de idade foi de 41 anos (intervalo interquartil: 35-46 anos). A maioria apresentava terceiro grau completo ou mais (43%), renda inferior a três SM (40%) e era composta por trabalhadores com rotina não-manual (72%) (Tabela 1).

Quanto maior a escolaridade, menor a mediana de idade ($p < 0,001$), mesmo padrão observado para renda ($p < 0,001$). Os “profissionais” eram mais jovens que os “de trabalho manual de rotina” ($p = 0,001$). Diferenças significativas foram observadas na proporção de mulheres segundo os marcadores de PSE. Quanto maior a escolaridade, maior foi a proporção de mulheres ($p = 0,004$), e o estrato de menor renda (“menos de três SM”) apresentou menor proporção do que “entre três e seis SM” e “maior que seis SM” ($p < 0,001$). Menor proporção de mulheres trabalhadoras possuía rotina manual e maior proporção de trabalhadoras, rotina não-manual ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Quanto melhores os níveis de escolaridade e renda, menor a proporção de indivíduos com afastamento longo (entre oito e 14 dias), diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$ para escolaridade; $p = 0,04$ para renda) (Tabela 1).

Referiram usar serviços de saúde 77,6% dos indivíduos. Foram observadas proporções significativamente

^c Moreno AB. Mobilidade ocupacional e qualidade de vida entre funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro: o estudo pró-saúde [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 2004.

maiores de uso de serviços no menor nível de escolaridade e entre trabalhadores manuais, com gradiente dose-resposta. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto à renda. A ocupação foi o indicador de PSE que apresentou maior desigualdade no uso de serviços de saúde. Após o ajuste por sexo, idade e demais marcadores de PSE, a RP do uso entre trabalhadores de rotina manual foi 1,31 (IC95% 1,11;1,55) e, entre trabalhadores de rotina não-manual, foi 1,21 (IC95% 1,06;1,37) (Tabela 2).

Diminuição progressiva da busca por hospitais foi observada de acordo com o aumento da escolaridade e da renda. Essa tendência também foi maior entre os profissionais do que entre os trabalhadores de rotina não-manual, que por sua vez foi maior do que entre aqueles de rotina manual. Tendência de aumento na busca por consultório médico (particular ou plano) ocorreu também com o aumento dos níveis de escolaridade, renda e autonomia profissional, excetuando-se a ocupação (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Indivíduos pertencentes aos menores níveis de PSE, com exceção da renda, fizeram maior uso dos serviços de saúde quando em restrição de atividades habituais, mesmo após o ajuste por sexo, idade e demais marcadores de PSE. Ocupação teve o gradiente mais pronunciado nessa população, com maior uso entre os de menor posição hierárquica.

Travassos et al¹⁴ (2006) realizou estudo de avaliação da equidade no uso, com base em dados da Pesquisa

Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em que foi relatada restrição de atividades habituais nos últimos 15 dias. Esses autores observaram resultado inverso, com maior uso pelos mais ricos e de maior escolaridade. No presente estudo, indivíduos em situação de extrema desvantagem socioeconômica (e.g. desempregados) não foram incluídos, o que pode explicar em parte essa diferença. Estudo que avaliou desigualdades no acesso segundo renda em diversos países observou padrão de desigualdade em favor dos mais pobres, mesmo após controle por necessidade, como na Irlanda e na Bélgica. Aspectos financeiros, como isenção de mecanismos de co-pagamento e redução de taxas para o uso de serviços entre os mais pobres, provavelmente incentivou o uso de serviços de saúde na população menos favorecida, o que poderia justificar o achado.¹⁵

Estudo conduzido na Inglaterra com população semelhante à do presente estudo (funcionários públicos) não mostrou diferenças no uso de serviços de saúde segundo a posição hierárquica ocupacional após o controle por morbidade, sugerindo padrão de equidade no uso.³ Nesse estudo, a necessidade baseou-se em sintomas de doença e em resultados de exames realizados pelo médico, o que pode ter conferido melhor controle das doenças existentes. Além disso, foi conduzido em país desenvolvido, onde podem existir diferenças nas relações de trabalho e, no caso da Inglaterra, um sistema de saúde universal e financiado unicamente pelo governo poderia favorecer maior equidade no uso de serviços.

É provável que exista diferença na gravidade das condições que levaram à restrição das atividades habituais

Tabela 1. Características demográficas, proporção de afastamento longo e uso de serviços dos participantes que referiram restrição das atividades habituais por motivo de saúde segundo escolaridade, renda e ocupação. Estudo Pró-Saúde, Estado do Rio de Janeiro, 2001.

