

**DESIGUALDADES EM SAÚDE NA POPULAÇÃO MINEIRA:  
UMA ANÁLISE COMPARADA A PARTIR  
DAS PADS DE 2009 E 2011\***

**HEALTH INEQUALITY OF THE MG'S POPULATION:  
A COMPARATIVE ANALYSIS WITH PADS 2009 AND 2011**

Carolina Portugal Gonçalves da Motta\*\*  
Murilo Cássio Xavier Fahel\*\*\*  
Danira Morais da Silva\*\*\*\*

**Resumo:** O objetivo desse trabalho é analisar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, em cada região de planejamento (RP) e da RMBH. A desigualdade do acesso de saúde é composto pelas seguintes dimensões individuais, como idade, sexo, raça, escolaridade; geográfica como as regiões de planejamento; 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. Os resultados mostram as diferenças de acesso aos serviços de saúde da população mineira, nos períodos de 2009 e 2011, com uso da Pesquisa por Amostra de Domicílio (PADs). É averiguada a desigualdade de acesso em Minas Gerais, entre as regiões de planejamento e entre fatores demográficos e socioeconômicos.

**Palavras Chave:** SUS; acesso a serviços de saúde; regionalização.

---

\* 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.

\*\* Doutoranda em planejamento urbano IPPUR-UFRJ; Professora e Pesquisadora na FJP, Belo Horizonte, Minas Gerais.

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

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

**Abstract:** The aim of this study is to analyze inequalities in access to health services in each region planning (RP) and RMBH. Inequality of access to health comprises the following individual dimensions such as age, sex, race, education, geographic regions as planning, enablers coverage as health plan and income and health needs of the population, in which the variable dependent is medical care in the last 30 days and binomial regression, as a dichotomous variable, we used logistic analysis of inequalities. The results show differences in access to health services in the population of Minas Gerais for the periods 2009 and 2011, using the Pesquisa por amostra de domicílio (PADs). It investigated inequality in access in Minas Gerais, between planning regions and between demographic and socioeconomic factors.

**Keywords:** SUS, access to health services; Minas Gerais

**Resumén:** El objective de esto trabajo es analizar la desigualdad en el acceso a los servicios de la salud, en cada región de planificación (RP) e de la Región Metropolitana de Belo Horizonte. La desigualdad del acceso es vista desde las dimensiones individuales cómo: de la idade, el sexo, raza, escolaridad; las dimensiones de espacio (cómo las regiones de planificación); las dimensiones capacitantes cómo: cobertura de plan de salud y ingresos e, necesidades en salud de la población. La variable independent es la consulta medica en los últimos 30 días. Lo método de análisis de las desigualdades es la regresión logística binomial. Los resultados muestran las distinciones de acceso a los servicios de salud de la población minera, en 2009 y 2011, con el uso de la Encuesta por Amuestra de Viviendas (PAD). Fue averiguado que hay una desigualdad en el acceso em Minas Gerais, entre las regiones de planificación y entre otros factores analizados.

**Palabras clave:** SUS; acceso a los servicios de salud; regionalización

## 1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu a partir da constituição de 1988 e veio a consolidar o processo de reforma sanitária em curso no país, estabelecendo 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, com também parceria com o setor privado. A partir da sua criação, tencionou-se universalizar o acesso aos serviços públicos de saúde, que antes eram condicionados à contribuição para a previdência social, passando este a ser gratuito a qualquer cidadão. Houve, assim, uma perspectiva de reversão do modelo corporativista e estratificado de acesso aos serviços de saúde, vigentes 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 de saúde pós Constituição Federal são visíveis, de modo que vão 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. Uma outra conquista diz respeito aos processos de descentralização, que ampliam o papel do município na política de saúde, ao introduzirem 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.

Mesmo com o espírito de universalização da atenção à saúde no país, não houve uma 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, isso deveu-se às próprias políticas de proteção do Estado Brasileiro e às de iniciativas do setor privado, que contribuem de maneira significativa para a cristalização dessa segmentação, a partir da manutenção, no Brasil, da perspectiva histórica de políticas de saúde de natureza corporativista-conservadora. 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 privada no mercado na área de saúde e, os que dispõem exclusivamente da oferta de serviços públicos de saúde, apenas mascara a velha dualidade (contribuintes x não contribuintes) recomposto sob a égide da divisão entre ricos e pobres.

