

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E ECONOMIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA**

**JAQUELINE DAMASCENO SILVA**

**UMA ANÁLISE DA VARIAÇÃO DOS NÍVEIS DE EQUIDADE DE  
ACESSO E DE IGUALDADE HORIZONTAL NOS RESULTADOS  
DE SAÚDE NO BRASIL ENTRE 1998 E 2013**

**Expressões da relação entre o Estado de Bem-Estar Social e os Determinantes  
Sociais de Saúde**

**GOIÂNIA**  
**2018**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR  
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES  
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico:     Dissertação     Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Jaqueline Damasceno Silva

Título do trabalho: UMA ANÁLISE DA VARIAÇÃO DOS NÍVEIS DE EQUIDADE DE ACESSO E DE IGUALDADE HORIZONTAL NOS RESULTADOS DE SAÚDE NO BRASIL ENTRE 1998 E 2013: Expressões da relação entre o Estado de Bem-Estar Social e os Determinantes Sociais de Saúde


3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento  SIM     NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

  
Assinatura do(a) autor(á)<sup>2</sup>

Ciente e de acordo:

  
Assinatura do(a) orientador(a)<sup>2</sup>

Data: 16 / 07 / 2018

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

<sup>2</sup> A assinatura deve ser escaneada.

JAQUELINE DAMASCENO SILVA

**UMA ANÁLISE DA VARIAÇÃO DOS NÍVEIS DE EQUIDADE DE  
ACESSO E DE IGUALDADE HORIZONTAL NOS RESULTADOS  
DE SAÚDE NO BRASIL ENTRE 1998 E 2013**

**Expressões da relação entre o Estado de Bem-Estar Social e os Determinantes  
Sociais de Saúde**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Economia da Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Universidade Federal de Goiás.

Orientador: Alexander Itria

GOIÂNIA

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Damasceno Silva, Jaqueline

UMA ANÁLISE DA VARIAÇÃO DOS NÍVEIS DE EQUIDADE DE ACESSO E DE IGUALDADE HORIZONTAL NOS RESULTADOS DE SAÚDE NO BRASIL ENTRE 1998 E 2013 [manuscrito] : Expressões da relação entre o Estado de Bem-Estar Social e os Determinantes Sociais de Saúde / Jaqueline Damasceno Silva. - 2018.

CCXCVIII, 298 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Alexander Itria.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Administração, Ciências Contábeis e Ciências Econômicas (FACE), Programa de Pós-Graduação em Economia, Goiânia, 2018.

Bibliografia. Apêndice.

1. Brasil. 2. Determinantes Sociais de Saúde. 3. Bem-Estar Social. 4. Equidade. 5. Igualdade Horizontal. I. Itria, Alexander, orient. II. Título.

CDU 33



### ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO

Aos 12 dias do mês de julho de 2018, no horário de 14:00 horas às 16:30 horas, foi realizada, em sessão pública, a defesa da dissertação *Uma análise da variação dos níveis de equidade de acesso e de igualdade horizontal nos resultados de saúde no Brasil entre 1998 e 2013 Expressões da relação entre o Estado de Bem-Estar Social e os Determinantes Sociais de Saúde*, de autoria da discente Jaqueline Damasceno Silva, do Programa de Pós-Graduação em Economia – PPE da Universidade Federal de Goiás.

A Comissão Examinadora, constituída pelo Professor Alexander Itria, da Universidade Federal de Goiás (IPTSP)/PPE/(Membro Interno/Orientador), Professora Larissa Barbosa Cardoso, da Universidade Federal de Goiás (UFG)(Membro Externo/Examinadora) e pela Professora Fabiana Saddi, da Faculdade de Ciências Sociais (FCS/UFG) (Membro Externo), emitiu o seguinte parecer/recomendações:

Resultado Final:

- Aprovada  
 Reprovada

Recomendações:

Seguir as recomendações anotadas

Eu, Alexander Itria, orientador da discente, lavrei a presente Ata, que segue assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

Alexandre Itria

Prof. Dr. Alexandre Itria (Orientador/Presidente/PPE/UFG)

Larissa Barbosa Cardoso

Profa. Dra. Larissa Barbosa Cardoso (Examinadora/Membro Externo/UFG)

Fabiana Saddi

Profa. Dra. Fabiana Saddi (Membro Externo/FCS/UFG)

Goiânia, 12/07/2018.

## AGRADECIMENTOS

Por mais que as pessoas estejam por perto e nos acompanhem ao longo dessa trajetória, só Deus e você mesmo é capaz de compreender os detalhes de todas as lutas e dificuldades, internas e externas, que passamos até chegar a este momento. Agradeço então a Deus, que me deu sustendo quando ninguém mais poderia me compreender, me deu forças para continuar e ânimo para me sustentar. Mas, Deus também colocou ao meu lado as pessoas certas.

Eu agradeço à minha mãe e ao Felipe, meu namorado, melhor amigo e companheiro de estudos e discussões. Minha mãe por ter sido sempre o instrumento de Deus na minha vida, que me deu suporte durante todos os anos de estudos, por ter me incentivado, por ter lutado por mim quando eu ainda não podia, que me deu apoio emocional, me cuidou de todas as formas imagináveis e sempre acreditou em mim. Ao Felipe, por também ter me sustentado, me animado quando eu queria desistir, por tornar claro os momentos de escuridão, por me dar força para reagir, por abrir meus olhos durante as discussões acadêmicas e me mostrar caminhos que eu desconhecia, por corrigir os meus inúmeros erros e me ajudar a corrigi-los, mostrando que o que parecia catastrófico, era só uma questão de paciência.

Agradeço ao professor Alexander Itria, que se dispôs a me acompanhar nesta caminhada, me apontou os primeiros passos e ofereceu a ajuda necessária para que este trabalho pudesse ser realizado. Também agradeço às professoras Larissa e Edsaura que, por meio de suas contribuições e apontamentos, me ajudaram a dar corpo a este trabalho, esclarecendo e aprofundando as discussões e organizando as ideias. Agradeço ao professor James Macinko da Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia em Los Angeles que se colocou à disposição para me ajudar com a metodologia deste trabalho e me forneceu as ferramentas necessárias para tal. E, por fim, agradeço aos membros da banca que se disponibilizaram a, pacientemente, avaliar este não tão pequeno trabalho.

Nas pós-graduação a lista de agradecimentos é bem mais enxuta, o momento é bem menos eufórico e muito mais estressante. Caminhar com as próprias pernas, ou tentar aprender como se faz isso, é traçar um caminho academicamente mais solitário, que exige tempo e paciência. Não diria que exige uma dedicação sem precedentes, porque não se chega até este ponto sem muito compromisso.

Enfim, fico feliz por ter tido a oportunidade de passar por esta experiência, espero colher bons frutos e contribuir para o crescimento de outros, passando os conhecimentos que pude obter ao longo deste período de aprendizado.

## **EPÍGRAFE**

“A primeira igualdade é a justiça”

**Victor Hugo** –

## RESUMO

Este trabalho apresenta uma discussão acerca da relação entre os padrões de distribuição da renda, os determinantes sociais de saúde e o Estado de Bem-Estar Social da população brasileira, considerando os conceitos de igualdade, equidade e justiça social. Seu objetivo é compreender a dinâmica entre as alterações no cenário econômico e social brasileiro e nas diretrizes para saúde e as alterações no nível de equidade de acesso à saúde e no nível de igualdade horizontal dos resultados de saúde da população, entre os estratos sociais no Brasil entre 1998, 2003, 2008 e 2013. Para isso, como indicado na metodologia, foi realizada uma apresentação das alterações dos perfis demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população por meio da síntese dos dados históricos presentes nos Planos Nacionais de Saúde e dos Relatórios das Pesquisas de saúde realizadas entre 1998 e 2013. Além disso, foi elaborado um conjunto de indicadores composto pelo Índice de Concentração de Gini padrão e estendido com parâmetros de aversão à desigualdade, pelas Curvas de Concentração de Lorenz e pela decomposição do Índice pelos Determinantes Sociais de Saúde, para assim, ser possível mensurar as variações no nível de equidade de acesso e igualdade horizontal nos resultados de saúde entre os anos de 1998 e 2013. Os resultados apontam melhoras tanto na equidade de acesso aos serviços de saúde como na igualdade horizontal nos resultados de saúde até 2008, mudanças associadas, principalmente, à expansão das estratégias de atenção primária à saúde, mas uma diminuição dessa melhora em alguns indicadores em 2013.

**Palavras-chave:** 1. Brasil; 2. Determinantes Sociais de Saúde; 3. Bem-Estar Social; 4. Equidade; 5. Igualdade Horizontal



## **ABSTRACT**

*This paper presents a discussion about the relationship between income distribution patterns, social determinants of health and the welfare state of the Brazilian population, considering the concepts of equality, equity and social justice. Its aim is to understand the dynamics between the changes in the Brazilian economic and social scenario and the guidelines for health and the changes in the level of equity of access to health and in the level of horizontal equality of the health outcomes of the population, among the social strata in Brazil between 1998, 2003, 2008 and 2013. To do this, as indicated in the methodology, a presentation was made of the changes in the demographic, socioeconomic and epidemiological profile of the population through the synthesis of historical data present in the National Health Plans and Research Reports of health performed between 1998 and 2013. In addition, a set of indicators was compiled which is composed of the Standard Gini Concentration Index and extended with parameters of aversion to inequality, by the Lorenz Concentration Curves, and by the Index decomposition by the Social Determinants of Health, to be able to measure variations in the level of equity of access and horizontal equality in health outcomes between 1998 and 2013. The results point to improvements both in the equity of access to health services and in the horizontal equality in health outcomes up to 2008, changes mainly associated with the expansion of primary health care strategies, but a decrease of this improvement in some indicators in 2013.*

**Key-words:** 1. Brazil; 2. Social Determinants of Health; 3. Social Welfare State; 4. Equity; 5. Horizontal Equality

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>SUMÁRIO</b> .....	<b>8</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2. A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE NA MANUTENÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL</b> .....	<b>18</b>
<b>3. COMO SE EXPRESSAM AS DIFERENÇAS? AS DEFINIÇÕES DE EQUIDADE E IGUALDADE</b> .....	<b>22</b>
3.1. DESIGUALDADES EM SAÚDE: O QUE É JUSTO E O QUE É INJUSTO .....	26
3.1.1. Teorias acerca das Desigualdades Sociais em Saúde .....	27
3.1.2. Conceitos de Equidade e Igualdade em Saúde .....	29
3.1.3. O Caráter Social do Processo Saúde-Doença .....	34
3.1.4. Como as Formas de Reprodução Social impactam os Determinantes em Saúde .....	36
3.1.4.1. A Relação entre Riqueza e Saúde: O início das Injustiças .....	39
<b>4. A INFLUÊNCIA DO BEM-ESTAR SOCIAL NA CONTRUÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	<b>42</b>
4.1. OS PRELÚDIOS DA SAÚDE BRASILEIRA.....	43
4.2. A SAÚDE REGULADA: O INÍCIO DO PLANEJAMENTO NACIONAL A PARTIR DE 1930 .....	44
4.3. SAÚDE E DEMOCRACIA: O CERNE DA REFORMA SANITÁRIA .....	46
4.4. O REVÉS ECONÔMICO E A GUINADA À DIREITA: POLÍTICAS DE AUSTERIDADE TOMAM O CENÁRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO .....	48
4.5. CONQUISTA SOCIAL NO CENÁRIO DE AUSTERIDADE: A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	49
4.6. SÉCULO XXI: A ESTABILIZAÇÃO ECONÔMICA E A VOLTA DAS POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO AO CENTRO DO PLANEJAMENTO NACIONAL.....	53
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	<b>58</b>
5.1. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: A ORIGEM DAS VARIÁVEIS .....	59

5.2. BASES DE DADOS .....	66
5.3. PADRÃO DE VIDA E MEDIDAS DE CONCENTRAÇÃO .....	69
<b>5.3.1. Cálculo do Padrão de Vida.....</b>	<b>70</b>
<b>5.3.2. Curva de Concentração de Lorenz.....</b>	<b>71</b>
<b>5.3.3. Teste de Dominância das Curvas de Concentração .....</b>	<b>72</b>
<b>5.3.4. Índice de Concentração de Gini.....</b>	<b>73</b>
<b>5.3.5. Decomposição do Índice de Concentração de Gini .....</b>	<b>76</b>
<b>5.3.6. Como a Análise Estatística está estruturada .....</b>	<b>77</b>
5.3.6.1. Variáveis de Indicadores de Saúde .....	78
5.3.6.1.1. Desigualdades nos Indicadores de Saúde .....	79
5.3.6.1.2. Explicando as Desigualdades nos Indicadores de Saúde.....	81
5.3.6.2. Variáveis de Utilização de Saúde .....	82
5.4. ANÁLISE DESCRITIVA: DESCRIÇÃO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO .....	82
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>86</b>
6.1. ESTATÍSTICA DESCRITIVA: A EVOLUÇÃO DOS PERFIS DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E DO SETOR DE SAÚDE .....	86
<b>6.1.1. Aspectos Demográficos .....</b>	<b>86</b>
<b>6.1.2. Aspectos Socioeconômicos .....</b>	<b>95</b>
6.1.2.1. Renda, Educação e Trabalho .....	96
6.1.2.2. Ambiente e Saúde: Infraestrutura de Saneamento e Habitação.....	103
<b>6.1.3. O Setor de Saúde .....</b>	<b>109</b>
6.1.3.1. Infraestrutura das Linhas de Atenção à Saúde Pública.....	109
6.1.3.1.1. Atenção Básica .....	110
6.1.3.1.2. Atenção Especializada.....	115
6.1.3.2. Saúde Suplementar .....	120
6.1.3.3. A Força de Trabalho do Setor de Saúde .....	124
<b>6.1.4. Estado de Saúde da População .....</b>	<b>130</b>
6.1.4.1. Populações Vulneráveis.....	131
6.1.4.1.1. A Diferença de Gêneros .....	131
6.1.4.1.2. População de Não-Brancos: Negros, Pardos e Indígenas.....	133
6.1.4.1.3. População Rural.....	136
6.1.4.1.4. Portadores de Deficiências Físicas .....	137
6.1.4.1.5. Saúde dos Trabalhadores .....	141

6.1.4.2. Necessidades de Saúde por Faixa Etária .....	143
6.1.4.2.1. Saúde da Criança .....	143
6.1.4.2.2. Saúde de Adolescentes e Jovens.....	145
6.1.4.2.3. Saúde dos Idosos .....	146
6.2. ESTATÍSTICA ANALÍTICA: IGUALDADE HORIZONTAL NOS RESULTADOS DE SAÚDE E A PRESENÇA DE EQUIDADE NO ACESSO ENTRE GRUPOS SOCIAIS .....	147
<b>6.2.1. Variáveis de Indicadores de Saúde: Análise da Igualdade Horizontal do Estado de Saúde .....</b>	<b>148</b>
6.2.1.1. Autoavaliação do Estado de Saúde.....	148
6.2.1.2. Presença de Doenças Crônicas e Limitações de Atividades.....	160
6.2.1.3. Deficiências Físicas e suas Limitações.....	171
<b>6.2.2. Variáveis de Utilização de Serviços de Saúde: Análise da Equidade de Acesso à Saúde .....</b>	<b>179</b>
6.2.2.1. Características da Busca e do Acesso aos Atendimentos de Saúde .....	179
6.2.2.1.1. Busca por Atendimento de Saúde nos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa .....	179
6.2.2.1.2. Acesso na Primeira e na Última busca de Atendimento de Saúde e Motivos que dificultaram o acesso .....	189
6.2.2.1.3. Quantidade média de Atendimentos de Saúde e Internações realizados nos 12 meses anteriores à pesquisa .....	215
6.2.2.2. Formas de Custeio do Acesso aos Atendimentos de Saúde .....	225
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>241</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>247</b>
<b>APÊNDICE 1 – LISTA DE OBJETIVOS TRAÇADOS PARA O SETOR DE SAÚDE ENTRE 2004 E 2015.....</b>	<b>256</b>
<b>APÊNDICE 2 – TABELAS DE ERRO-PADRÃO E SIGNIFICÂNCIA PARA VARIÁVEIS DE RESULTADO DE ESTADO DE SAÚDE .....</b>	<b>261</b>
<b>APÊNDICE 3 – TABELAS DE ERRO-PADRÃO E SIGNIFICÂNCIA PARA VARIÁVEIS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE .....</b>	<b>274</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As desigualdades econômicas e sociais na América Latina são uma característica marcante devido ao seu elevado grau de persistência. Entre as décadas de 1970 e 1980, o Brasil passou por um período de grande crescimento econômico, porém, com consideráveis diferenças entre as classes sociais, tanto de renda como no modo de vida. Diferenças que só começaram a se reduzir após a estabilização econômica, se intensificando no século XXI. Isso pode ser percebido por meio de indicadores como o Índice de Gini, que diminuiu de forma persistente a partir de 1998.

Nos anos 2000, essa redução foi atribuída principalmente à diminuição das desigualdades da renda do trabalho e da redução da pobreza no período. Entre 2002 e 2009, a renda dos 10% mais pobres cresceu 7% ao ano, razão quase três vezes maior do que a média nacional (2,5%) (LUSTIG; LOPEZ-CALVA; ORTIZ-JUAREZ, 2013). Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2017), entre 2011 e 2015, o Brasil manteve a tendência de redução das desigualdades e da vulnerabilidade social, contudo, numa velocidade inferior àquela observada na primeira década do século XXI. Entre 2014 e 2015 a tendência foi de aumento indicando uma inflexão daquilo que era observado desde 1998.

Morgan (2017), no seu estudo que questiona essas variações otimistas a respeito das desigualdades sociais brasileiras, afirma que os primeiros quinze anos do século XXI no Brasil são realmente um período interessante para se observar a relação entre as alterações de riqueza, desigualdade social e suas consequências. Isso porque, depois de décadas de crise econômica e estagnação, o país passou a crescer; em relação às questões políticas, esse período assistiu à chegada de um governo de esquerda depois de quarenta anos; e foi um período de franca expansão das políticas sociais no combate à pobreza, com maior participação das receitas fiscais destinada às despesas sociais, à medida que a participação do total de gastos governamentais na economia aumentava.

O autor afirma que, no entanto, historicamente, as relações de desigualdade social no Brasil estão associadas à distribuição de capital e poder e isso impacta sobremaneira o fluxo de renda e, portanto, pode determinar a capacidade de redistribuição da sociedade. O principal argumento de Morgan (2017) é que a diferenciação na estrutura de classes sociais, que sempre existiu no país, redistribuiu esse crescimento econômico do início do século, aumentando as desigualdades sociais.

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (2017) as desigualdades sociais se acentuaram a partir de 2015. No Índice de

Desenvolvimento Humano (IDH) de 2015, o Brasil ocupava o 79º lugar entre 188 nações no *ranking*, que leva em conta indicadores de educação, renda e saúde, mas estava dezoito posições abaixo quando o índice considerava a diferença entre ricos e pobres. No Coeficiente de Gini, que mede a concentração renda, o país estava no 10º lugar mais desigual do mundo e o quarto da América Latina.

O IPEA (2018) indica que, apesar da renda e do aumento do nível de riqueza serem os fatores que mais contribuíram para a variação das desigualdades sociais, houveram diferenças regionais que não são explicadas por esses fatores. O Instituto aponta uma relação com as condições de acesso à serviços de saneamento básico e de mobilidade urbana. Mesa-Lago (2007) também afirma que as variações no nível de desigualdade social, entre a década de 1990 e os anos 2000, não estão relacionadas apenas ao fator renda do trabalho, mas aí uma cadeia de fatores que são, direta ou indiretamente, impactos pela renda. Segundo o autor, o aumento da renda proveniente do trabalho indica que um número maior de pessoas está empregado e, por isso, tem maior acesso à segurança social, ao sistema de saúde, melhores condições de moradia.

Galbraith (1992) afirmou que existem graves problemas sociais, como a criminalidade, problemas habitacionais e de saúde associados às aglomerações de pessoas que não gozam de um relativo Bem-Estar Social disponível para o restante da população. As classes mais ricas, além de deterem a maior parte da renda nacional, ou justamente por isso, ainda têm acesso à reforços públicos e privados para segurança de suas rendas, como fundos particulares de pensão, seguridade social, assistência médica privada, pública ou proporcionada por seus empregadores, seguro contra prejuízos decorrente de falência de instituições financeiras; reforços com os quais as classes mais pobres não podem contar ou não acesso.

