

XII CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA
GRUPO DE TRABALHO “GT 19: SAÚDE E SOCIEDADE”

Desigualdades em Saúde no Brasil

Uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais

Murilo Fahel¹
Fundação João Pinheiro
Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG
Murilo.fahel@fjp.mg.gov.br
murilofahel@yahoo.com.br

Belo Horizonte

Abril / 07

¹ Professor e Pesquisador da Fundação João Pinheiro de Minas Gerais e Doutorando em Ciência Humanas: Sociologia e Política pela Universidade Federal de Minas Gerais

Desigualdades em Saúde no Brasil

Uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais

Resumo

O presente artigo examina as desigualdades em saúde no Brasil. Analisam-se os efeitos das características individuais como gênero, raça, idade; e fatores geográficos como residência e região sobre o acesso aos serviços de saúde. Identifica-se o acesso por estratos ocupacionais levando em conta o status socioeconômico (log renda e média de escolaridade) e a cobertura de plano de saúde da População Economicamente Ocupada (PEO). O autor utiliza os dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD-IBGE-1998) - suplemento de saúde e adota uma metodologia baseada na estatística exploratória e análise multivariada (regressão logística). Os resultados indicam que o acesso aos serviços de saúde é mais expressivo entre mulheres, brancos e aumenta proporcionalmente com a idade; bem como entre os residentes nas áreas urbanas e regiões ricas do país. A associação positiva entre o status socioeconômico dos estratos ocupacionais e o acesso e uso dos serviços de saúde é ampliada com a cobertura de plano de saúde, com efeitos seletivos no processo de produção das desigualdades em saúde no Brasil.

Palavras Chaves: desigualdades em saúde, serviços de saúde, estratos ocupacionais, status socioeconômico, plano de saúde.

Health Inequalities in Brazil

An analysis the access of healthcare services by occupational strata

Abstract

This paper examines the health inequalities in Brazil. It analyses the effects of individual characteristics such as gender, race and age, as well as geographic factors as residence and region, on the access to healthcare services. The access by occupational strata is identified according to socioeconomic status (log income and average of years schooling) and the health insurance coverage of the Occupation Economically Population (OEP). The author used data from the 1998 National Sample Household Survey - health supplement - of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (PNAD-IBGE) and adopted the exploratory statistics and logistic regression methods. The results indicate that the access to healthcare services is more intensive among women, whites individuals and it tends to increase with age. It was also found that residents in urban areas and richer regions of the country have substantially greater access to healthcare services. The positive association between socioeconomic strata and the access and use of the healthcare services is enhanced by health insurance coverage, which results in a selective effect in the process of production of health inequalities in Brazil.

Key Words: health inequalities, healthcare services, socioeconomic status, health insurance and occupational strata.

Introdução

As clivagens encontradas nas sociedades atuais apresentam uma natureza multidimensional marcadas por diferenças sociais, econômicas, étnicas, culturais, geográficas e outros, compondo um mosaico de desigualdades no mundo.

Importantes diferenças na qualidade de vida e nas capacidades humanas, resultantes de desigualdades no acesso a bens sociais, tendem a se sobrepor; assim como as privações sociais múltiplas dependentes muito mais de desigualdades estruturais que se mantêm ao longo do tempo, do que os atributos individuais (Foster, 1976; Townsend et al, 1992; AbelSmith, 1994; Acheson, 1998 apud Pinheiro et al , 2002)

No entanto, cada vez mais, as dimensões do bem estar passam a ser consideradas como a equidade no acesso as oportunidades geradas no processo de desenvolvimento. Assim, o desenvolvimento passa a ser compreendido como um processo abrangente de expansão do direito de escolhas individuais em diversas áreas: econômica, política, social ou cultural (Sen, 2001).

Em específico, vários estudos demonstram que a determinação das condições de saúde de uma população é multi-dimensional, sendo que esses determinantes interagem, influenciando a saúde dos indivíduos até a morte, através de gerações. Deste modo, as desigualdades em saúde têm sido evidenciadas entre grupos sociais com diferentes condições socioeconômicas, étnicas, idade, gênero e território; e como consequência vêm 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)

Nessa perspectiva as Desigualdades em Saúde assumem 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. A associação desses fatores resultam

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.

A partir da publicação do Black Report (Townsend & Davidson, 1982) que apontou para o incremento das desigualdades em saúde na população britânica², há um esforço investigativo no sentido de analisar as diferenças nas condições de saúde e no acesso aos serviços de saúde de acordo com a divisão da população por nível socioeconômico-NSE, seja este medido por renda, educação, ocupação ou posição na hierarquia social (Chandola, 2000; Wagstaff, 2000; Knust et al, 1997, Mackenback & Kunst, 1997, Mackenback et al, 1997, Pamuk, 1985).

Nos EUA, a desigualdade nas distribuições salariais tem-se mostrado associado à distribuição desigual das tendências de mortalidade na população norte-americana (Kennedy, Kawachi, & Prothrow- Stith, 1996) e as diferenças quanto à renda relativa associadas aos homicídios e ao baixo peso ao nascer (Kaplan et al, 1996).

Na Europa, o Projeto Socioeconomic Factors in Health and Healthcare (Mielck & Giraldes,1993) e o Projeto Socioeconomic Inequalities in Mortality and Morbidity in Europe (Mackenbach et al, 1997; Kunst et al, 1998) apresentam resultados que indicam que a falta de equidade nos setores socioeconômicos que 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 dessa perspectiva no Brasil tem implicações em importantes estudos, com desenvolvimento de pesquisas cujos resultados indicaram que a morbidade referida

² No Reino Unido, foram realizadas, nas últimas décadas, três grandes pesquisas avaliativas: Townsend & Davidson (1982), *The black report on social inequalities in health*; Townsend, 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 a educação, estilos de vida, nutrição, desemprego, utilização de serviços de saúde e despesa com saúde.

para a população urbana tende a aumentar inversamente à renda familiar per capita (Travassos et al, 1995); e mais recentemente o desenvolvimento de metodologias para o monitoramento das desigualdades em saúde com construção de indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde, qualidade e condições de saúde e outros (Nunes et al, 2001); bem como a análise da epidemiologia das desigualdades em saúde (Cenepi, OPAS/OMS,2002) que aponta uma polarização nacional e intra-regional das desigualdades em saúde, onde os macrodeterminantes dessas diferenças seriam a urbanização, a pobreza e aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde.