Um dos mais importantes vetores, determinante dessa segmentação, é a cobertura de Planos de Saúde Públicos e Privados que viabilizam o acesso de estratos sociais específicos aos serviços de saúde próprios e privados - como diversos planos de saúde estatais e públicos existentes. Por outro lado, entre os estratos sociais de baixo nível sócio-econômico, o acesso aos serviços de saúde, que é quase exclusivamente via SUS, e podem, com isso, ser influenciado por mecanismos limitadores que transitam desde as condições socioeconômicas até os atributos individuais dessa população.

Desta maneira, mesmo com a universalização do acesso, na outra ponta, os estratos sociais mais 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 a desigualdades relaciona-

das à localização geográficas (residência, região de planejamento e outros) com forte associação com a disponibilidade (capacidade instalada) de estrutura de serviços de saúde, que pode estar também desigualmente distribuída territorialmente. 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 (NORONHA; ANDRADE, 2002; Andrade *et al*, 2012), verificaram que em Minas Gerais e no Brasil 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.

Nesse cenário, a proposta dessa investigação é o desenvolvimento de uma análise do grau de acesso aos serviços de saúde especificamente nas regiões de planejamento do Estado de Minas Gerais e na Região Metropolitana de Belo Horizonte, com vistas à identificar uma possível estratificação social dessa acessibilidade e suas conseqüências, num contexto de universalização excludente provocada pelo SUS. Isso porque, conforme diferentes estudos, Minas Gerais em seu cerne guarda diferenças de sociais e econômicas que podem resultar em diferenças no acesso da população aos serviços de saúde.

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. 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 bivariada. Os dados utilizados nas análises são provenientes das Pesquisas Amostra Domiciliar realizadas em 2009 e 2011, que contêm um suplemento específico sobre saúde e que são representativas para as regiões de planejamento estadual.

## **2 CONCEITO DE SAÚDE E DESIGUALDADE EM 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. Por outro lado, há indícios também que a inserção no mercado de trabalho interfere nos cuidados com a saúde que os indivíduos têm, ou seja, a inser-

ção no mercado de trabalho é causa e consequência do status de saúde individual. 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.

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; ANDRADE, 2002).

As preferências estariam associadas a hábitos e escolhas individuais, já os aspectos exógenos são independentes de atitudes e das condições socioeconômicas, pois estão relacionados a aspectos relacionados à genética, acidentes e ciclo de vida do indivíduo e, à 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 aos aspectos biológicos, os indivíduos de classes socioeconômicas mais baixas têm maiores chances de 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 (MOTTA, FAHEL, PIMENTEL, 2008). Assim, os estudos mostram que há interações entre estratificação social e a presença de desigualdades em saúde.

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, conseqüentemente, vem trazendo vários 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; PAMUK, 1985) e Japão (ISHIDA, 2004). Estes evidenciam que as desigualdades estão diretamente associadas a renda, educação, ocupação ou posição na hierarquia social e, também, devido à características nutricionais.

A desigualdade social em saúde deve ser considerada como as diferenças nas condições de saúde, existente nos distintos subgrupos sociais. Estas desigualdades são multidimensionais e influenciam a saúde dos indivíduos desde a concepção até à morte, através de gerações. A associação desses fatores - sociais, econômicos, de acesso à serviços de saúde e outros - resulta, principalmente, no agravamento das condições de saúde das populações vulnerabilizadas por precárias condições econômicas e sociais, conduzindo a um quadro de diferenças epidemiológicas<sup>1</sup> na população.

