

DESIGUALDADES EM SAÚDE NA POPULAÇÃO BRASILEIRA: UMA ANÁLISE COMPARADA A PARTIR DAS PNADS 1998 E 2003, COM FOCO EM MINAS GERAIS^{♦*}

Carolina Portugal Gonçalves da Motta[♦]
Murilo Cássio Xavier Fabel[♦]
Eduardo Caldeira Pimentel[♦]

RESUMO

O trabalho visa mostrar as desigualdades de acesso aos serviços de saúde da população brasileira e, especificamente, na de Minas Gerais, no período de 1998 e 2003, com uso das PNADS, a partir dos atributos individuais, dos fatores geográficos, dos fatores capacitantes e das necessidades de saúde da população, com o uso de regressão logística binomial. Observa-se que o padrão de acesso aos serviços de saúde em Minas Gerais não apresenta significativas alterações no período. Os resultados indicam um paradoxo entre a proposta de universalização do SUS e a manutenção de uma estratificação do acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: desigualdades em saúde; estratos ocupacionais; acesso a serviços de saúde.

[♦] Resultados preliminares de pesquisa financiada pela FAPEMIG do projeto PPSUS.

^{*} Trabalho enviado para aceite no grupo **D4 “População e Saúde em Minas Gerais”** do XIII Seminário de Economia Mineira, realizado em Diamantina – MG – Brasil, de 26 a 29 de agosto de 2008.

[♦] Mestre em Demografia pelo CEDEPLAR – UFMG e Bolsista BDTI do projeto PPSUS da FAPEMIG

[♦] Professor e Pesquisador da Fundação João Pinheiro e doutorando na área de Ciências Humanas: Sociologia e Política - UFMG

[♦] Bolsista de iniciação científica e graduando em Ciências Sociais pela UFMG

DESIGUALDADES EM SAÚDE NA POPULAÇÃO BRASILEIRA: UMA ANÁLISE COMPARADA A PARTIR DAS PNADS 1998 E 2003, COM FOCO EM MINAS GERAIS

Carolina Portugal Gonçalves da Motta
Murilo Cássio Xavier Fahel
Eduardo Caldeira Pimentel

1. INTRODUÇÃO

A criação do SUS, a partir da constituição de 1988, consolidou o processo de reforma sanitária em curso no país e estabeleceu um novo marco regulatório na área da saúde. Atualmente, o SUS está fundamentado numa política pública de saúde pactuada entre as três esferas de governo e numa parceria público-privado. Com a sua criação, pretendeu-se substituir o acesso aos serviços públicos de saúde condicionados à contribuição para a previdência social, pelo direito universal de acesso, gratuito a qualquer cidadão, sem nenhuma condicionalidade. Essa prerrogativa recente da Saúde Pública Brasileira apresenta-se com uma perspectiva institucional de reversão do modelo corporativista e estratificado de acesso aos serviços de saúde, patrocinado por políticas históricas de saúde no Brasil desde a década de 20.

Desde a criação do SUS, observam-se avanços significativos no campo do acesso aos serviços de saúde. As conquistas alcançadas pelas políticas recentes de saúde são visíveis, identificadas desde o reconhecimento normativo-constitucional como um direito inalienável do cidadão, consagrando a saúde como uma política pública universal e sem qualquer condicionalidade instituindo uma nova ordem político-institucional na área e, até mesmo nos processos de descentralização com *empoderamento* do papel do município com introdução de inovações na área de gestão e esforços importantes no sentido da sustentabilidade de um modelo assistencial de natureza preventiva com um forte escopo social. Entretanto, ainda há um caminho longo a ser percorrido para dotar a saúde brasileira de condições aceitáveis de acesso e equidade, mesmo considerando as inovações trazidas pelo SUS, como: novas formas de gestão, controles e as reconfigurações do modelo assistencial.

Mesmo com o espírito de universalização da atenção à saúde no país, não houve a interrupção de um ciclo histórico de segmentação do acesso aos serviços de saúde, mantendo-se, ainda, privilégios para os estratos sociais de níveis socioeconômicos mais altos. Em parte, devido às próprias políticas de proteção do Estado Brasileiro e de iniciativas do setor privado, que vêm contribuindo de maneira significativa para a cristalização dessa segmentação, mantendo no Brasil a perspectiva histórica de políticas de saúde de natureza corporativista-conservadora¹. A atual dicotomia dos usuários do Sistema de Saúde entre aqueles que apresentam ativos sócio-econômicos, regularmente associados a sua inserção laboral formal, e que podem recorrer a oferta do mercado na área de saúde e, os que dispõem exclusivamente da oferta de serviços públicos de saúde,

¹ Ver Draibe (1980), Fleury (1992).

apenas mascara a velha dualidade (contribuintes x não contribuintes) recomposto sob a égide da divisão entre ricos e pobres.

Um dos mais importantes vetores determinantes dessa segmentação é a cobertura de *Planos de Saúde Públicos e Privados* que viabilizam o acesso de estratos sociais específicos aos serviços públicos próprios e privados de saúde. Por outro lado, entre os estratos sociais de baixo nível sócio-econômico, o acesso aos serviços de saúde, que é quase exclusivamente via SUS, pode ser influenciado por mecanismos limitadores que transitam desde as condições socioeconômicas até os atributos individuais dessa população. Desta maneira, mesmo com a universalização, na outra ponta, os estratos sociais mais pobres e, principalmente *extremamente pobres*, podem encontrar barreiras de acesso aos serviços básicos de saúde comumente associadas às dimensões relativas às condições socioeconômicas (renda, ocupação, capital social, etc.), atributos individuais (gênero, raça, idade, sexo etc.) e as situações geográficas (residência, região e outros) com forte associação com a disponibilidade (capacidade instalada) de estrutura de serviços de saúde. Em alguma proporção, essa situação pode contribuir para que estratos sociais pobres tenham um restrito, ou mesmo, não tenham acesso aos serviços de saúde. Além disso, diferentes estudos verificaram que em Minas Gerais há desigualdades no acesso aos serviços de saúde, de tal modo que as pessoas das classes mais altas têm privilégios neste acesso, mesmo quando os demais fatores são controlados (NORONHA e VIEGAS, 2002)