Em outra dimensão a partir da geração do suplemento de saúde da PNAD 98 surgiram vários estudos com ênfase nas Desigualdades em Saúde: Desigualdades geográficas e sociais na utilização dos serviços de saúde (Travassos, 2000); Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde (Dachs, 2002), bem como 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 (Farias & Melamed, 2003; Pinto & Soranz, 2004).

A temática de Desigualdades em Saúde no Brasil vem sendo objeto de investigação profunda e permanente gerando uma importante produção científica na área. No entanto, a relação entre desigualdades em saúde e estratos ocupacionais vem sendo pouco estudada, apesar da sua relevância na produção da segmentação da cobertura de planos de saúde no mercado com conseqüências não triviais no acesso e uso dos serviços de saúde. Assim, nesse presente estudo será analisada a produção das desigualdades em saúde, medida pelo gradiente de acesso aos serviços, sobre a População Economicamente Ocupada (PEO) no Brasil com uso da PNAD 98 com inclusão do suplemento sobre à saúde. Considera-se, principalmente, a condição socioeconômica dos indivíduos em função da sua posição ocupacional no mercado formal, delineando uma perspectiva de investigação ainda pouco explorada pelos analistas da área.

Modelo Analítico

O conceito de desigualdades em saúde adotado nesse estudo é baseado no princípio de uma distribuição desigual por estratos ocupacionais do gradiente de acesso aos serviços de saúde.

O acesso aos Serviços de Saúde no Brasil foram assegurados na Constituição de 88 principalmente pelo princípio da universalização e integralidade da assistência, que rompe com a velha dicotomia entre os segurados pela Previdência Social e indigentes. A partir dessa premissa constitucional todo cidadão brasileiro passa a ter o direito de uso dos Serviços Públicos de Saúde e o Estado o dever de promoção da Saúde da população.

O modelo teórico utilizado reconhece um paradoxo no processo de acesso e consumo de serviços de saúde no Brasil, ou seja, apesar da declaração constitucional que instituiu a universalização do acesso aos serviços de saúde persiste uma tendência de estratificação do acesso implicando num processo de segmentação que produz importantes desigualdades no grau de assistência à saúde da população.

O Sistema de Saúde Único –SUS é conformado por um MIX entre os Setores Públicos e Privados, sendo delegado uma posição suplementar ao setor privado. No entanto, nota-se que o Sistema Nacional de Saúde apresenta mecanismos contraditórios endógenos que atuam em direções diametralmente opostas. Enquanto o Setor Público busca a equalização através da universalização da assistência, o Setor Suplementar Privado promove uma segmentação assistencial de acordo com a livre demanda de mercado. Assim, o que observa-se é uma assistência de melhor qualidade, alocada principalmente nos serviços privados, para os estratos sociais com melhores condições socioeconômicas e uma assistência de baixa qualidade alocada principalmente nos serviços públicos. Esse processo denominado de *universalização excludente* (Favaret & Oliveira, 1990) é produto de um efeito colateral de ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde a partir da implementação do SUS, que passa a excluir progressivamente a classe média, que por sua vez começa a buscar a solução dos seus problemas de saúde através da

cobertura de Planos de Saúde. A exceção a regra é a cobertura de planos públicos: municipais, estaduais e federais que atendem aos funcionários públicos e de empresas estatais, proporcionando uma assistência à saúde diferenciada, e em algumas situações específicas chegam até mesmo a possuírem Redes de Saúde Próprias.

Numa outra perspectiva, como mecanismo maximizador das contradições do Sistema Nacional de Saúde, observa-se que o Setor Privado, em parte, é financiado por recursos públicos através de subsídio governamental a empresas privadas (renúncia fiscal)⁴ para oferta de Planos de saúde aos seus empregados.

No âmbito dessas contradições do Sistema de Saúde Brasileiro, esse estudo propõe analisar a conformação das desigualdades em saúde por estratos ocupacionais. A hipótese central considera que o gradiente de acesso aos serviços de saúde pode ter uma diferente distribuição por estratos ocupacionais, sendo que essa estratificação encontraria seus determinantes, principalmente, na constituição do status socioeconômico e na amplitude da cobertura de Planos de Saúde População Economicamente Ocupada (PEO) .

Segundo Farias & Melamed (2003) com base na PNAD 98, 86,9 % dos titulares de Planos de Saúde são trabalhadores com carteira assinada ou funcionários públicos estatutários, o que releva quão robusta é a participação dos trabalhadores do mercado formal na constituição desse área assistencial; que por sua vez, também, justifica a necessidade de desenvolvimento de uma investigação científica com foco nessa relevante questão.

Material e Métodos

A Base de Dados utilizada nesse estudo foi a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar – PNAD realizada em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE incluindo um suplemento específico sobre acesso e utilização de serviços de saúde. A

⁴ O setor privado de assistência à saúde é fortemente dependente de subsídios públicos (renúncia fiscal) e como indicado na análise do IBGE –PNAD 98 beneficia a estratos específicos da população: 60% dos beneficiários de Planos

amostra constitui-se por 110 mil domicílios e é representativa da população de cada estado da federação, com exceção população rural dos estados da região norte que não foi incluída. A base contém 344.620 casos e a subamostra da População Economicamente Ocupada (PEO) utilizada nesse estudo é de 146.742 casos.

Para fins de categorização da PEO utilizou-se a classificação ocupacional de 16 estratos (Silva, 2000) com a seguinte composição: 1. Profissionais Liberais 2. Dirigentes 3. Proprietários Empregadores 4. Outros Profissionais Liberais 5. Supervisores do Trabalho Manual 6. Ocupações Técnicas Artísticas 7. Empresários por Conta Própria 8. Ocupações não Manuais de Rotina 9. Trabalhadores da Indústria Moderna 10. Trabalhadores em Serviços Gerais 11. Vendedores Ambulantes 12. Trabalhadores da Indústria Tradicional 13. Trabalhadores em Serviços Pessoais 14. Trabalhadores em Serviços Domésticos 15. Proprietários Empregadores Rurais 16. Trabalhadores Rurais⁵.