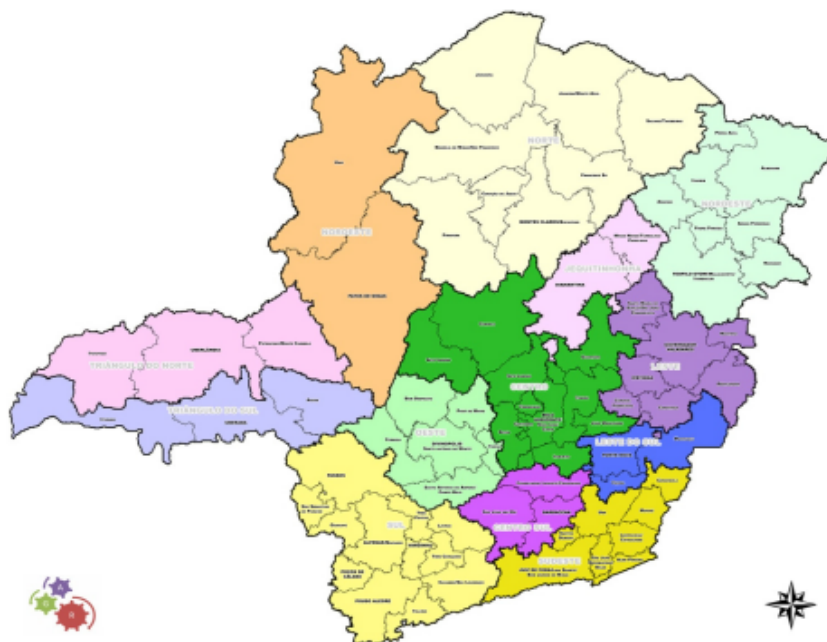
### **3 HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MINAS GERAIS**

A regionalização dos serviços de saúde tem início no processo de descentralização desses serviços, que se dá no período de redemocratização do Brasil, com a CF de 1988. A descentralização consiste no movimento de transferir autonomia de gestão dos serviços para os estados e municípios. O SUS busca definir uma política de divisão espacial dos serviços de saúde pela complexidade dos mesmos, construindo, assim, uma hierarquização desses serviços. Tal divisão visa otimizar a eficiência do sistema com a preocupação na equidade do acesso aos serviços de saúde. Para tanto, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais propôs o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que foi o instrumento utilizado de organização da oferta dos serviços de saúde no território mineiro.

---

<sup>1</sup> Entende-se como diferenças epidemiológicas àquelas relacionadas aos determinantes das doenças ou condições de saúde da população especificada.

**Figura 1** - Mapa representativo das 13 Macrorregiões e das 75 Microrregiões de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais.



**Fonte:** SES (2011). Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_sau-de/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/APRESENTACaO%20CARTOGRAFICA%20PDR-2011.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_sau-de/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/APRESENTACaO%20CARTOGRAFICA%20PDR-2011.pdf). Acesso em: 03/03/2011.

O PDR do estado de Minas Gerais foi, então, o instrumento no qual se baseou o governo para organizar os serviços de saúde de acordo com os níveis de complexidade – necessidade tecnológica e de pessoal na atenção à saúde – distribuindo estes níveis no território sempre atento à demanda, existência de infraestrutura adequada e localização geográfica. Dessa forma, a distribuição dos serviços de saúde é feita por macrorregião, de tal modo que cada uma tenha um pólo regional e seja dividida em microrregiões - que também têm seus pólos - e a oferta de serviço de saúde é feita de maneira que serviços de maior especialidade, em geral, sejam ofertados apenas em pólos de macro. E, por outro lado, a demanda por serviços de menor complexidade é maior e, portanto, é distribuída em mais municípios na forma de atenção primária.

Além disso, outro fator relacionado à oferta de serviços de menor complexidade é a manutenção de equipamentos e profissionais em locais com pouca demanda, o que faz com que os serviços de mais alta complexidade, que utilizam estes equipamentos e recursos humanos especializados sejam menos distribuídos territorialmente. Assim, a hierarquização se faz neces-



sária por conta da preocupação em concentrar os serviços de níveis mais complexos de maneira que seja viável o deslocamento de um município para outro na busca, do usuário, por serviços mais especializados.

Entretanto, apesar dos serviços serem desigualmente distribuídos o acesso aos serviços não deveria ser diferenciado no território, assim, se faz necessária para averiguação da equidade de acesso, tendo em vista, a desigualdade entre as regiões que compõe o estado de Minas Gerais. Segundo Oliveira, Simões e Andrade (2008),

existe uma grande concentração da oferta nas macrorregiões de saúde Centro, Sudeste e Sul que, juntas, representaram mais de 50% das internações de média complexidade e mais de 60% dos atendimentos de alta complexidade. Essa concentração mostra-se além da maior densidade demográfica dessas regiões, uma vez que a população dessas macrorregiões corresponde a cerca de 41% da população total do estado.

