

DIFERENÇAS NO ACESSO À SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: UMA ANÁLISE COMPARADA A PARTIR DAS PNADS DE 1998, 2003 E 2008*

Murilo Cássio Xavier Fabel**

Carolina Portugal Gonçalves da Motta***

Danira Morais Silva****

Resumo: O objetivo desse trabalho é analisar, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Brasil, a partir dos dados das PNADs, nos anos de 1998, 2003 e 2008, também, de forma comparativa, verificando se estas aumentaram ou diminuíram no período analisado e em que proporção isso ocorre. A desigualdade do acesso de saúde é composto pelas seguintes dimensões individuais, como idade, sexo, raça, escolaridade; geográfica; capacitantes como cobertura de plano de saúde e renda e, necessidades em saúde da população, no qual a variável dependente é a atendimento médico nos últimos 30 dias e, por ser uma variável dicotômica, utilizou-se regressão binomial logística para a análise das desigualdades. Este é um importante elemento a ser analisado, pois a saúde impacta diretamente na qualidade de vida do indivíduo e, entre outras coisas, até mesmo no seu acesso ao mercado de trabalho. A permanência da desigualdade - além de apontar para a ineficácia do governo no que concerne uma política pública que deveria ser de acesso universal - pode auxiliar a perpetuação de outras desigualdades na população brasileira, como o acesso à melhores postos de trabalho.

Palavras-chave: desigualdades no acesso aos serviços de saúde

* Resultados preliminares de pesquisa financiada pela FAPEMIG do projeto: "Efeitos da Universalização do SUS no Brasil e em Minas Gerais: Análise Comparada da Evolução do Acesso aos Serviços de Saúde com Uso das PNAD's de 1998, 2003, 2008 e da PAD 2009". Agradecemos a FAPEMIG pelo incentivo.

** Doutor em Sociologia pela UFMG; Professor na FJP.

***Doutoranda em planejamento urbano IPPUR-UFRJ; Professora e Pesquisadora na FJP, Belo Horizonte, Minas Gerais. Coordenadora do projeto de pesquisa, acima nominado, que dá origem a este artigo.

**** Graduada em Ciências Sociais na UFMG; bolsista de iniciação científica na FJP.

DIFFERENCES IN ACCESS TO HEALTH SERVICES IN BRAZIL: A COMPARATIVE ANALYSIS FROM THE PNADS OF 1998, 2003 AND 2008

Abstract: The aim of this work is to analyze inequalities in access to health services in Brazil, from the data of PNAD, in 1998, 2003 and 2008, also in a comparative way, checking if they increased or decreased during that period analyzed and to what extent this occurs. Inequality of access to health consists of the following individual dimensions such as age, sex, race, education, geographic, enabling coverage as health plan; income and health needs of the population, in which the dependent variable is the medical care in the last 30 days and binomial logistic regression for the analysis of inequalities. This is an important element to be examined, because health directly impacts the individual quality of life and, among other things, even in their access to the labor market. The continuing inequality - and point to the ineffectiveness of the government regarding public policy that should be universal access - can aid the perpetuation of other inequalities in the Brazilian population, such as access to better jobs.

Keywords: inequalities in access to health services

DESIGUALDAD DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN BRASIL: UNA ANALISIS COMPARATIVA COM LAS PNADS 1998, 2003 Y 2008

Resumén: El objective de esto trabajo es analizar la desigualdad em el acceso a los servicios de La salud em El Brasil, a partir de los datos de lãs PNADs (Encuestas Nacionales de Amuestra de Viviendas) de los años 1998, 2003 y 2008 y también de manera comparativa, examinando los cambios em el acceso. La desigualdad del acceso a los servicios de salud es compuesta por lãs siguientes dimensiones: individuales (idad, sexo, raza, escolaridad); las dimensiones de espacio (cómo lãs regiones de planificación); las dimensiones capacitantes cómo: cobertura de plan de salud y ingresos e, necesidades en salud de la población. Estos son importantes elementos de la análisis ya que La salud tiene impactos diretos em la calidad de la vida del individuo e, también, em su acceso em el mercado de trabajo. La variable independentes la consulta medica em los últimos 30 días. Lo método de análisis de las desigualdades es la regresión logistica binomial. La manutención de la desigualdad – mientras apunta para la inoperância del gobierno em la política publica, que debería de ser universal, y puede auxiliar em la permanência de otras desigualdades na población brasileña, cómo el acceso a mejores puestos de trabajo.

1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir da constituição (CF) de 1988 e veio a consolidar o processo de reforma sanitária em curso no país, estabelecendo um novo marco regulatório na área da saúde. Por um lado teve-se que a garantia de que a saúde é um direito de todos os cidadãos, um direito inalienável a eles (Brasil, 1988). Com isso o modelo do sistema de saúde brasileiro passou a ser de acesso universal, sem qualquer condicionalidade, ao contrário do modelo anterior, que era vinculado à contribuição previdenciária. A partir disso tem-se que houve uma tendência de reversão do modelo corporativista e reprodutor de desigualdades que então era vigente, desde a década de 20.