Segundo Silva (2000), essa classificação ocupacional com base nas PNAD's 1995 a 1999 identifica que os estratos não manuais representam um pouco mais de um terço das pessoas ocupadas, ao passo em que os trabalhadores urbanos correspondem a cerca de 44% da força de trabalho de trabalho ocupada total e o restante (21%) correspondem aos trabalhadores rurais .

Os critérios da classificação dos estratos ocupacionais pautaram-se na *discriminação de situações socialmente distintas e significativas e numa caracterização da relativa homogeneidade nas situações de trabalho e de mercado* (isto é, posição socioeconômica semelhante). A partir de uma Análise de Variância Simples (ANOVA) dessa Classificação Ocupacional para checar em que medida captura adequadamente distinções quanto à situação de mercado dos indivíduos, sendo esta utilizada como preditora de certas características individuais, selecionou-se duas dessas características: o nível educacional individual, medido em termos de anos de escolaridade completada com

de Saúde tem acesso assegurado pela participação no mercado formal de trabalho, sendo que em 13% dos casos o empregador paga integralmente e em 46% paga parcialmente a mensalidade dos Planos de Saúde.

⁵ A composição das Categorias Ocupacionais segundo Nelson Valle Silva (2000) encontra-se em anexo para verificação, sendo esta aplicada as informações disponíveis na PNAD 98 de acordo com a variável que identifica a ocupação da pessoa na semana de referência.

sucesso e os rendimentos individuais em logaritmos naturais. Procedeu-se então a classificação das ocupações de acordo com a média de anos de escolaridade mais a renda percebida em função da Posição Ocupacional no Mercado de Trabalho gerando uma escala de 0 a 100 definindo uma classificação do *status socioeconômico* das ocupações declaradas na semana de referência da aplicação da PNAD de 1998.

Para fins de análise estatística e modelagem procedeu-se a seleção das variáveis componentes do Modelo Analítico proposto conforme a seguinte descrição:

Variável dependente

$y =$ *Consulta ao médico nos últimos 12 (doze) meses* para fins de caracterização do acesso aos serviços de saúde .

Variáveis explanatórias

$b1 =$ *Status Socioeconômico* da PEO. No modelo esse índice é categorizado em 5 (cinco) quintis e denominados de “muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto” considerando o escore de cada ocupação com variância de 0 a 100 e agregando progressivamente em intervalos de 0-20, criando assim 5 categorias.

$b2 =$ *Cobertura ou não por Plano de Saúde público, privado ou individual.*

Variáveis de controle

$b3 =$ Gênero (homem, mulher)

$b4 =$ Idade (10 a 65 anos)

$b5 =$ Raça (Branco, Pardo, Negro)

$b6 =$ Auto-avaliação do estado de saúde. Variável agregada em duas categorias: Bom e Ruim, sendo Bom = (Muito bom, Bom e Regular) e Ruim = (Ruim e Muito Ruim)

$b7 =$ Residência urbana ou rural

$b8 =$ Região (Nordeste, Norte, Centro Oeste, Sul e Sudeste)

Com o uso de tabulações simples processou-se uma análise exploratória das variáveis *consulta ao médico nos últimos doze meses e cobertura ou não por planos de saúde* para fins de identificação da distribuição desses eventos na população. Na seqüência o procedimento é de análise exploratória da relação entre as variáveis raça, escolaridade e renda na medida em que são fatores intervenientes na composição da Posição Ocupacional dos indivíduos e por sua vez na determinação do status socioeconômico no âmbito do Mercado de Trabalho. Ainda, para a caracterização do acesso e uso de serviços de saúde é explorado a relação entre e escolaridade e preferência de uso dos serviços públicos e privados e também a distribuição de cobertura de Planos de Saúde da população por gênero, raça, idade e local de residência, bem como a distribuição de cobertura de Planos de Saúde pelos 16 estratos ocupacionais de acordo com a classificação aplicada nesse estudo.

O modelo de análise estatística multivariada empregado foi a *Regressão Logística Binomial* e o resultado foi descrito em *odds ratio*. No modelo I introduziu-se as variáveis sociodemográficas, já no modelo II agregou-se as variáveis Plano de Saúde e Auto-avaliação de Saúde e finalmente no *modelo full* foram introduzidas as variáveis geográficas de residência e região.

Modelo I

$$Y = b_0 + b_1 \text{gênero} + b_2 \text{raça} + b_3 \text{idade} + b_4 \text{status socioeconômico}$$

Modelo II

$$+ (b_5 \text{cobertura de plano de saúde} b_6 \text{auto avaliação do estado de saúde})$$

Modelo Full

$$+ (b_7 \text{residência} + b_5 \text{região}) + \epsilon$$

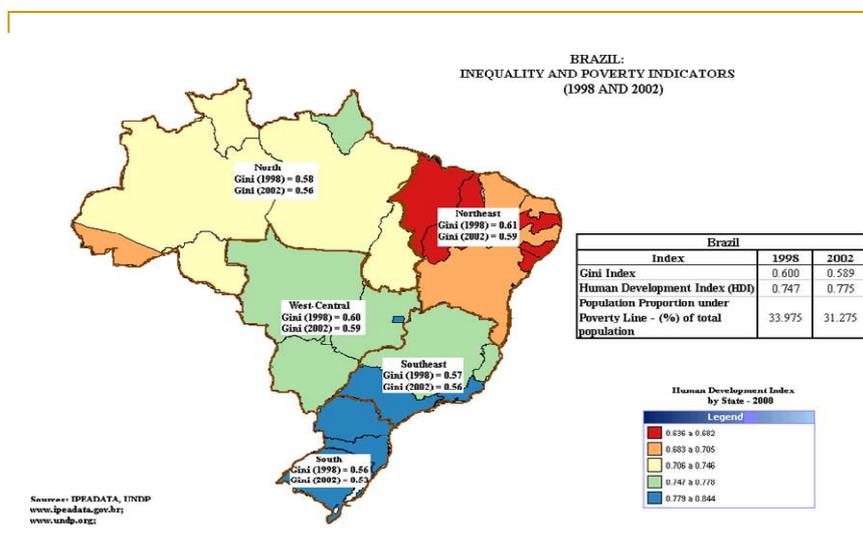
Macroindicadores Sociais

Atualmente, o Brasil tem mais de 180 milhões de habitantes com uma taxa de crescimento populacional de 1.11% (2004 estim.) e uma taxa de fertilidade de 1.97 (2004 estim).