Percebe-se, portanto, que a oferta de serviços se dá de forma desigual entre as regiões de Minas Gerais deslocando o fluxo de atendimentos para as regiões que possuem mais recursos.

As desigualdades regionais de oferta em serviços de saúde acompanham as desigualdades socioeconômicas das entre as regiões de planejamento de Minas Gerais. As regiões de planejamento do Vale do Jequitinhonha/Mucuri e Norte apresentam enorme desigualdade de renda em relação aos municípios das macrorregiões do Sul, Triângulo e Central - que tem como cidade de referência, respectivamente: Pouso Alegre, Uberlândia e Belo Horizonte. Segundo Santos e Pales (2012) as regiões de planejamento de Minas Gerais possuem desigualdades históricas explicadas pelos diferentes graus de sucessos das atividades econômicas desenvolvidas por essas regiões. A Zona da Mata (que tem como cidade de referência Juiz de Fora) por conta da sua atividade industrial pode ser identificada como uma das regiões onde se encontra as maiores rendas *per capita*s no Estado.

Para além do desenvolvimento econômico a qualidade de vida, medida pelo IDH<sup>2</sup>, das regiões de planejamento de Minas Gerais evidenciam as desigualdades entre as regiões. Sendo nas Regiões Norte e Jequitinhonha/Mucuri com os menores índices em relação as regiões Sul, Triângulo e Alto

---

<sup>2</sup> Índice de Desenvolvimento Humano. Trata-se de um índice multidimensional, calculado para diversos países pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e criado pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq em 1990. Ele contempla as dimensões de Educação, expectativa de vida ao nascer e PIB per capita.



Paranaíba. Vale ressaltar, que a região Central embora tenha um alto desenvolvimento econômico se mostra desigual uma vez que, não corresponde o seu desenvolvimento econômico ao seu desenvolvimento humano.

#### **4 FONTE DE DADOS E MÉTODO**

A hipótese a ser testada refere-se à análise das desigualdades de acesso aos serviços de saúde nas regiões de planejamento, principalmente, as variáveis sócio-demográficas, econômicas. Assim, a proposição aqui é explorar em que direção ciclos de vida, sexo, renda, cobertura de planos privados e outras variáveis afetam o acesso às consultas médicas (atenção ambulatorial) dos diversos estratos sociais que compõem a população, comparando os resultados encontrados nas regiões de planejamento de Minas Gerais e na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Os dados utilizados são oriundos da PAD – Pesquisa por Amostra de Domicílio – que é uma pesquisa realizada pela Fundação João Pinheiro e tem amostra representativa nas regiões de planejamento que compõem o estado de Minas Gerais (dez ao todo, mais a RMBH).

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 2009 e 2011, que serão comparados. Ele será empregado no intuito de verificar as diferenças no acesso por região de planejamento e na RMBH. Cabe ressaltar que as regiões de planejamento de MG são próximas às macrorregiões, mas não tem limites totalmente iguais. No entanto é a única - e menor - nível de agregação do estado passível de estudo a partir da PAD, uma vez que esta não tem a variável “macrorregião” e não é representativa para todos os municípios.

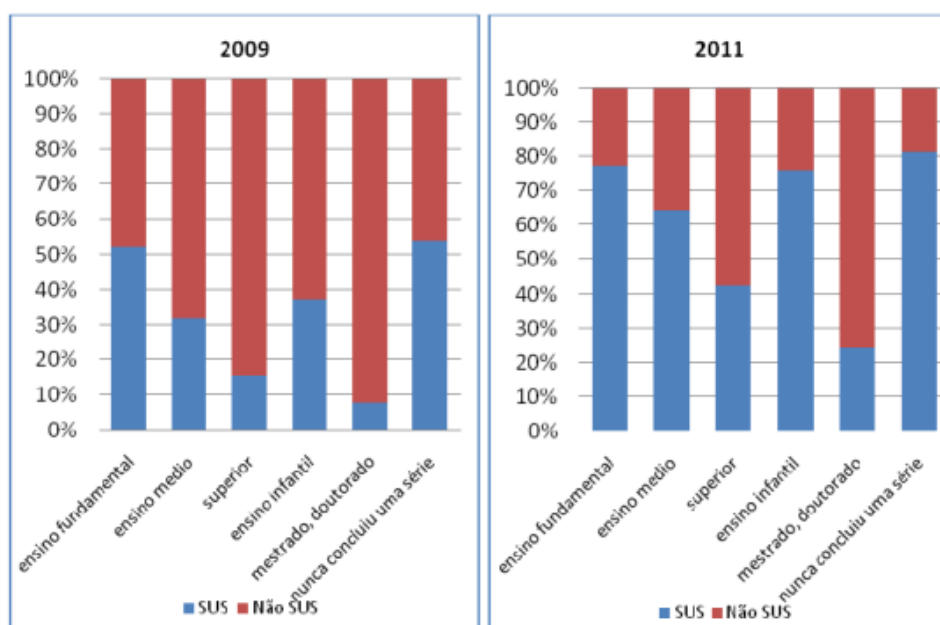
Para o emprego da técnica de regressão foi utilizado o programa SPSS 14.0 e os pesos amostrais fornecidos pelas PADS, que foram ponderados, segundo técnica descrita em Lee et al. (1976).