Esses fatores, socialmente determinados, segundo Machado, Lima e Andrade (2014), Mujica *et al.* (2014) e Alves e Moraes Neto (2015) exercem grande influência sobre as desigualdades no Estado de Bem-Estar Social, e em um país como o Brasil, de renda nacional média, mas um alto nível de desigualdade de renda entre as classes e grandes disparidades regionais, provocam resultados degradantes sobre como estão distribuídas as características de saúde e doença da população.

Ao longo do século XX, o setor de saúde brasileiro desenvolveu-se conforme os projetos desenvolvimentistas e suas articulações internacionais. A industrialização ampliou oportunidades e a capacidade de mobilidade social. Enquanto isso, foi imposta às instituições de saúde e previdência uma racionalização, conduzindo-as para uma perspectiva de comando único, descentralização dos processos de execução e hierarquização das ações por níveis de complexidade. No entanto, a dependência do capital e das tecnologias externos, associados às

desigualdades territoriais e sociais, provocou uma grande diferença de acesso aos bens e serviços entre grupos sociais, deixando à margem grande parte da população.

Essas contradições do desenvolvimento se agravaram a partir da década de 1980, quando se intensificou o uso de uma estratégia de desenvolvimento concentradora e excludente. As diferenças políticas e ideológicas desse período de expansão do liberalismo, intensificaram duas discussões: i) o da racionalização dos recursos e ii) o da promoção de justiça social pela universalização dos serviços públicos de saúde respeitando o princípio de equidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Nesse contexto foi elaborada a Constituição de 1988, chamada de Constituição Cidadã, que reconhecia a importância da participação social nos processos de decisão de políticas, principalmente de políticas sociais, e ampliava o conceito de cidadania entre os brasileiros. Ocké-Reis (2009) afirma que, o SUS foi concebido para enfrentar dupla tarefa: o combate à pobreza e à desigualdade social, superando o limite de cobertura do seguro social, pelo qual apenas os contribuintes tinham direito ao acesso, e o modelo privatista do regime militar no setor de saúde (1964-1985).

A base desse sistema seriam a igualdade e equidade, respectivamente, a base da universalização e o foco das políticas sociais para os mais vulneráveis, de uma perspectiva da epidemiologia. Esses conceitos estão baseados na justiça social, que, segundo o autor não é uma questão de preferência individual, mas deriva a rigor de um conjunto de valores e princípios que sociais. No entanto, devido ao cenário político, econômico e ideológico, fortemente influenciado pelo contexto internacional, o que se seguiu foi uma privatização do seguro social, engrossando o número de consumidores de planos privados, dando início à configuração de um sistema de saúde paralelo, que reproduz desigualdades sociais e aprofunda iniquidades de acesso dentro do sistema de saúde. Mesa-Lago (2007) afirma que o sistema de saúde que se estabeleceu no Brasil possui pontos contraditórios que aumentam e reduzem a pobreza e as desigualdades.

Segundo Barata (2012), o tema de desigualdade em saúde tornou-se um dos temas mais importantes da Saúde Pública em países ricos e pobres a partir da década de 1990, e tomou dimensão política a partir da criação da Comissão de Determinantes Sociais em Saúde pela Organização Mundial da Saúde, em 2005. A questão das desigualdades sociais pode ser desdobrada em dois temas: i) As desigualdades no estado de saúde, ou seja, em relação à produção do processo saúde-doença e seus determinantes sociais e ii) As desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde.

Mullachery, Silver e Macinko (2016) afirmam que desde a década de 1990, a utilização de cuidados de saúde no Brasil aumentou e as necessidades de cuidados de saúde não atendidas diminuíram de forma simultânea ao desenvolvimento do SUS. Em seu estudo, os autores utilizam o Índice de Igualdade Horizontal, usado para medir a desigualdade na utilização de cuidados de saúde, e também utilizam a Curva de Desigualdade de Lorenz para traçar a proporção acumulada dos serviços utilizados, sobre a população ordenada dos mais pobres aos mais ricos, sendo a utilização padronizada por variáveis indicativas de necessidades de saúde. Assim é possível estimar a desigualdade que permanece após as necessidades de saúde serem levadas em consideração, ou seja, as desigualdades provocadas pela desigualdade social, relacionadas ou não à renda. No contexto geral, destacam Mullachery, Silver e Macinko (2016), nos últimos quinze anos, o Brasil sofreu importantes transformações sociais e econômicas que levaram a diminuição da pobreza e melhorias nas condições de vida e bem-estar.

No entanto, a recente instabilidade econômica, resultante da crise financeira global de 2008 suscitou preocupações quanto ao aumento de barreiras impostas aos cuidados entre os mais pobres. Os autores afirmam que, ao observar os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), foi possível verificar um padrão de declínio no crescimento das despesas de saúde pública e redução da disponibilidade de serviços após grandes crises econômicas; e que, nesses cenários, as populações mais vulneráveis são as mais atingidas, pois são mais propensas a enfrentar a redução da renda, a perda de emprego e o aumento das barreiras aos cuidados de saúde.

Mullachery, Silver e Macinko (2016) afirmam que, o país avançou na direção de uma distribuição mais equitativa dos cuidados de saúde até o presente, mas os ganhos podem ser ameaçados pela instabilidade econômica resultante da crise financeira global iniciada em 2008. Eles apontam que, entre 2008 e 2013, a população brasileira continuou a ver ganhos absolutos no acesso aos cuidados, apesar das recentes crises econômicas, mas, os ganhos em equidade diminuíram e podem até diminuir se os investimentos não forem mantidos enquanto o país entrar em crises financeiras e políticas mais profundas.

Segundo Vieira (2016), a crise de 2008 e a adoção de medidas austeras já mostrou resultados negativos sobre a manutenção dos Estados de Bem-Estar em vários países. A autora aponta como principais consequências a redução do emprego, a piora da qualidade de vida e da saúde das populações e uma redução do acesso à saúde, principalmente pela incapacidade de pagamento do próprio bolso. Stuckler e Basu (2013) e Labonté e Stuckler (2015), assim como Vieira (2016), indicam que os resultados desse processo são o aumento da pobreza e das desigualdades econômicas e sociais.



Vieira (2016) aponta como principais conclusões de seu estudo o fato de que as crises econômicas podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades sociais, podem piorar a situação de saúde da população, que as medidas de austeridade fiscal que estabelecem a redução dos gastos com programas de proteção social agravam os efeitos da crise sobre a situação de saúde, em particular, e as condições sociais, de forma mais geral, e que a preservação dos programas de proteção social é uma medida importante para proteção da saúde da população e para a retomada do crescimento econômico em mais curto prazo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou em 2009 um encontro para, entre outros objetivos, discutir o impacto da crise econômica global e identificar ações que pudessem ajudar os países a mitigar o efeito negativo da crise para o bem-estar da população. A principal conclusão apontada foi de que os efeitos negativos das crises econômicas sobre a saúde podem ser reduzidos ou até mesmo evitados, desde que algumas medidas sejam tomadas.

Dado este contexto é possível compreender que existe uma relação entre a saúde os determinantes sociais de bem-estar. Não uma relação de causa e efeito em um único sentido, mas uma relação que caracteriza um ciclo, no qual os determinantes sociais afetam a saúde dos indivíduos e das populações e os resultados de saúde também causam impacto sobre o conjunto de determinantes sociais. Além disso, é possível compreender que o estado de saúde da população desempenha um importante papel sobre o sistema de reprodução material e social, e também é afetado por ele. Por isso, este trabalho se propõe a analisar como variaram, as condições de saúde na população brasileira a partir de 1998, período apontado como o início das transformações econômicas e sociais, e intensificação do Estado de Bem-Estar Social Universalista implantado em 1988, até o ano de 2013, quando foram disponibilizados os últimos dados acerca do acesso e utilização da saúde no Brasil e os resultados de saúde na população brasileira.

Esta escolha se deve à crescente preocupação com a garantia da previsão constitucional de equidade de saúde, como aponta Barros e Sousa (2016), que já estava presente nas ideias do movimento de reforma sanitária desde o Regime Militar, resultado da ameaça do desmonte do Estado de Bem-Estar Social entre as décadas de 1960 e 1980 (PIRES; DEMO, 2006; SILVA; ROTTA, 2012), e que novamente ganhou destaque a partir da crise econômica de 2008.

Este trabalho se propõe a ampliar os estudos realizado por Macinko e Lima-Costa (2012) e Mullachery, Silver e Macinko (2016), que avaliam o nível de equidade de acesso à saúde entre os estratos sociais, e a existência de igualdade horizontal nos resultados de saúde na sociedade brasileira entre 1998 e 2013, ampliando o grupo de variáveis de Determinantes Sociais de Saúde e também o grupo de variáveis de acesso e resultados de saúde. Desta forma, o objetivo

principal do trabalho é compreender a dinâmica entre as alterações no cenário econômico, social e político brasileiro e nas diretrizes para saúde e as alterações no nível de equidade de acesso à saúde e no nível de igualdade horizontal dos resultados de saúde da população, entre os estratos sociais no Brasil entre 1998, 2003, 2008 e 2013. Para alcançar este objetivo geral são colocados dois objetivos específicos: i) Avaliar as alterações do perfil epidemiológico da população em relação àquilo que foi proposto nos Planos Nacionais de Saúde elaborados no período e ii) Realizar uma avaliação, segundo os Determinantes Sociais de Saúde, do nível de equidade de acesso e igualdade horizontal nos resultados de saúde utilizando um índice capaz de mensurar desigualdades.

O acesso aos serviços de saúde foi escolhido pois é compreendido como um retrato das desigualdades e vulnerabilidades provocadas pela vida em sociedade (STOPA *et al.*, 2017). Segundo Macinko e Lima-Costa (2012), a equidade no acesso aos serviços de saúde baseia-se no princípio de que as pessoas, independentemente de suas capacidades sociais, devem ter acesso semelhante aos serviços de saúde, sem barreiras sociais injustas que provoquem diferença no estado de saúde. Já a desigualdade horizontal nos resultados de saúde indica que pessoas em iguais condições sociais devem ter os mesmos níveis de saúde e bem-estar. Os problemas de acesso e resultados de saúde não se restringem à relação com as características socioeconômicas dos indivíduos e da sociedade, como apresentado aqui, mas também está relacionada ao lado da oferta e organização dos serviços de saúde, que podem atuar como barreira ao acesso. Contudo, devido à limitação de tempo e limitações metodológicas, este trabalho se concentra apenas no lado da demanda.

Os Planos Nacionais de Saúde foram escolhidos neste trabalho como diretrizes de saúde para o período de 1998 e 2013 por sintetizarem as demandas apresentadas nas Conferências Nacionais de Saúde realizadas entre estes anos, por realizarem uma análise detalhada do perfil epidemiológico da população brasileira nos anos que antecederam a elaboração de cada Plano e por considerarem as determinações dos Planos Plurianuais desenhados para os quadriênios entre estes anos.

É preciso destacar ainda que este trabalho se divide em outros seis capítulos além desta introdução. O primeiro apresenta o papel da saúde na manutenção desse Estado de Bem-Estar. O segundo capítulo apresenta os conceitos de equidade e igualdade, bem como seus desdobramentos relacionados à justiça social, e a relação desses conceitos com o que é considerado justo ou injusto para a saúde e o bem-estar social. A terceira seção apresenta uma revisão histórica do Estado de Saúde brasileiro e como as transformações políticas, econômicas e sociais que alteraram o cenário do Estado de Bem-Estar Social impactaram o setor de saúde.

O capítulo seguinte se dedica ao detalhamento da escolha das variáveis utilizadas no trabalho, à apresentação das bases de dados e informações apresentadas nos resultados e os métodos estatísticos empregados na análise de dados. A penúltima seção apresenta os resultados, divididos em duas partes, a primeira é uma análise descritiva das alterações no perfil epidemiológico da população brasileira ao longo do período escolhido, e a segunda, traz a análise estatística dos indicadores de acesso e de resultado de saúde contra os Determinantes Sociais de Saúde. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

## 2. A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE NA MANUTENÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL

“É falso que a igualdade seja uma lei da natureza. A natureza não faz nada igual; a sua lei soberana é a subordinação e a dependência”

**Luc de Clapiers Vauvenargues –**

Historicamente, o *crescimento econômico* é um dos indicadores mais valorizados na avaliação do desempenho de um país. No entanto, segundo a Organização Mundial da Saúde (2011), esse princípio vem sendo questionado, uma vez que, medidas mais amplas estão sendo utilizadas para a expansão do bem-estar e do desempenho econômico. O Relatório da Comissão sobre as Medidas do Desempenho Econômico e Progresso Social (2009), elaborado pelo Governo da França, destacou que essas medidas estão intimamente relacionadas à saúde. De forma geral, há uma maior compreensão de que a saúde contribui para outras questões, como a coesão social e o desenvolvimento econômico, e de que é preciso coordenar esforços dos diferentes setores para melhorar as condições de saúde, pois, para que haja crescimento econômico, é importante que a população seja saudável.

A definição de saúde foi estabelecida pela OMS no momento de sua constituição, em 1948, e diz que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). A saúde consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no seu artigo XXV, que define que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis”. Segundo o Ministério da Saúde (2008), o direito à saúde é indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas. O direito à saúde implica também na garantia ampla de qualidade de vida, em associação a outros direitos básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança.

Segundo o Relatório da OMS (2011), desde 2008 o mundo tem passado por uma série de crises e, em resposta à redução do espaço fiscal utilizada como forma de amenizar tais crises, foram utilizadas medidas que implicam em reduções dos serviços sociais que influenciam fortemente as condições de vida e têm aumentado as iniquidades sociais, incluindo a saúde. Além disso, afirma que a maior parte da carga de doenças, assim como as iniquidades em saúde que existem em todos os países, acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto de condições é chamado

Determinantes Sociais da Saúde (DSS), um termo que resume os fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Nesse relatório a OMS indica que, as crises criaram condições sem precedentes para a adoção de abordagens ligadas aos determinantes sociais da saúde nos debates de política e objetivos a serem traçados nos planos de desenvolvimento em cada país.

No Plano Nacional de Saúde de 2008 já é possível observar a preocupação com esses fatores, quando o Ministério da Saúde afirma que a compreensão do conceito ampliado de saúde transcende as concepções *stricto sensu* biomédicas do processo saúde-adoecimento-cuidado e envolve fatores determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, saneamento ambiental, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, meio ambiente, acesso a bens e serviços essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Hoje se reconhece que a boa saúde contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico e que isso gera um “círculo virtuoso” no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente. Assim, tanto os problemas sociais quanto as suas soluções são sistêmicos e as políticas públicas têm uma importância central nessa dinâmica, atuando por meio de políticas de transporte e habitação a nível local, políticas fiscais, ambientais, educacionais e sociais a nível nacional e políticas financeiras, comerciais e agrícolas a nível global.

A abordagem dos determinantes sociais reflete o fato de que as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também sejam. Para que a economia permaneça vigorosa e, a estabilidade social e a segurança global sejam garantidas, é essencial que ações coordenadas em prol da saúde sejam implementadas, pois ela é fator determinante para a boa governança. Sociedades bem-sucedidas não são somente àqueles que crescem economicamente, mas também as que são sustentáveis e proporcionam um alto grau de bem-estar e uma boa qualidade de vida para seus cidadãos (OMS, 2011).

A abordagem dos determinantes sociais identifica a distribuição da saúde, medida pelo grau de desigualdade em saúde, como um importante indicador não só do nível de igualdade e justiça social existente numa sociedade, como também do seu funcionamento como um todo. As iniquidades em saúde funcionam como um indicador claro do sucesso e do nível de coerência interna do conjunto de políticas de uma sociedade, uma vez que, a saúde é resultado de uma diversidade de aspectos relacionados à qualidade de vida, incluindo padrões apropriados de alimentação, habitação e saneamento, bem como oportunidades de educação ao longo da vida, estilos de vida adotados, acesso à assistência à saúde, entre outros determinantes.

As condições sociais e materiais de vida – o meio ambiente físico, social, político e cultural – influenciam de forma decisiva o processo saúde-doença e, conseqüentemente, a expectativa de vida. Há fatores que afetam diretamente o estado de saúde dos indivíduos, como as restrições ou oportunidade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade da atenção e a discriminação – tendo por base a classe social, o gênero, a raça/etnia, a faixa etária e a orientação sexual – por parte de instituições e profissionais de saúde. Além desses fatores, exercem influências de forma indireta: o lugar e o tipo de moradia, o tipo de ocupação e o nível de renda, a qualidade e o acesso à educação, o direito ou não ao alimento e o estilo de vida (hábitos alimentares e comportamentos saudáveis ou nocivos à saúde).

No contexto brasileiro, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Esse direito garantido a qualquer cidadão brasileiro, se dá a partir de um modelo baseado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. O atendimento pelo SUS acontece em três níveis de atenção: i) no primeiro, estão as Unidades Básicas ou Postos de Saúde, a “porta de entrada” ao SUS, onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos menos complexos, como vacinação e curativos, ii) no segundo, entendido como de média complexidade, estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas, que dão conta de alguns procedimentos de intervenção, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças, e iii) no terceiro, de alta complexidade, estão os Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida, e é direito do cidadão ser atendido em cada uma destas unidades de forma humanizada e sem discriminação.

Nos trinta anos de criação do SUS foi possível observar a melhora de diversos índices de saúde, principalmente daqueles associados ao nível de atenção básica ou primária, que tem como objetivo orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. Esse nível de atenção funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos e conta com diversos programas governamentais, com destaque para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

A Estratégia de Saúde da Família é considerada uma estratégia primordial para a organização e o fortalecimento da atenção básica, pois, permite o acompanhamento das famílias e a promoção de ações de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Tem como estratégia de trabalho conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população que ela atende está exposta; e prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário.

Apesar dos inúmeros avanços alcançados com o processo da Reforma Sanitária Brasileira, que culminou na criação do SUS, segundo o Plano Nacional de Saúde de 2016, ainda existem fatores persistentes de iniquidades, como a falta de acesso a serviços de educação e de saúde de qualidade, desemprego, falta de moradia digna, falta de saneamento básico e ambiental, inúmeras alterações no meio ambiente e seus ecossistemas. As iniquidades na distribuição de riqueza no Brasil geram altos índices de pobreza que, por sua vez, levam à falta de acesso a bens materiais e a condições essenciais à saúde, à ausência de oportunidades e de possibilidades de opção, à baixa participação e mobilização social e à alta vulnerabilidade frente a adversidades.

A OMS (2011) alerta que, neste cenário de crises sistêmicas, é necessário que os Governos Centrais estejam atentos ao risco de fazer com que erros do passado – que produziram impactos negativos sérios e extensos sobre a equidade em saúde – venham a ser repetidos, e que é preciso aprender com os países que mantiveram ou até mesmo aumentaram os gastos nos principais determinantes sociais em tempos de crise.

Para evitar que o cenário de iniquidades se agrave, a OMS estabelece como princípios: a atuação no longo prazo, com implementação continuada de políticas que enfoquem os determinantes sociais de saúde e a declaração de uma meta que priorize a distribuição equitativa do bem-estar e da saúde. Pois, a promoção da saúde e o bem-estar são fatores cruciais para que as sociedades sejam bem-sucedidas, inclusivas e igualitárias, e isso significa apoiar uma série de valores como o compromisso com os direitos humanos e a igualdade em saúde, a democratização da saúde e do bem-estar e a solidariedade para com a saúde. O investimento em ações sobre os determinantes sociais e na redução das iniquidades em saúde permite que todos possam exercer o seu direito de terem oportunidades iguais em relação à saúde e para que vivam vidas que considerem de valor.