Os indicadores de saúde mostram uma alta taxa de mortalidade infantil (30/1000 nascidos vivos) e uma baixa expectativa de vida ao nascer (70,4 anos). No entanto, esses indicadores são produtos de importantes mudanças ocorridas nas últimas décadas nas condições de vida da população; bem como o aprimoramento dos serviços de saúde, podendo-se estimar que a expectativa vida em 2050 será de 81.5 (próxima do atual nível do Japão).

Mesmo com essas importantes mudanças sociais, ainda persiste no Brasil uma forte desigualdade social refletida na distribuição desigual de renda e também no expressivo contingente de pessoas que se encontram abaixo da linha de pobreza. Apesar do melhoramento observado do índice de Gini no período de 1998 a 2002 de 0.6 para 0.589, bem como a diminuição das pessoas abaixo da linha de pobreza de 33.975 para 31.275 (Mapa I). Os indicadores, ainda, continuam muito alto posicionando o Brasil entre os países mais desiguais no mundo. Por outro lado, Brasil é considerado um país intermediário em termos do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ocupando a 74^a posição, mas mantém importantes diferenças entre regiões, na medida em que apresenta uma distribuição desigual dos bens sociais como educação, empregos, saúde , renda e outros entre a população.

Mapa I



Análise do Acesso aos Serviços de Saúde

Com referência a distribuição de consultas (Tabela I) observa-se um percentual maior de mulheres (62,3%) em relação aos homens (46,7%). Já o perfil segundo faixa etária crescem acentuadamente a favor das mulheres e diminuem nas duas últimas faixas.

Tabela I

Distribuição da população segundo consulta ao médico nos últimos 12 segundo faixa etária e gênero. Brasil, 1998

Faixa Etária	Masculino (%)	Feminino (%)	Diferença (%)
0a 4 anos	68,9	68,1	-0,8 ⁰
5 a 9 anos	51,0	50,6	-0,4 ⁰
10 a 14 anos	38,1	40,2	2,1**
15 a 24 anos	33,6	55,0	21,4**
25 a 49 anos	43,5	67,8	24,3**
50 a 64 anos	56,7	74,8	18,1**
65 anos ou mais	67,0	78,0	11,0**
Total	46,7	62,3	15,6**

Fonte: PNAD 98, IBGE

0 = N S ** p < 0,001

De acordo com os dados da PNAD 98 75 % da população brasileira dependem unicamente do SUS, sendo que apenas 25% (36,1 milhões para 1998 e 40,1 milhões - estim. 2005) tem cobertura de planos de saúde, sendo 11% provenientes de Empresas Privadas, 7% do Setor Público, 4% individuais, 2% dependentes e 1% outros. Os portadores de planos de saúde apresentam uma condição de acesso de mão dupla com uso do Sistema Privado e Público de Saúde, enquanto os demais usam exclusivamente o SUS.

A análise da distribuição de Planos de Saúde por gênero e faixa etária (Tabela II) indica uma cobertura ligeiramente superior para as mulheres (25.7%) em relação aos homens(23.1%). Quanto a cobertura por faixa etária observa-se que nas primeiras três faixas é ligeiramente superior para os homens, mas a partir dos 15 anos cresce acentuadamente em favor das mulheres, decrescendo na faixa 65 anos ou mais.

Tabela II

Distribuição da população segundo cobertura por planos de saúde segundo faixa etária e gênero. Brasil, 1998

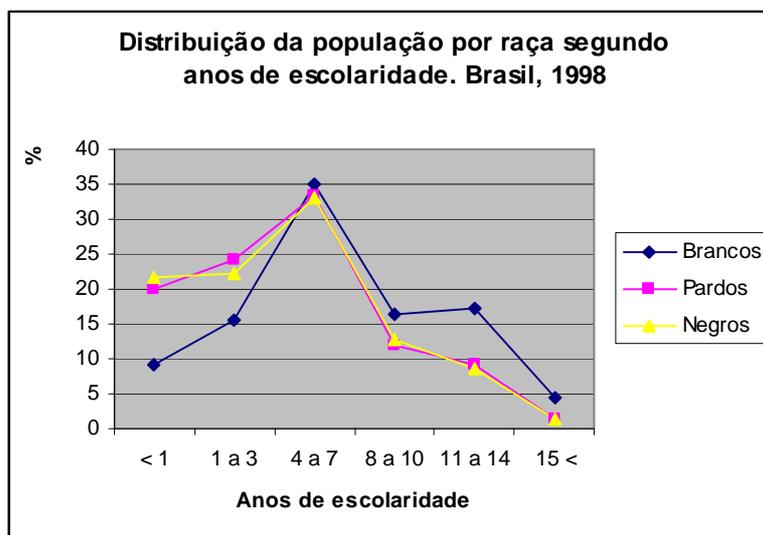
Faixa Etária	Masculino (%)	Feminino (%)	Diferença (%)
0a 4 anos	20,7	19,7	- 0,9 ⁰
5 a 9 anos	20,8	20,6	- 0,2 ⁰
10 a 14 anos	20,5	20,4	-0,1 ⁰
15 a 24 anos	20,2	22,7	2,6**
25 a 49 anos	26,0	30,1	4,1**
50 a 64 anos	26,9	30,4	3,5**
65 anos ou mais	23,5	28,2	4,6**
Total	23,1	25,7	2,6**