Nesse cenário, a proposta dessa investigação é o desenvolvimento de uma análise do grau de acesso aos serviços de saúde no Brasil e especificamente dentro do Estado de Minas Gerais, visando identificar uma possível *estratificação social* dessa acessibilidade e suas conseqüências, num contexto de universalização excludente provocada pelo SUS. Busca-se analisar os efeitos dos atributos sócio-demográficos, territoriais e capacitantes sobre o acesso da população aos serviços de saúde, comparando o cenário mineiro ao cenário nacional, assim como em relação aos demais Estados da região Sudeste. Também será verificada a importância dos fatores sociais, econômicos, demográficos e territoriais no acesso aos serviços de saúde em Minas Gerais, a partir de análise multivariada. Os dados utilizados nas análises são provenientes das Pesquisas Nacionais de Amostra Domiciliar realizadas em 1998 e 2003, que contêm um suplemento específico sobre saúde e que são representativas a nível nacional e estadual.

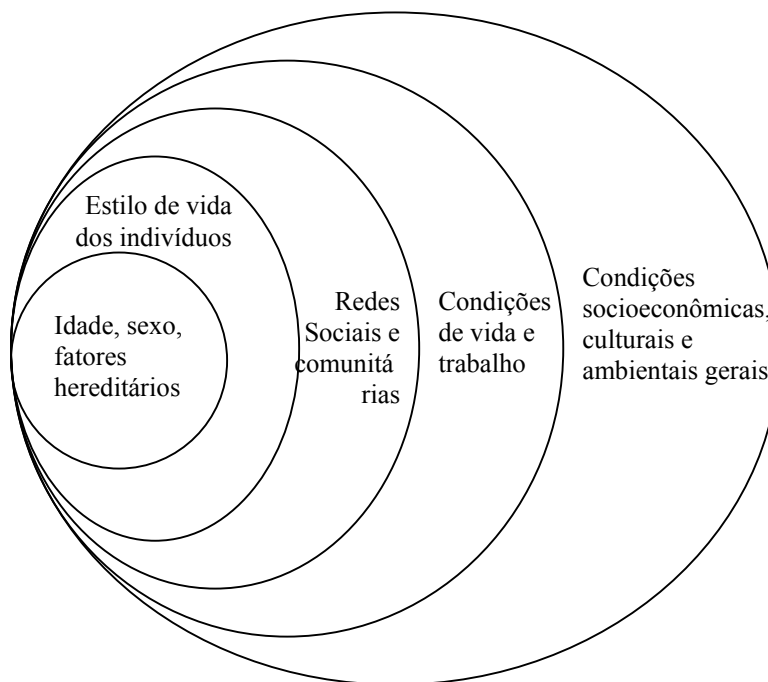
2. CONCEITO DE SAÚDE

A saúde pode ser caracterizada como um componente estratégico da ascensão social dos indivíduos, pois pode contribuir para um ciclo de vida produtivo. Os cuidados de saúde desde o nascimento contribuem para um desenvolvimento físico e psicológico das pessoas e asseguram um envelhecimento saudável. Isso proporciona uma condição básica e necessária para a aquisição dos ativos individuais e sociais indispensáveis para a inserção dos indivíduos no mercado de trabalho na fase adulta, podendo induzir a um círculo virtuoso de maior produtividade, renda e status socioeconômico. São também esperados efeitos indireto-positivos das condições favoráveis de saúde na redução da pobreza, exclusão e da desigualdade social. Ademais, boas condições de saúde é um fator determinante do bem estar individual.

Numa análise de natureza sociológica que reconhece os determinantes individuais, sociais, econômicos e culturais, o conceito de saúde é associado às questões relativas à estratificação social, condições de vida e trabalho, bem como a fatores ligados ao comportamento individual, aspectos culturais e carga genética, possibilitando uma visão mais holística e integrada da saúde humana. O Modelo de Camadas de Dahlgreen & Whitehead (2005) atende a essa visão mais abrangente associando as diversas dimensões dos determinantes da saúde, como mostra a figura 1.

No primeiro plano (centro) da Figura 1 são consideradas as características do indivíduo (genéticas e sócio-demográficas), o que mostra o seu estilo de vida. A segunda camada incorpora as características do universo social do indivíduo numa perspectiva interativa indivíduo-sociedade e na seguinte as condições de vida e trabalho. A última camada retrata as condições socioeconômicas, culturais e ambientais delineando a estrutura de inserção dos indivíduos². O modelo de camadas, apesar de sua complexidade, demonstra que a saúde humana é interdependente de um conjunto de fatores associados, conformando uma visão sistêmica na qual a condição de saúde e as desigualdades em saúde dependem de uma série de fatores que são relacionados.

Figura 1
Modelo de Camadas Dahlgreen & Whitehead (2005)



Fonte: Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde, 2005.

3. DESIGUALDADES EM SAÚDE

² Essa interpretação busca integrar posições teóricas e políticas. Assim, o conceito de determinação social abarca a dimensão das escolhas individuais ou familiares (estilos de vida), mas considerando o contexto criado pelas causas estruturais objetivas, que viabilizam ou não certas escolhas.

Os estudos empíricos sobre desigualdade social em saúde, desenvolvidos em boa parte dos países, sugerem que o estado de saúde de um indivíduo pode ser explicado a partir de três dimensões básicas. A primeira está associada a fatores relacionados às preferências do indivíduo, a segunda a questões exógenas ao indivíduo e a última às suas condições socioeconômicas (NORONHA, 2002).

As preferências referem-se a hábitos e escolhas do indivíduo, os aspectos exógenos são independentes de atitudes e das condições socioeconômicas, na medida em que estão associados a aspectos relacionados à genética, acidentes e ciclo de vida do indivíduo e os fatores socioeconômicos que explicam a relação entre a renda e o estado de saúde do indivíduo. Em relação à terceira dimensão existe uma linha de investigação (RIBEIRO, 2001) que enfatiza a relação entre produtividade e nível saúde, indicando um ciclo virtuoso entre produtividade, renda, educação e melhores condições de saúde e também associa renda a melhores condições de trabalho e moradia, o que proporciona uma exposição menor aos riscos de saúde. Nessa perspectiva, controlado os fatores relacionados às preferências individuais e a aspectos biológicos, os indivíduos de classes socioeconômicas mais baixas têm maiores chances de morrer e adoecer, chances que são amplificadas quando os indivíduos vivem em sociedades marcadas por profundas desigualdades sociais.