### 3. COMO SE EXPRESSAM AS DIFERENÇAS? AS DEFINIÇÕES DE EQUIDADE E IGUALDADE

“Nada é mais injusto do que fazer partes iguais entre desiguais”

**Lorenzo Milani –**

“A desigualdade dos direitos é a primeira condição para que haja direitos”

**Friedrich Wilhelm Nietzsche –**

Apesar do surgimento e do desenvolvimento do ideal de implantação de um Estado de Bem-Estar Social equitativo e universal promovido, principalmente, pelo Estado, a crise econômica mundial iniciada a partir da década de 1970, de diversas maneiras, freou a continuação desse perfil de desenvolvimento socioeconômico guiado pelo Estado. Os países passaram a enfrentar crises fiscais, déficits e tomar medidas de contenção. Discursos que ressaltavam a importância da eficiência ganharam mais espaço e visibilidade desde então. Este foi o cenário que deu lugar às ideias neoliberais, tanto na política e na economia, quanto na ciência. Um expoente dessa discussão foi o surgimento da hipótese do *trade-off* entre crescimento e redistribuição, ou, eficiência e equidade, elaborada por Okun (1975), e ilustrada pela ideia do “balde furado” que afirmava que os gastos públicos sociais são um fardo que impedem o crescimento e o desenvolvimento econômico, pois, desestimulam o trabalho e tornam o Estado perdulário num momento de crise (KERSTENETZKY, 2012).

O trajeto histórico dos modelos de bem-estar social demonstra a guinada a partir do período de crise e recessão da segunda metade do século XX, de políticas de equidade baseadas em igualdade universal para uma política compromissadas com os padrões de vida mínimos. O maior exemplo desse acontecimento ocorreu no Reino Unido que, até o governo de Margaret Thacher, em 1979, utilizava um modelo de bem-estar social baseado na universalidade da prestação de serviços a fim de promover equidade entre contribuintes e não contribuintes, população urbana e rural, e assim por diante, mas a partir da década de 1980 mudou seu projeto de assistencialismo e saúde pública, aproximando seu Estado de Bem-Estar ao de países historicamente compromissados com padrões mínimos, como os Estados Unidos (KERSTENETZKY, 2012).

Para compreender as diversas propostas de Estado de Bem-Estar Social, as semelhanças e diferenças entre eles e a relação que estabelecem com os determinantes sociais, é fundamental que sejam esclarecidos dois conceitos: o de *equidade* e o de *igualdade*. Wagstaff *et al.* (1989)



demonstraram a dificuldade de definir esses termos, por se tratarem de conceitos complexos, associado à justiça social. Segundo os autores, *equidade refere-se a uma distribuição segundo aquilo que é considerado socialmente certo e justo*, e *igualdade refere-se a uma distribuição segundo as necessidades dos indivíduos*. Outros dois autores merecem destaque nesse debate que relaciona equidade e igualdade ao senso de justiça social, e apresentam perspectivas com pressupostos distintos: John Rawls e Amartya Sen.

Rawls (1997, 2003) desenvolveu um conceito chamado axioma *Maximin*, a partir do qual critica a noção utilitarista de que a alocação de recursos mais justas numa sociedade é aquela que soma as utilidades dos indivíduos, sendo a alocação preferida a que é capaz de maximizar a utilidade dos envolvidos. O autor propõe uma teoria da justiça pautada na equidade, de forma que a soma das utilidades individuais é substituída por uma regra baseada na hierarquia da condição social dos indivíduos. Nessa teoria a alocação mais justa é aquela que tem capacidade de aumentar o nível de utilidade dos indivíduos em piores condições de vida. Como utilidade é uma medida subjetiva, e é difícil empregá-la para direcionar decisões distributivas, Rawls considera que a utilidade é equivalente ao consumo.

Rawls parte de uma situação hipotética inicial, na qual existe uma posição de igualdade entre todos, ignorando o conhecimento sobre contingências que resultam em disparidades entre os indivíduos, como a posição social, a situação de classe e os atributos e talentos naturais. Ele chama essa conjuntura de “véu da ignorância” e garante que todos os participantes estejam na mesma situação, evitando que os indivíduos se orientem pelos seus preconceitos e estabeleçam princípios que beneficiem sua situação particular. Para atingir tal condição, as instituições – especificadas pelo autor como constituição política e principais acordos econômicos e sociais – desempenham papel fundamental, uma vez que constituem a estrutura básica da sociedade e, dependendo da forma de sua constituição, podem ou não ocasionar desigualdades profundas ao favorecerem certas circunstâncias, como posições sociais diferentes, que não são justificadas por mérito ou valor.

Sen (2011) faz uma crítica a Rawls e apresenta uma abordagem cujos princípios de justiça não são definidos apenas com relação às instituições, mas concentram-se na vida e na liberdade dos indivíduos. Segundo o autor a justiça não deve se limitar à escolha das instituições e à definição de arranjos sociais ideais, mas depende também das realizações e capacidades dos indivíduos. Para ele, as instituições não são manifestações da justiça e nem são invioláveis. Assim, os indivíduos desempenham papel primordial sobre a promoção da justiça à medida que apresentam capacidades diferentes de buscar seus objetivos. Diminuir as desigualdades significa considerar que existe uma diversidade de características pessoais como, idade, sexo,

propensão a doenças, e, também, capacidades externas, como o patrimônio disponível, o ambiente social e outros, que interferem na capacidade dos indivíduos de realizarem estados e ações que, por sua vez, constituem a sua liberdade para alcançar objetivos que consideram valiosos.

Breilh (2010) traz uma outra abordagem semelhante a esta expressa por Sen (2011), ao correlacionar equidade, classes sociais e capacidades sociais. Ele diferencia equidade/iniquidade de igualdade/desigualdade, identificando o primeiro par como o resultado dos contrastes de poder econômico, social e cultural existentes na formação de uma sociedade, que pode resultar ou não na acumulação histórica do poder, dependendo da existência de um processo de apropriação das condições que dão acesso a ele por uma classe dominante; já o segundo par se refere a expressão visível da presença da iniquidade, ou sua ausência, por meio da repartição dos bens ou do acesso aos serviços disponíveis nessa sociedade, que pode ser justa ou injusta.

Além desta vertente que atrela equidade e igualdade ao senso de justiça social, existe uma outra que afirma que equidade pode significar apenas a garantia de *padrões de vida mínimos*, ou seja, garantir que ninguém se encontre abaixo de um nível mínimo especificado – de pobreza, fome ou saúde. Sugden (1983) e Le Grand (1987a) fazem uma ressalva a esta discussão e que é bem inserida no contexto de austeridade. Segundo os autores, é importante distinguir “*equidade expressa por igualdade*” e “*equidade expressa por padrões de vida mínimos*”. Enquanto a primeira definição tem por objetivo *a eliminação completa das desigualdades*, as políticas de padrão mínimo se comprometem com *a extinção da pobreza*.

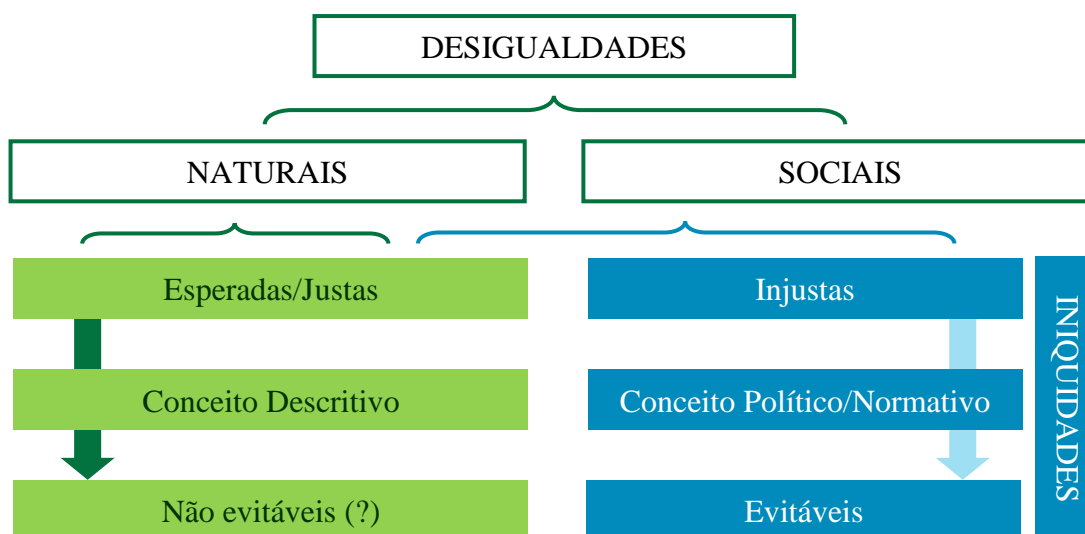
Evidentemente, nos países muito pobres, a pobreza absoluta tem um papel fundamental na determinação das diferenças sociais. Num ambiente como este, o estabelecimento de padrões de vida mínimos para o combate da pobreza é um começo para redução das diferenças sociais. Entretanto, nos países emergentes, como o Brasil, as desigualdades relativas, não apenas da renda, mas também nas demais condições de vida, têm importância crescente, sem que as diferenças absolutas deixem de ser importantes. Este cenário exige mais do que o estabelecimento de padrões de vida mínimos para o combate das desigualdades e iniquidades, é preciso estabelecer um princípio de igualdade baseado no conceito de cidadania e justiça social, segundo o qual todos os indivíduos são iguais, tendo, portanto, os mesmos direitos (NUNES *et al.*, 2001)

Barros e Sousa (2016), discutindo estes conceitos de igualdade, equidade e cidadania, afirmam que, *igualdade está relacionada ao princípio de universalidade das regras de distribuição*, ou universalidade da justiça social, enquanto *equidade está relacionada aos*

*direitos difusos e coletivos*, conhecidos como direitos da terceira geração<sup>1</sup>. Difusos porque sua titularidade não é clara, pois envolvem tanto os interesses públicos como os privados, e coletivos porque buscam atender as necessidades comuns ao conjunto dos indivíduos de toda sociedade. Segundo os autores, as *desigualdades sociais podem ser associadas à identificação de situações que envolvem algum grau de injustiça* que coloca o indivíduo em relação ao grupo, ou um grupo em relação a outro, em situação de desvantagem na garantia do seu bem-estar. As *iniqüidades, por sua vez, se referem as diferenças que não são só injustas, mas também, evitáveis*. Silva e Barros (2002), elaboraram um esquema para melhor compreensão desses conceitos, apresentado na Figura 1.

Portanto, é possível compreender que não se pode dissociar equidade e igualdade do princípio de justiça social. No entanto, cada conceito possui suas particularidades, já que, nem toda desigualdade constitui uma iniquidade no sentido de injustiça. Ou seja, como Sen (2011) afirma, existem desigualdades naturais ou justas, atribuídas as diferenças de idade, gênero ou genéticas, que são esperadas e estão associadas as necessidades dos indivíduos. As iniquidades, por sua vez, além de estarem associadas ao senso de justiça, possuem um caráter de inevitabilidade, pois são geradas por diferenças socialmente injustas e que podem ser superadas, condições relacionadas à estratificação social e à diferença de oportunidades que são oferecidas aos indivíduos pelo meio ao qual estão limitados.

Figura 1 – Esquema das Desigualdades



Fonte: Silva e Barros (2002).

<sup>1</sup> Os direitos de primeira geração seriam aqueles relacionados aos direitos individuais civis e políticos e os da segunda geração são os direitos sociais e econômicos (BARROS; SOUSA, 2016)

Estes serão os conceitos utilizados neste trabalho: que as desigualdades contem diferenças que são justas/esperadas e diferenças que são injustas, segundo a distribuição dos recursos e oportunidades de acordo com as necessidades dos indivíduos; que as iniquidades se referem as diferenças que não são somente injustas, mas também, evitáveis; e que ambos os conceitos estão relacionados à justiça social e a universalização das oportunidades.

### 3.1. DESIGUALDADES EM SAÚDE: O QUE É JUSTO E O QUE É INJUSTO

O discurso austero das décadas de 1970 e 1980 provocou uma mudança nos gastos sociais e um aumento nos níveis de desigualdade social e pobreza em todo o mundo. Goldbaum (1997) faz uma revisão histórica dos trabalhos que tratam da relação entre os perfis demográficos populacionais e a distribuição da saúde e das doenças – os perfis epidemiológicos das populações. Este autor destaca que, desde tempos remotos, sempre existiu uma preocupação com a saúde da sociedade, mas que, esta preocupação se intensificou a partir do século XIX, quando a evolução técnica-científica impactou os níveis de crescimento econômico urbano-industrial, que, por sua vez, geraram efeitos cada vez mais visíveis sobre a qualidade e as condições de vida das pessoas.

Contudo, isso não se compara à crescente preocupação que as mudanças da década de 1980 causaram no modo de vida dos indivíduos. Desde esse momento histórico, essa preocupação vem ganhando espaço entre os profissionais e pesquisadores sociais. Barros e Sousa (2016) destacam a equidade de saúde entre os indivíduos de uma população como algo indispensável para se chegar a um ideal de justiça social e cidadania plena, capaz de garantir uma situação de igual bem-estar para todos os cidadãos, considerando que equidade em saúde é um processo em permanente transformação, que vai mudando seu escopo e abrangência à medida que os resultados propostos vão sendo alcançados e novas necessidades vão surgindo dentro da sociedade.

Goldbaum (1997) destacou alguns acontecimentos, como a Reunião Europeia sobre a Iniquidade em Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde, em 1990, dedicada ao tema “saúde para todos”, e, também, vários trabalhos elaborados entre as décadas de 1980 e 1990 preocupados com as disparidades entre saúde e doença geradas a partir da década de 1980. Estes trabalhos evidenciam que o ciclo de empobrecimento da população é responsável pela deterioração das condições de vida e trabalho, alimentando um novo ciclo vicioso de pobreza, o que pode ser observado pelo aumento do índice de Gini em toda América Latina durante as décadas de 1970 e 1990 e o aumento do número de pessoas abaixo da linha da pobreza. No ano

2000, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas aprovou o Comentário Geral nº 14, que reafirma a saúde como direito humano fundamental, e no documento de orientação à 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011, a preocupação com a equidade em saúde era o primeiro dos cinco tópicos propostos.

A discussão proposta nesta seção é complexa, possui diversas particularidades e existe uma vasta literatura sobre o assunto. Por isso, a seção foi dividida em temas para facilitar a compreensão da construção dos conceitos de equidade e igualdade em saúde, e seus fundamentos. A primeira parte apresenta as teorias disponíveis que buscam explicar as diferenças em saúde. Em seguida, partindo daquelas que mais se adequam ao escopo deste trabalho, são apresentados os conceitos de equidade e igualdade mais disseminados na literatura internacional e nacional sobre saúde. Na terceira parte, é apresentada a relação entre o processo saúde-doença e o conceito explorado na seção anterior de justiça social, que evidencia a importância dos Determinantes Sociais de Saúde na indicação daquilo que é considerado como resultado justo ou injusto em saúde, aspectos apresentados na última parte.

### **3.1.1. Teorias acerca das Desigualdades Sociais em Saúde**

Barata (2009) apresenta quatro teorias principais que buscam explicar o processo de produção de saúde e doença e seu reflexo sobre a diferenciação do estado de saúde entre os grupos sociais. A primeira delas, a mais antiga, e segundo a autora, a mais aceita, é a Teoria Estruturalista ou Materialista. Esta teoria atribui grande importância à estrutura econômica da sociedade e considera que o nível de renda, e ou de riqueza, é o principal determinante de saúde entre os indivíduos ou grupos. O processo de produção de saúde-doença está condicionado à quantidade de recursos materiais à disposição dos indivíduos para enfrentar os estressores ao longo da vida, que tem a capacidade de produzir a doença e diminuir a saúde. Barata (2009) afirma que esta corrente de pensamento é capaz de explicar grande parte das desigualdades, mas falha diante do paradoxo de que nem sempre a riqueza está acompanhada de um melhor nível de saúde, principalmente em situações nas quais a população não tem suas necessidades básicas atendidas.

A segunda teoria apresentada pela autora busca superar este paradoxo e é chamada de Teoria Psicossocial. Essa teoria dá mais importância à percepção da desvantagem social como fonte de estresse e desencadeador das doenças. Ou seja, mesmo nas sociedades onde as necessidades básicas são atendidas, as diferenças relativas na posse de bens e a distribuição de classes sociais, que distribui de forma desigual prestígio e poder entre os indivíduos, passa a

ser mais relevante na produção e distribuição das doenças do que o nível absoluto de riqueza material dessa sociedade. Não há contradição entre essas duas teorias, o que as diferencia fundamentalmente é o enfoque baseado na ideia de privação absoluta ou relativa. No primeiro caso, a falta total de condições para suprir as necessidades básicas apresenta-se como principal determinante do estado de saúde. No segundo caso, predomina a privação relativa, ou seja, uma vez ultrapassado o limiar de atendimento das necessidades básicas, as diferenças relativas entre os grupos sociais no interior de cada população passam a ser um determinante fundamental, como, por exemplo, os países mais igualitários desfrutando de melhores níveis de saúde do que aqueles onde existe maior desigualdade.

A terceira teoria é chamada de Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença e foi, predominantemente, desenvolvida na América Latina. Esta teoria discute a relação entre a constituição do sistema capitalista de produção e suas particularidades em sociedades diferentes, dando maior ênfase aos mecanismos de acumulação de capital e distribuição de poder, prestígio e bens materiais. É possível compreender o porquê desta teoria se desenvolver na América Latina, um ambiente de desenvolvimento tardio, no qual a preocupação com o bem-estar social se deu à medida em que os países se industrializavam e suas relações de trabalho e estruturação das classes sociais era transformada. Por causa disso, a posição de classe e a reprodução social passaram a ser vistas como os principais determinantes do perfil da saúde e doença, o centro do problema se afasta da questão relacionada à pobreza absoluta ou relativa e se aproxima da perspectiva da inclusão ou exclusão social. Os impactos da estrutura social sobre a saúde são pensados nos processos de participação ou exclusão, associados às diferentes posições sociais, e sujeitos a transformações em função do próprio processo histórico.

A versão brasileira da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença dá maior ênfase explicativa ao Modo de Vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo, às quais cada grupo social está relacionado através do modo de vida. Nesta teoria, ao mesmo tempo que se busca articular as diferentes esferas da organização social, a utilização do conceito de “modo de vida” reúne em um mesmo marco teórico as condições coletivas dos grupos e os comportamentos dos indivíduos que compõem esses grupos.

A quarta, e última teoria destacada pela autora, é a Teoria Ecosocial, que destaca os processos de incorporação dos aspectos sociais e psíquicos pelos indivíduos que são predominantes no contexto em que eles vivem e trabalham. Segundo Barata (2009), essa teoria

rompe com a visão dos processos de influência que se afastam de forma linear – dos fatores mais próximos ao nível individual até os macrodeterminantes, mais distantes –, substituindo esta visão por uma concepção complexa de que cada um dos aspectos se manifesta e se reproduz em cada um dos níveis de organização, caracterizando, assim, a incorporação das diferentes instâncias pelos indivíduos. Em outras palavras, essa teoria considera impossível a separação entre o biológico, o social e o psíquico, afirmando que se influenciam mutuamente.

As quatro teorias compreendem o processo saúde-doença como intrinsecamente histórico, isto é, determinado pelas condições estruturais e conjunturais em que vivem as populações humanas. Desta forma, no mesmo processo em que os homens constroem sua vida material e não-material, eles também produzem as doenças das quais irão padecer, bem como os instrumentos e as organizações sociais para combatê-las. A Teoria Ecosocial e a Teoria brasileira do Modo de vida representam o esforço de articular as três anteriores – Estruturalista, Psicossocial e Determinação Social – considerando os padrões de saúde e doença como as consequências biológicas dos modos de vida e trabalho próprios de cada grupo social, determinados pela organização econômica e pelas prioridades políticas da sociedade.

Portanto, a compreensão geral é de que, as relações econômicas, sociais e políticas afetam a forma como as pessoas vivem e seu contexto ecológico e, somados aos fatores biológicos, são capazes de moldar os padrões de distribuição da saúde e das doenças. Desse modo, compreender as desigualdades em saúde, vai muito além da simplificação presente nas dicotomias “doenças de pobre” *versus* “doenças de rico” ou “doenças sociais” *versus* “doenças biológicas”, pois, toda doença e sua distribuição populacional são produtos da organização social.