A prestação de serviços no âmbito do SUS é dividida em Atenção Primária, Média e Alta Complexidade. A porta de entrada do sistema, idealmente, é a atenção primária que é composta por centros de atenção básica, como as unidades de pronto atendimento (UPAs). O SUS presta serviço nos três níveis, entretanto, nem sempre a prestação é realizada em entidades públicas: a operacionalização dos serviços do SUS, muitas vezes, é feita por entes privados, uma vez que a infraestrutura pública do sistema de saúde brasileiro é insuficiente para atender toda a demanda da população – a CF de 1988 e a Lei 8080 de 1990 facultam este tipo de atendimento. Ainda assim há muitos procedimentos com grandes filas de espera, o que pode trazer impactos ao acesso dos indivíduos ao SUS. Portanto, a base do SUS é um modelo assistencialista, com foco em serviços de prevenção (atenção primária) – como vacinas e outros tratamentos preventivos – e não um modelo hospitalocêntricos.

Por outro lado, uma conquista diz respeito aos processos de descentralização, a partir da qual os municípios passam a receber recursos diretamente dos Estados e da União para gerir os seus gastos em saúde e, também, tornaram-se os principais prestadores de serviços de atenção básica. Isso que ampliou o papel do município na política de saúde, ao introduzir inovações na área de gestão e esforços importantes no sentido da sustentabilidade de um modelo assistencial de natureza preventiva com um forte escopo social.

A descentralização na medida em que transfere os serviços de atenção primária aos municípios passa à estes também a responsabilidade de ofertarem serviços de qualidade a todos os seus cidadãos. Mas, o que se nota é que ainda há muitas desigualdades na alocação e na prestação dos serviços no âmbito municipal, com a junção de falta de estrutura e de profissionais (os quais, muitas vezes, também são mal qualificados), o que resultou na criação de diversos programas federais, estaduais e municipais de melhoria de serviços e contratação de mão de obra qualificada.

Assim, por mais que tenha ocorrido avanços, parece ainda haver um caminho longo a ser percorrido para dotar a saúde brasileira de condições aceitáveis de acesso e equidade, mesmo considerando as inovações. Além disso, estes fatores elencados – como atendimento ineficiente e nem sempre de boa qualidade - contribuem para que a população que tem condições de pagar por um plano de saúde o faça.

Desta maneira, parece que mesmo com a 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 vinculados formalmente ao mercado de trabalho. Em parte, isso é 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 a perspectiva histórica no Brasil de políticas de saúde de natureza corporativista-conservadora¹. Nessa direção, tanto as políticas especiais de proteção do Estado Brasileiro dirigidas a determinadas instituições e estratos de servidores públicos; bem como iniciativas do setor privado, em algumas situações específicas subsidiadas pelo Estado, garantem a manutenção dos privilégios de determinados estratos ocupacionais, de tal modo a manter a estratificação do acesso aos serviços de saúde.

Essa dicotomia que existe entre os usuários do SUS e os indivíduos que pagam por planos de saúde, e que, em grande parte, estão inseridos no mercado formal de trabalho mascara a dualidade que ocorria antes da constituição do SUS e que era devida à existência de contribuintes e não contribuintes, e, um dos principais responsáveis por esta segmentação – a qual pode refletir na saúde da população e facilitar ou dificultar o acesso – é a cobertura de plano de saúde, sejam estes públicos ou privados.

Por outro lado, os estratos sociais sem formalização, os estratos ocupacionais com baixa remuneração e alta precarização laboral, em sua maioria, de baixo nível sócio-econômico, o acesso aos serviços de saúde, é quase exclusivamente via SUS. Desta forma podem estar atuando mecanismos limitadores do acesso, sendo que estes transitam desde as condições socioeconômicas até os atributos individuais dessa população. Desta maneira, mesmo com a universalização ou a equidade dos serviços prestados pelo SUS os estratos sociais mais pobres e, principalmente extremamente pobres, podem estar encontrando barreiras de acesso aos serviços básicos de saúde comumente associadas às dimensões relativas as 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 disponibilização (capacidade instalada) de estrutura de serviços de saúde. Em alguma magnitude, essa

¹ Ver Draibe (1980).

situação pode estar contribuindo para que estratos sociais mais pobres tenham um baixo acesso aos serviços de saúde.

Assim, o objetivo desse trabalho é analisar, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Brasil, a partir dos dados das PNADs, nos anos de 1998, 2003 e 2008, de forma comparativa também, para se verificar se estas aumentaram ou diminuíram no período analisado e em que proporção isso ocorre.

A desigualdade do acesso de saúde é composto pelas seguintes dimensões individuais, como idade, sexo, raça, escolaridade; geográfica; capacitantes como cobertura de plano de saúde e renda e, necessidades em saúde da população, no qual a variável dependente é a atendimento médico nos últimos 30 dias e, por ser uma variável dicotômica, utilizou-se regressão binomial logística para a análise das desigualdades. O acesso aos serviços de saúde é um importante assunto a ser analisado uma vez que o nível de saúde dos indivíduos impacta diretamente na qualidade de vida do indivíduo e até mesmo no seu acesso ao mercado de trabalho, entre outras coisas, e a permanência da desigualdade - além de apontar para a ineficácia do governo no que concerne uma política pública que deveria ser de acesso universal - pode auxiliar a perpetuação de outras desigualdades na população brasileira, como o acesso à melhores postos de trabalho.