Análises e estudos na área de saúde no Brasil e em outros países – em desenvolvimento ou desenvolvidos – denotam a existência de desigualdades em saúde na população, com uma distribuição diferenciada entre os estratos sociais, de tal modo que quanto maior o estrato maior a possibilidade de acesso. Uma breve revisão da literatura na área pode demonstrar que há interações entre estratificação social e a presença de desigualdades em saúde. Assim, as desigualdades em saúde caracterizadas como uma faceta das desigualdades sociais e passam a ser objeto de análise teórica e empírica por parte de vários pesquisadores de distintos países.

A desigualdade social em saúde tem sido evidenciada entre grupos sociais com diferentes condições – socioeconômicas, étnicas, etárias, de gênero e de localização territorial – e, esta desigualdade, como conseqüência, vem gerando um excedente de danos que afetam principalmente os grupos sociais mais vulneráveis: mortalidade precoce, sobrecarga de procedimentos médicos, ampliação de demandas por serviços sociais e redução da possibilidade de ascensão social (OMS, 2002).

Estudos internacionais também apontam para a presença de desigualdade em saúde de diferentes países, como Inglaterra (Townsend & Davidson, 1982), Estados Unidos (CHANDOLA, 2000; WAGSTAFF, 2000; KNUST ET AL, 1997; MACKENBACK & KUNST, 1997; MACKENBACK ET AL, 1997; PAMUK, 1985) e Japão (ISHIDA, 2004). Estes evidenciam que as desigualdades estão diretamente associadas a renda, educação, ocupação ou posição na hierarquia social e características nutricionais.

A premissa é de que a desigualdade social em saúde deve ser considerada como as diferenças nas condições de saúde evidenciadas em distintos subgrupos sociais, sendo multidimensional e influenciando a saúde dos indivíduos desde a concepção até à morte, através de gerações. Assume, assim, contornos que transitam desde o processo de distribuição dos índices de saúde entre distintos grupos populacionais até a iniquidade no acesso aos serviços de saúde. Por sua vez, a iniquidade materializa-se no acesso desigual aos serviços de saúde entre estratos sociais. A associação desses fatores resulta, principalmente, no agravamento das condições de saúde das populações

vulnerabilizadas por precárias condições econômicas e sociais, conduzindo a um quadro de diferenças epidemiológicas e de consumo de serviços entre a população.

4. FONTE DE DADOS E MÉTODO

A hipótese a ser testada refere-se à análise das desigualdades de acesso aos serviços de saúde por estratos sociais considerando, principalmente, as variáveis sócio-demográficas, econômicas e territoriais. Assim, a proposição aqui é explorar em que direção ciclos de vida, sexo, renda, residência, região, cobertura de planos privados e outras variáveis afetam o acesso às consultas médicas (atenção ambulatorial) dos diversos estratos sociais que compõem a população brasileira e, especificamente da população de Minas Gerais, comparando os resultados com os encontrados para os demais estados da região Sudeste.

O modelo de análise estatística empregado será o de Regressões Logísticas Binomiais com processamento de resultados (coeficientes) encontrados para a população total nos anos de 1998 e 2003, que serão comparados. Ele será empregado comparando-se os estados do Sudeste e apenas para MG, no intuito de verificar as desigualdades entre estes, a importância de residir nos demais estados, em relação aos que residem em MG e a importância dos diferentes fatores para a desigualdade no acesso dentro de MG. Para o emprego desta técnica foi utilizado o programa SPSS 14.0 e os pesos amostrais fornecidos pelas PNADS, que foram ponderados, segundo técnica descrita em Lee et al. (1976).

5. ANÁLISE COMPARADA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE - 1998 E 2003

Apesar do aumento verificado no acesso da população à consulta médica, a utilização dos serviços de saúde no Brasil não ocorre de forma equânime, sendo influenciada diretamente pelas necessidades em saúde, pelas características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos, assim como pela localização geográfica ou territorial destes. As observações contidas no Gráfico 1, para o atendimento ambulatorial (consultas) da população brasileira, informam que há um maior uso dos serviços públicos (SUS) por parte dos indivíduos situados, principalmente, nos primeiros quintos e menores níveis de escolaridade. Ou seja, os indivíduos mais pobres se utilizam do SUS em uma proporção bem mais elevada dos que os indivíduos ricos situados nos últimos quintos.

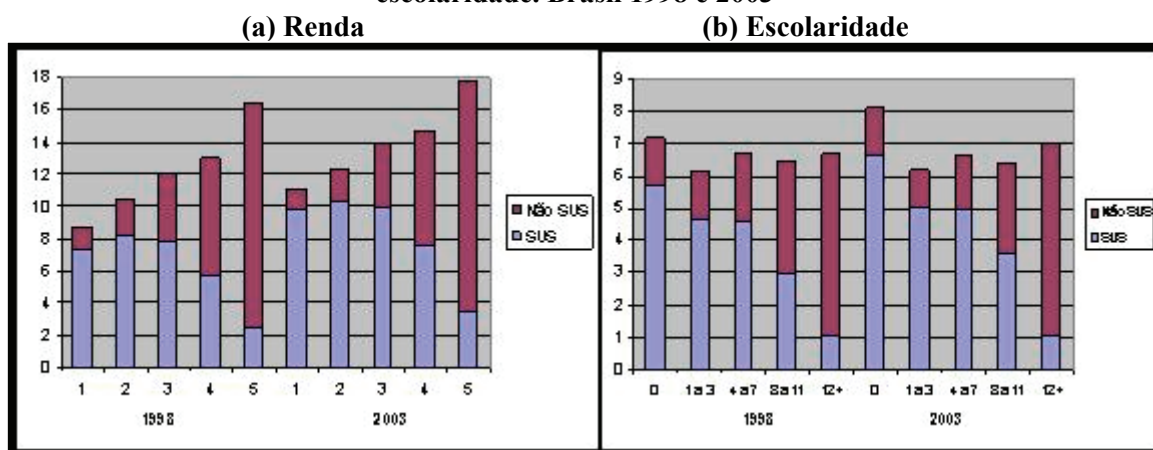
Na relação entre escolaridade e escolha de serviços de saúde, também nota-se, em uma menor proporção, que os indivíduos mais escolarizados tendem a utilizar os serviços privados de saúde e, em contrapartida, os menos escolarizados tendem a consultar e internar, em maior proporção, no SUS, mantendo-se uma tendência semelhante para anos de 98 e 2003, mas com um aumento na proporção de pessoas, sobretudo na população de mais baixa escolaridade e renda, que buscaram serviços do SUS.