#### **5 ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS**

A utilização dos serviços de saúde no Estado de Minas Gerais não ocorre de forma equânime, sendo influenciada diretamente 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 mineira, informam que há um maior uso dos serviços públicos (SUS) por parte dos indivíduos situados, principalmente, nos menores níveis de escolaridade.

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 2009 e 2011, mas com um aumento na proporção de pessoas.

Gráfico 1 - Proporção de pessoas que receberam atendimento relacionado a própria saúde nos últimos 15 dias de referência, segundo o tipo de atendimento e escolaridade. Minas Gerais, 2009 e 2011



Fonte: Elaboração própria a partir das PADs (2009, 2011)

Ao se avaliar a proporção de pessoas que consultou médico e são cobertas por planos de saúde nas Regiões de Planejamento de Minas Gerais, em 2009 e 2011, percebe-se as desigualdades territoriais existentes (Tabela 1). Deste modo, tem-se, por exemplo, que a Região Norte é aquela na qual um menor percentual de pessoas respondeu ter consultado o médico e também que é coberto por plano de saúde, seguida da região Jequitinhonha e Mucuri. Por outro lado, o percentual de população que consultou foi maior na região Sul em 2009 e na região Noroeste em 2011 e, de cobertura, foi maior, nos dois anos, na RMBH, o que deve ser consequente de uma maior opção de planos e médicos nestes.

Nota-se também que houve uma redução geral no percentual de pessoas que disseram consultar e que disseram ser cobertas por planos de saúde. Essa variação possivelmente deve-se à variações na amostra e oscilações no próprio comportamento da população, de tal modo que as observações são insuficientes para declarar que essa foi devida a uma mudança comportamental da população, ou à uma redução do acesso destas aos serviços de saúde.

Tabela 1 - Proporção de pessoas que consultou médico nos últimos 15 dias e que são cobertas por planos de saúde, segundo Região de Planejamento. Minas Gerais, 2009 e 2011.