2 Desigualdades em saúde

As desigualdades em saúde, como outras desigualdades sociais, possui um aspecto multidimensional sendo afetada por diferentes fatores como raça, sexo, idade, renda, cobertura de plano de saúde, necessidades em saúde, escolaridade, entre outros fatores. No Brasil, essas desigualdades apresentam também várias facetas em função de sua complexidade e diversidade com componentes econômicos, políticos e sociais múltiplos. Assim, a composição social multifacetada implica em geração de desigualdades que transitam dos aspectos estruturais de hierarquia social, até mesmo, passando pela perspectiva das diferenças culturais.

Os estudos sobre desigualdades sociais têm contribuições teóricas das vertentes marxistas e weberianas numa abordagem da análise da estrutura social, com enfoques relativos a mudanças na estrutura de classes e acesso ao poder, respectivamente.

Os autores marxistas, em geral, desenvolvem análises das mudanças da estrutura de classe através da observação de processos de desesindustrialização, terceirização, flexibilização das relações contratuais de trabalho, crescente desemprego estrutural e exclusão econômica e social de importantes segmentos da sociedade e processo de informalização (Santos, 1979). Por sua vez, a perspectiva Weberiana analisa a sociedade de classes segundo a posição dos indivíduos perante o mercado de bens e propriedades

e o trabalho, com centralidade no conceito de status relacionado a um sistema de privilégios. Essa vertente, recentemente, estende seus interesses para a inclusão das dimensões de gênero e raça em seu eixo central, como posições de classe, agregando-se assim, uma marca de exclusão social ao significado do conceito.

A questão da desigualdade social em saúde caracteriza-se como uma faceta dessas desigualdades sociais e passa a ser objeto de análise teórica e empírica por parte de vários pesquisadores de distintos países.

Importante marco é a publicação do *Black Report* (TOWNSEND; DAVIDSON, 1990) que apontou para o incremento das desigualdades sociais em saúde na população britânica², num esforço investigativo para analisar as diferenças nas condições de saúde e no acesso aos serviços de saúde de acordo com a divisão da população por nível sócioeconômico-NSE, seja este medido por renda, educação, ocupação ou posição na hierarquia social (CHANDOLA, 2000; WAGSTAFF, 2000; KUNSTETAL, 1995.;MACKENBACK et al, 1997, PAMUK, 1985).

Nos Estados Unidos, as desigualdades nas distribuições salariais têm-se mostrado associado à distribuição desigual das tendências de mortalidade na população norte-americana e as diferenças quanto à renda relativa associadas aos homicídios e ao baixo peso ao nascer (Kaplan; Pamuk; Lynch, 1996).

Na Europa, o Projeto SocioeconomicFactors in Health andHealthcare (GIRALDES,1991) e o Projeto SocioeconomicInequalities in MortalityandMorbidity in Europe (MACKENBACH *et al*, 1997) apresentam resultados indicando que a falta de equidade nos setores socioeconômicos afetam à saúde da população, em países da união européia, se manifestam, sobretudo, no domínio da educação, nutrição e na utilização dos serviços de saúde, relativo ao funcionamento dos serviços e aos gastos per capita em saúde³.

As repercussões dessas visões analíticas no Brasil têm implicações em importantes estudos, com desenvolvimento de pesquisas cujos resultados indicaram que a morbidade referida para a população urbana tende a aumentar inversamente à renda familiar per capita (TRAVASSOS *et al*, 1995). Com base na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989 eles verificaram que a utilização dos serviços de saúde mostra-se desigual entre as classes socioeconômicas, favorecendo as camadas de renda mais

² No Reino Unido, foram realizadas, nas últimas décadas, três importantes pesquisas avaliativas: Townsend & Davidson (1982), *The black report on social inequalities in health*; Towsend, Davidson & Whitehead (1992), *The health divide*; Acheson (1998), *Independent inquiry into inequalities in health*.

³ Nesses projetos foi utilizado o método do coeficiente de GINI como medida de equidade para mediar as desigualdades existentes entre os quinze países da União Européia, relativamente à educação, estilos de vida, nutrição, desemprego, utilização de serviços de saúde e despesa com saúde.

elevada; bem como Travassos (2000) com uso da Pesquisa sobre Padrão de Vida de 1996/1997 indica que há no país uma desigualdade social na distribuição do cuidado médico favorável as classes sociais privilegiadas.

Num outra dimensão, a análise da epidemiologia das desigualdades em saúde (OMS, 2000) aponta para uma polarização nacional e intraregional das desigualdades sociais em saúde, onde os macrodeterminantes dessas diferenças seriam a urbanização, a pobreza e aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde.

A partir da geração do suplemento de saúde da PNAD 98 surgiram vários estudos com ênfase nas Desigualdades Sociais em Saúde: Determinantes das desigualdades na auto avaliação do estado de saúde (DACHS, 2002), estudos sobre gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde (PINHEIRO et al, 2002), análises sobre os Perfis de utilização de serviços de saúde (SAWYER, 2002) e também estudos com ênfase na segmentação do mercado de saúde analisando a cobertura populacional por planos de assistência (MOTTA; FAHEL; PIMENTEL, 2008; PINTO; SORANZ, 2004). Complementarmente, a variável de percepção de saúde teve uma mudança na pergunta em 2003, o que modifica também o resultado desta variável: enquanto em 1998 perguntava-se se o indivíduo teria algum problema de saúde dentre os listados em 2003 e 2008 foi perguntado se ele teria um diagnóstico médio da doença.