Fonte: PNAD 98, IBGE

0 = N S ** p< 0,001

No Brasil, a associação entre raça⁶, escolaridade e renda é muito forte (Dachs, 2002). Assim, quando observa-se a relação entre raça e escolaridade, nota-se que entre as pessoas de cor branca 40,4 % têm oito ou mais anos de escolaridade, em contrapartida os negros e pardos essa proporção é de apenas 22,9% e 22,5% respectivamente. Já para as pessoas com 15 anos ou mais de estudos com uma porcentagem nacional de 4.4%, conta apenas com 1,3% de negros e pardos e 6.7% de brancos. A desvantagem para os negros e brancos é expressiva, sendo que para negros e pardos , um em cada cinco estão na categoria de menos um ano de escolaridade que significa nunca ter estado na escola (Gráfico I)

Gráfico I

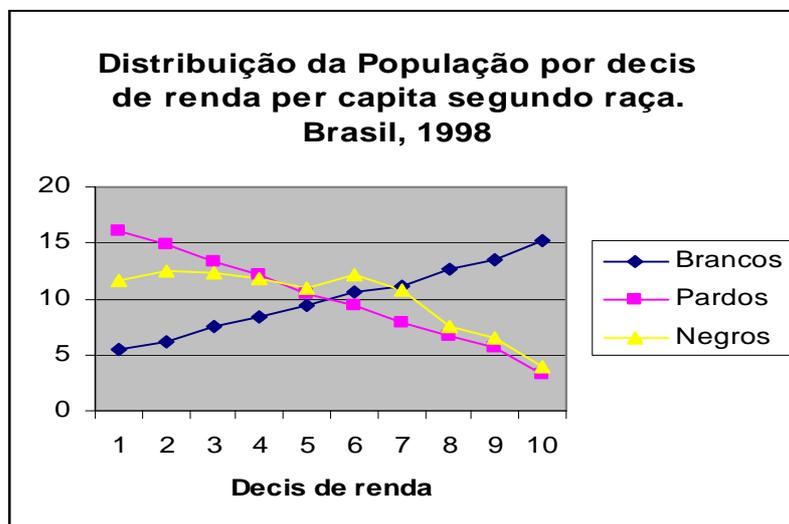


Fonte: PNAD 1998, IBGE

No referente a relação entre renda e raça (Gráfico II) observa-se que apenas cerca de 18% das pessoas negras estão nos três decis superiores de renda per capita, sendo que para os pardos ainda é menor (15.7%). No entanto, 41.3% dos brancos se encontram nesse três decis superiores, evidenciando uma importante diferença de renda por raça.

⁶ A análise desse relação é restrita as raça branca, pardo e negro que juntas representam 99% da população brasileira, sendo que asiáticos e indígenas representam apenas 1%. Essa exclusão ocorre em virtude desse n extremamente pequeno e por serem raças com atributos individuais diferenciados que poderiam imprimir um padrão estatístico adverso com implicações controversas na qualidade da análise.

Gráfico II



Fonte: PNAD 98, IBGE

Decis em Reais de setembro / 98 (1= 31,65, 2= até 50,00, 3=até 72,00, 4=97,50, 5= até 127,5, 6= até 165,00, 7= até223,75, 8=até 318,67, 9= até 550,00 e 10= mais de 550,00 mensais)

A análise da relação entre quintis de renda e anos de escolaridade (Tabela III) indica uma forte associação entre renda e escolaridade no Brasil. Assim, observa-se que aproximadamente 92% das pessoas que estão localizadas no quintil de renda per capita mais baixo têm menos de oito anos de escolaridade. Em contrapartida, no quintil de renda mais alto, apenas 34,1% têm 7 anos ou menos de escolaridade. Menos de 11% das pessoas com menos de um ano de escolaridade estão nos dois quintis de renda per capita mais altos e para pessoas com 15 ou mais anos de escolaridade quase 90% estão no quintil de renda per capita mais alto.

Tabela III

Distribuição da população, segundo quintis de renda per capita
segundo anos de escolaridade. Brasil, 1998

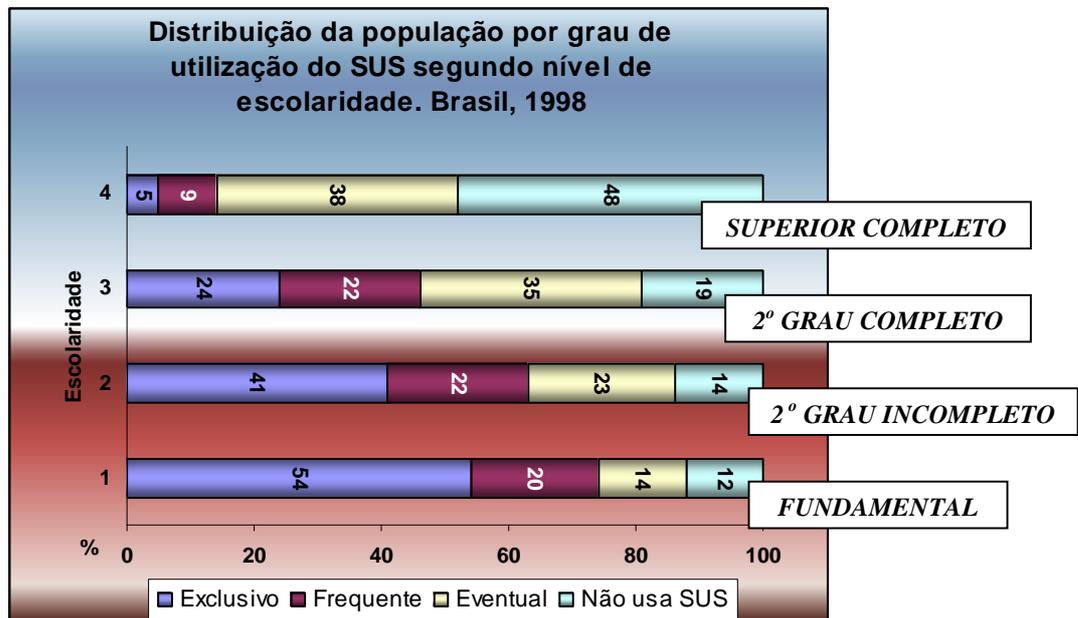
Quintis de renda per capita	Menos de um ano	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 10 anos	11 a 14 anos	15 anos e mais	Total
1	27,72	33,25	30,92	5,85	2,12	0,14	100
	33,5	29,28	15,36	6,90	2,65	0,58	17,03
2	20,03	25,84	38,08	10,41	4,67	0,17	100
	27,38	25,75	21,85	13,88	6,63	0,76	19,27
3	15,71	19,71	40,21	15,22	8,70	0,45	100
	22,89	20,93	24,09	21,63	13,14	2,18	20,54
4	7,82	14,58	37,70	20,36	17,75	1,79	100
	11,68	15,88	23,15	29,66	27,49	8,88	21,05
5	2,90	7,14	24,09	18,26	30,79	16,82	100
	4,55	8,16	15,54	27,94	50,09	87,59	22,11
Total	14,09	19,34	34,28	14,45	13,59	4,25	100
	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: PNAD 98, IBGE