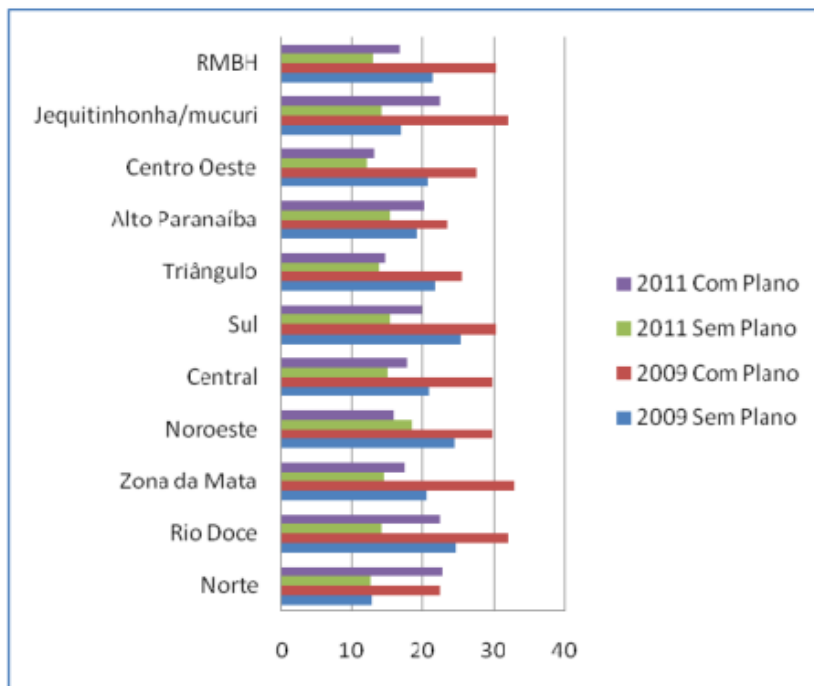
	% que consultou		% coberto por plano de saúde	
	2009	2011	2009	2011
<b>Minas Gerais</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>21</b>
Norte	13,4	13,4	7,1	8,6
Rio Doce	26,1	15,6	19,5	17,6
Zona da Mata	23,6	15,1	24,9	20,9
Noroeste	25,3	18,0	18,1	11,4
Central	22,5	15,6	18,9	25,0
Sul	26,3	16,3	21,1	21,9
Triângulo	22,9	14,0	29,8	24,7
Alto Paranaíba	19,9	16,3	18,3	19,1
Centro Oeste	22,5	12,2	26,8	23,3
Jequitinhonha/Mucuri	18,2	14,7	8,5	6,6
RMBH	23,9	13,8	30,2	27,8

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da PAD 2009 e 2011

O Gráfico 2 mostra a proporção de pessoas que responderam terem consultado médico nos últimos 15 dias, desagregadas segundo a cobertura de planos de saúde e região de planejamento. Percebe-se que, de um modo geral, uma proporção maior das pessoas que possuem plano de saúde respondeu terem consultado o médico, vis a vis aquelas sem plano de saúde. Nota-se também que a diferença entre o percentual de pessoas com plano e as sem plano que consultaram médico nos últimos em 2011 diminuiu, em relação à 2009, do que se infere que pode dever-se à ampliação do acesso aos serviços de saúde para aqueles sem plano.

Averigua-se também, a partir do Gráfico 2, que o percentual de pessoas que respondeu que consultou um médico caiu, como na Tabela 1. Nas regiões de planejamento nota-se que a região Norte foi a que o percentual de pessoas que disse ter consultado foi o menor, sobretudo dentre as pessoas sem plano.

Gráfico 2 - Proporção de pessoas que consultaram médico, segundo cobertas por planos de saúde e Região de Planejamento. Minas Gerais, 2009 e 2011



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da PAD 2009 e 2011

A seguir faz-se a análise a partir do modelo binomial logístico.

## 7 ANÁLISE BIVARIADA

O modelo de regressão utilizado, conforme mencionado anteriormente, foi o binomial logístico, uma vez que a variável dependente utilizada era se a pessoa tinha consultado ou não o médico nos últimos 15 dias. No modelo foram utilizadas as seguintes variáveis: idade (como variável contínua), sexo, cor/raça, Em relação ao resultado, tipo de trabalho, se era contribuinte para a previdência social, se tinha plano de saúde, região de planejamento onde reside, sintoma de saúde, quintil de renda (em 2009) e escolaridade (Tabela 2).

Tabela 2 - Parâmetros estimados para modelo binomial logístico para acesso aos serviços de saúde em Minas Gerais

	2009		2011	
	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.
Sexo (masculino)	0,58	0,00*	0,65	0,00*
Raça/Cor (branca)				
Preta	0,37	0,01*	0,58	0,51
Parda	0,40	0,02**	0,83	0,83
Amarela	0,40	0,02**	0,69	0,65
Indígena	0,60	0,28	0,54	0,55
Cobertura de Plano de Saúde (Não)	1,75	0,00*	1,47	0,00*
Tipo de Emprego (empregado com carteira setor privado)				
Empregado com carteira setor público	0,66	0,03**	0,58	0,10***
Empregado sem carteira setor privado	0,74	0,15	0,58	0,15
Empregado sem carteira setor público	0,76	0,17	0,71	0,32
Estatutário	0,87	0,48	0,84	0,63
Doméstica mensalista com carteira	0,76	0,20	0,95	0,89
Doméstica mensalista sem carteira	0,88	0,64	0,65	0,41
Diarista	1,07	0,77	1,71	0,27
Trabalhador doméstico não remunerado	0,81	0,40	0,55	0,15
Outro trabalhador não remunerado	0,57	0,04**	0,44	0,41
Cooperativo	0,60	0,10	0,73	0,66
Outro trabalho remunerado	1,77	0,18	0,00	1,00
Trabalhador por conta própria	0,61	0,02**	0,63	0,18
Empregador	0,72	0,08	0,78	0,44
Região de Planejamento (Norte)				
Rio Doce	0,63	0,00*	0,96	0,78
Zona da Mata	0,92	0,28	1,19	0,24
Noroeste	0,86	0,04**	1,26	0,09***
Central	0,92	0,60	0,90	0,66
Sul	1,32	0,02**	1,25	0,13
Triângulo	1,25	0,00*	0,93	0,52
Alto Paranaíba	1,09	0,32	1,88	0,00*
Centro Oeste	0,93	0,53	1,09	0,68