### **3.1.2. Conceitos de Equidade e Igualdade em Saúde**

Albrecht, Rosa e Bordin (2017) afirmam que a saúde participa da justiça social de várias formas distintas, uma vez que é um componente fundamental das possibilidades humanas e, por isso, a análise da equidade e da igualdade em saúde deve focar em como a saúde se relaciona com outras características por meio da distribuição de recursos e acordos sociais. Sen (2002) apresenta o conceito de desigualdades em saúde como um conceito multidimensional que inclui: i) aspectos que dizem respeito a possibilidade de alcançar uma boa saúde e não apenas com a distribuição da atenção sanitária, ii) a promoção de justiça nos processos, prestando atenção na ausência da discriminação da prestação da assistência sanitária e iii) a integração

entre as considerações sobre a saúde e os temas mais amplos da justiça social e da equidade global.

De acordo com Albrecht, Rosa e Bordin (2017), o conceito de equidade em saúde começou a ser debatido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1986, por meio da Carta de Ottawa – documento resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde –, sendo um dos oito pré-requisitos da saúde (OMS, 1986). O termo ganhou espaço nas conferências subsequentes, a ponto da OMS solicitar a elaboração de um documento dedicado à aprimoração da definição da equidade em saúde.

Contudo, como dito anteriormente, existe uma dificuldade em definir e diferenciar os conceitos gerais de equidade e igualdade, e seus contrários, desigualdade e iniquidade. Em saúde esses conceitos ainda se relacionam a outros três: i) desigualdades em resultados de saúde, ii) no uso de serviços de saúde e iii) no financiamento em saúde. Devido às limitações deste trabalho e à proximidade dos métodos estatísticos na mensuração dos dois primeiros conceitos, o estudo se dedicará aos dois primeiros. De acordo com Nunes *et al.* (2001) os determinantes das desigualdades em saúde não são os mesmos das desigualdades no consumo de serviços de saúde, como também a equidade no uso de serviços de saúde não resulta, necessariamente, em igualdade da situação de saúde. A separação entre estes princípios não se dá na distinção de direitos entre os indivíduos, já que todos têm igualdade de direitos em ambos os sentidos, mas ocorre na forma como esse direito é atendido, o que resulta em perspectivas diferentes em relação às regras distributivas.

Nunes *et al.* (2001) destacam um aspecto importante quando se trata de atenção à saúde: a escolha de quem deve merecer a atenção do Estado não é óbvia. Neste caso, a opção de muitos países, que contam com diferentes regimes políticos, é a utilização de um sistema de saúde universal, que leva em consideração os seguintes fatores: i) Imperfeições de mercado, ii) Impossibilidade da população em geral, ou grande maioria dela, custear diretamente os serviços de que necessita, iii) Dificuldades operacionais em discriminar quem pode de quem não pode se valer do mercado e em que situações e iv) Existência de externalidades positivas geradas pela presença dos estratos mais afluentes nos serviços públicos de saúde (NUNES *et al.*, 2001).

Esta discussão acerca do merecimento tem relação direta com os conceitos de igualdade horizontal e vertical, que são tratados por Le Grand (1987a). O autor afirma que a igualdade vertical se refere à prestação de cuidados diferentes aos indivíduos que pertençam a grupos populacionais com diferentes capacidades<sup>2</sup> sociais e econômicas, enquanto o conceito de

---

<sup>2</sup> Para uma compreensão mais detalhada sobre capacidades socioeconômicas buscar Kerstenetzky (2012).



igualdade horizontal se refere a prestação de um tratamento de saúde igual para aqueles em iguais condições socioeconômicas. Contudo, aponta quatro problemas na utilização da primeira definição: i) o que são necessidades desiguais?, ii) como é possível identificar todas as dimensões das desigualdades entre pacientes?, iii) como medir diferentes graus de necessidade e, conseqüentemente, merecimento de tratamento diferenciado?, iv) como tratar de forma desigual as desigualdades?. Por isso, ele recomenda a utilização do conceito de igualdade horizontal quando se tratar de igualdade em saúde. Assim, pacientes em iguais condições devem receber um tratamento de saúde que permita alcançar um estado de saúde semelhante.

Granja, Zoboli e Fracolli (2013) também tratam do conceito de igualdade relacionado à saúde de forma muito semelhante aos conceitos apresentados por Le Grand (1987a), ou seja, por meio de duas vertentes: a primeira define igualdade como o tratamento igualitário a todos os indivíduos, priorizando as ideias de universalidade de acesso aos serviços de saúde; a segunda, define igualdade como o tratamento ou a prestação dos serviços de saúde de forma desigual para os desiguais, priorizando os mais necessitados segundo suas condições socioeconômicas e alguns grupos específicos, segundo os critérios de risco.

Quando se trata das desigualdades em saúde causadas por fatores injustos, ou iniquidade, a autora mais citada na literatura é Whitehead (1991, 1992), que considera que, além das diferenças em saúde serem desnecessárias e evitáveis, incorretas e injustas, acrescenta uma dimensão moral e ética do termo. O termo ganha uma perspectiva moral e ética na medida em que incorpora o conceito de que, embora os fatores biológicos e os efeitos de pessoas doentes se deslocando para classes sociais mais baixas sejam em parte responsáveis pelas diferenças em saúde, os fatores socioeconômicos e ambientais são os protagonistas nesse cenário.

Esse conceito foi elaborado pela autora no documento de consultoria para a Organização Mundial da Saúde (OMS), posteriormente publicado no *International Journal of Health Services* com o título *The concept and principles of equity and health*. Ao discorrer sobre equidade e saúde, Whitehead (1992) parte de dois pressupostos: i) Grupos de pessoas menos favorecidas têm menores chances de sobrevivência e ii) Existem grandes diferenças nas experiências de adoecimento entre as pessoas. A questão da injustiça se relaciona com o nível de escolha envolvido, pois, existem pessoas que possuem pouca ou nenhuma escolha sobre as condições de vida e de trabalho, e isso resulta em disparidades em saúde.

Para Whitehead (1992) a equidade exige que, idealmente, as pessoas tenham oportunidades justas de atingir seu potencial em saúde e que ninguém deveria ser menos favorecido de atingir esse potencial, caso essa situação possa ser evitada. Para isso, ela defende

a utilização de políticas que deveriam reduzir ou eliminar as diferenças em saúde que são resultado dos fatores considerados evitáveis e injustos. Na década seguinte, observa-se a influência das contribuições de Whitehead por meio da substituição gradual do enfoque na igualdade dos cidadãos pela ênfase na redução das disparidades sociais e regionais existentes nos países (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017).

Segundo Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) o principal problema no conceito de Whitehead é que ela não apresenta nenhum conceito de justiça para fundamentar sua proposição das diferenças evitáveis e injustas, mas, quando define *equidade no cuidado de saúde* como “*acesso igual para cuidado disponível para necessidades iguais*” (WHITEHEAD, 1992, p. 434), acaba por incorporar fórmulas implícitas de justiça abstrata no sentido de Perelman (1996, p. 9): “*a cada qual a mesma coisa*”.

Num trabalho anterior, Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) propõem um conjunto de conceito que se afasta desse aspecto que dá enfoque à justiça social e se aproxima das diferentes dimensões do processo saúde-doença, e exploram os conceitos de: diferença, diversidade, distinção, desigualdade e iniquidade. O primeiro deles se refere às disparidades identificadas à nível individual e, o segundo, à nível da espécie, sinalizando as variações entre grupos de indivíduos. O conceito *distinção* remete à dimensão simbólica, o de *desigualdade* incorpora a dimensão da justiça e o de *iniquidade* adquire sentido na dimensão política de repartição das riquezas na sociedade.

Breilh (1998) também propõe três conceitos distintos e complementares relacionadas ao processo saúde-doença para tratar das diversidades existentes em uma população. O conceito de *diferença*, que se aplicar às variações observadas na distribuição das doenças em populações e constituiriam a expressão nos indivíduos: ou da diversidade, em sociedades solidárias, ou da iniquidade, em sociedades em que haja concentração de poder; o conceito de *distinção*, que remete às práticas sociais cotidianas constitutivas das identidades individuais e o conceito de *desigualdades ou diversidades*, que se refere às diferenças produzidas no processo social em decorrência das diferenças na distribuição das posses e do poder entre grupos sociais em uma dada formação histórica.

Para o autor, a iniquidade é uma categoria analítica que marca a essência do problema da distribuição de bens na sociedade, enquanto a desigualdade corresponde a evidências empiricamente observáveis. Quando a iniquidade surge, a diversidade assume um papel negativo, tornando-se veículo de exploração e subordinação. No entanto, a diversidade pode ter um sentido positivo, quando corresponde às variações em características de uma população, como gênero, nacionalidade, etnia, geração, cultura.

Le Grand (1982, 1987b) e Mooney (1983, 1986) também trazem definições alternativas. O primeiro autor ressalta que a equidade deve ser avaliada pelo lado do demandante de saúde, considerando suas capacidades de dispender tempo e dinheiro para ter acesso aos cuidados de saúde, permitindo assim que sejam realizadas políticas que promovam uma distribuição dos serviços, espacial, temporal e de financiamento, que seja considerada socialmente certa e justa. O segundo autor destaca que a equidade de acesso é um fenômeno do lado da oferta dos serviços, qualificação dos profissionais, disposição de horários de prestação, infraestrutura e outros fatores.

Macinko e Starfield (2002), por sua vez, fazem uma crítica direta à inclusão do conceito de justiça na discussão acerca da equidade, afirmando que esse conceito traz problemas operacionais, pois se utiliza de julgamentos de valor. Propõem então usar a definição de equidade adotada pela *International Society for Equity in Health* (ISEqH), segundo a qual, o significado de equidade corresponde à ausência de diferenças sistemáticas potencialmente curáveis em um ou mais aspectos de saúde, em grupos ou subgrupos populacionais definidos a partir de critérios sociais, econômicos, demográficos e geográficos. Essa concepção, no entanto, não distingue equidade de igualdade ao defini-la como “ausência de diferenças”. Contudo, possui vantagens operacionais, pois, ao deslocar o problema das diferenças para o âmbito do controle técnico (diferenças curáveis), permite uma melhor identificação do que seriam situações iníquas para fins de intervenção.

Barata (2001) conclui que, enquanto o conceito de desigualdade incorpora a ideia de uma repartição desigual produzida pelo próprio processo social, isto é, a percepção de que o acesso a bens e serviços e a um dado nível de saúde está fortemente determinado pela posição que os indivíduos ocupam na organização social; o conceito de equidade inclui a ideia de necessidade, ou seja, parte-se do princípio de que os indivíduos possuem diferentes necessidades e que, portanto, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades. A impossibilidade de realizar as necessidades seria, então, vista como injusta ou, iniquidade.

A definição utilizada neste trabalho para o par igualdade e desigualdade se aproxima daquela apresentada por Le Grand (1987a) e Granja, Zoboli e Fracoli (2013) de igualdade horizontal, que também é o conceito utilizado na Constituição Federal de 1988 e, conseqüentemente, pelo Sistema Único de Saúde, que indica que igualdade dos tratamentos de saúde, ou dos resultados de saúde, avalia indivíduos em iguais condições. Contudo, conforme os conceitos que se utilizam da justiça social, essas condições irão se referir àquelas que são consideradas justas, ou que produzem desigualdades esperadas. Para o estudo da equidade de

acesso à saúde será utilizado o conceito de Whitehead, que incorpora a justiça social e característica de inevitabilidade das diferenças injustas, e leva em consideração o efeito das condições socioeconômicas, culturais e ambientais sobre as capacidades dos indivíduos.

### **3.1.3. O Caráter Social do Processo Saúde-Doença**

Segundo Barata (2009) o conteúdo político, o conceito de injustiça social e a importância atribuída aos direitos humanos, que estão presentes nas desigualdades sociais, são por vezes reduzidos às diferenças entre indivíduos ou grupos sociais definidos segundo características biológicas. A autora afirma que é importante dar ênfase ao papel que as desigualdades sociais têm no processo de produção de saúde e de doença nas populações.

Tratar simplesmente dos conceitos de igualdade ou desigualdade é comparar situações sem atribuir juízo de valor àquilo que é igual ou desigual, pois, os grupos sociais possuem grandes diferenças e variações de características. Mas, como apresentado anteriormente, quando se trata de igualdade ou desigualdade social o fator “justiça social” é incluído na discussão: existem diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que, sistematicamente, colocam alguns grupos em desvantagem com relação às oportunidades de ser e se manter saudável. Essas diferenças injustas são determinadas pelo nível de riqueza, pelo acesso à educação, ocupação, pela etnia/raça, gênero e condições de moradia e trabalho.

Segundo o documento Análise de Situação de Saúde (2015), as desigualdades sociais em saúde são documentadas desde a Grécia Antiga, mas, a partir do século XIX, as condições políticas e sociais que surgiram com o capitalismo, em sua fase de produção industrial, foram favoráveis para ampliação da discussão do tema, seja pelas péssimas condições de vida da classe trabalhadora, seja pelo ideário político associado às revoluções sociais e burguesas. Em todas as sociedades, as situações de risco, os comportamentos relacionados à saúde e o estado de saúde físico e mental tendem a variar entre os grupos sociais, ou seja, as explicações sócio-históricas das desigualdades em saúde baseiam-se na ideia de que saúde é um produto social e algumas formas de organização social são mais saudáveis do que outras.

Os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença. O processo de reprodução social implica na reprodução de diferentes domínios da vida. Assim, é possível observar diferentes populações que atribuem maior ou menor importância ao direito à saúde como um direito humano fundamental.

Segundo Barata (2009) existem dois extremos que exemplificam essa relação: i) O comportamento político da maioria dos dirigentes de países europeus exemplifica o primeiro deles; nesses países atribui-se cada vez maior importância à redução das desigualdades sociais em saúde, considerando que os sistemas nacionais de saúde e outras políticas sociais devem ter como principal objetivo o alcance da equidade; ii) No outro extremo estão os governos como o norte-americano, que não considera que esta seja uma questão que deve ser conduzida pelo Estado, pois, o direito à saúde é algo intrinsecamente relacionado às capacidades individuais, estilos de comportamento e possibilidade de pagar pelos serviços apropriados.

No Brasil, ao aprovar o capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988, ficou decidido que a saúde é um direito de todos e que deve ser garantido mediante ações de política pública, ou seja, o *status* de saúde da população é uma preocupação do Estado. Além disso, definiu a saúde através de um conceito amplo, que inclui os seus principais determinantes e apontou em linhas gerais os princípios que o sistema nacional de saúde deveria ter: universalidade, integralidade e equidade.

Essa dinâmica entre o processo de reprodução social e o processo de produção de saúde-doença, que gera as desigualdades sociais em saúde, podem manifestar-se de maneira diversa no que diz respeito às formas de acesso e de utilização de serviços de saúde, que são diferentes para cada sistema de reprodução social: aquele que se compromete com o estabelecimento de padrões mínimos de vida, que são seletivos ou que são universais.

As desigualdades no estado de saúde dos indivíduos em diferentes grupos e classes sociais estão, de modo geral, atreladas à organização social e refletem o grau de iniquidade existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem também essas diferenças, mas podem assumir diferentes formas, dependendo da organização dos sistemas de saúde com que conta a organização social. Barata (2009) afirma que, há sistemas que potencializam as desigualdades existentes na organização social e outros que de algum modo buscam compensar, pelo menos em parte, os resultados injustos da organização social sobre os grupos socialmente vulneráveis. A equidade na oferta de serviços de saúde implica a ausência de diferenças para necessidades de saúde iguais – equidade horizontal – e a provisão de serviços prioritariamente para grupos com maiores necessidades – equidade vertical.

Os sistemas de reprodução social incluem os padrões de trabalho e consumo, as atividades práticas da vida cotidiana, a inclusão ou não da participação social na política e na cultura. Segundo Barata (2009), esses sistemas são contraditórios, e contam com processos benéficos e que promovem a saúde e processos prejudiciais produtores da doença e interferem

os padrões de saúde-doença das classes sociais e dos indivíduos dentro de cada classe, formando assim perfis epidemiológicos de classes. Assim, as desigualdades nas condições de vida, que são resultados de diferenças nesse processo de reprodução social, terão reflexos nas situações de saúde que serão então identificadas como iniquidades.

As explicações históricas do processo de saúde-doença estão intimamente relacionadas ao conceito de determinação social. A determinação social implica aceitar que cada domínio da realidade apresenta processos que interferem no surgimento de novas características nos níveis de complexidade crescente, de modo que, a consequência, em termos de saúde e doença, será sempre a resultante de um processo complexo de determinação. Como dito anteriormente, adotar este tipo de explicação significa romper com a concepção linear de causalidade e entender que este é um processo que se retroalimenta.

Assim, compreende-se que, para que as desvantagens e a vulnerabilidade de algumas classes possam ser reduzidas ou anuladas é preciso que ocorra uma intervenção nesse processo que garanta o acesso e utilização dos serviços indispensáveis para atender as demandas de saúde de forma universal, independentemente do grupo social ao qual pertencem os indivíduos; e aqueles que apresentam maior vulnerabilidade, em decorrência da sua posição social, devem ser tratados de maneira diferente. Isso garantiria mudanças no perfil de saúde e adoecimento da população, uma mudança no perfil epidemiológico, no qual possa ser observada uma redução das desigualdades, um aumento de indivíduos saudáveis que tenham maior capacidade de se reproduzir materialmente, alimentando um ciclo virtuoso de saúde e desenvolvimento social econômico e cultural.

#### **3.1.4. Como as Formas de Reprodução Social impactam os Determinantes em Saúde**

Como apresentado anteriormente, algumas teorias das desigualdades em saúde atribuem as variações na distribuição da saúde e das doenças em uma população às formas históricas de distribuição de riqueza entre os indivíduos. Isso provoca estratificação social e conseqüentemente diferenças nas capacidades sociais de acessar educação, saúde e de se reproduzir materialmente. Esse fenômeno é conhecido como materialização das desigualdades, e somado aos componentes culturais, éticos e políticos construídos das sociedades, formam a base da avaliação da origem das diversidades sociais (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Segundo Barata (2001), desde as primeiras investigações epidemiológicas, no século XIX, surtos epidêmicos, doenças ocupacionais, mortalidade infantil e outros problemas de

saúde foram estudados de modo a evidenciar os diferenciais existentes entre os grupos sociais. A autora destaca Engels como um expoente na análise das condições de vida da classe trabalhadora inglesa, Snow por seus trabalhos sobre as epidemias de cólera em Londres, Louis que analisa as condições de trabalho e saúde dos tecelões na França, Virchow que analisou a relação entre as epidemias de tifo nas minas da Silésia e as condições de vida e a situação de saúde, ressaltando o excesso de risco de adoecer e morrer observado entre as camadas mais pobres da população.

Barata (2009) cita ainda os sanitaristas norte-americanos Warren e Sydenstricker que apontavam diferenças acentuadas nas condições de saúde de famílias pobres e ricas no início do século XX, os estudos realizados no período da Grande Depressão de 1930, que demonstraram que o impacto sobre a saúde foi maior entre as famílias que tiveram sua situação socioeconômica deteriorada em comparação com famílias que já eram pobres anteriormente, sugerindo assim a importância não apenas da pobreza absoluta, mas também dos impactos negativos da pobreza relativa. Na América Latina, a produção científica sobre desigualdades sociais e saúde é mais recente, datando da segunda metade do século XX, e inclui tanto investigações relativas à pobreza e a outros indicadores de nível socioeconômico, quanto investigações sobre desigualdades baseadas no conceito de classe social e em abordagens materialistas históricas.

A autora afirma que, durante a década de 1980, quando o movimento neoliberal ganhou espaço, o interesse pelos estudos das questões relativas à equidade socioeconômica, e as consequências da pobreza sobre a saúde e o bem-estar perderam espaço entre os acadêmicos e na agenda política dos tomadores de decisão – mais intensamente nos países desenvolvidos e menos nos países em desenvolvimento. Somente a partir do início do século XXI, o interesse no estudo das relações entre situação socioeconômica e saúde ressurgiu tanto nos meios acadêmicos quanto na agenda política, com especial ênfase na abordagem das desigualdades sociais. Esse interesse é atribuído, principalmente, às consequências prejudiciais que o processo de globalização teve sobre as condições de vida e a situação de saúde dos povos ocidentais.