Deste modo, o perfil socioeconômico do usuário do SUS é, hegemonicamente, composto por estratos populacionais de baixa renda e escolaridade dando margem a confirmação do processo de manutenção das desigualdades através da constituição de um sistema de saúde dividido entre “ricos” e “pobres”. O fato é que as camadas

populacionais com baixo perfil socioeconômico podem estar tendo forte influência sobre a qualidade dos serviços prestados pelo SUS, na medida em que a atenção assistencial dos profissionais de saúde tende a ser menos interessada e os usuários, em função do baixo capital social, não logram desenvolver um pensamento crítico e reivindicativo em relação à qualidade dos serviços prestados.

Gráfico 2

Proporção de pessoas que receberam atendimento relacionado a própria saúde nos últimos 15 dias de referência, segundo cobertura do atendimento, por renda e escolaridade. Brasil 1998 e 2003



Fonte: PNADS 1998 E 2003, IBGE – Elaboração própria.

Nota: Excluída a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Ao se avaliar a proporção de pessoas que consultou médico e são cobertas por planos de saúde nos Estados do Sudeste, em 1998 e 2003, percebem-se as desigualdades territoriais existentes. Deste modo, todas as UF's do Sudeste apresentam proporção de pessoas que consultou médico nos últimos 12 meses superior a média brasileira, mas este percentual, tanto em 1998 quanto em 2003, é inferior em Minas Gerais. Já em relação ao percentual de pessoas cobertas por planos de saúde percebe-se que, em 1998, enquanto o percentual de pessoas cobertas no RJ e em SP era superior a média brasileira, em MG e ES era inferior. Com isso, o percentual de pessoas cobertas por planos de saúde em SP era quase o dobro das cobertas em MG. Já em 2003 o percentual de todas as UFs era maior que a média e a diferença entre as UF's do Sudeste foi menor.

Tabela 1

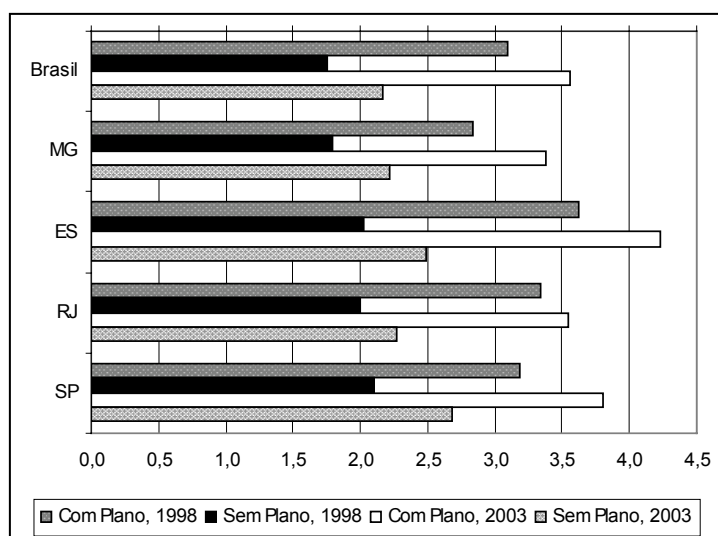
Proporção de pessoas que consultaram médico e que são cobertas por planos de saúde, Brasil e Estados do Sudeste. 1998 e 2003

	Consultou médico		Cobertura de Plano de Saúde	
	1998	2003	1998	2003
Brasil	54,69	62,85	24,45	24,55
Minas Gerais	55,76	63,05	23,33	25,43
Espírito Santo	62,48	67,30	22,78	24,74
Rio de Janeiro	56,35	64,76	32,77	30,07
São Paulo	58,86	68,35	39,23	38,16

Fonte: PNADS 1998 E 2003, IBGE - Elaboração Própria.

Gráfico 3

Número médio de consultas das pessoas com planos e sem planos, Brasil e Estados do Sudeste. 1998 e 2003



Fonte: PNADS 1998 E 2003, IBGE - Elaboração Própria.

Os dados oriundos das PNADS revelam que a diferença de acesso à consulta médica entre aqueles que são e não são cobertos por plano de saúde ultrapassa o percentual de 20% nos dois anos pesquisados, sendo essa diferença bastante expressiva. Vale-se ressaltar que a variável usada como *proxie* do acesso diz respeito ao atendimento básico de saúde representado pela consulta médica, podendo as diferenças entre os grupos serem ampliadas ainda mais para o acesso a serviços especializados. Nas UF's do Sudeste também existem desigualdades no acesso entre as pessoas que possuem ou não planos de saúde. Assim, as pessoas que possuem planos de saúde apresentam um número médio de consultas superior aquelas que não tem plano, em 1998 e 2003, conforme pode ser observado no Gráfico 3.

O aspecto importante a se observar, no Gráfico 3, é o incremento proporcional no número médio de consultas médicas em 2003, verificado em todos estados e para a média do Brasil. Como a cobertura de plano de saúde, no Brasil, era praticamente a mesma nestes dois anos tem-se que esse aumento. Os estados de ES, SP e RJ apresentaram proporções de acesso superiores as de MG. Inclusive, o número médio de consultas da população brasileira coberta por planos de saúde é superior a de MG. Ou seja, o acesso à assistência médica no país está marcado por uma forte desigualdade, tanto regional – não abordada por este trabalho – quanto intra-regional e, do número médio de consultas, entre 1998 e 2003, mantém a lógica da estrutura de desigualdade prevalecente.