Em principio, a demanda da população pode ser ou não atendida pela estrutura de saúde desenhando um padrão de consumo (uso) dos serviços de saúde. Mas, o uso de serviços de saúde está condicionado a fatores e internos e externos do setor que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos, tais como: a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros. No entanto, essas necessidades de saúde são delineadas, também, pelas diferenças de comportamento do indivíduo perante a doença, as escolhas e preferências individuais, conformando o perfil da demanda nem sempre atendida pelo sistema de saúde – além das características de oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros, que pode atender e induzir demanda. Nessa perspectiva, pode-se deduzir que as desigualdades no uso dos serviços de saúde refletem as desigualdades individuais em relação ao risco de adoecer e morrer (PINHEIRO, TRAVASSOS, 1999; TRAVASSOS *et al*, 2000).

As características da oferta, por sua vez, podem facilitar ou obstruir a capacidade das pessoas de uso dos serviços de saúde que elas necessitam. Logo, as barreiras de acesso caracterizam-se pelo grau de disponibilidade e distribuição geográfica dos serviços, a disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação do sistema, entre outros (TRAVASSOS et al, 2000).

Marcadamente, o consumo dos serviços de saúde é interdependente do comportamento da relação demanda-oferta da área e, portanto, o conceito de acesso aos serviços de saúde está relacionado à percepção dos indivíduos de suas necessidades de saúde e a conversão dessas necessidades em demanda e destas em uso, mas fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso.

3 Fonte de dados e método

A hipótese a ser testada refere-se à análise das desigualdades de acesso aos serviços de saúde nas regiões brasileiras, principalmente, as variáveis sócio-demográficas e econômicas. Assim, a proposição aqui é explorar em que direção ciclos de vida, o sexo, a renda, a cobertura de planos privados, o estado de saúde, o local de moradia e a inserção no mercado de trabalho afetam o acesso às consultas médicas (atenção ambulatorial).

Foco maior será dado à população ocupada, para se medir se há diferença no acesso aos serviços de saúde, uma vez que a posição na ocupação pode influenciar este. A população ocupada é considerada aquela que possuía, na data da pesquisa, alguma ocupação, de tal modo que desta são extraídas as pessoas sem remuneração e os trabalhadores para próprio uso e consumo. Além disso, a população infantil (abaixo de 10 anos) e a idosa (65 anos ou mais) tem perfis diferentes de acesso aos serviços de saúde que poderia mascarar os resultados, de forma a não se saber exatamente qual a contribuição da formalização para o acesso e das diferentes idades (da população ocupada).

Os dados utilizados são oriundos da PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – que é uma pesquisa realizada pelo IBGE e tem amostra representativa para os Estados e Regiões Metropolitanas. No caso deste trabalho será feita uma comparação entre as regiões.

O modelo de análise estatística empregado será o de Regressões Logísticas Binomiais com processamento de resultados (coeficientes) encontrados para a população ocupada de 10 a 64 anos nos anos de 1998, 2003 e 2008, que serão comparados. Ele será empregado no intuito de verificar as diferenças no acesso por região.

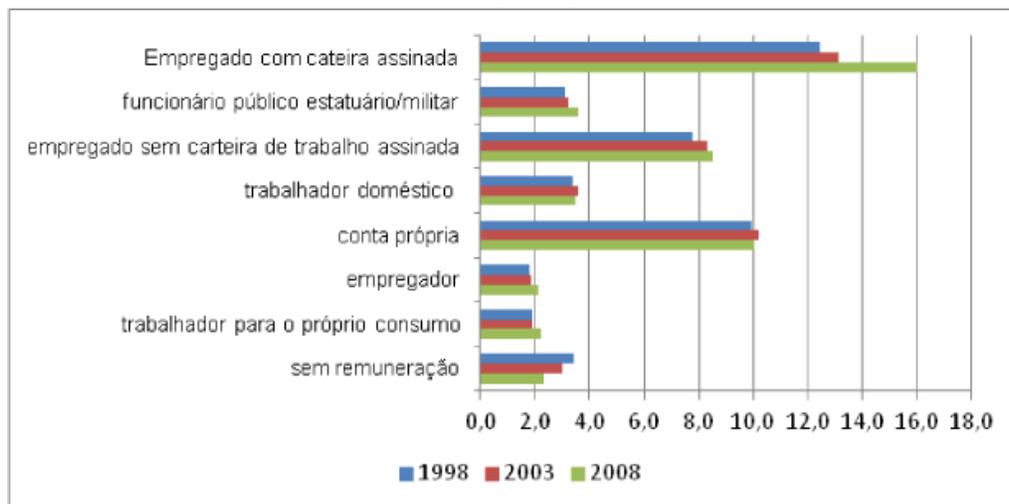
Para o emprego da técnica de regressão foi utilizado o programa SPSS 14.0 e os pesos amostrais fornecidos pelas PNADs, que foram ponderados, segundo técnica descrita em Lee et al. (1989).