Segundo Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009), ao se considerar a dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença, os estudos epidemiológicos priorizame as disparidades não somente entre os seres individuais, mas também entre conjuntos de indivíduos – “populações”. Isso caracteriza a Epidemiologia como abordagem científica dos fenômenos populacionais da saúde-doença, registrando as diferenças, inicialmente em relação ao lugar, tempo, idade e sexo, e, posteriormente, em relação a estratos, grupos, etnias, gêneros e classes sociais. O estudo das desigualdades em saúde relaciona as diferenças com os processos através dos quais o espaço

social é constituído e reproduzido, tanto na esfera econômica quanto na simbólica e cultural. Esses processos podem resultar em apropriação material da riqueza a partir da exploração do trabalho de um grupo por outro e em violência simbólica, gerando, assim, diferenças que, por serem produto de injustiças, correspondem a desigualdades.

Segundo os autores, nesse contexto de ausência de equidade promovida por políticas públicas, as diferenças biológicas podem se tornar desigualdades. Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) chamam o resultado desse processo de diferenças biológicas socialmente construídas, e essas diferenças repercutem sobre a saúde, como diferenças de gênero, etnia e diferenças geracionais. Esse processo de transformação das diferenças justas e esperadas em diferenças injustas é influenciado e mediado por desigualdades sociais. Nesse sentido, a pergunta que motiva grande parte das investigações de causalidade na Epidemiologia é exatamente: quais são os atributos comuns ao grupo doente e quais as diferenças em relação ao grupo que não adocece.

Hertzman e Siddiqi (2000) já haviam proposto que as desigualdades em saúde devem ser estudadas em três dimensões articuladas: i) no nível macrossocial, que considera os fatores relativos ao Estado, como o nível de riqueza nacional, a distribuição da renda, a urbanização e industrialização, o nível de emprego e a estrutura de oportunidades para suportar a saúde e o bem-estar da população; ii) no nível intermediário, o qual inclui os fatores relativos à organização social, tais como coesão, confiança, capacidade de resposta das instituições, que facilitam ou dificultam a solidariedade e a cooperação; e iii) no nível microssocial, que analisa as redes sociais de suporte familiar e pessoal.

Navarro e Shi (2001) destacam também a importância de analisar os aspectos políticos que são, geralmente, menos valorizados nos estudos das desigualdades. Segundo estes autores, países europeus que tiveram por períodos mais longos governos trabalhistas ou socialdemocratas, por exemplo, apresentam menores desigualdades em saúde do que aqueles cujos governos foram principalmente democratas cristãos ou liberais. Eles estabelecem que, o plano de mediação seguinte, entre o sistema político e o perfil de saúde-doença, é organização socioeconômica existente em uma dada formação social, que, por sua vez, sofre a determinação das dimensões anteriores e funcionam como mediadoras para os processos microssociais, tais como as relações familiares. Em última instância estariam os fatores biológicos.

Barata (2001) cita ainda os enfoques que se fundamentam na teoria de Whitehead, e se utilizam da oposição entre pobreza e riqueza para afirmar que as relações entre o nível socioeconômico e o nível de saúde são decorrentes principalmente da dificuldade de acesso dos



pobres aos bens e serviços, entre os quais os de saúde. Nesta perspectiva, as desigualdades são vistas como se fossem produzidas na esfera de consumo, pois a riqueza disponível determina o nível de consumo e privações. Os enfoques centrados nas diferenças relativas tendem a interpretar as desigualdades em saúde como decorrentes da própria organização social, ou seja, como resultado dos processos de produção da vida material e não-material de uma sociedade. Desta forma, a posição dos indivíduos na organização social é determinante da situação de saúde independentemente do acesso a serviços de saúde e de hábitos individuais saudáveis.

Contudo, neste trabalho, compreende-se que a organização social também é um dos determinantes de acesso e resultado de saúde, e está relacionada à formação cultural desta sociedade, fator que influencia nos hábitos de vida dos indivíduos. Assim, a distribuição e o consumo de saúde estão estruturalmente vinculados às formas de produção social e ambas as etapas conformam o processo de reprodução social. Por isso, a seguir será apresentada a discutida a relação entre o nível de riqueza e a distribuição relativa de riqueza e seus consequentes efeitos sobre os demais determinantes sociais e sobre a distribuição da saúde e das doenças.

#### 3.1.4.1. A Relação entre Riqueza e Saúde: O início das Injustiças

Segundo Barata (2009), tradicionalmente, o nível de riqueza é associado à garantia de melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, a um melhor estado de saúde; e isso pode ser observado pelo índice de esperança de vida ao nascer, pela menor mortalidade por qualquer causa e em qualquer idade, e pela ausência de determinadas causas de morbidade associadas com a pobreza, como a desnutrição e doenças infecciosas relacionadas a precárias condições de higiene e saneamento básico. No entanto, a relação entre a riqueza dos países medida pelo Produto Interno Bruto (PIB) ou pelo PIB *per capita* e os diversos indicadores de saúde não é linear, ou seja, não significa que quanto mais rico é um país, mais saudável é sua população. A partir de um limiar de riqueza os incrementos não se traduzem em mais saúde. Desta forma, é importante diferenciar dois aspectos relacionados à renda e à riqueza: os valores absolutos e a distribuição ou valores relativos.

As desigualdades no nível de saúde e no uso de serviços de saúde parecem estar relacionadas com o nível absoluto de renda ou de riqueza dos países, estados, municípios ou regiões. O paradoxo da dissociação entre nível de renda ou riqueza e o estado de saúde é notado quando são feitas comparações entre países com maior nível de riqueza, ou seja, quando são feitas entre populações de países desenvolvidos, onde as necessidades básicas estão

adequadamente supridas para a maioria da população, e mesmo as pessoas mais pobres ultrapassaram os limiares das carências materiais básicas.

Isso ocorre porque, a partir de certo limiar de riqueza, os ganhos adicionais na esperança de vida deixam de estar associados aos níveis médios de renda. Barata (2009) afirma que ao explorar a relação entre nível de riqueza, distribuição de renda e satisfação com a vida, ou bem-estar percebe-se que, embora o nível geral de satisfação e bem-estar aumente com o crescimento do nível de riqueza do país, para o mesmo nível de riqueza, a satisfação e o bem-estar são maiores nos países que apresentam menor desigualdade na distribuição da renda.

As análises das relações entre o PIB *per capita* e a esperança de vida ao nascer mostram que, de maneira geral, os países mais pobres também apresentam menores esperanças de vida. Entretanto, algumas exceções chamam a atenção e não são fáceis de serem explicadas no marco das Teorias Materialistas, como o Sri Lanka e o Vietnã, países muito pobres com PIB per capita inferior a US\$ 1.500,00, que apresentam esperança de vida acima de 70 anos; o Gabão, que possui PIB per capita mais alto que o do Brasil e tem esperança de vida cerca de 15 anos mais baixa; a Costa Rica com PIB per capita oito vezes menor do que o dos Estados Unidos e a mesma esperança de vida ao nascer (BARATA, 2009, p. 49).

Barata (2009) afirma que, as sociedades mais igualitárias compartilham uma característica comum: a maior coesão social. A saúde é produzida socialmente e as formas de organização social mais igualitárias são consideradas mais saudáveis. A autora indica que, onde há menos nível de igualdade social, os impactos das desigualdades na qualidade de vida impactam mais os pobres, e afetam as demais camadas da sociedade provocando deterioração da vida pública, perda do senso de comunidade, bem como aumento da criminalidade e da violência. Consequentemente, a vida em sociedades com grandes desigualdades sociais se torna menos civilizada.

Além da maior coesão social e dos laços cooperativos que caracterizam o chamado capital social, existem outras explicações para o melhor nível de saúde em situações de menor desigualdade, essas explicações apontam as políticas públicas universalistas como responsáveis por parcela dos resultados. Barata (2009) declara que serviços universais de saúde podem reduzir as desigualdades basicamente de duas maneiras: i) diminuindo as diferenças nas condições de vida, representando um salário indireto para os trabalhadores e ii) oferecendo serviços similares para toda a população. Em contrapartida, a segregação reforça os efeitos negativos da desigualdade de renda, concentrando a pobreza, produzindo isolamento social e diminuição de oportunidades, reduzindo a aplicação de recursos públicos nas áreas pobres e provocando o declínio da coesão social.

Assim, a menor esperança de vida nos países pobres pode ser o resultado da fome, do consumo de água contaminada e das más condições sanitárias, mas não é possível explicar por esses mesmos motivos a menor esperança de vida das pessoas que vivem nas áreas mais pobres dentro de países ricos. O melhor nível de saúde observado nas situações de menor desigualdade pode ser explicado através de comportamentos saudáveis que seriam mais frequentes nessas populações. Os resultados de saúde não são específicos a nenhuma causa em particular, mas a consequência de processos sociais nos quais interferem inúmeros fatores.

Portanto, nenhuma resposta médica é capaz de resolver o problema, nem intervenções que enfatizem o estilo de vida como fruto das escolhas individuais. O enfrentamento das desigualdades sociais em saúde depende de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas (BARATA, 2009).

#### **4. A INFLUÊNCIA DO BEM-ESTAR SOCIAL NA CONTRUÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE NO BRASIL**

“É muito difícil vencer a injustiça secular que dilacera o Brasil em dois países distintos: o país dos privilegiados e o país dos despossuídos”

**Ariano Suassuna –**

Kerstenetzky (2012) afirma que, entre os países da América Latina, o Brasil foi um dos países pioneiros na preocupação em fornecer um Estado de Bem-Estar Social, principalmente após 1930, quando Getúlio Vargas iniciou o processo de planejamento industrial como fonte para o desenvolvimento econômico e social, estabelecendo no Brasil um ideal amplo de cidadania. Esse processo priorizou, entre os três elementos que constituem os direitos dos cidadãos – direitos civis, políticos e sociais –, os direitos sociais, que garantiu estabilidade social para que, em meio a um processo político centralizado, fossem implantadas mudanças estruturais no país (CARVALHO, 2009).

Segundo Pereira (2010), esses direitos sociais se estendem desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e de segurança até o direito de participar da herança social e, assim, poder desfrutar de uma vida civilizada, de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. A saúde está relacionada às capacidades sociais e é um dos fatores incluídos nos direitos sociais para o alcance do bem-estar. Como direito social, compreende-se que deve ser proporcionada também pela ação do Estado, por meio de mecanismos de proteção social como políticas públicas (RONCALLI, 2003).

Desde 1930, o Brasil passou por diversos Regimes Políticos e de Bem-Estar Social, que alteram como os direitos sociais, e também os civis e políticos, eram experimentados pela população, e isso teve impacto direto sobre a constituição do Estado de Saúde Nacional. Esse capítulo traz uma revisão histórica da relação entre os momentos políticos e sociais pelos quais o Brasil passou e os efeitos gerados sobre a constituição do Estado de Saúde – compreendendo Estado de Saúde como o conjunto das instituições e das regulamentações acerca da saúde fornecidas e elaboradas pelo Estado, e disponibilizado à população – e o Estado de Bem-Estar Social.

Pois como afirma Lima (2006), a história política de saúde nacional é indissociável da evolução política, social e econômica da sociedade brasileira; o capitalismo nacional e internacional tem importante influência na determinação do setor de saúde e existe forte relação entre as lutas sociais e os contextos sociopolíticos e econômicos no Brasil, e as mudanças na

saúde foram influenciadas por esses contextos e influenciaram na construção social e política do Estado Nacional.

#### 4.1. OS PRELÚDIOS DA SAÚDE BRASILEIRA

Kleinert e Horton (2011), assim como Stopa *et al.* (2017), em seus trabalhos sobre o histórico da saúde no Brasil, confirmam que a Saúde Pública tem uma longa trajetória no país, sempre envolvida nas resoluções políticas e sociais, mesmo antes da implantação do Estado Desenvolvimentista, em 1930. De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (2011), a primeira organização nacional de saúde pública no Brasil foi fundada em 1808, contudo, até a segunda metade do século XIX, todas as ações eram descentralizadas e desconexas, ficando a cargo das Juntas Municipais. Somente em 1897, com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, as ações acerca da Saúde Pública brasileira e as medidas de sanitário foram centralizadas em um órgão gestor.

Segundo Pereira (2010), duas características marcaram as iniciativas de resolução dos problemas saúde do Brasil ao longo do século XX, desde o início até a década de 1980: i) a relação direta entre a definição das políticas de saúde e o modelo econômico vigente e ii) a nítida separação entre ações de saúde pública e a assistência médica. O início do século foi marcado por um processo denominado Primeira Reforma Sanitária; neste período, diversas doenças endêmicas e epidêmicas como a varíola, a malária, a peste e a febre amarela, assolavam o país. Essas doenças impactavam diretamente a vida da população e as relações comerciais brasileiras, afetando os interesses comerciais dos agroexportadores, que exerciam grande influência política durante a República Café-com-Leite. Por causa disso, grandes medidas de saneamento foram dirigidas aos portos, que eram os espaços de circulação de mercadorias e imigrantes, que vinham trabalhar no sistema de produção cafeeiro.

A República Café-com-Leite, nome associado aos interesses dos latifundiários agropecuários que formavam a elite política do país, foi responsável pelo desenvolvimento de um Estado capitalista oligárquico. Hochman (1993) afirma que a forma como eram enfrentados os problemas de saúde estava fundamentalmente vinculada a este projeto oligárquico de sociedade, caracterizado pela presença das elites políticas e sociais que faziam crescer as cidades. Neste contexto, a modernização estava associada ao progresso das cidades, e o combate das epidemias e dos problemas sanitários tinham um papel fundamental nesse progresso. Como consequência, o início do século XX foi marcado pela presença de grandes campanhas de vacinação, o combate de diversas doenças que assolavam a população urbana, a

criação do Instituto Soroterápico Federal em 1900, a atual Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e do Instituto Butantã, em São Paulo (PEREIRA, 2010; KLEINERT; HORTON, 2011).

Neste cenário, como apresenta Merhy (1992), surge a corrente de higienistas sanitaristas no país, cujo expoente mais reconhecido foi Oswaldo Cruz. Essa corrente é responsável por exercer grande influência sobre o setor de saúde ao desenvolver estudos que focalizavam as doenças transmissíveis e a constituição de um setor público de saúde, que deveria ter como meta estratégica ações de saúde coletiva, principalmente de saneamento. Dessa forma, os higienistas sanitaristas reforçavam o discurso de fortalecimento do Estado como agente promotor de saúde à nível federal. Como consequência, a partir de 1904 puderam ser observadas grandes medidas sanitárias na capital federal: demolição de casas consideradas insalubres e a expulsão dos moradores dos cortiços, a abertura de grandes avenidas e a vacinação obrigatória.

Pereira (2010) afirma que o movimento sanitário, conhecido como a Era do Saneamento, exerceu grande contribuição à construção do projeto ideológico de nacionalidade. Esse movimento destacava o papel do Estado Nacional como responsável pelas políticas de saúde, influência que se preservou durante todo o século XX, e até o presente. Em 1919, foi observada uma das primeiras conquistas nesse sentido, por meio da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, cuja função era estabelecer as bases para a estruturação da burocracia na saúde, que daria maior amplitude aos serviços sanitários federais. A partir de então, a participação e a intervenção do Estado na área de saúde pública seguiram uma tendência de ampliação e solidificação.

#### 4.2. A SAÚDE REGULADA: O INÍCIO DO PLANEJAMENTO NACIONAL A PARTIR DE 1930

A Revolução de 1930, que levou Getúlio Vargas ao poder, iniciou a estruturação de um novo projeto político no país. O desenho das novas políticas sociais no Brasil passou a contar com a estruturação do arcabouço jurídico e administrativo do sistema de proteção social, diretamente vinculado ao projeto político de industrialização e modernização do país, assim, o sistema de proteção social brasileiro foi expandido; porém, o processo de tomada de decisão e a gestão do sistema eram realizados sem participação da sociedade e estavam centralizados em grandes burocracias. Foi um período de centralização do poder no Estado, marcado pela elaboração de políticas populistas.

Até aquele momento, a Lei Eloy Chaves, criada em 1923, foi responsável por regulamentar a prestação de serviços de saúde aos beneficiários dos fundos de aposentadoria e

previdência existentes e seus dependentes, ou seja, assim como os direitos civis e sociais, o direito a saúde era garantido àqueles que estivessem empregos formais, já as pessoas desempregadas ou com empregos esporádicos contavam com uma oferta inadequada de cuidados de saúde, composta por alguns serviços públicos, filantrópicos ou serviços pagos, para aqueles que pudessem arcar com os custos. Contudo, como afirma Pereira (2010) esta lei foi responsável pelo início da transição da política social compensatória. As caixas de aposentadoria e pensões criadas por ela foram utilizadas como medida de remediar e compensar, minimamente, a má distribuição dos benefícios. A ampliação da cobertura de assistência pública se iniciou a partir do governo de Getúlio Vargas e aumentou progressivamente durante o século XX (PAIM *et al.*, 2011, SILVA; ROTTA, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2013).

A Previdência Social era formada por um grupo de tecnocratas que se utilizavam de uma teoria do seguro social que definiu o Estado de Saúde até o início da década de 1980. Segundo esta teoria, a cidadania era conferida aos trabalhadores que participassem do processo produtivo por meio de uma profissão reconhecida por lei e que contribuíssem com a previdência (PEREIRA, 2010). Este conceito de cidadania é chamado de “cidadania regulada” e caracteriza esse período iniciado em 1930. Santos (1998, p. 103) define este conceito “[aquele] cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por normas legais”. Portanto, aqueles trabalhadores que não são reconhecidos pela lei eram considerados pré-cidadãos, como por exemplo, os trabalhadores rurais e outros trabalhadores urbanos que não tinham suas profissões listadas na lei. Segundo Pereira (2010) a cidadania regulada, a partir da década de 1930, era fator que definia o sistema de controle sindical e de distribuição dos benefícios previdenciários e de assistência médica, de caráter compensatório.

É preciso destacar ainda que, foi no primeiro governo Vargas, em 1941, que aconteceu a primeira Conferências Nacionais de Saúde. Elas ocorrem até o presente e representam um importante momento de avaliação da situação da saúde no país e de formulação de diretrizes para as políticas públicas no setor. Os principais temas de discussão dessa primeira conferência foram: i) A organização sanitária estadual e municipal, ii) A ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose, iii) A determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e iv) O plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência; e demonstram a preocupação em organizar a Estado de Saúde por meio de medidas de saúde coletiva e saneamento básico.

#### 4.3. SAÚDE E DEMOCRACIA: O CERNE DA REFORMA SANITÁRIA

A partir de 1940, o Brasil passou por importantes mudanças no Estado de Saúde como resultado das medidas sanitárias que vinham sendo utilizadas desde o começo do século, além de transformações em seu perfil demográfico que impactaram fortemente o perfil epidemiológico da população. A principal mudança observada foi a redução considerável das taxas de mortalidade, principalmente mortalidades relacionadas às doenças parasitárias e infecciosas, e um aumento da expectativa de vida, permitindo o envelhecimento da população. Esse processo de envelhecimento, no entanto, favoreceu o aumento do número de mortes relacionadas às complicações do sistema circulatório, neoplasia. O segundo marco importante para transição demográfica foi a redução da taxa de fecundidade, a partir de 1960, devido à inserção das mulheres no mercado de trabalho, o acesso aos métodos contraceptivos e à intensificação do processo de urbanização, o que também provocou o aumento do número de acidentes e violência (MONTEIRO; 1997, MENDES; BITTAR, 2014).

Com o fim do governo centralizado de Vargas, em 1945, o país vivenciou dezenove anos de democracia com a restauração dos poderes republicanos, disputas político-partidárias e eleições livres. Esse período democrático permitiu grandes conquistas à saúde, principalmente à saúde pública, como a realização da segunda Conferência Nacional de Saúde, em 1950, que trouxe o tema “Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho”, e diversos outros debates em torno da aproximação da saúde com o tema do desenvolvimento econômico e social, contou também com o aumento da pressão, por expansão, dos benefícios previdenciários, em um cenário marcado pelo crescimento da massa trabalhadora urbana e de sua força política organizada (PEREIRA, 2010).