OBS: Estão excluídas da tabela as pessoas de menos de 15 anos de idade que não poderiam ter completado os respectivos números de anos de escolaridade e por esta razão as porcentagens de cada quintil não são de 20%.

No referente, a relação entre o nível educacional e o uso dos serviços de saúde existe constatação de que a população brasileira com baixo nível educacional (54% do total da população) usa unicamente o Sistema Público de Saúde, enquanto entre as pessoas com alto nível educacional, ocorre uma combinação no uso de serviços públicos com os privados (Gráfico III)

Gráfico III



Fonte: Pnad, 1998, IBGE

Os microdados da PNAD 98 sugerem uma associação positiva progressiva entre cobertura de plano de saúde e renda familiar (Pinto & Soranz, 2004), sendo que a cobertura de apenas 3,4% entre famílias de renda familiar menor de um salário mínimo transita para uma cobertura de 80,6% entre as famílias com renda de 20 salários mínimos ou mais. Em relação ao nível de escolaridade observa-se também importantes desigualdades na cobertura com variância de 14% a 28% entre aqueles com menos de 4 anos de estudo e residentes nas regiões metropolitanas e não metropolitanas do país; já as pessoas com 8 anos ou mais de estudo as participações relativas oscilam entre 44% e 52%. Os titulares dos planos de saúde têm em média 1,4 dependentes e entre aqueles com mais de 10 anos de idade 80,1% exerciam alguma ocupação na semana de referência da pesquisa.

A distribuição da cobertura de Planos de Saúde entre a população (Tabela IV) indicam que as mulheres apresentam uma proporção (25,8%) levemente superior aos dos homens (23,1%). Já em relação a distribuição por raça existe uma nítida prevalência das pessoas de cor branca (32,5%), enquanto entre os pardos (15,6%) e negros (17,6%) esse patamar

é inferior. Entre as pessoas residentes em área urbana chega a 28,6 % e entre residentes em área rural é de apenas 5.9%. As regiões ricas sudeste, sul e centro oeste concentram juntas 83.9% da cobertura de Planos de Saúde no país. Os aspectos importantes identificados aqui é que existe uma clara concentração da distribuição de Planos de Saúde entre as pessoas de cor branca e residentes na área urbana e nas regiões ricas do país.

Tabela IV

Distribuição da população por características sócio-demográficas por cobertura de planos de saúde.

Brasil, 1998

<i>Características sócio-demográficas</i>		<i>Total (%)</i>	<i>Planos de Saúde (%)*</i>
Gênero	Feminino	51,2	25.8
	Masculino	48,8	23.1
Raça	Branco	50,9	32.5
	Pardo	42,6	15.6
	Negro	5,9	17.6
Residência	Urbana	81.7	28.6
	Rural	18.3	5.9
Regiões	Nordeste	32.1	16.4
	Norte	7.6	19.0
	C.oeste	10.6	23.6
	Sul	16.7	28.4
	Sudeste	33.0	31.9
Total		344865	84418
		100	25

Fonte: PNAD, 1998 – IBGE

Na análise da distribuição de planos de saúde por estratos ocupacionais observa-se que os estratos com mais elevado status socioeconômico apresentam uma maior gradiente de acesso a Planos de Saúde em relação aos estratos com mais baixo status (Tabela V). No entanto, essa distribuição não é linear, em função da participação de estratos ocupacionais intermediários com cobertura de planos de saúde públicos e privados dirigidos a grupos ocupacionais específicos. Os primeiros estratos apresentam uma alta cobertura de planos de saúde, com destaque para os estratos de Profissionais Liberais (81.7%) e de Outros Profissionais Universitários (74%) e entre os estratos intermediários os Supervisores de Trabalhos Manuais (54.7%) , Ocupações Técnicas e Artísticas(50.5%) e Ocupacionais

Não-manuais de Rotina(46.5%) , em contrapartida os Trabalhadores Rurais apesar de representar mais de 20% da PEO conta com apenas 3.85 % de cobertura.

Tabela V
Distribuição dos estratos ocupacionais por cobertura de planos de Saúde
Brasil, 1998

<i>Estrato Ocupacional</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Planos de Saúde (%)</i>
1. Profissionais Liberais	1.3	81.7
2. Dirigentes	2.2	65.3
3. Proprietários Empregadores	2.2	51.1
4. Outros Profissionais Universitários	2.6	74.0
5. Supervisores do Trabalho Manual	1.2	54.7
6. Ocupações Técnicas e artísticas	6.7	50.5
7. Empresários por conta própria	3.8	23.5
8. Ocupações não –manuais rotina	13.5	46.5
9. Trabalhadores Indústria Moderna	5.1	30.0
10. Trabalhadores Serviços Gerais	11.8	23.5
11. Vendedores ambulantes	2.9	13.4
12. Trabalhadores da Indústria Tradicional	13.6	14.2
13. Trabalhadores dos Serviços Pessoais	4.1	22.2
14. Trabalhadores dos Serviços Domésticos	7.9	18.6
15. Proprietários Empregadores Rurais	.6	26.2
16. Trabalhadores Rurais	20.6	3.8
Total	146742	39906
	100	26