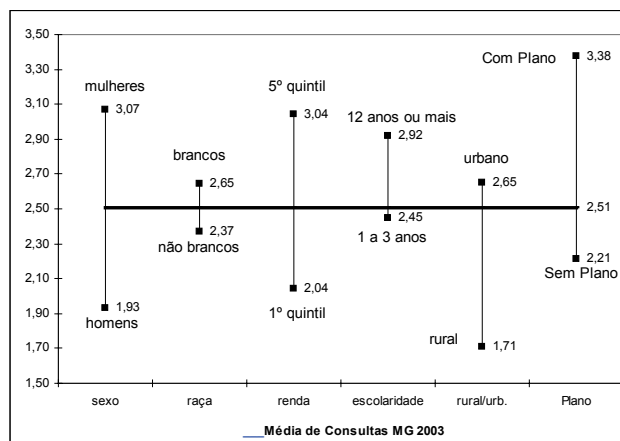
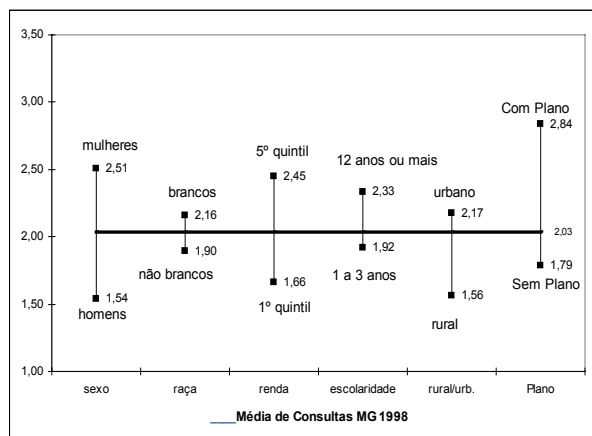
Aspectos demográficos como sexo, raça e idade também constituem variáveis importantes que influenciam diretamente o acesso aos serviços de saúde. As mulheres, os brancos, as crianças e os idosos, constituem os grupos demográficos que proporcionalmente possuem um maior acesso aos serviços médicos. Em 1998, enquanto o número médio de consultas dos homens era 1,5 (Gráfico 4), o das mulheres foi 2,5, ou seja, aproximadamente, 1 consulta a mais; em 2003 houve uma ampliação dessa diferença, que foi para 1,2 consultas. Já em relação à raça, a diferença entre os dois grupos é menor, sempre favorável aos brancos, mas sem grandes alterações de 1998 para 2003.

Gráfico 4

Número médio de consultas segundo sexo, raça, renda, escolaridade, local de residência e cobertura de planos de saúde. Minas Gerais, 1998 e 2003

(a) 1998

(b) 2003



Fonte: PNADS 1998 E 2003, IBGE - Elaboração Própria.

Aspectos socioeconômicos como escolaridade e renda familiar dos indivíduos contribuem significativamente para a iniquidade de acesso aos serviços de saúde no Brasil. Os dados referentes a estes dois fatores demonstram um crescimento na diferença entre o número médio de consultas a médico, entre as diferentes escolaridades e rendas. Além do aspecto estritamente econômico, a escolarização também traz consigo valores culturais e do próprio conhecimento, que constituem diferentes formas e percepções sobre os cuidados com o corpo e sobre os serviços de saúde. Espera-se que um indivíduo que detenha uma maior escolaridade consiga perceber e agir de uma forma diferenciada em relação a sua saúde e de seus familiares, do que indivíduos que apresentam poucos anos de estudo, o que pode ser percebido pela diferença no número médio de consultas das pessoas com 1 a 3 anos de estudo e com pelo menos 12 anos de estudo.

Contradizendo a lógica do Sistema Único de Saúde no Brasil, que prevê um atendimento universal e gratuito, a renda familiar constitui um fator preditor para o acesso aos serviços de saúde. As diferenças no Gráfico 4, demonstram que a parcela populacional que apresenta uma renda familiar maior possui condições mais favoráveis para a utilização dos serviços médicos. O local de residência também é importante para o acesso aos serviços de saúde na medida em que viabiliza esse acesso e, com isso, percebe-se, a partir do Gráfico 4, que as pessoas residentes de regiões urbanas têm superior que àquelas residentes nas regiões rurais.

Na seqüência desenvolve-se a análise dos resultados do modelo de regressão binomial logística¹ para a população, nos anos de 1998 e 2003, no qual a variável dependente foi a “consulta ao médico nos últimos 12 meses”, que é uma das variáveis disponível nas PNADS que capta o acesso aos serviços de saúde.

6. RESULTADOS

Nesta seção verifica-se a importância de diferentes fatores sócio-demográficos, capacitantes, territoriais e de necessidades de serviços de saúde para as desigualdades no acesso entre as UF's do Sudeste (Tabela 2) e de Minas Gerais (Tabela 3).

Conforme visto na seção anterior, a partir da Tabela 2 poder-se-á averiguar que as mulheres, tanto em 1998 quanto em 2003, têm probabilidade maior de consultar que os homens. Além disso, essa probabilidade se amplia entre 1998 (75,21%) e 2003 (105,82%). Por outro lado, apesar da raça/cor branca ter acesso maior aos serviços de saúde em 1998 e em 2003, há uma redução da diferença

entre essas, ou seja, em 2003, a probabilidade de acesso aos serviços de saúde dos brancos é pouco superior a dos negros, não sendo tão importante para esta quanto em 1998.

O incremento da idade é negativo para a população total. Isso mostra que cada acréscimo em um ano da idade reduz a chance de ter consultado o médico nos últimos 12 meses em 0,25% e 0,23%, em 1998 e 2003, respectivamente. Isso ocorre porque este dado inclui os recém-nascidos que, em geral, tem alto percentual de consultas.

Escolaridade e renda também são significativas para a consulta. No caso da escolaridade, porém, os resultados, como na idade, são negativos. Da mesma forma, o fato de serem incluídas crianças que consultam, em média, mais que o restante da população e que não tem escolaridade (variável de referência) interfere nos resultados. Já a renda, como é a *renda familiar per capita* não sofre este efeito e tem relação positiva, ou seja, quanto maior a renda maior a probabilidade de ter acessado os serviços de saúde.