Um marco importante desse período foi a criação do Ministério da Saúde, em 1953. Segundo Paim *et al.* (2011) e Almeida *et al.* (2013), ele contava com um financiado parco e inadequado, incapaz de sanar as necessidades da população, além dele, o sistema de saúde contava com o sistema de assistência médica da previdência social, financiado por institutos de aposentadoria e pensões, com serviços diferenciados para as categorias ocupacionais existentes. Ou seja, ainda existia uma separação entre a saúde pública ligada ao Ministério da Saúde, que era responsável pelas medidas de combate às doenças mais comuns da população por meio de ações verticalizadas e centralizadas de um lado, e a assistência médica realizada pelo sistema previdenciário de cunho corporativo, orientado para o atendimento individual de outro (LIMA, 2006; PEREIRA, 2010).



Dentre os debates acima destacados, o movimento sanitarista foi responsável pelo aprofundamento daqueles que tratavam das relações causais e das estratégias institucionais e políticas para o enfrentamento dos problemas de saúde e do subdesenvolvimento do país (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Esse movimento sanitarista de cunho desenvolvimentista foi responsável pela inclusão no debate nacional de novas propostas de mudanças na saúde; eles defendiam que, o desenvolvimento econômico e social levaria à melhoria das condições de saúde e de vida da população. Esse movimento sanitarista desenvolvimentista contava com dois campos que tinham opiniões distintas sobre os rumos da saúde pública brasileira. O primeiro de caráter conservador-modernizador, que defendia a manutenção de privilégios, e o outro transformador, que lutava pela ampliação dos direitos sociais, dentre eles, a saúde (PEREIRA, 2010). Nesse contexto ocorreu a terceira Conferência Nacional de Saúde, que trazia como temas: i) A situação sanitária da população brasileira, ii) A distribuição e coordenação das atividades médico sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, iii) A municipalização dos serviços de saúde e iv) A fixação de um plano nacional de saúde.

Entretanto, o ideal transformador foi interrompido pelo golpe militar de 1964 e, assim, prevaleceu uma política de saúde que manteve a separação institucional entre assistência médica previdenciária e saúde pública, que atribuía grande prioridade aos investimentos e gastos em prol do sistema de saúde previdenciário. Desta forma, durante o Regime Militar, foi observado outro marco relevante para o Estado de Saúde nacional, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social. Instituição pública que centralizava as aposentadorias e os fundos de previdência social para financiar os serviços médicos privados para os trabalhadores urbanos formais.

No período também foi possível assistir a primeira crise do estado de bem-estar social brasileiro e o desmonte de algumas das conquistas do sistema de saúde. Apesar do vertiginoso crescimento econômico do período, a melhoria da qualidade de vida foi desproporcional entre os brasileiros. A crise econômica internacional que se seguiu nas décadas de 1970 e 1980 cessou o crescimento brasileiro e trouxe graves consequências para o aumento da desigualdade social e econômica no país.

#### 4.4. O REVÉS ECONÔMICO E A GUINADA À DIREITA: POLÍTICAS DE AUSTERIDADE TOMAM O CENÁRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO

Segundo Pereira (2010), a partir de 1964, a política adotada pelos governos militares estava concentrada fundamentalmente no favorecimento do setor privado. No setor de saúde o que se observava era a compras de serviços médicos, de subsídios e apoio aos investimentos no setor. Entre 1970 e 1974, recursos públicos foram destinados para reforma e construção de hospitais privados, os subsídios diretos às empresas privadas para oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos pelos descontos no Imposto de Renda, o que incentivou a expansão da oferta de cuidados médico-hospitalares privados e a ampliação do mercado de planos de saúde, o novo sistema de prestação de cuidados de saúde baseado em pagamento aos prestadores do setor privado com base nos serviços realizados gerou uma crise no financiamento da previdência social (PAIM *et al.*, 2011).

A expansão de unidades hospitalares e de leitos com finalidade lucrativa, geralmente com financiamento público, a contratação de serviços médico-hospitalares privados, com procedimentos mais simples, rápidos, baratos e mais lucrativos, restando aos públicos os atendimentos mais complexos e mais onerosos, provocaram o sucateamento dos serviços hospitalares públicos, prevalecendo os interesses capitalistas do setor. As políticas de saúde ainda geraram concentração da assistência hospitalar nos grandes centros urbanos, com distribuição desigual dos serviços e leitos, provocando vazios assistencialistas (PEREIRA, 2010).

Na esfera política-administrativa, o governo militar criou a tecnoburocracia estatal como suporte formado pela sociedade civil, tutelado pelo Estado, com o objetivo de afirmar o regime autoritário; segundo Pereira (2010), isso ocorreu devido à repressão e à desmobilização das organizações civis. O impacto sobre o setor de saúde foi a consolidação do *complexo previdenciários médico-industrial*, que moldava o Estado de Saúde aos interesses empresariais e da tecnoburocracia, retirando dos trabalhadores qualquer capacidade de decisão no processo de formação de políticas sociais.

Nesse período ocorreu a quarta Conferência Nacional de Saúde, em 1967, que apresentou como tema “Recursos Humanos para as Atividades em Saúde”, que visivelmente se afastava da visão sanitária, com propostas de saúde coletiva e focava nos fatores de produção da saúde. Nesse período também foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social do qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social,

medida reconhecida como forma de fortalecer a concepção estatista-privatista, responsável por manter a estratégia de compra de serviços do setor privado (PEREIRA, 2010).

Segundo Pereira (2010), o setor de saúde passou a se basear em três fatores: i) o biologismo, que leva em consideração a predominância biológica das doenças, ii) o individualismo, que foca no indivíduo como objeto das práticas de saúde em detrimento das características sociais, e iii) o especialismo, que prioriza o aprofundamento dos conhecimentos específicos, deixando em segundo plano o conhecimento a respeito da totalidade do indivíduo; Pereira (2010) aponta essas mudanças como resultado de um modelo de saúde excludente, compromissado com a capitalização crescente do setor privado.

Em relação ao cenário econômico, o Regime Militar, apresentou um dos maiores crescimentos econômicos do mundo, mas as melhorias na qualidade de vida beneficiaram de forma desproporcional os setores mais privilegiados da população. Todos esses acontecimentos, somados às consequências sociais da política de “Crescer para Distribuir” e à desaceleração econômica relacionada à recessão internacional fomentaram anseios por uma reforma do Sistema Nacional de Saúde e do Estado de Bem-Estar Social como um todo (SILVA; ROTTA, 2012). A precariedade do Sistema de Saúde e de toda a área social dava sinais de esgotamento, comprometendo a legitimidade do regime. Pereira (2010) afirma que, os indicadores de saúde, como o coeficiente de mortalidade infantil pioravam significativamente, aliado à insuficiência e ineficácia dos serviços de saúde em busca de solucionar os problemas de saúde coletiva, como as endemias e as epidemias.

Embora a democracia tenha sido restaurada em meados da década de 1980, as políticas públicas do Regime Militar contribuíram para intensificação dos problemas sociais gerados por um período de instabilidade econômica que duraria mais de uma década. O crescimento econômico e a expansão das políticas sociais em um nível igual ou superior aquele observado antes de 1964 só foram retomados no século XXI.

#### 4.5. CONQUISTA SOCIAL NO CENÁRIO DE AUSTERIDADE: A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em resposta aos acontecimentos das décadas de 1960 e 1970, Pereira (2010) relata que, os movimentos sociais se intensificaram, gerando uma pressão crescente para que mudanças ocorressem no formato das políticas sociais no Brasil. Movimentos das classes de profissionais de saúde, de intelectuais, da população e parlamentares engajados com as mudanças no modelo de saúde se tornaram luta política.

Merhy (1997) identifica nesse cenário três correntes que apresentavam propostas distintas: i) o primeiro de cunho conservador, que defendia a privatização total da assistência médica e atribuía ao Estado a responsabilidade pelas ações de saúde pública, organizando os serviços pela lógica do mercado; ii) a segunda corrente, com um viés reformador, defendia que o sistema de saúde deveria se adequar às necessidades da população por meio de um sistema de planejamento de saúde, que trazia uma série de reformas, principalmente relacionadas à forma dos gastos e dos benefícios, à descentralização e unificação dos serviços; iii) a última vertente tinha um caráter transformador, pois defendia a redemocratização do poder político e a socialização dos benefícios. Esta foi a corrente que se tornou mais robusta até o final da década de 1970, defendia mudanças estruturais na relação entre o Estado e a sociedade, para as quais o resultado seria a efetivação do controle da sociedade sobre as ações do Estado.

Neste contexto, em 1975, ocorreu a quinta Conferência Nacional de Saúde, com temas de discussão que demonstravam o caráter transformador do período, como i) a Implementação do Sistema Nacional de Saúde, ii) Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, iii) Programa de Controle das Grandes Endemias e iv) Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais. Um marco deste período foi a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), fundado em 1976, que teve grande participação na organização do movimento para Reforma Sanitária Brasileira (PAIM *et al.*, 2011).

De forma geral, o movimento da reforma propunha que a saúde é uma questão social e política a ser abordada no espaço público, incluindo os determinantes sociais e educacionais da saúde e sua forte associação com a capacidade de redução da pobreza. Era preciso garantir a saúde como um direito humano, agente promotor de mudanças socioeconômicas (KLEINERT; HORTON, 2011, SILVA; ROTTA, 2012). No ano seguinte seria realizada mais uma Conferência Nacional de Saúde, apresentado temas como i) A Operacionalização dos Novos Diplomas Legais Básicos aprovados pelo Governo Federal em matéria de saúde, ii) A Interiorização dos Serviços de Saúde, iii) A Compreensão do Estado das Endemias e iv) A Política Nacional de Saúde.

Segundo Pereira (2010) o marco do movimento da Reforma Sanitária Brasileira se deu em 1979, durante o Simpósio Nacional de Política de Saúde, organizado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados. No evento, o Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES) apresentou um documento intitulado “A Questão Democrática na Área da Saúde”, que norteou os movimentos em prol da saúde durante a década de 1980. Em 1980 ocorria assim a sétima edição da Conferência Nacional de Saúde, a terceira em menos de uma década, que trazia como tema a “Extensão das Ações de Saúde por meio dos Serviços Básicos”.

A reforma do setor de saúde brasileiro ocorreu de forma simultânea ao processo de democratização, liderada por profissionais da saúde e pessoas de movimentos e organizações da sociedade civil. A concepção política e ideológica do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. Essas reformas definiram a saúde para além de suas conotações biomédicas, elas incluíram determinantes sociais da saúde, educação, redução da pobreza e medidas preventivas no contexto mais amplo da saúde como um direito humano. Assim, a reforma do Estado de Saúde brasileiro estava na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo, que questionavam a manutenção do Estado de Bem-Estar Social.

Pereira (2010) afirma que a Reforma Sanitária ocorreu como forma de defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde para o Brasil e sua consolidação se deu na oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Os temas dessa conferência foram: i) Saúde como direito, ii) A Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e iii) Financiamento setorial. A Conferência aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e formulou os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), contando com ampla participação de movimentos e organizações da sociedade civil e profissionais da saúde. As transformações demandadas estavam em desacordo com a agenda neoliberal que dominava o cenário político-econômico internacional, tanto que durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988) o movimento da reforma sanitária sofreu uma forte oposição para que a aprovação das propostas fosse alcançada, mas acabaram sendo acatadas pelos deputados constituintes e inserida na Constituição Federal por meio da elaboração do SUS (PAIM *et al.*, 2011).

A Constituição de 1988 definiu a saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado, garantida por meio de políticas sociais e econômicas que sejam baseadas nos princípios estabelecidos nos artigos 196 e 198: i) Universalidade que garanta acesso para todos; ii) Integralidade, que significa oferta completa de serviços de promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação; iii) Equidade, que atenda a população de forma proporcional às suas necessidades; iv) Regionalização e Hierarquização dos serviços e v) Descentralização (OCKÉ-REIS, 2009; SILVA; ROTTA, 2012). A criação do SUS estaria então relacionada ao combate da pobreza e da desigualdade social, na medida em que a Constituição previa a superação da cobertura seletiva, até então existente, sendo a equidade e a igualdade as bases do modelo universalista implantado. Além disso, a Constituição garante a participação popular nas

tomadas de decisão do sistema de saúde por meio da realização de conferências e formação de conselhos com a participação da sociedade civil (SANTOS, 2008, BARROS; SOUSA, 2016).

Cabe ressaltar que, a equidade no acesso e na utilização, indicada no terceiro item, se refere a uma equidade horizontalizada, ou seja, que garanta igualdade de utilização dos serviços de saúde entre os grupos sociais que tenham iguais necessidades de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, BARROS; SOUSA, 2016). No Brasil, os esforços para reduzir as iniquidades em saúde consideram a garantia de equidade na dotação de recursos financeiros, no acesso aos serviços de saúde e na igualdade de tratamento (BARROS; SOUSA, 2016).

Os resultados dessas transformações puderam ser observados nos temas elencados nas duas Conferências Nacionais de Saúde que ocorreram na década de 1990. A nona conferência, realizada em 1992, trouxe como tema principal “A Municipalização é o caminho”, e nela foram discutidos os seguintes pontos: i) Sociedade, governo e saúde, ii) Implantações do SUS e o iii) Controle social. A décima conferência foi realizada em 1996, e discutiu questões como: i) Saúde, cidadania e políticas públicas, ii) Gestão e organização dos serviços de saúde, iii) Controle social na saúde, iv) Financiamento da saúde, v) 5. Recursos humanos para a saúde e vi) Atenção integral à saúde.

Porém, como dito anteriormente, a Constituição foi proclamada numa época de instabilidade econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíam, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra. O sistema público de saúde, assim como outras políticas sociais, surgiu como parte integrante de um novo sistema de direitos sociais básicos instituídos pela Constituição de 1988, porém, dependente dos limitados recursos do Estado (PEREIRA, 2010). Paim *et al.* (2011) contam, que, apesar da restauração democrática e da elaboração da Carta Magna, durante o período de instabilidade e da utilização da agenda neoliberal de recuperação econômica, na década de 1990, as políticas sociais e os gastos ocorreram de maneira discreta e só foram amplamente executados a partir do século XXI. O esgotamento do modelo de crescimento econômico do Regime Militar deu início a quase vinte anos de baixo crescimento, com altos níveis de inflação até 1994, elevação do endividamento interno e externo e frequentes ajustes fiscais.

Por causas ideológicas políticas e econômicas e devido ao cenário restritivo da década de 1990, os valores de caráter social da Reformas Sanitária, como a solidariedade e o igualitarismo, que contrapunham os valores individualistas e autointeressados do Estado de Saúde do período militar, não se generalizaram na elite governante e em grande parte da sociedade. Essa situação resultou na falta de apoio por parte dos trabalhadores e de categorias sociais no momento de implantação das políticas públicas de saúde no Brasil. Isso provocou a

formação de um sistema de saúde dual, público e privado que segmentou os usuários, como nas políticas anteriores (PEREIRA, 2010).

Paim e Teixeira (2007) ao analisarem a Reforma Sanitária como um processo, identificaram grandes obstáculos para sua efetivação, dentre eles: sérios problemas na gestão do sistema, principalmente nos hospitais e unidades básicas, falta de profissionalização de gestores, descontinuidade administrativa, clientelismo político e interferência político partidária no funcionamento dos serviços. Da mesma forma, para Menicucci (2007) e Pereira (2010) a implementação do SUS ocorreu em um cenário adverso tanto nacional, quanto internacionalmente. Os governos eleitos após o período de transição democrática mantiveram posições conservadoras, que favoreceram o viés do debate internacional que enfatizava políticas voltadas para o mercado.

Os resultados observados ao longo da década seguinte à promulgação da Constituição e à criação do SUS foram grandes prejuízos para o sistema de políticas sociais. Ao contrário do que se esperava, uma ampliação dos serviços de saúde de maneira universalizada, a imposição dos déficits fiscais provocou uma retração redistributiva das políticas sociais, o que, conseqüentemente afetou a agenda de saúde. Assim, junto à instituição do SUS se consolidou um sistema privado de assistência à saúde. Esses acontecimentos foram entendidos como o fracasso da proposta do SUS como política de Saúde, permitindo o desenvolvimento do que foi chamado de “universalização excludente” (PEREIRA, 2010).

Segundo Paim e Teixeira (2007), a reforma política liberal que vinha acontecendo desde meados da década de 1960 foi considerada a raiz do problema, fundamentada por um modelo gerencialista e que descentralizava do Estado o papel de promotor do desenvolvimento econômico e social, e conseqüentemente, da implantação do Estado de Bem-Estar Social. Paim e Teixeira (2007) destacam também a utilização de modelos de gestão terceirizados, que provocaram a precarização do trabalho em saúde e criaram obstáculos para que modelos alternativos pudessem ser implementados.

#### 4.6. SÉCULO XXI: A ESTABILIZAÇÃO ECONÔMICA E A VOLTA DAS POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO AO CENTRO DO PLANEJAMENTO NACIONAL

Como consequência do processo de implementação do SUS e das políticas de saúde adotadas desde a redemocratização, atualmente, o sistema de saúde é composto tem três subsetores: i) o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado

nos níveis federal, estadual e municipal, ii) o subsetor privado, com fins lucrativos ou não, no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados e, por último, iii) o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais; as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento. Segundo o Relatório da Pesquisa Nacional de Saúde (2013) as pessoas mais pobres gastam mais com medicamentos, enquanto os mais ricos gastam mais com planos e seguros de saúde privados.

Em relação ao plano das políticas e dos direitos sociais, o final do século XX e o século XXI apresentaram uma expansão da preocupação com esses fatores, internacionalmente e, conseqüentemente, no âmbito nacional. No Brasil, a utilização da Estratégia de Saúde da Família, instituída em 1994, ampliou a capacidade do acompanhamento de perto dos fatores sociais determinantes da saúde. A preocupação com a equidade em saúde e no acesso à saúde foi expresso no Relatório da Pesquisa de Saúde da PNAD de 1998, que acabou ganhando periodicidade ao longo do século vindouro.

A décima primeira Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, expressou essa preocupação com o tema “Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, abordando discussões como i) Controle Social, ii) O Modelo Assistencial e de Gestão para garantir Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, e iii) A questão do Financiamento da Atenção à Saúde no Brasil. A conferência seguinte, realizada em 2003, trouxe o tema “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos” com dez eixos temáticos: i) Direito à Saúde, ii) A Seguridade Social e a Saúde, iii) A Intersetorialidade das Ações de Saúde, iv) As três Esferas de Governo e a Construção do SUS, v) A Organização da Atenção à Saúde, vi) Controle Social e Gestão Participativa, vii) O Trabalho na Saúde, viii) Ciência e Tecnologia e a Saúde, ix) O Financiamento da Saúde e x) Comunicação e Informação em Saúde.

Em todo o mundo se via crescer a preocupação com os Determinantes Sociais do bem-estar. Em 2002, foi realizada no Brasil a terceira Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, uma iniciativa da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, do Ministério da Saúde, da Organização Pan-americana de Saúde e da Universidade de São Paulo. E em 2011 o Brasil também sediou a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde.

Barros e Sousa (2016) afirmam que, com um novo governo em 2003, a estrutura do Ministério da Saúde foi reformulada, embora, Paim *et al.* (2011) relatem que aquele governo



manteve diversos aspectos da política econômica dos governos anteriores, com exceção das privatizações que vinham ocorrendo desde a década de 1980, e que foram suspensas.

Foi adotado o compromisso internacional de implementar um novo modelo de atenção na perspectiva da Promoção da Saúde. Assim, o grupo brasileiro ligado à Promoção da Saúde, formado por professores universitários e gestores de programas de alguns estados, passou a se reunir sob os cuidados da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Considerada a maior entidade de classe, responsável pelos estudos e oferecimentos de diretrizes ao governo sobre saúde.

Em 2004 foi elaborado o primeiro Plano Nacional de Saúde, que, junto com as Diretrizes de Saúde estabelecidas pela Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano anterior, e com o Plano Plurianual elaborado para o período, se dispunha a avaliar a situação da saúde da população brasileira e as condições de acesso e utilização de serviços, a partir dos dados das Pesquisas de Saúde realizadas anteriormente, e assim propor objetivos e metas para a saúde para os quatro anos seguintes a sua elaboração. A elaboração do Plano se constitui numa tradição, e assim como as Conferências Nacionais de Saúde e as Pesquisas de Saúde, ganharam periodicidade. Estruturando assim, um sistema de avaliação e elaboração de políticas de saúde.