Fonte : PNAD, 1998 - IBGE (adaptado de Silva, 2000)

O resultado esperado seria no sentido de uma associação linear entre status socioeconômico dos estratos e cobertura de planos de saúde, já que os componentes de escolaridade e renda conformam a hierarquia dos estratos ocupacionais. Na medida em que a correlação é forte entre escolaridade e renda, que por sua vez exercem importante influência na posição ocupacional dos indivíduos no Mercado Formal de Trabalho esperava-se uma distribuição quase linear entre cobertura de planos de saúde e status socioeconômico dos estratos ocupacionais. As evidências indicam um efeito seletivo

sobre alguns estratos ocupacionais, em virtude de políticas governamentais e empresariais de proteção à saúde de seus trabalhadores, que mereceria uma investigação mais acurada e desagregada por cada estrato ocupacional componente da PEO.

Discussão e Resultados

A Tabela VI apresenta os resultados dos modelos de regressão logística binomial no referente ao gradiente de acesso aos serviços de saúde da PEO.

Os resultados indicam que as mulheres tem maior probabilidade (150%) de acesso aos serviços de saúde controlado as demais variáveis. Isso corrobora a hipótese predominante em estudos de gênero e saúde que apontam que mulheres usam com maior frequência os serviços de saúde em função de apresentação de maior mortalidade referida. Apesar do perfil de mulheres, nesse caso, ser semelhante aos dos homens, ou seja, trabalhadoras ocupadas, status socio-econômico semelhante e com percentual aproximado de cobertura de planos de saúde, cabe agregar os aspectos psicobiológicos associados à saúde reprodutiva inerentes à condição feminina, bem como uma preponderância de uma visão mais preventivista de saúde em relação à observada entre os homens.

Com relação a raça apesar da manutenção de uma desvantagem dos pardos e negros (variância de 10% a 5%) entre os três(3) modelos, o impacto negativo perde força apesar de estatisticamente significativo. Estudos na área de estratificação social e saúde, com foco em raça, demonstram que a desigualdade intra-racial é mais acentuada na medida em que existe um fosso em termos de escolaridade e renda entre os brancos privilegiados e pardos e negros marcados por forte exclusão social.

A idade é um importante preditor de demanda por serviços de saúde e os resultados indicam um aumento proporcional de 1% por cada ano acrescido, mas cabe lembrar que a faixa etária analisada é de 14-64 (PEO), não incluindo as fases críticas de demanda de serviços de 0-1 e mais de 65, que são largamente confirmados pela literatura como fases de maior demanda de atenção à saúde em função de vulnerabilidades físico-biológicas.

No referente ao status socioeconômico divididos em 5 níveis (Muito Baixo, Baixo, Médio, Alto e Muito Alto) das posições ocupacionais, os resultados são expressivos. Com a agregação dos estratos ocupacionais em nível confirma-se uma associação positiva linear, ou seja, a probabilidade de acesso aos serviços de saúde amplia-se na medida em que se transita do nível baixo para o mais alto. No modelo full a variação é de 59% a 133% em relação ao nível muito baixo (score 0-20). Desta forma, identifica-se uma forte associação status socioeconômico (escolaridade + renda) e o gradiente de acesso aos serviços de saúde, corroborando outros estudos na área que demonstram que os fatores econômico como renda e social como escolaridade são altamente associados ao uso de serviços de saúde. No entanto, cabe ressaltar a importância de um refinamento da investigação para captação das diferenças de acesso intra-estratos com vistas a notabilizar os efeitos seletivos que promovem uma segmentação do acesso aos serviços de saúde acentuando ainda mais as desigualdades em saúde endógenas ao Sistema Nacional de Saúde.

No modelo full a inclusão da variável de controle auto avaliação do estado de saúde, onde as pessoas que dizem possuir pior estado de saúde (muito ruim e ruim) têm mais 195% de probabilidade de fazer consulta nos últimos 12 meses em relação as pessoas que se auto-avaliam como Bom (muito bom, bom, regular). Essa variável de controle seleciona as pessoas que potencialmente teriam maior predisposição para o uso dos serviços de saúde. Já o fato dos indivíduos residirem em área urbana proporciona mais 28 % de probabilidade de acesso do que as pessoas residentes em área rural, tendência que se confirma também na relação entre regiões ricas e pobres no território nacional, com exceção da região sudeste que apresentou um resultado estatisticamente não significativo e mereceria uma análise mais detida.

Os resultados relativos aos efeitos da cobertura de plano de saúde são bastante significativos. Mesmo controlados pela variável auto-avaliação de saúde e também pelas variáveis geográficas de residência e regiões do país, controlando assim as diferenças entre as áreas urbanas e rurais e intra-regionais, o efeito da cobertura de planos de saúde

atinge mais de 168% de probabilidade de acesso. Assim, cobertura de plano de saúde apresenta-se como relevante preditor do acesso aos serviços de saúde para a PEO. Provavelmente, esse efeito poderia ser expandido para toda a população, apesar de ser mais robusto entre a PEO e por sua vez revela uma profunda segmentação do acesso aos serviços de saúde no Brasil com privilégio de determinados setores da força produtiva do país. Esse achado é corroborado com a análise do uso de serviços de saúde que identifica que as pessoas com cobertura de planos de saúde apresentam um indicador per capita de consultas/ ano próximo a duas vezes mais do que do que aqueles que não possuem.