Característica	n	Idade anos mediana (IQR)	Sexo feminino % (IC95%)	Afastamento longo % (IC95%) ^a	Uso de serviços % (IC95%)
Escolaridade					
Ensino superior completo ou mais	327	38 (34;44)**	70,9 (66,0;75,9)*	12,7 (9,0;16,3)*	70,0 (65,0;75,0)**
Ensino médio completo	283	40 (35;45)	67,1 (61,6;72,6)	18,6 (14,0;23,3)	82,0 (77,5;86,5)
Até Ensino Fundamental completo	149	47 (42;53)	57,0 (49,0;65,1)	25,8 (18,2;33,3)	85,9 (80,3;91,6)
Renda domiciliar per capita					
Maior que 6 SM	195	40 (33;46)**	72,3 (66,0;78,6)**	14,7 (9,7;19,8)*	77,4 (71,5;83,4)
Entre 3 e 6 SM	258	38 (34;45)	72,9 (67,4;78,3)	14,4 (10,0;18,8)	74,8 (69,5;80,1)
Até 3 SM	306	42 (37;48)	58,2 (52,6;63,7)	21,5 (16,7;26,2)	80,1 (75,6;84,6)
Ocupação					
Profissionais	163	40 (35;45)**	63,8 (56,3;71,3)**	11,3 (6,3;16,3)	65,0 (57,6;72,4)**
Rotina não-manual	548	40 (35;46)	71,5 (67,7;75,3)	18,7 (15,4;22,1)	80,3 (77,0;83,6)
Rotina manual	48	45 (41;51)	22,9 (10,6;35,2)	22,2 (9,6;34,9)	89,6 (80,6;98,5)
Total	759	41 (35;46)	66,8 (63,4;70,2)	17,3 (14,5;20,1)	77,6 (74,6;80,6)

IQR: Intervalo interquartil; SM: salário mínimo

^a 37 casos não tinham informação para tempo de restrição

*p < 0,05; **p ≤ 0,001

Tabela 2. Razões de proporção do uso de serviços de saúde, segundo escolaridade, renda e ocupação, brutas e ajustadas por sexo, idade e demais marcadores de posição socioeconômica. Estudo Pró-Saúde, Estado do Rio de Janeiro, 2001.

Característica	Razão de Proporção de Uso			
	Bruta	IC95%	Ajustada ^a	IC95%
Escolaridade				
Ensino Superior completo ou mais	1	–	1	–
Ensino Médio completo	1,17	1,07;1,28	1,16	1,06;1,28
Até Ensino Fundamental completo	1,23	1,11;1,35	1,16	1,03;1,31
Renda domiciliar per capita				
Mais de 6 SM	1	–	1	–
Entre 3 e 6 SM	0,97	0,87;1,07	0,92	0,83;1,03
Menos de 3 SM	1,03	0,94;1,14	0,92	0,82;1,02
Ocupação				
Profissionais	1	–	1	–
Rotina não-manual	1,23	1,10;1,40	1,21	1,06;1,37
Rotina manual	1,38	1,19;1,60	1,31	1,11;1,55

^a Ajuste por sexo, idade e demais marcadores de posição socioeconômica
SM: salário mínimo

entre os níveis de PSE, já que a proporção de indivíduos com afastamento longo foi maior nos estratos de menor escolaridade e renda e entre trabalhadores de rotina manual e não-manual (comparados aos profissionais). Esse resultado sugere a ocorrência de morbidade mais grave nos níveis menos favorecidos economicamente. Além disso, indivíduos de menor PSE utilizaram mais os hospitais, reforçando a hipótese de maior gravidade nesse grupo, enquanto os indivíduos de maior PSE utilizaram mais os consultórios médicos particulares ou de planos de saúde.

Dada a natureza complexa e a dinâmica da interação do uso de serviços e seus múltiplos determinantes, explicitada pelo Modelo de Andersen, características ocupacionais específicas podem ter influenciado o padrão de uso nos indivíduos de menor PSE. A ocupação ter sido o marcador de PSE com o maior gradiente sugere que diferenças nos padrões das relações de trabalho possam ter influenciado o uso diferenciado de serviços nos diferentes estratos ocupacionais. A necessidade de apresentar atestado médico para justificar a ausência do trabalho poderia ocorrer especialmente para os funcionários que contam com menor flexibilidade em relação a suas chefias (trabalhadores de rotina manual e não-manual) e pode ter ocasionado maior busca por serviços. Isso não ocorreria entre os indivíduos com maior flexibilidade em suas relações de trabalho. Além disso, a proximidade geográfica do hospital universitário potencialmente diminui barreiras de acesso ao serviço e esse comportamento tenderia a ser mais frequente.

O mecanismo de controle realizado (análise dos indivíduos que informaram restrição das atividades habituais) pode não ter sido suficiente para ajustar para as diferenças da necessidade em saúde, evidenciado pelas variações da variável *proxy* de gravidade da

necessidade, segundo PSE. Por outro lado, o ajuste estatístico para “tempo de restrição das atividades” não seria adequado, uma vez que se trata de variável intermediária entre exposição e desfecho, e seu controle no

Tabela 3. Proporção de uso de hospital e consultório médico (particular ou plano), segundo escolaridade, renda e ocupação. Estudo Pró-Saúde, Estado do Rio de Janeiro, 2001.