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da PAD 2009 e 2011

Nota: \* - Significativo a 99%; \*\* - Significativo a 95%; \*\*\* - Significativo a 90%.

Conforme se pode verificar a partir da Tabela 2 são poucos os dados que foram significativos no modelo. Assim, verifica-se que, por exemplo, em relação aos atributos individuais, as mulheres têm 58% e 65% (2009 e 2011, respectivamente) a mais de chance de ter consultado um médico do que os homens - resultado este que é similar para a população brasileira total e em outros países. Em relação a idade, outro atributo, verificou-se

que o aumento de 1 ano na idade aumenta em 100%, aproximadamente, na chance da pessoa ter consultado. Uma vez que o modelo foi rodado para a população total isso reflete o fato que as pessoas mais velhas consultam mais.

Em relação às características sociais e econômicas tem-se que a raça/cor só foi significativa no ano de 2009, de tal modo que a chance de consultar das pessoas que se auto declararam pretas, pardas ou indígenas foi maior neste ano do que as das pessoas brancas. Essa é uma variável muito controversa tanto pela forma de ser questionada quanto em relação aos resultados e esses podem ter-se devido à características da amostragem neste primeiro ano da pesquisa. A escolaridade, por outro lado não se mostrou para explicar as variações no acesso e o único quintil que foi explicativo foi o último, em 2009, de tal modo que as pessoas do quinto quintil de renda têm 5% a mais de chance de terem consultado em 2009 que as do primeiro quintil.

Dentre os tipos de emprego que apareceram com significativo - em relação aos empregados do setor privado com carteira - os do setor público com carteira (nos dois anos), outro trabalhador não remunerado e os conta própria, sendo que estes dois últimos apenas em 2009. Reforçando esta ideia tem que os contribuintes da Previdência Social tiveram, em 2009 e 2011, respectivamente, 118% e 141% mais chance de consultar que os correspondentes empregados sem vínculo à Previdência Social. É importante ressaltar que, apesar das atuais políticas públicas em saúde do Brasil estar desvinculadas à Previdência Social a contribuição previdenciária é um indicativo que o trabalhador está inserido em melhores posições no mercado de trabalho e, com isso, podem ter um maior acesso aos serviços de saúde, tanto os de âmbito público quanto privado.

Por outro lado, em relação a última variável capacitante do modelo tem-se que as pessoas que são cobertas por plano de saúde tiveram 175% mais chance de consultar o serviço de saúde em 2009 e 147% em 2011, o que indica uma redução na desigualdade no acesso entre quem tem plano ou não. Do mesmo modo, em relação às necessidades de saúde, as que se declararam como tendo algum problema de saúde tiveram 7%, em 2009, e 2%, em 2011, mais chance de consultarem que as que não declararam nada.

Por fim, em relação ao local de moradia, os moradores da região Nordeste tiveram mais chance de consultar que os da região Norte, nos 2 anos (86% em 2009 e 126% em 2011). O mesmo ocorreu em 2009 nas regiões: Rio Doce (63% a mais), Sul (132% a mais que na região Norte), Triângulo

(125%) e RMBH (79%). E, em 2011, nas regiões Alto Paranaíba (188%) e, Jequitinhonha e Mucuri (75%), o que mostra que, à exceção da Zona da Mata, Central e Centro Oeste que não foram significativas nas outras regiões há uma desigualdade no acesso, em relação à região Norte de Minas Gerais - a qual tem como sede a cidade de Montes Claros, que é um pólo de uma macrorregião de saúde.