A cobertura de planos de saúde está diretamente relacionada ao acesso aos serviços de saúde, uma vez que, conforme visto, as pessoas que são cobertas por planos de saúde, em média, consultam mais que as que não possuem planos. É importante salientar que, para a população total dos Estados do Sudeste, a cobertura de planos de saúde é ainda mais importante para o acesso aos serviços de saúde.

Tabela 2
Parâmetros estimados para modelo binomial logístico para acesso aos serviços de saúde, para as UF's do Sudeste. 1998 e 2003

	1998		2003	
	Incremento (%)	p-valor	Incremento (%)	p-valor
Idade	-0,25	0,00	-0,23	0,00
Sexo (homem)	75,21	0,00	105,82	0,00
Branco (Negro)	10,76	0,00	1,64	0,00
1ª a 3ª série (Sem escolar.)	-45,44	0,00	-44,54	0,00
4ª a 7ª série (Sem escolar.)	-52,19	0,00	-53,42	0,00
8ª a 11ª série (Sem escolar.)	-51,99	0,00	-55,72	0,00
12 anos e mais (Sem escolar.)	-45,51	0,00	-46,79	0,00
2º quintil (1º quintil)	5,63	0,02	4,20	0,00
3º quintil (1º quintil)	11,66	0,00	4,92	0,05
4º quintil (1º quintil)	12,64	0,00	7,60	0,02
5º quintil (1º quintil)	27,63	0,00	17,05	0,00
Plano de Saúde (não tem)	136,86	0,00	143,14	0,00
1 doença (sem doença)	153,10	0,00	147,42	0,00
2 doenças (sem doença)	302,32	0,00	350,35	0,00
3 ou mais doenças (sem doença)	657,91	0,00	773,05	0,00
Saúde ruim (boa)	128,51	0,00	151,21	0,00
Urbano(Rural)	19,85	0,00	29,32	0,00
Reg. Metropolitana(nmet)	2,52	0,06	-10,16	0,00
ES (MG)	38,90	0,00	28,42	0,00
RJ (MG)	-9,68	0,00	10,86	0,00
SP (MG)	0,39	0,80	22,73	0,00
Log-Likelihood	172435,3		179929,2	
r2	0,14		0,14	

Fonte: PNADS 1998 E 2003, IBGE - Elaboração Própria.

A busca pela consulta médica pode possuir tanto caráter de necessidade quanto de prevenção. Uma pessoa recorre à consulta quando apresenta algum problema de saúde ou quando pretende se

prevenir de eventuais ocorrências. Dessa forma, pode-se deduzir que as necessidades em saúde influenciam diretamente a demanda por serviços, assim como a prevenção. Assim, conforme pôde ser verificado na Tabela 2, o número declarado de doenças crônicas e o estado de saúde têm relação direta com a possibilidade de ter acessado os serviços de saúde de tal modo que quanto maior o número de doenças ou pior o estado declarado de saúde maior a probabilidade do indivíduo ter consultado o médico, tanto em 1998 quanto em 2003.

O local de residência, conforme pode ser verificado pela Tabela 2, também aumenta a chance de acesso aos serviços de saúde, sobretudo entre os residentes nas áreas urbanas e rurais. Entre estes, os moradores de áreas urbanas têm 19,85% e 29,32% de ter consultado médico, em 1998 e 2003, respectivamente, que os moradores das áreas rurais. Já residir em regiões metropolitanas, contrariamente, não é determinante do acesso, de tal modo que em 2003 os moradores de regiões não metropolitanas tiveram acesso maior aos serviços de saúde que os moradores de regiões metropolitanas.

Dentre os Estados, verifica-se que em 1998 enquanto os moradores do ES tiveram probabilidade de consultar maiores que os de MG, os residentes do RJ tiveram uma probabilidade de consulta 9,68% menor que as dos de MG. Já em 2003 os moradores de todas as UF's do Sudeste, em relação aos moradores de MG, tiveram chance maior de ter consultado. Deste modo, em geral, os moradores de MG tem acesso inferior aos serviços de saúde que os residentes dos demais estados do Sudeste.

Tabela 3
Parâmetros estimados para modelo binomial logístico para acesso aos serviços de saúde.
Minas Gerais, 1998 e 2003

	1998		2003	
	Incremento (%)	p-valor	Incremento (%)	p-valor
Idade	-0,26	0,00	-0,30	0,00
Sexo (homem)	65,57	0,00	87,07	0,00
Branco (Negro)	16,71	0,00	6,52	0,01
1ª a 3ª série (Sem escolar.)	-36,84	0,00	-40,57	0,00
4ª a 7ª série (Sem escolar.)	-44,19	0,00	-44,37	0,00
8ª a 11ª série (Sem escolar.)	-43,61	0,00	-45,91	0,00
12 anos e mais (Sem escolar.)	-35,11	0,00	-36,11	0,00
2º quintil (1º quintil)	7,02	0,05	4,00	0,26
3º quintil (1º quintil)	14,00	0,00	-0,23	0,95
4º quintil (1º quintil)	19,77	0,00	11,03	0,01
5º quintil (1º quintil)	32,39	0,00	24,45	0,00
Plano de Saúde (não tem)	120,55	0,00	110,75	0,00
1 doença (sem doença)	138,46	0,00	169,72	0,00
2 doenças (sem doença)	298,03	0,00	356,84	0,00
3 ou mais doenças (sem doença)	608,99	0,00	847,30	0,00
Saúde ruim (boa)	137,82	0,00	136,78	0,00
Urbano(Rural)	26,85	0,00	48,33	0,00
Reg. Metropolitana(nmet)	15,74	0,00	6,49	0,02
Log-Likelihood	43983,3		46580,2	
r2	0,13		0,14	

Fonte: PNADS 1998 E 2003, IBGE - Elaboração Própria.

Em relação às desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Estado de Minas Gerais, a partir da Tabela 3, mostram que, do mesmo modo que na tabela anterior, as mulheres e as pessoas de raça/cor branca tem uma probabilidade de consulta superior a dos homens e negros.

As pessoas de maior renda, em 1998 e 2003, apresentaram maior probabilidade maior de ter consultado do que as pessoas de renda mais baixa. No caso desta variável, quanto mais alta for a renda maior será a probabilidade do indivíduo ter consultado médico nos últimos 12 meses, em relação às pessoas do primeiro quintil de renda. A escolaridade, pelos mesmos motivos citados anteriormente, também foram negativas, para todos os níveis de escolaridade.