Em 2006, três marcos impactaram os rumos que a saúde brasileira viria a atravessar ao longo do século XXI. Foi estabelecido o Pacto pela Saúde, responsável por reforçar a solidariedade e a cooperação entre as esferas de governo, com a finalidade de assumissem compromissos mútuos sobre as metas e responsabilidades relacionadas à saúde e às condições sanitárias, o objetivo era constituir um espaço de cogestão e resgatar o apoio entre os entes num processo compartilhado. Foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde e, para a implementação da política, foi definido pelo Ministério da Saúde um Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, composto por representantes de todas as Secretarias do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional do Câncer e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, sem a participação de nenhum membro externo ao setor saúde.

Foi criada ainda a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, que tem como objetivos gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil, contribuir para a formulação de políticas que considerem seus efeitos positivos e negativos sobre a saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil para enfrentar os determinantes sociais da saúde no país. Ela é formada por especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país, nomeados pelo Ministro da Saúde. A Comissão foi responsável pela criação do Observatório sobre Iniquidades em Saúde, que se

dedica ao monitoramento das tendências de saúde no Brasil, ao apoio aos estudos sobre as iniquidades e à avaliação do impacto de intervenções para combatê-las.

No ano seguinte, em 2007, foi realizada a décima terceira Conferência Nacional de Saúde, que trouxe como tema: “Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento”, demonstrando a preocupação com o papel da saúde para manutenção do Estado de Bem-Estar Social e do desenvolvimento socioeconômico. Os eixos discutidos foram: i) Os Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento, ii) Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde e iii) A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde. E ainda mais duas Conferências foram realizadas, já na segunda década, com os temas “Todos usam o SUS: SUS na Seguridade Social - política pública, patrimônio do povo brasileiro” e “Saúde Pública de Qualidade para cuidar bem das pessoas: Direito do Povo Brasileiro - Saúde pública como direito de cidadania, em contraposição à mercantilização e privatização”.

Contudo, o Estado de Saúde no Brasil ainda possui diversas barreiras. No início do século XXI, Negri e Giovanni (2001) afirmaram que o grande desafio para o SUS era a organização de informações para elaboração de uma estratégia de atuação eficiente e equitativa. Segundo os autores, ainda não eram conhecidos: os custos dos tratamentos completos de doenças de alta complexidade, as falhas existentes nos processos de tratamento e o que seria possível realizar com os recursos disponíveis. Faltavam informações sobre a estrutura do parque de equipamentos médico-hospitalares à disposição, sobre o impacto inflacionário do financiamento público aos hospitais privados e diversas outras informações acerca das demandas dos perfis epidemiológicos de cada região do país. Alguns desses problemas foram superados ao longo dos dez primeiros anos.

Porém, Mendes e Bittar (2014), afirmaram que, ao final da primeira década do século, as dificuldades ainda estavam relacionadas à falta de recursos humanos qualificados, ausência de uma metodologia adequada para o funcionamento do sistema de saúde e sistemas de informações desintegrados, além das dificuldades de financiamento. Essa última dificuldade, ressaltada por ambos os trabalhos: a ausência de uma estrutura de financiamento estável para saúde, ainda foi destacada nos trabalhos de Ocké-Reis (2009) e Paim *et al.* (2011), Silva e Rotta (2012), Barros e Sousa (2016) e Vieira e Piola (2016).

Almeida *et al.* (2013), Mendes e Bittar (2014), Barros e Sousa (2016) e Stopa *et al.* (2017) argumentam que, devido à inadequada infraestrutura, à falta de recursos humanos especializados e às diferenças de financiamento entre as regiões, que destinavam mais recursos

quanto maior fosse o número de trabalhadores formais na região, diferenças que existiram por décadas antes da implantação do SUS, os avanços vividos desde o final da década de 1988 ainda não conseguiram reduzir as grandes disparidades na oferta de saúde e na qualidade da prestação dos serviços entre as regiões do país. As diferenças de tamanho dos municípios e de suas populações e a quantidade de recursos com que podem contar é ainda muito diferente entre as regiões, por isso, a dificuldade de fornecer atenção básica acaba prejudicando o funcionamento do restante do sistema (MENDES; BITTAR, 2014).

Almeida *et al.* (2013), afirma que, até 2013, 76% da população utilizava algum serviço financiado pelo SUS, na rede pública ou privada, e somente 24% da população contava com cobertura de um plano de saúde, sendo que 60% dessa população estava concentrada na região sudeste do país. Stopa *et al.* (2017) encontraram resultados parecidos no ano de 2017, que indicam a existência de maior frequência de busca por atendimento de serviços de saúde em regiões que apresentam melhores condições vida, maiores níveis de educação e melhores Índices de Desenvolvimento Humano, na região Sul e Sudeste. Além disso, o maior número de internações ocorre na região Sul do país, mas o maior número de internações pelo sistema público de saúde, ou seja, a região que apresenta a menor capacidade de pagamento por tratamentos de saúde, foi a região nordeste.

O documento elaborado pela CEBES (2010) intitulado “SUS: Qual o Rumo?” evidenciou ainda um acontecimento que pode impactar o avanço do Estado de Saúde brasileiro e agravar esta situação: a (re)ascensão do discurso liberal no campo social com a difusão de valores individualistas e consumistas, o que demonstra um retorno aos valores políticos e sociais disseminados entre as décadas de 1960 e 1990. E isso pode ser compreendido pelo cenário austero e de crise econômica pelo qual o mundo passou desde 2008, cuja as últimas consequências no Brasil puderam ser observadas nas mudanças das políticas sociais, que vem acontecendo desde 2016.

## 5. METODOLOGIA

Como proposto na introdução, para compreender a dinâmica entre as decisões de política de planejamento nacional para o setor de saúde e as alterações na equidade de acesso à saúde entre os grupos sociais e o nível de igualdade horizontal dos resultados de saúde no Brasil, entre o final da década de 1990 até o ano de 2013, os resultados deste estudo estão divididos em duas partes: a análise descritiva e análise estatística. Para ambas foram coletados dados de fontes secundárias, que serão apontadas a seguir.

A análise descritiva se dedica ao primeiro objetivo específico proposto, “Avaliar as alterações do perfil epidemiológico da população em relação àquilo que foi proposto nos Planos Nacionais de Saúde elaborados no período”. Para isso foi realizada uma análise das informações contidas nos Planos Nacionais de Saúde de 2004, 2008, 2012 e 2016, nos Relatórios dos Complementos de Saúde das Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNADs) de 1998, 2003 e 2008 e no Relatório da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013.

Para os resultados referentes à análise estatística foram utilizados os microdados das PNADs e da PNS citadas para cumprir aquilo que foi expresso na segunda parte dos objetivos específicos, “Realizar uma avaliação, segundo os Determinantes Sociais de Saúde, do nível de equidade de acesso e igualdade horizontal nos resultados de saúde utilizando um índice capaz de mensurar desigualdades”. Para isso, foi construído um Índice de Padrão de Vida, que estratifica a população em quintis de renda – dos 20% mais pobres até os 20% mais ricos – como proposto por O’Donnell *et al.* (2008), e a partir desse índice foi realizada uma análise visual do acesso e dos resultados de saúde por meio da Curva de Concentração de Lorenz (1905), e uma análise estatística por meio do Índice de Concentração de Gini (1912) e a decomposição desse índice por fatores determinantes socioeconômicos, a fim de aprofundar a capacidade de explicação das desigualdades em saúde.

As duas partes da análise realizada neste trabalho serão explicadas detalhadamente a seguir, iniciando pela determinação das variáveis de acordo com os Determinantes Sociais de Saúde, seguida da apresentação das bases de dados e dos métodos estatísticos utilizados. Posteriormente, serão apresentados os Relatórios acima citados, que serviram de fonte de informação e estruturação da seção de análise descritiva.

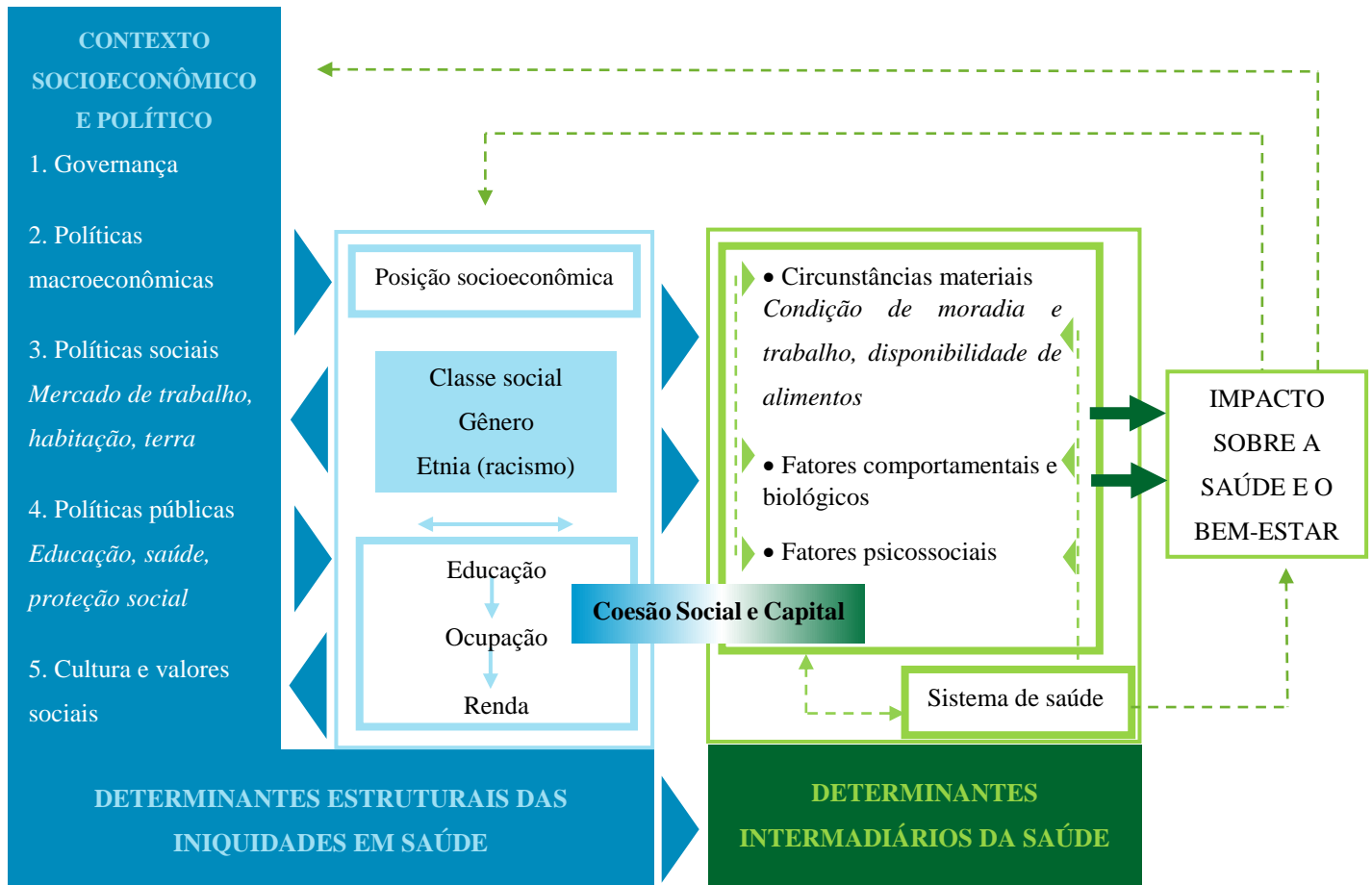
## 5.1. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: A ORIGEM DAS VARIÁVEIS

A ausência de equidade na saúde indica a presença dos mesmos fatores que prejudicam o desenvolvimento socioeconômico, a sustentabilidade ambiental, o bem-estar social e a capacidade da sociedade de ser um ambiente de igualdade para todos os indivíduos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011). Essas diferenças na sociedade se refletem não somente nas disparidades de renda e riqueza, mas, também, nas diferenças de oportunidades dadas aos indivíduos com base em fatores como a etnia, o gênero, o nível de educação, a presença de uma deficiência, a localização geográfica e muitos outros fatores. Esse conjunto de diferenças, justas ou injustas, que impacta o nível de equidade social foi denominado “Determinantes Sociais da Saúde” (DSS). A Organização Mundial da Saúde criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde em 2005 para que aconselhasse em como reduzir desigualdades de saúde.

Dentro deste grupo de determinantes, nem todos provocam desigualdades injustas (iniquidade), algumas desigualdades são consideradas justas, ou esperadas, como a diferença de estado de saúde causada pela idade dos indivíduos. Muitos autores se dedicaram a compreensão de quais seriam determinantes, no nível individual e coletivo. Buss e Pellegrini Filho (2007) afirmam que as diversas definições de determinantes sociais de saúde expressam, de forma comum, o conceito de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. A definição da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde é a de que “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” e a comissão homônima da OMS traz uma definição mais curta, de que “os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham” (OMS, 2011). Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao definir os DSS como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação.

Segundo Adler (2006), é possível identificar três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde: i) a primeira geração se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde, ii) a segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica e iii) a terceira e atual geração se dedica, principalmente, aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades. Contudo, a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito, como pode ser vista na Figura 2.

Figura 2 – Marco Conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde

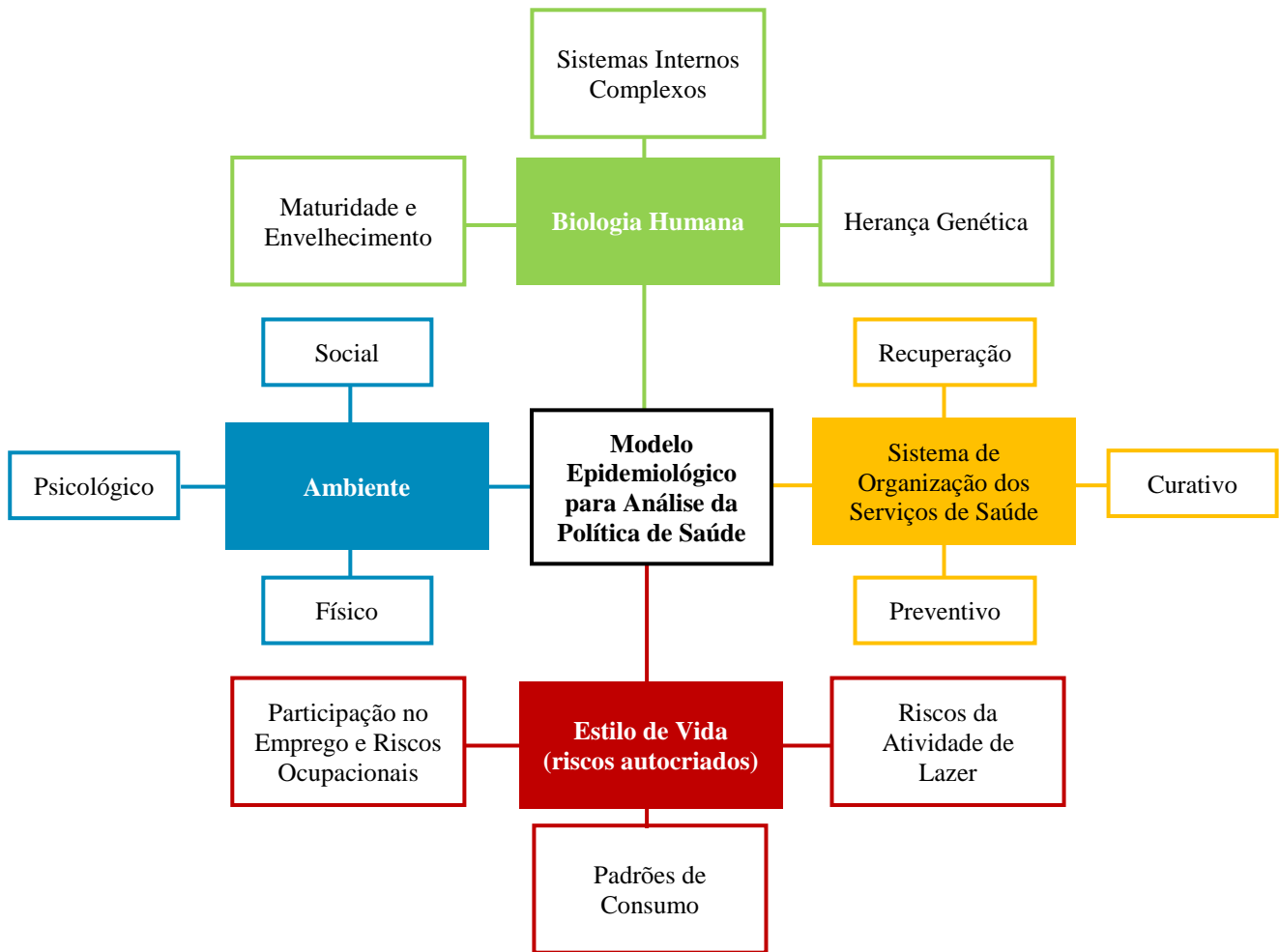


Fonte: Solar e Irwin (2010).

Porém, mesmo antes da conceituação dos DSS, diversos autores se dedicaram à identificação desses fatores sociais, ambientais, biológicos e econômicos para o estudo da relação entre o ambiente social e a saúde das populações. Dever (1988) destaca a importância da análise da Epidemiologia e sua contribuição científica para diversas outras áreas do conhecimento, por meio dos usos que ela proporciona: etiológico, clínico e administrativo. Sendo que deste último se valerá este trabalho, já que ele permite “o diagnóstico em uma comunidade da presença, natureza e distribuição da saúde e da doença, além de permitir que essa sociedade seja monitorada e que mudanças possam ser projetadas” (DEVER, 1988).

Merecem destaque, Laframboise (1973), Blum (1974), Dever (1988) e Andersen (1968, 1978, 1995) por suas contribuições sobre as categorias de variáveis relevantes para o estudo da saúde das populações. Dever (1988), a partir dos estudos dos dois primeiros autores elaborou uma estrutura que define o estudo da saúde a partir de diversos fatores, agrupados em quatro grandes divisões, como se observa na Figura 3.

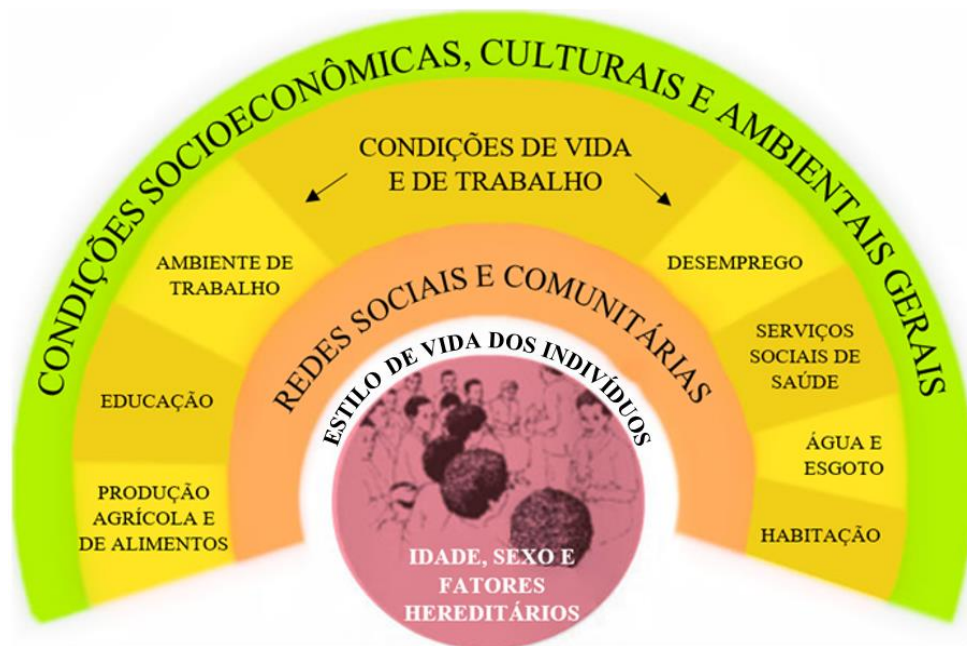
Figura 3 – Modelo Epidemiológico para a análise das Políticas de Saúde segundo Dever



Fonte: Dever (1988).