## **7 CONCLUSÕES**

Ao longo da análise exploratória verificou-se o acesso aos serviços de saúde (consulta ao médico) variou de acordo com variáveis socioeconômicas, de acesso aos serviços de saúde e territoriais. Nessa perspectiva a dualidade do Sistema de Saúde em Minas Gerais, como no Brasil, cria dois cenários diferenciados de acesso entre os mesmos grupos - para indivíduos com plano e os sem plano -, proporcionando assim, um acesso diferenciado para aqueles 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, diferença tal que é muito significativa e mantida nos dois anos de análise.

Assim, com relação à assistência suplementar, como este foi um fator significativo nos dois anos tem-se que os usuários cobertos por planos usam os serviços de consultas médicas com mais intensidade, confirmando a alta capacidade de indução de uso desse ativo, como demonstrado pelo coeficiente (efeito) elevado que alcançou na análise binomial logística realizada nessa investigação, sobre a probabilidade de acesso a consultas médicas.

Como proposto pelo modelo analítico, aqui utilizado, ficou mostrado que fatores predisponentes (características sócio-demográficas, como idade e sexo), os fatores capacitantes (renda, cobertura de plano de saúde, região de planejamento) e as necessidades de saúde (sintomas 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, podem ter tido o efeito de reduzir as desigualdades no acesso e, mas também terem sido insuficientes para reversão dessa estratificação assistencial.



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 implantação 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 ou pior acesso como a região Norte, não se restringindo às medidas administrativas (descentralização) ou a economia de saúde (distribuição equânime de gastos), mas com redesenho de ações e de programas de saúde visando uma atenção focalizada nos fatores individuais como sexo, 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. Além disso, tenciona-se fazer essa análise a partir de outras bases de dados, como a PNAD do IBGE para os anos de 1998, 2003 e 2008.

## REFERÊNCIAS

Andrade, M. V. et. al (2012) Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Anais do Encontro de Economia Mineira de 2012**. Diamantina. MG. Brasil. Recuperado em 2 de outubro de 2012, de <<http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/seminarios/ecn/ecn-mineira/2012/trabalho/politicas-publicas/desigualdade-socioeconomica-no-acesso-aos-servicos-de-saude-no-brasil-um-estudo-comparativo-entre-as-regioes-brasileiras-em-1998-e-2008>> Recuperado em 2 de outubro de 2012.

CHANDOLA, T. (2000) Social class differences in mortality using the new

MOTTA, C. P. G. da; FAHEL, M. C. X.; SILVA, D. M. da. Desigualdades em saúde na população...

UK national statistics socio-economic classification. **Social Science and Medicine**, 50: 641-649.

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

FUNDAÇÃO João Pinheiro(2009) **Pesquisa de Amostra de Domicílios** (base de dados). Recuperado em 2012, de <<http://www.fjp.mg.gov.br>>.

FUNDAÇÃO João Pinheiro(2011). **Pesquisa de Amostra de Domicílios** (base de dados). Recuperado em 2012, de <<http://www.fjp.mg.gov.br>>.

(2005), **Norma operacional básica - NOB/SUAS**, Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. Recuperado em: 2012, de<<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/resolveuid/23ad2e16c4d257cdb672c8bb352731fa/download>>

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, H. (2004). **Sócio-economic differentials in health in Japan**, Tokyo: University of Tokyo.

MOTTA, C.P.G.; FAHEL, 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.

Ministério da Saúde (2000). *SUS: Descentralização*. Brasília

NORONHA, K. V.; ANDRADE, M. V., (2002). Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, 32 (Especial): pp. 877-897.

OLIVEIRA, A.C.; SIMÕES, R.F.; Andrade, M.V. Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais: estrutura correte *versus* estrutura planejada. **Anais do XIII Seminário sobre economia mineira de Diamantina**, 2008

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**, 39:17-31.

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.

SANTOS, R. B.; PALES, R. C. (2012). Desenvolvimento Regional e Desigualdades Sociais entre as Macrorregiões de Planejamento de Minas Gerais. **Anais do 36º Encontro Anual da ANPOCS**. Caxambu, MG, Brasil

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

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