Os demais resultados, em geral, também foram semelhantes aos da tabela anterior, mas deve-se ressaltar que, em 2003, diferente do encontrado para os estados do Sudeste, ser coberto por plano de saúde é menos importante na chance de consultar que em 1998. Mas, por outro lado, residir em áreas urbanas é ainda mais importante no acesso dos serviços de saúde em Minas Gerais que no Sudeste como um todo, assim como residir em áreas urbanas que, no caso de MG, corresponde a região metropolitana de Belo Horizonte. Assim, as desigualdades territoriais no acesso aos serviços de saúde dentro de MG são ainda mais significativas que no Sudeste como um todo.

7. CONCLUSÕES

Ao longo da análise exploratória verificou-se que as variáveis demográficas, socioeconômicas, de necessidades em saúde e territoriais, influenciam diretamente o acesso da população aos serviços de saúde no Brasil, contribuindo para a estratificação do acesso. Nessa perspectiva a dualidade do Sistema de Saúde no Brasil, cria dois cenários diferenciados de acesso entre os mesmos grupos, proporcionando assim, um acesso diferenciado para indivíduos que apresentam as mesmas características seja de renda, escolaridade, idade, estado de saúde e outras mais. Com isso, a cobertura de plano de saúde atua como agente ampliador das diferenças de acesso.

Os achados empíricos dessa investigação demonstram que não houve a superação do paradigma da estratificação do acesso a assistência médica à saúde dos usuários do sistema brasileiro, mesmo com a implantação do SUS na década de 90.

As evidências teóricas e empíricas encontradas nessa investigação denotam que o sistema de saúde brasileiro espelha uma contradição do modelo de desenvolvimento social e econômico adotado no país desde o início do século XX. Os rescaldos de um Estado patrimonialista e as imperfeições da modelagem de um *Welfare State* no Brasil induzem o desenho de políticas públicas controversas com comprometido dos seus princípios equitativos para superação dos crônicos dilemas de pobreza e desigualdades que sempre afetaram a população brasileira. Nessa perspectiva, a política de saúde, também, é refém dessa lógica imperativa e, desde os seus primórdios, corrobora a divisão social fundante da sociedade brasileira entre “pobres” e “ricos”.

Para o ano de 2003, foram verificadas as mesmas iniquidades pré-existentes em 1998, indicando a manutenção das características da estrutura de desigualdades em saúde. No entanto, verificou-se um aumento no número médio de consultas realizadas em todos os estratos sociais, o que pode demonstrar uma expansão do sistema de saúde. Essa expansão, embora importante, num primeiro momento não conseguiu reduzir as desigualdades de acesso, uma vez que em 2003, os homens, os indivíduos do primeiro quintil, os com 1 a 3 anos de estudo, a população rural e os residentes no Nordeste foram os estratos sociais que menos consultaram médico em 2003³.

Os dados analisados mostraram uma expansão proporcional das consultas médicas (variável indicativa do acesso aos serviços de saúde) tanto dos usuários do SUS, quanto dos usuários da área privada. No caso do SUS identifica-se um efeito da universalização com expansão da atenção básica que diversifica programa e serviços, apesar de não ampliar substancialmente a sua

³ Para uma análise mais pormenorizada do acesso aos serviços de saúde por estratos sociais vê o anexo IV dessa investigação.

capacidade instalada (conforme análise anterior dos dados da AMS de 1999 e 2002). Com relação à assistência suplementar, como não houve um crescimento proporcional da cobertura de planos de saúde, deduz-se que os usuários desse sistema estão utilizando os seus serviços de consultas médicas com mais intensidade, confirmando a alta capacidade de indução de uso desse ativo como demonstrado pelo coeficiente (efeito) elevado que alcança nas análises multivariadas realizadas nessa investigação, sobre a probabilidade de acesso a consultas médicas.

Como proposto pelo modelo analítico, aqui utilizado, ficou demonstrado que fatores predisponentes (características sócio-demográficas), os fatores predisponentes (renda, cobertura de plano de saúde, aspectos territoriais) e as necessidades de saúde (auto-avaliação e problemas de saúde) são determinantes da estratificação do acesso às consultas médicas como mecanismo estratégico da assistência à saúde dos indivíduos. Em síntese, o *background* dos indivíduos é determinante do grau de acesso à assistência à saúde.

As inovações do SUS com a prioridade por ações básicas de maior impacto social, através investimento na atenção primária e o mecanismo do uso do *per capita* para transferência de recursos para os municípios e regiões, por exemplo, mostraram-se ao mesmo tempo redutoras das desigualdades no acesso e insuficientes para reversão dessa estratificação assistencial, inclusive, com reflexos no interior do próprio sistema público de saúde (intra-SUS).

A focalização no interior da universalização deve melhorar o impacto redistributivo (DRAIBE, 2003) das políticas de saúde, pois além de ser um eixo estruturador do desenvolvimento deve cumprir um papel de enfrentamento da pobreza e, em específico, das desigualdades em saúde. Assim, se não há condições políticas e estruturais de implementação de um sistema de saúde único e universal no país com cobertura e qualidade adequada para todos os cidadãos, resta diversificar o atual padrão único de universalização dos serviços de saúde e, buscar, cada vez mais, uma focalização (ação seletiva) no escopo da universalização para efetiva redução das desigualdades em saúde.

Considerando os pressupostos anteriores, verifica-se a necessidade de redirecionamento das políticas de saúde para atendimento dos indivíduos e regiões com maior vulnerabilidade, não se restringindo às medidas administrativas (descentralização) ou a economia de saúde (distribuição equânime de gastos), mas com redesenho das ações e programas de saúde visando uma atenção focalizada nos indivíduos homens (e não apenas mulheres), com baixa escolaridade, pobres, integrantes dos estratos ocupacionais desprotegidos (informais e formais sem planos de saúde) e outros. Desta maneira, pode ser possível uma reversão gradual e efetiva da estratificação conservadora do acesso aos serviços de saúde (desigualdades em saúde), que vem privilegiando, ao longo da história desse país, os indivíduos com alto *status* socioeconômico.