4 Análise descritiva dos resultados

Em relação ao perfil da população brasileira tem-se que, a partir do GRAF. 1, a maior parte desta, na semana de referência da coleta dos dados da PNAD era empregada com carteira assinada, seguida por empregados conta própria, que são, em geral, empregados autônomos, sem formalização.

Os trabalhadores sem remuneração e os para próprio uso e consumo são as categorias retiradas para analisar a população ocupada. No entanto, eles aparecem neste primeiro gráfico de modo a se visualizar um panorama geral da população. Esta parcela da população, que não modificou muito em 10 anos, é composta por trabalhadores da agricultura familiar de subsistência, donas de casa e outros tipos de trabalhadores.

GRÁFICO 1 - Proporção da população, segundo posição na ocupação na semana de referência –Brasil, 1998, 2003 e 2008

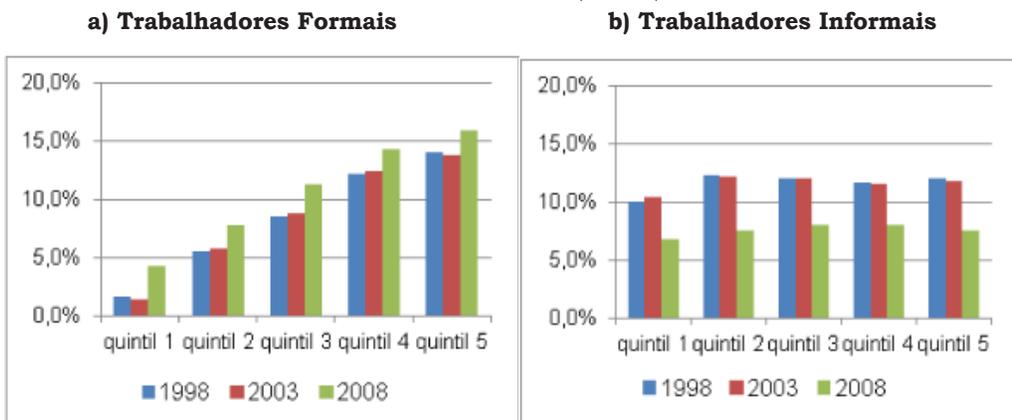


Fonte: Elaboração própria a partir das PNADs (1998, 2003 e 2008)

A proporção da população segundo quintil de renda familiar (GRAF. 2) mostra que os trabalhadores formalizados estão mais concentrados nos últimos quintis de renda. Já a população não formalizada está dispersa em todos os quintis, de tal modo que em 2008 havia uma menor proporção desta nos quintis, em comparação com os anos anteriores. Por outro lado, em 2008 houve um aumento da proporção da população formalizada em todos os quintis, o que é um indicativo para o aumento da formalização no mercado de trabalho.

Outros estudos, conforme mencionado anteriormente, apontam que uma maior formalização no mercado de trabalho pode auxiliar na ampliação do acesso à serviços de saúde da população.

GRÁFICO 2: Proporção da população segundo quintil de renda familiar e formalização no mercado de trabalho - Brasil, 1998, 2003 e 2008

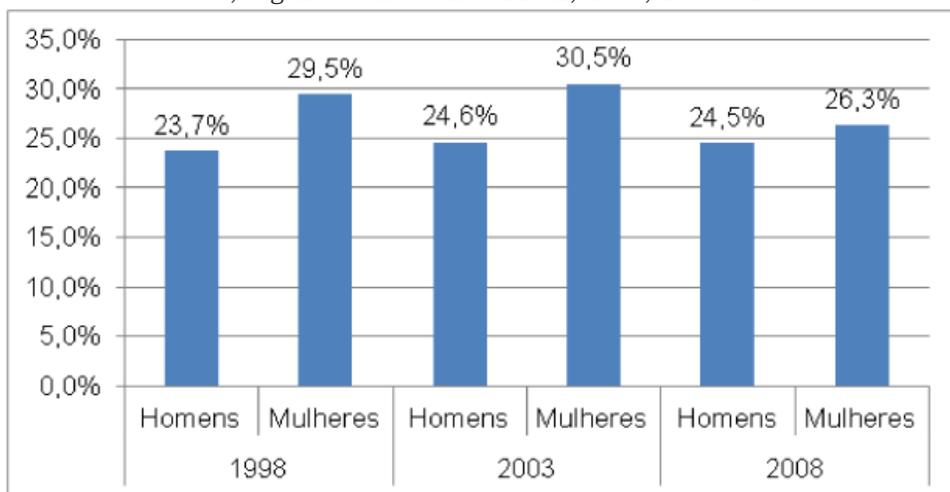


Fonte: Elaboração própria a partir das PNADs (1998, 2003 e 2008)

A partir do gráfico 3 verifica-se a proporção da população ocupada, segundo sexo e ano, que é coberta por plano de saúde. Nele, nota-se que a população feminina é mais proporcionalmente mais coberta que a masculina, em todos os anos.

Além disso, tem-se que enquanto entre 1998 e 2003 houve um aumento da população coberta, de 2003 para 2008 houve uma redução deste percentual, sendo esta proporcionalmente maior para a população feminina. Por outro lado, percebe-se que a cobertura, em 2008 é menos desigual entre os sexos que nos anos anteriores.