Tabela VI

Odds ratio de consulta nos últimos 12 meses por variáveis sociodemográficas
Brasil, 1998

<i>Variáveis sociodemográficas</i>	<i>Modelo I</i>	<i>Modelo II</i>	<i>Modelo III (Full)</i>
	odds	odds	Odds
Gênero (Homem)	2.762*	2.547*	2.509*
Mulher			
Raça (Branco)			
Pardo	.901*	.934*	.963*
Negro	.892*	.939*	.942*
Idade (Contínua)	1.020*	1.011*	1.01*
Status socioeconômico –Níveis (Muito baixo 0 a 20)			
Baixo (21-40)	1.780*	1.776*	1.597*
Médio(40-60)	2.531*	2.195*	1.860*
Alto (61-80)	3.593*	2.644*	2.240*
Muito alto (81-100)	4.308*	2.764*	2.335*
Sem Cobertura de Planos de Saúde			
Com cobertura	-	2.754*	2.683*
Auto avaliação estado de Saúde (Bom)			
Ruim	-	2.923*	2.956*
Residência (Rural)			
Urbana	-	-	1.282*
Regiões (Nordeste)			
Norte	-	-	.880*
Centro Oeste	-	-	1.066***
Sul	-	-	1.074*
Sudeste	-	-	.992 ⁰
Log likelihood	-92173.924	-92171.409	-92004.598
Pseudo R ²	0.063	0.111	0.112
Df	8	10	15
Número de Observações	149857	149818	149818

() variáveis de referência

* p < 0,1 , ** p < 0,05, *** p < 0,01

0 = estatisticamente não significativo

Conclusões

A cobertura de Planos de Saúde configura-se como um fator de geração de desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde no Brasil, pois entre a PEO apresenta uma cobertura diferenciada dos estratos ocupacionais, com privilégio daqueles detentores de mais elevado status socioeconômico com relativas exceções, cuja composição predominante é de pessoas com renda elevada, maior nível de escolaridade e residente em áreas urbanas e regiões ricas do país.

O esforço de equidade no acesso e uso aos serviços de saúde no Brasil através da implementação do SUS, sustentado no princípio da universalização da clientela torna-se vulnerável diante da constatação do acesso privilegiado aos serviços de saúde de alguns segmentos populacionais, em específico de determinados estratos ocupacionais em função da conquista de status socioeconômico diferenciado, mediados pela cobertura de Planos de Saúde.

A alternativa política coerente diante desse quadro é a superação dessa dicotomia através da eliminação de privilégios de determinados estratos e o investimento público na ampliação e qualidade da assistência do SUS, minimizando assim as desigualdades em saúde entre os estratos ocupacionais e sociais da sociedade brasileira.

Referências Bibliográficas

- ABRANT, Raquel & ALMEIDA, Célia (2002). Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 18, no. 04.
- ACHESON, D. (2000) Health inequalities impact assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:75-85.
- BARROS, Pedro (2003) . Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo: São Paulo em perspectiva, 17(1): 69:85
- BRASIL, MS (2004). A pesquisa Mundial de saúde no Brasil – como os brasileiros auto valiam sua saúde? Brasília: Ministério da Saúde
- 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.

- DIAZ, Maria Dolores M.(2003).Desigualdades socioeconômicas na saúde. *Rev. Bras. Econ.*,Jan./Mar.vol.57,no.1,p.7-25.ISSN0034-7140.
- 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.
- Dracher 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.
- DRACHLER, Maria de Lourdes, CORTES, Soraya M. Vargas, CASTRO, Janice Dorneles de et al (2003). Methodological approach to select indicators of health inequalities to define priorities for social policies in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.8,no.2,p.461-470.ISSN1413-8123.
- 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.
- FAHEL, M. , INÁCIO, M.(2002) Qualidade de vida aplicada à saúde do trabalhador; perspectivas, in: *Saúde e segurança no ambiente de trabalho: contexto e vertentes*, AMORIM, C.S., CARVALHO, L. F. (orgs). Coleção de Estudos e Análise. Belo Horizonte: Fundacentro & UFSJ, p. 127-137.
- GAKIDOU, E., MURRAY,C. J., FRENK, J. (2000) Defining and measuring health inequality: na approach based on the distribution of health expectancy. *.Bulletin of the World Health Organization* , 78:42-54.
- 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).
- IBGE & FIOCRUZ. (1998) Análise dos resultados da pesquisa nacional por amostra de domicílios de 1998. Rio de Janeiro: IBGE.
- 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.
- LOBATO, Lenaura (2000). *Reorganizing the health care system in Brazil in reshaping health care in Latin America; a comparative analysis*. Sonia Fleury, Susana Belmartno and Enis Baris, Eds. Ottawa: International Development Research Centre [IDRC]
- 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.
- NERI, M., SOARES, W. (2002) Desigualdade social e saúde no Brasil. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (Suplemento),p. 77-87
- 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.
- PAMUK, E. (1985) Social class and inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Populations Studies*, 1985 , 39:17-31.
- PASTORE, J., SILVA, N. V. *Mobilidade social no Brasil*. São Paulo: Nobel, 2000.
- PINHEIRO, Rejane Sobrino and TRAVASSOS, Cláudia (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, Rejane Sobrino; FRANCISCO, Viacava, TRAVASSOS, Cláudia, BRITO, Alexandre dos Santos. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*: 7(4) 687-707

PINTO, Luiz Felipe and SORANZ, Daniel Ricardo (2004). Private health plans: populational coverage in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.9, no.1, p.85-98. ISSN 1413-8123.

SAWYER, Oya Diana; LEITE, Iúri da Costa; ALEXANDRINO, Ricardo (2002). Perfis de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*,7(4):757 –776

SEN, A . *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Cia das Letras, 2001.

SILVA, Valle Nelson (2000). *Mudanças sociais e estratificação no Brasil contemporâneo (1945-1980)*. Rio de Janeiro: mimeo.

SZWARCWALD, C., BASTOS, F., ANDRADE, C. (2002) Medidas de desigualdad en salud: la discusión de algunos aspectos metodológicos com una aplicación para la mortalidad neonatal en el município de Rio de Janeiro. São Paulo: *Cadernos de Saúde Pública* o, 18:4,959-970.

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

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, Cláudia, VIACAVA, Francisco, FERNANDES, Cristiano *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.

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.

VAN DOORSLAER, E., WAGSTAFF, A., RUTTEN, M.(1993) Equity in the finance and delivery of care:na international perspective. Oxford: *Oxford Medical Publications*, n. 8.

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

WAGSTAFF, A., PACI, P., VAN DOORSLARE, E. (1991) On the measurement of inequalities in health. *Social Science and Medicine*, 33:545-557