Futuros estudos deverão ser realizados para verificar a importância de diferentes idades, a partir da perspectiva de ciclos de vida, no acesso, para averiguar o que ocorre com as desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde nos diferentes períodos da vida dos indivíduos. Além disso, tenciona-se incluir na análise das desigualdades em saúde a esfera da estrutura de saúde dos estados e regiões, obtida a partir dos dados das pesquisas de Assistência Médico Sanitária (AMS) do IBGE.

Referências Bibliográficas

ANDERSEN, R. (1968), *Behavioral model of families use of health services*, Chicago (IL): Center for Health Administration Studies, University of Chicago, Research series

BRASIL, MS (2004). *A pesquisa Mundial de saúde no Brasil: como os brasileiros avaliam sua saúde?* Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL/IPEA, (2004), *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*, Relatório nacional de acompanhamento, Brasília: IPEA, 96 p.

CAMPOS, ARMINDA, *O planejamento de projetos sociais: dicas, técnicas e metodologias*, Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, s/d, mimeo.

CHANDOLA, T. (2000) Social class differences in mortality using the new UK national statistics socio-economic classification. *Social Science and Medicine*, 50: 641-649.

CULYER, J., WAGSTAFF, A. (1992) *Need, equity and equality in health care*. York: University of York.

DACHS, N. (2002). *Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD /1998*. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4): 641-657

DRACHLER et al (2004). Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdades em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no *Brasil*. Rio de Janeiro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*: 8 (2): 461-470.

DRAIBE, S. M. (1980) *Rumos e Metamorfoses - Estado e Industrialização no Brasil, 1930-1960*. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1985.

DUARTE, E., SCHNEIDER, M., PAES-SOUSA, R., RAMALHO, W., SARDINHA, L., BARBOSA, J., CASTILHO-SALGADO, C. (2002) *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília: OPAS / OMS / FUNASA.

FAVERET F., P. & OLIVEIRA, P. (1990) A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: *Revista DADOS de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Vol. 33, nº 2, 1990, pp. 257-283.

FERNANDES, R., PAZELLO, E. (2001) Avaliação de políticas sociais: incentivos adversos, focalização e impacto, in LISBOA, M. e MENEZES-FILHO, N. (Orgs), *Microeconomia e sociedade no Brasil*, Rio de Janeiro: FGV, p 151-171.

FLEURY, S. (1997) Políticas sociais e cidadania na América Latina. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo. Ed. Hucitec Abrasco.

GOVERNO FEDERAL, (2005), *Norma operacional básica- NOB/SUAS*, Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social

IBGE & FIOCRUZ. (1998) Análise dos resultados da pesquisa nacional por amostra de domicílios de 1998. Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE (1998), *Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar, suplemento acesso e utilização dos serviços de saúde*, Rio de Janeiro: meio digital.

IBGE (2003), *Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar, suplemento acesso e utilização dos serviços de saúde*, Rio de Janeiro: meio digital.

ISHIDA, H. (2004) “Entry into and Exit from Self-Employment in Japan”, in Richard Arum and Walter Mueller eds., *The Reemergence of Self-Employment: A Comparative Study of Self-Employment Dynamics and Social Inequality*. Princeton: Princeton University Press, pp 348-87.

- ISHIDA, HIROSHI (2004), *Sócio-economic differentials in health in Japan*, Tokyo: University of Tokyo.
- KNUST, A., GEURTS, J., VAN DEN BERG, J. (1995). International variation in socioeconomic inequalities in self reported health. *Journal of epidemiology and community health*, 49:117-123.
- LAM, D., (2001) The impact of race on earnings and human capital in Brazil, South Africa and United States. *Conferência realizada em Labour Markets and Poverty in South Africa* , Johannesburg, nov,.
- MACKENBACH, J. KUNST, A. (1997) Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Rotterdam: Social Science Medicine*, 44(6), 757-771.
- MACKENBACH, J., KUNST, A., CAVALAARS, A., GRONHOF, F., GEURTS, J. , THE EU WORKING GROUP ON SOCIOECONOMIC INEQUALITIES IN HEALTH (1997). *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe*. *Lancet*, 349:1655-1659.
- MACKENBACH, J.; KUNST, A. (1997) Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Rotterdam: Social Science Medicine*, 44(6), 757-771.
- MACKENBACH, J.P. et al. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *The Lancet*, n. 349.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000). *SUS: Descentralização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. Brasília: Ministério da Saúde.
- NORONHA, J (2002). Health research in Brazil: current challenges. *Research into Action (The Newsletter of the Council on Health Research for Development)* 27(January-March):5-6.
- NORONHA, K. V. & VIEGAS, M., (2002). Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro. *Revista Econômica do Nordeste*, 32 (Especial):877-897.
- NUNES, A., SANTOS, J., BARATA, R., VIANNA, S. (2001) *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: OPAS/OMS.
- OMS (2002) *Informe sobre la salud en el mundo, 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana*. Genebra: OMS.
- OMS. World Health Report. Annex Table. 2006.
- ONU, (2002). Millennium development goals: data and trends, 2002 :report of the inter-agency expert group on MDG indicators, New York: United Nations.
- PAMUK, E. (1985) Social class and inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Populations Studies*, 1985 , 39:17-31.
- RIBEIRO, C., SCALON, C. (2001), Mobilidade de classe no Brasil em perspectiva comparada, RIBEIRO, J.M. (2001). Regulação e contratualização no setor saúde. IN: NEGRI, B. DI GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP. p.409-443.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS (2005). *Fatores associados ao uso de serviços hospitalares em Minas Gerais: estudos de políticas de saúde e de avaliação econômica do SUS-MG*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro.

TOWNSEND, P. DAVIDSON, N. (1988), *Inequalities in health: the Black report* London: Penguin.

TOWNSEND, P., DAVIDSON, N. (1990) The black report. In: *Inequalities in Health*. Londres: Penguin Books, 65 p.

TOWSEND, P., DAVIDSON, N., WHITEHEAD, M. (1992). *The health divide*. Londres: Penguin.

WAGSTAFF, A. (2000) Socioeconomic inequalities in child mortality; comparisons across nine developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:19-29.