GRÁFICO 3: Proporção da população ocupada de 10 a 64 anos coberta por Plano de Saúde, segundo sexo e ano - Brasil, 1998, 2003 e 2008



Fonte: Elaboração própria a partir das PNADs (1998, 2003 e 2008)

Já em relação a proporção da população ocupada de 10 a 64 anos, segundo acesso à serviços de saúde, coberta por planos de saúde e status de saúde (TAB.1) tem-se que enquanto em 1998 e 2003 os trabalhadores do setor privado que se declararam com saúde boa era superior para servidores privados em 2008 este se inverteu. Já em relação ao percentual de acesso, para todos os anos ele foi maior dentre os trabalhadores públicos e militares, mostrando que estes utilizam mais os serviços.

Do mesmo modo, a cobertura de planos de saúde foi maior dentre os trabalhadores do setor público que do privado. Estes dois fatores (trabalhar no setor público e militar e possuir plano de saúde) são fatores relacionados, uma vez que muitos órgãos públicos possuem planos de saúde próprios. É interessante também notar que esta relação positiva entre consulta e plano de saúde é recorrentemente apontada pela literatura da área, que foi explorada neste trabalho.

TABELA 1 - Distribuição percentual da população ocupada de 10 a 64 anos por setor de trabalho, segundo acesso à serviços de saúde, cobertura e status positivo de avaliação de saúde - Brasil, 1998, 2003 e 2008

	%Consultou médico	%Tem plano	%Saúde boa
1998			
Trabalhadores setor privado	55,75	40,9	84,95
Servidores Públicos e militares	66,79	67,23	82,15
2003			
Trabalhadores setor privado	63,9	40,31	85,03
Servidores Públicos e militares	74,6	64,52	82,09
2008			
Trabalhadores setor privado	64,6	25,7	76,8
Servidores públicos e militares	79,9	64,1	81,6

Fonte: Elaboração própria a partir das PNADs (1998, 2003 e 2008)

A tabela 2, por sua vez, mostra o percentual da população por posição na ocupação, segundo acesso à serviços de saúde e cobertura de planos de saúde. Nesta é possível verificar que, entre os anos, enquanto houve um aumento no percentual da população que afirmou ter consultado médico nos últimos 12 meses, de 2003 para 2008, em todas as categorias ocupacionais isto não foi totalmente acompanhado pelo aumento da cobertura de planos de saúde, de tal modo que, só houve aumento de cobertura, de 2003 para 2008, para os empregados sem carteira. Ou seja, isso pode estar indicando um aumento no acesso (ou na utilização) da população aos serviços de saúde, seja este via SUS ou plano de saúde, que, por sua vez, podem estar sendo mais utilizados.

Comparando as categorias ocupacionais, tem-se que os funcionários públicos, seguidos pelos empregadores e pelos empregados com carteira, são aqueles que possuem a maior cobertura de planos de saúde.

TABELA 2: Distribuição percentual da população ocupada de 10 a 64 anos por posição na ocupação, segundo acesso à serviços de saúde e cobertura de plano de saúde - Brasil, 1998, 2003 e 2008

	% cobertura de plano de saúde			% que consultou médico		
	1998	2003	2008	1998	2003	2008
Empregado com carteira	41,7	40,96	40,2	55,67	63,57	68,3
Funcionário Público/Militar	67,23	64,52	63,9	66,79	74,6	79,8
Empregados sem carteira	13,73	15,58	16,3	41,67	49,26	56,7
Trabalhador doméstico com carteira	12,87	14,59	14,4	44,37	20,13	76,4
Trabalhador doméstico sem carteira	7,81	7,71	7,3	54,51	64,6	71,8
Conta-própria	15,32	16,51	15,6	45,74	53,72	60,1
Empregador	47,68	48,85	44,2	56,21	63,86	66,7
Trabalhador o próprio consumo	6,15	8,06	5,2	56,67	61,98	65,6
Não remunerado	7,64	9,08	9,7	39,92	49,47	57,8
Total	25,99	27,05	27,8	50,31	58,7	65,1

Fonte: Elaboração própria a partir das PNADs (1998, 2003 e 2008)

Já em relação ao acesso aos serviços de saúde a segunda posição (TAB. 2), em 2008, é ocupada pelos trabalhadores domésticos com carteira, seguido pelos sem carteira. No caso dos empregados domésticos a baixa cobertura de plano de saúde faz com que o acesso se dê majoritariamente via SUS. Os trabalhadores domésticos sem carteira possuem a segunda menor cobertura, superior apenas a dos trabalhadores para o próprio uso e consumo. No caso dos trabalhadores domésticos o alto percentual de consultas pode-se dever a uma precariedade na saúde, acarretada pela insalubridade do serviço prestado.

A seguir, ver-se-á a análise logística para o acesso aos serviços na população ocupada, de modo a se observar quais fatores que tem maior impacto no acesso.

5 Análise logística binomial

A TAB. 3 mostra os parâmetros da regressão logística binomial para a população ocupada de 10 a 64 anos.