Característica	Tipo de serviço de saúde		
	n	Hospital % (IC95%)	Consultório médico ^a % (IC95%)
Escolaridade			
Ensino Superior completo ou mais	327	19,6 (15,2;23,9)	35,2 (30,0;40,4)
Ensino Médio completo	283	40,6 (34,9;46,4)	32,9 (27,4;38,4)
Até Ensino Fundamental completo	149	47,7 (39,5;55,8)	24,2 (17,2;31,1)
Renda domiciliar per capita			
Mais de 6 SM	195	20,5 (14,8;26,2)	39,0 (32,1;45,9)
Entre 3 e 6 SM	258	29,1 (23,5;34,6)	31,8 (26,1;37,5)
Menos de 3 SM ^a	306	44,1 (38,5;49,7)	28,1 (23,0;33,2)
Ocupação			
Profissionais	163	19,0 (12,9;25,1)	30,7 (23,5;37,8)
Rotina não-manual	548	35,9 (31,9;40,0)	33,2 (29,3;37,2)
Rotina manual	48	45,8 (31,2;60,5)	25,0 (12,3;37,7)

^a Consultório médico particular ou de plano de saúde
SM: salário mínimo

modelo de regressão poderia enviesar os resultados.^{4,8} Ainda assim, como as variáveis relacionadas ao uso de serviços e à necessidade em saúde foram analisadas para o mesmo período (últimas duas semanas, sugerindo morbidade aguda) e a pergunta sobre o uso de serviços de saúde referia-se ao motivo de saúde que ocasionou a restrição, acredita-se que haja boa correlação entre elas.¹² Outra questão diz respeito à utilização da variável *proxy* “busca de serviços”, e não “uso de serviços”, para representar o construto de interesse. A busca por serviços de saúde pode não representar a totalidade da dimensão do uso de serviços. No entanto, o elevado índice de demandas

atendidas observado em alguns inquéritos nacionais sugere que essa variável apresente boa representatividade da variável de origem.^{9,13}

Diferenças remanescentes na morbidade dos indivíduos podem explicar os resultados encontrados. Entretanto, seria importante avaliar se fatores relacionados às diferentes relações hierárquicas e a diferentes exigências entre os grupos ocupacionais (e.g, a necessidade de atestado médico para justificar ausência no trabalho) podem exercer influência no uso de serviços de saúde nesta e em outras populações de trabalhadores e, conseqüentemente, contribuir para as diferenças observadas no uso de serviços segundo PSE.

REFERÊNCIAS

1. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):1-10. DOI:10.2307/2137284
2. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3:21. DOI:10.1186/1471-2288-3-21
3. Britton A, Shipley M, Marmot M, Hermingway H. Does access to cardiac investigation and treatment contribute to social and ethnic differences in coronary heart disease? Whitehall II prospective cohort study. *BMJ.* 2004;329(7461):318-23. DOI:10.1136/bmj.38156.690150.AE
4. Christenfeld NJS, Sloan RP, Carroll D, Greenland S. Risk factors, confounding, and the illusion of statistical control. *Psychosom Med.* 2004;66(6):868-75. DOI:10.1097/01.psy.0000140008.70959.41
5. Dever GEA. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira; 1988.
6. Faerstein E, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Estudo pró-saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(4):454-66. DOI:10.1590/S1415-790X2005000400014
7. Godoffredo Filho GS, Faerstein E. Incapacidade para atividades habituais: relação com pressão arterial e terapêutica anti-hipertensiva. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(4):445-50. DOI:10.1590/S0066-782X2010005000011
8. Hernández-Díaz S, Schisterman EF, Hernán MA. The birth weight “paradox” uncovered? *Am J Epidemiol.* 2006;164(11):1115-20.
9. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization - the patient perspective. *Med Care.* 1985;23(5):438-60. DOI:10.1097/00005650-198505000-00009
10. Macedo LET, Chor D, Andreozzi V, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no estudo pró-saúde. *Cad Saude Publica.* 2007;23(10):2327-36. DOI:10.1590/S0102-311X2007001000008
11. Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades sócio-econômicas em saúde no Brasil: resultados da pesquisa mundial de saúde, 2003. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2005;5(Supl 1):11-22. DOI:10.1590/S1519-38292005000500002
12. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;11(5-6):365-73. DOI:10.1020-49892002000500011
13. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica.* 2004;20(Supl 2):190-8. DOI:10.1590/S0102-311X2004000800014
14. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cienc Saude Coletiva.* 2006;11(4):975-86. DOI:10.1590/S1413-81232006000400019
15. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ.* 2006;174(2):177-80. DOI:10.1503/cmaj.050584

Trabalho baseado na dissertação de mestrado de Pavão ALB apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 2008.

Pavão ALB foi apoiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes – bolsa de mestrado). Os autores declaram não haver conflitos de interesse.