TABELA 3: Parâmetros estimados para modelo binomial logístico para acesso aos serviços de saúde No Brasil – 1998, 2003 e 2008

	1998		2003		2008	
	Incremento	p-valor	Incremento	p-valor	Incremento	p-valor
Sexo (homem)	111	0	154	0	208	0
Cor (negros)	1	0,57	-4	0,01	-2	0,08
Idade	1	0	1	0	0	0
Escolaridade (sem)						
1 a 3 anos	15	0	21	0	-6	0,02
4 a 7 anos	20	0	26	0	-5	0,01
8 a 11 anos	30	0	38	0	-7	0
12 anos ou mais	45	0	66	0	-3	0,19
Quartil (1o)						
2o.	11	0	6	0,08	12	0
3o.	13	0	8	0,02	16	0
4o.	17	0	10	0	17	0
5o.	33	0	24	0	29	0
Formais (Informais)	32	0	39	0	-25	0
Plano de saúde (não tem)	132	0	124	0	125	0
Avaliação de Saúde (ruim)						
Boa	-70	0	-64	0	-64	0
Regular	-32	0	-26	0	-35	0
N. de Doenças (sem)						
1 doença	97	0	108	0	107	0
2 doenças	145	0	213	0	200	0
3 ou mais doenças	247	0	306	0	329	0
Local de residência (rural)	10	0	18	0	5	0,02
R. Metropol. (não reg. Met.)	7	0	-7	0	-1	0,33
Região (Nordeste)						
Norte	-20	0	-4	0,2	-13	0
Sudeste	-16	0	-8	0	4	0,02
Sul	-8	0	-9	0	-1	0,78
Centro-Oeste	-5	0,14	-9	0	-13	0
Log-Likelihood	93665		108517		165006	
R2	0,2169		0,2241		0,2105	

Fonte: Elaboração própria a partir das PNADs (1998, 2003 e 2008)

A partir da TAB. 3 verifica-se que os fatores que mais contribuíram para a população consultar foi ter doenças crônicas – de tal modo que quanto mais doenças diagnosticadas, maior a probabilidade de se consultar –, ser coberto por plano de saúde e ser mulher. Assim, quem tem 3 ou mais doenças teve, respectivamente, em 1998, 2003 e 2008, 247, 306 e 329 mais chance de ter consultado do que quem afirmou não ter nenhuma doença. É interessante observar que essa chance, em relação à quem não tinha doença aumentou ao longo da década, o que pode indicar um maior acesso daqueles que tinham um diagnóstico de doenças crônicas.

Já em relação ao sexo, verifica-se uma persistência – e até o aumento – da probabilidade do acesso aos serviços de saúde pela população feminina. Sabe-se que, segundo diversos estudos, a população feminina acessa mais os serviços de saúde, com a ideia de prevenir eventuais doenças e os dados das PNADs corroboram estes estudos, inclusive, também com o

incremento da probabilidade de uma mulher consultar, em comparação com os homens.

Do mesmo modo, ter um Plano de Saúde aumenta a chance de um indivíduo consultar em mais de 2 vezes maior. Entretanto, este percentual apresentou uma queda entre 1998 e 2008, o que pode se dever pelas pessoas estarem acessando mais o sistema de saúde público e pela existência de planos coparticipativos (os quais quanto mais se consulta mais se paga) que inibem o acesso aos serviços de saúde.

Por outro lado, na variável de estado de saúde, que é fornecida pelo entrevistado a partir de sua percepção, tem-se que, em relação aos que indicaram sua saúde como ruim que os que consideram a sua saúde boa tiveram uma chance maior de acessar os serviços de saúde e, os com saúde considerada regular a chance foi ainda maior. Assim, infere-se que isso pode ter ocorrido porque esta variável, como advém da percepção, não significa que a pessoa consultou o médico, ou seja, a pessoa pode não ter consultado e achar sua saúde ruim.

Igualmente, uma maior escolaridade e uma renda mais alta aumentam a chance de uma pessoa ter consultado um médico nos últimos 12 meses. Não obstante, houve uma redução do poder explicativo da variável escolaridade entre 1998 e 2008, o que pode ser devido ao aumento da escolarização da população, mas também pode significar que as pessoas de menor escolaridade tiveram seu acesso aos serviços de saúde ampliado.

Ainda, os trabalhadores inseridos no mercado formal tem maior probabilidade de acessar os serviços de saúde que àqueles considerados informais, o que indica que a formalização no mercado de trabalho auxilia no acesso (muitas vezes via plano de saúde) e que, com isso, a pessoa tenha mais tempo para cuidar de sua saúde, em detrimento de seu horário de trabalho. É importante ressaltar também que o poder explicativo desta variável diminui com o passar do tempo, o que é mais um indicativo da ampliação do acesso da população aos serviços de saúde públicos (SUS).

Além disso, é importante também observar que a chance de uma pessoa ter consultado aumenta com a idade e para as pessoas de cor branca (em relação às negras, que são os pretos e os pardos). No entanto, apesar da evidência de uma estratificação do acesso também pela cor, ela só é significativa em 2003 e em 2008 (a 90% de significância).

Em relação ao local de moradia, verifica-se que a população do Sudeste (em todos os anos), do Norte (exceto em 2003), do Sul (exclusive em 2008) e do Centro-Oeste (menos em 1998) teve mais chance de consultar que a do Nordeste, que era a referência. Morar em região metropolitana – exceto em 2003 – e em cidades aumenta a chance da pessoa ter consultado. Assim, morar em localidade urbana propicia com que a população acesse os serviços de saúde.

6 Discussão

Ao longo da análise verificou-se que o acesso aos serviços de saúde da população ocupada de 10 a 64 anos (consulta ao médico) variou de acordo com variáveis socioeconômicas, de estado de saúde, em relação à ocupação e de acordo com seu local de moradia. Com isso, há um padrão diferenciado do acesso aos serviços de saúde que mostra que são privilegiadas pessoas que são cobertas por plano de saúde, de maior escolaridade e renda, e, que se inserem no mercado formal de trabalho. Com isso, a cobertura de plano de saúde atua como agente viabilizador do acesso – que tem plano tem uma chance de acesso 2 vezes superior em relação a quem não é coberto –, diferença que é muito significativa. No entanto, verificou-se que esta diferença se reduziu nos últimos anos, o que pode ser indicativo de uma redução do acesso das pessoas que tem plano de saúde que muitas vezes são coparticipativos – o que desincentiva o uso deles.

Como proposto pelo modelo analítico utilizado ficou mostrado que fatores predisponentes (características sócio-demográficas, como idade e sexo), os fatores capacitantes (renda, escolaridade, cobertura de plano de saúde), o local de moradia (região metropolitana, urbano ou rural, região) e as necessidades de saúde (número de doenças crônicas) são determinantes da estratificação do acesso às consultas médicas como mecanismo estratégico da assistência à saúde dos indivíduos.

O SUS e a prioridade por ações básicas de maior impacto social, inclusive com a desconcentração dos recursos financeiros, com a consequente transferência de destes para os municípios e regiões, por exemplo, podem ter tido o efeito de reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde segundo alguns fatores, como a educação, mas também terem sido insuficientes para reversão dessa estratificação assistencial.

Se a universalização total dos serviços de saúde não é possível o governo deve atentar para promover uma focalização no interior da universalização deve reduzir as 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 ou pior acesso como a região Norte, as áreas rurais e às não metropolitanas, com redesenho de ações e de programas de saúde visando uma atenção focalizada nos fatores individuais que são relevantes nas desigualdades do acesso aos serviços de saúde como sexo, trabalhadores informais e os 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.

Referências

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

Dachs, J. Norberto W(2002). Factors determining inequalities in the health condition self-assessment in Brazil: analysis of data of PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.7, no.4, p.641-657. ISSN 1413-8123.

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

Motta, C.P.G.; Fabel, M.C.X.; Pimentel, E.C (2008). Desigualdades em saúde na População Brasileira: uma análise comparada a partir das PNADS 1998 e 2003, com foco em Minas Gerais. *Anais do Encontro de Economia Mineira de 2008*. Diamantina, MG, Brasil.

Giraldes, R. (2001) Equidade em áreas socioeconômicas com impacto na saúde em países da União Européia. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 17(3).

Kaplan, G. , Pamuk , R., Lynch, R. (1996) Inequality in income and mortality in the United States; analysis of mortality and potential pathways. *California: BMJ*, 312: 999-1003. Kunst A.E.; Geurts, J.J.M.; Van den Berg, J. (1995). International variation in socioeconomic inequalities in self reported health. *J Epidemiology Community Health*, 49(2):117-23.

Lee, E.S.; Forthofer, R.N.; Lorimer, R.J. (1989). Analyzing complex survey data. Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences. Sage Pub, Beverly Hills.

Mackenbach, J. ; Kunst, A. (1997) Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: na overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Rotterdam: *Social Science Medicine*, 44(6), 757-771.

Mackenback, J.P. et al. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *The Lancet*, n. 349.

FAHEL, M. C. X.; MOTTA, C. P. G. da; SILVA, D. M. Diferenças no acesso à serviços de saúde...

Organización Mundial de la Salud (OMS).(2000)*Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*.Ginebra; 2000.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) Informe sobre la salud en el mundo, 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS.

Pamuk, E. (1985) Social class and inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales.*Populations Studies*, 39:17-31.

Pinheiro, R. S. and Travassos, C. (1999). Inequality in health care use by the elderly in three districts in the city of Rio de Janeiro.*Cad. Saúde Pública*, July/Sept.vol.15,no.3,p.487-496.ISSN0102-311X.

Pinheiro, R. S.; Francisco, V., Travassos, C., Brito, A. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*: 7(4) 687-707 .

Pinto, L. F. and Soranz, D. R. (2004). Private health plans: populational coverage in Brazil.*Ciência & Saúde Coletiva*, vol.9, no.1, p.85-98. ISSN 1413-8123.

Santos, M. *Espaço e Sociedade*. São Paulo: Vozes, 1979. 152p

Sawyer, O. D; Leite, I. C; Alexandrino, R (2002). Perfis de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: *Ciência & saúde Coletiva*,7(4):757 –776

Townsend, P., Davidson, N. (1990) The black report. In: *Inequalities in Health*. Londres: Pengu Books, 65

Travassos, C., Fernandez, C., Pérez, M.(1995) Desigualdades sociais, morbidade e consumo de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: *Série estudos: política , planejamento e gestão em saúde*, 4:5-26.

Travassos, C. (2000) Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para o debate. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, 19:5, p. 224-235.

Travassos, C; V; Francisco, Fernandes, *et al* (2000). Social and geographical inequalities in health services utilization in Brazil.*Ciência&Saúde Coletiva*,vol.5,no.1,p.133-149.ISSN1413-8123.

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