Além dos autores citados, Buss e Pellegrini Filho (2007) destacam dois modelos que demonstram as relações entre os DSS e a saúde das populações: o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), utilizado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, e o modelo de Diderichsen e Hallqvist (1998), modificado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001). O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) distribuiu os DSS em camadas, da mais próxima até a mais distante do indivíduo, de acordo com o nível de abrangência, como na Figura 4. As camadas mais próximas trazem os microdeterminantes (nível do indivíduo) e a mais externa apresenta os macrodeterminantes (nível da sociedade).

Figura 4 – Modelo dos Determinantes Individuais e Sociais de Saúde segundo Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991).

Na base do modelo estão os indivíduos com suas características pessoais: idade, sexo e fatores genéticos que influenciam no seu estado e condições de saúde. Na camada seguinte estão os determinantes associados ao comportamento do indivíduo e ao estilo de vida. Esta é a camada que separa os fatores individuais e os DSS, já que o estilo de vida e os comportamentos individuais são condicionados e influenciados pelo ambiente social no qual o indivíduo está inserido: o comportamento dos pares, o acesso à alimentos saudáveis ou não, a cultura local, a informação disponível e outros fatores. A próxima categoria mais externa mostra a influência das redes comunitárias e de apoio com as quais o indivíduo conta, cujo o maior ou menor nível de riqueza está associado ao nível de coesão social, fundamental na determinação da saúde da sociedade como um todo.

Na penúltima camada estão os determinantes relacionados às condições de vida e de trabalho, à disponibilidade de alimentos e ao acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. As pessoas em desvantagem social, prejudicadas pela falta de equidade social, correm um risco diferenciado devido à exposição a condições de vida mais perigosas e insalubres, ambientes de trabalho mais perigosos e menor acesso aos serviços essenciais. O nível mais externo do modelo traz os macrodeterminantes de saúde que exercem forte influência sobre as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade. Eles são aqueles que podem gerar estratificação social e, por isso, influenciam a posição social dos indivíduos,

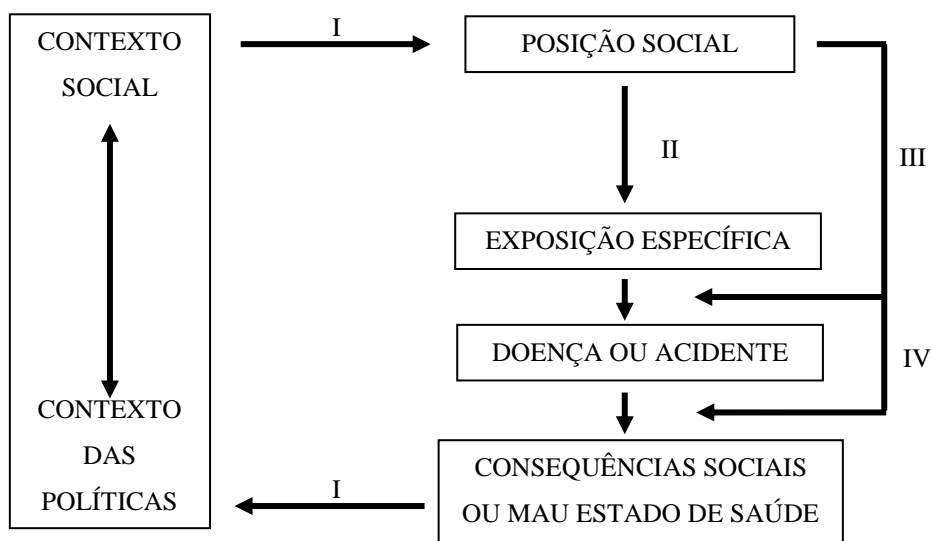


impactando os determinantes intermediários que dão forma às condições de vida e saúde de cada integrante da sociedade. Esses determinantes são responsáveis pela construção das estruturas de poder, prestígio e acesso aos recursos.

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) permite distinguir entre os determinantes de saúde individuais e dos grupos sociais dentro de uma população. Compreendendo que alguns fatores são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos *dentro de um mesmo grupo* e que esses fatores não são capazes de explicar as diferenças de saúde *entre os grupos* da sociedade. É possível entender que, os determinantes de saúde da sociedade não são a simples soma dos fatores individuais e, geralmente, podem indicar o grau de equidade ou iniquidade na distribuição dos recursos nessa sociedade.

Já o modelo de Diderichsen e Hallqvist (1998), adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001), enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais, por sua vez, provocam diferenças no estado de saúde. Como apresentado na Figura 5.

Figura 5 – Modelo de interação entre o Contexto Social e a Saúde por Diderichsen e Hallqvist



Fonte: Diderichsen e Hallqvist (1998).

No modelo, I se refere ao processo no qual o indivíduo ou o grupo ocupa determinada posição social devido à uma série de mecanismos, como a frequência a um sistema educacional diferenciado ou pelas vantagens no mercado de trabalho das quais pode usufruir. Dada a estratificação social, composta por várias posições sociais distintas, surgem as diferenças injustas nessa sociedade, ou iniquidades, como a exposição a riscos que causam danos à saúde, processo representado em II. O processo indicado por III se refere à existência do diferencial

de vulnerabilidade social, provocado pela ocorrência de doenças frente à exposição a esses riscos, e o processo IV indica o surgimento de diferenças sociais ou físicas devido à ocorrência das doenças, diferenças chamadas de “Consequências Sociais”, ou seja, o impacto que as doenças podem ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família. Formando assim um processo circular que se retroalimenta.

Este modelo ainda permite observar como as políticas públicas atuam sobre os mecanismos de estratificação social, seja sobre os diferenciais de exposição, sobre as vulnerabilidades ou sobre suas consequências. Essa intervenção é capaz de combater as iniquidades sociais e, conseqüentemente, as iniquidades em saúde. Podem ser políticas relacionadas ao mercado de trabalho, à constituição do sistema educacional, à seguridade social, ou ainda, podem agir diretamente sobre os grupos sociais vulneráveis que vivem em condições de habitação insalubres, que trabalham em ambientes arriscados ou que estão expostos a deficiências nutricionais.

Da apresentação destes modelos, conclui-se que as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, ou seja, os determinantes mais gerais do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), geram uma estratificação socioeconômica dos indivíduos e dos grupos populacionais, fazendo com que ocupem posições sociais distintas e, como observado no modelo de Diderichsen e Hallqvist (1998), isso provoca diferenças de saúde injustas, dentro do corpo social. Assim, compreende-se que a distribuição de saúde e doença em uma sociedade não é aleatória, mas está associada às diferenças na posição social, a qual, por sua vez, define os determinantes intermediários de saúde, como as condições de vida e trabalho.

Complementando estes modelos, Stopa *et al.* (2017) afirmam que, enquanto a utilização de serviços de saúde resulta da interação entre necessidades e percepções do estado de saúde com fatores sociais, culturais e econômicos, o acesso aos serviços de saúde é um retrato das desigualdades e vulnerabilidades provocadas pela vida em sociedade. Confirmando a dinâmica do modelo de Diderichsen e Hallqvist (1998).

Dadas as informações acerca dos Determinantes Sociais da Saúde e considerando os fatores individuais que podem causar diferenciais de saúde é possível elencar o conjunto de variáveis úteis para o cumprimento dos objetivos propostos por este trabalho. Para análise da equidade no acesso aos serviços de saúde e da igualdade horizontal nos resultados de saúde da população ao longo do tempo foram elencados dois grupos de variáveis nomeados: variáveis de utilização de serviços de saúde e variáveis de indicadores de saúde, que se referem respectivamente a cada uma das análises propostas. Estas variáveis estão apresentadas no

Quadro 1, onde também foi apresentado o tipo de variável, dada a importância desta informação para determinação dos modelos de regressão a serem gerados – lineares ou não-lineares.

Quadro 1 – Variáveis dependentes utilizadas no trabalho

VARIÁVEL	TIPO	DESCRIÇÃO
<b>VARIÁVEIS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b>		
BUSC_ANO	Binária	1 se buscou atendimento de saúde nos últimos 12 meses, 0 se não buscou
BUSC_SEM	Binária	1 se buscou atendimento nos 15 dias anteriores à pesquisa, 0 se não buscou
CONS_1	Binária	1 se conseguiu atendimento na primeira busca, 0 se não conseguiu
CONS_U	Binária	1 se conseguiu atendimento na última busca, 0 se não conseguiu
NAOANTEND	Catégorica	Motivos que dificultaram o acesso na busca por atendimento
Q_ATEND	Discreta	Quantidade de atendimentos de saúde que realizou nos últimos 12 meses
Q_INTERN	Discreta	Quantidade de vezes que esteve internado nos últimos 12 meses
PRIV_ATEND	Binária	1 se o atendimento foi realizado pelo sistema privado de saúde, 0 se foi realizado pelo sistema público de saúde
COBER_ATEND	Binária	1 se o atendimento foi coberto por plano de saúde, 0 se não foi
PAG_ATEND	Binária	1 se pagou do próprio bolso pelo atendimento de saúde, 0 se não pagou
SUS_ATEND	Binária	1 se o atendimento ocorreu pelo SUS, 0 se não ocorreu
<b>VARIÁVEIS DE INDICADORES DE SAÚDE</b>		
AUTOAVALIACAO	Catégorica	Categorias de autoavaliação de saúde: Muito bom, Bom, Regular, Ruim e Muito ruim
CRONICAS	Binária	1 se possui doença crônica, 0 se não possui
LIMIT	Binária	1 se possui limitação proveniente de doença crônica, 0 se não possui
DIAS	Discreta	Quantidade de dias que deixou de realizar atividades habituais por causa de limitações nos 15 dias anteriores à pesquisa
INTELECTUAL	Binária	1 se possui deficiência intelectual, 0 se não possui
FISICA	Binária	1 se possui deficiência física, 0 se não possui
AUDITIVA	Binária	1 se possui deficiência auditiva, 0 se não possui
VISUAL	Binária	1 se possui deficiência visual, 0 se não possui
LIMIT_INTELEC	Binária	1 se possui limitação por deficiência intelectual, 0 se não possui
LIMIT_FISICA	Binária	1 se possui limitação por física intelectual, 0 se não possui
LIMIT_AUDIT	Binária	1 se possui limitação por auditiva intelectual, 0 se não possui
LIMIT_VISUAL	Binária	1 se possui limitação por visual intelectual, 0 se não possui

**Fonte:** Elaboração própria (2018).

Essas variáveis foram regredidas contra os determinantes individuais e sociais de saúde apresentadas no Quadro 2, respeitando a classificação do modelo de DSS de Dahlgren e Whitehead (1991).

Quadro 2 – Variáveis independentes utilizadas no trabalho

VARIÁVEL	TIPO	DESCRIÇÃO
<b>VARIÁVEIS DE NÍVEL INDIVIDUAL</b>		
GENERO	Binária	1 se mulher, 0 se homem
IDADE	Discreta	Idade do indivíduo
COR	Binária	1 se branco, 0 se não-branco
<b>VARIÁVEIS DE ESTILO DE VIDA</b>		
ALCOOL	Binária	1 se faz consumo, 0 se não faz
EXERCICIO	Binária	1 se pratica, 0 se não pratica
TABACO	Binária	1 se consome, 0 se não consome
<b>VARIÁVEIS DE CONDIÇÃO DE VIDA E TRABALHO</b>		
OCUPADOS	Binária	1 se ocupado no mercado de trabalho, 0 se não
EDUCACAO	Categórica	Nível de educação formal
Q_MORADORES	Discreta	Número de moradores no domicílio do indivíduo
PSF	Binária	1 possui cadastro no Programa de Estratégia da Família, 0 não possui
REGIAO	Categórica	Região do Brasil em que reside
URBANO	Binária	1 mora em zona urbana, 0 não reside
TIPODOM	Binária	1 mora em casa/apartamento próprio para moradia, 0 mora em cômodo ou condição inapropriada
CANALIZADA	Binária	1 possui água encanada no domicílio, 0 não possui
AGUATRATADA	Binária	1 essa água é própria para o consumo, 0 não é
BANHEIRO	Binária	1 possui ao menos um banheiro, 0 não possui nenhum banheiro
ESCOADOURO	Binária	1 esgoto é coletado pela Rede Geral, 0 destinado a outras fontes
LIXO	Binária	1 conta com coleta de lixo regular, 0 não conta
ENERGIA	Binária	1 domicílio possui energia elétrica, 0 não possui
<b>VARIÁVEIS DE SOCIOECONÔMICAS</b>		
RENDA_PER	Contínua	Renda domiciliar per capita
PLANO	Binária	1 possui plano de saúde, 0 não possui
VEICULO	Binária	1 possui veículo próprio na família, 0 não possui

Fonte: Elaboração própria (2018).

Os detalhes sobre os métodos estatísticos utilizados para medir a equidade no acesso aos serviços de saúde e a equidade nos resultados de saúde, bem como as características das bases de dados utilizadas serão apresentados nas seções a seguir.

## 5.2. BASES DE DADOS

As variáveis apresentadas na seção anterior foram extraídas dos Suplementos de Saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios de 1998, 2003, 2008 e da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, permitindo uma periodicidade de análise a cada cinco anos. Foram utilizadas as variáveis comparáveis, de acordo com os relatórios de compatibilidade publicados entre os anos das pesquisas. Essas serão as variáveis utilizadas nos cálculos dos índices de padrão de vida e de concentração. As variáveis utilizadas em cada índice serão apresentadas na seção a seguir.

As pesquisas sobre saúde em âmbito nacional são realizadas desde a década de 1980, contudo, só passou ter periodicidade fixa a partir da PNAD de 1998, como suplemento da

pesquisa e se tornou uma pesquisa independente a partir de 2013. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios era realizada através de uma amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios de seleção: i) unidades primárias (municípios), ii) unidades secundárias (setores censitários) e iii) unidades terciárias (unidades domiciliares: domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos).

Na seleção das unidades primárias e secundárias (municípios e setores censitários) da PNAD da década de 90, foram adotadas a divisão territorial e a malha setorial vigentes em 1º de setembro de 1991, e a PNAD de 1998 seguiu este modelo. Desta forma a pesquisa contou com uma amostra de 793 municípios brasileiros, 112.434 domicílios e 344.975 indivíduos. O processo de expansão da amostra utilizava estimadores de razão cuja variável independente era a projeção da população residente, segundo o tipo de área (região metropolitana e não-metropolitana). Estas projeções consideravam a evolução populacional ocorrida entre os Censos Demográficos 1980 e 1991, sob hipóteses de crescimento associadas a taxas de fecundidade, mortalidade e migração (IBGE, 2000).

O objetivo geral da pesquisa suplementar Saúde da PNAD 1998 era fornecer subsídio aos poderes executivos e legislativos, aos Conselhos de Saúde, e ao conjunto de agentes sociais e econômicos interessados no setor, na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, além de fornecer informações relevantes e atualizadas para o desenvolvimento de pesquisas na área de Saúde Pública. Entre os objetivos específicos, a pesquisa visava esclarecer qual era o nível de acesso aos serviços de saúde em todo país e as características da utilização desses serviços, qual era o perfil de necessidades de saúde e o nível de cobertura por grupos populacionais por diferentes modalidades de seguro saúde e de gastos privados entre as famílias com planos de saúde, consumo de bens e serviços e de medicamentos (IBGE, 2000). Desta forma, a pesquisa foi construída em módulos.

Em 2003, a PNAD manteve a metodologia de amostragem probabilística em três estágios. Contudo, o método de seleção das unidades primárias e secundárias (municípios e setores censitários) utilizado pela PNAD foi atualizado em 1º de agosto de 2000 e foi utilizado durante toda a primeira década do século, assim foi utilizada uma nova divisão territorial e da malha setorial. Para PNAD de 2003, a amostra contou com 851 municípios, 133.255 domicílios e 384.834 indivíduos. O processo de expansão da amostra foi similar ao da PNAD de 1998, com a diferença de que as projeções consideram a evolução populacional ocorrida entre os Censos Demográficos de 1991 a 2000. O Suplemento de Saúde em 2003 manteve o questionário semelhante ao de 1998, com pequenos ajustes nas variáveis, a alteração mais importante foi a

inclusão da investigação relativa ao acesso a serviços preventivos de saúde para as mulheres de 25 anos ou mais de idade (IBGE, 2005).

A metodologia de amostragem e expansão da PNAD de 2008 seguiu o padrão apresentado nas anteriores, a não ser pela inclusão da Contagem de População de 2007 nas projeções de expansão, que já incluíam a evolução populacional entre os censos de 1991 e 2000. Em 2008, a amostra da PNAD contou com 851 indivíduos, 150.591 domicílios e 391.868 indivíduos. A partir de 2008 maiores mudanças foram implementadas na estrutura da pesquisa, o módulo 14 sobre mobilidade física dos moradores foi ampliado, assim como o de realização de exames preventivos da saúde das mulheres, e a pesquisa ganhou um novo módulo sobre o uso de tabaco (IBGE, 2010).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 foi construída de forma diferente das PNADs. O plano amostral empregado foi amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPAs). O primeiro estágio é composto pelos setores censitários ou conjunto de setores, que formam as UPAs, os domicílios são as unidades de segundo estágio e os moradores com 18 anos ou mais de idade definem as unidades de terceiro estágio (IBGE, 2015).

Como parte integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD-IBGE), as UPAs da pesquisa foram obtidas da Amostra Mestra, que é a estrutura amostral do sistema cuja abrangência geográfica é constituída pelos setores censitários da Base Operacional Geográfica do Censo Demográfico 2010, exceto aqueles com número muito pequeno de domicílios e os setores especiais. Isso permitiu maior espalhamento geográfico e ganho de precisão nas estimativas. A seleção da subamostra das UPAs para a PNS de 2013 foi feita por amostragem aleatória simples. Assim, a amostra contou com 62.986 domicílios e 205.546 indivíduos (IBGE, 2015).

Na PNS 2013 foi preciso definir fatores de expansão ou pesos amostrais para as UPAs, para os domicílios e todos os seus moradores. Também foi preciso definir o peso para a subamostra para exames. Os pesos das UPAs foram calculados considerando a probabilidade de seleção da UPA para a Amostra Mestra e a probabilidade de seleção para a amostra da pesquisa. Os pesos para os domicílios e todos os seus moradores foram definidos levando-se em conta o peso da UPA correspondente e ajustes para correção de não respostas e também para calibrar as estimativas com totais populacionais estimados pela Coordenação de População e Indicadores Sociais (Copis). O peso do morador foi calculado considerando o peso do domicílio correspondente, a probabilidade de seleção do morador, ajustes de não resposta por

sexo e calibração pelos totais populacionais por sexo e classes de idade estimados com o peso de todos os moradores (IBGE, 2015).

A elaboração da PNS foi fundamentada em três eixos principais: i) o desempenho do sistema nacional de saúde, ii) as condições de saúde da população brasileira e iii) a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco associados (IBGE, 2015).

Com a publicação e a divulgação dos dados dos suplementos de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e da Pesquisa Nacional de Saúde, foi ampliado, consideravelmente, o conhecimento sobre as características de saúde da população brasileira, constituindo, hoje, um conjunto de informações de abrangência nacional de grande relevância para subsidiar a formulação, o monitoramento e a avaliação das políticas públicas de saúde.

### 5.3. PADRÃO DE VIDA E MEDIDAS DE CONCENTRAÇÃO

De acordo com O'Donnell *et al.* (2008), a mensuração das disparidades de uma característica entre os indivíduos de uma sociedade exige a construção de algum *Índice de Padrão de Vida*. Este índice é utilizado para estratificar a população em quantis, de forma que seja possível observar a distribuição da característica na população, dos mais pobres até os mais ricos. Por isso, a primeira parte desta seção apresenta sua construção a partir do trabalho de Vyas e Kumaranayake (2006).

Além da elaboração deste índice, O'Donnell *et al.* (2008) destacam a importância de produzir informações visuais a partir dele, a fim de complementar a análise. Por isso, na segunda parte desta seção será apresentada a *Curva de Concentração de Lorenz* (1905), que traz a distribuição da característica avaliada em uma curva em contraste com uma linha de 45 graus, a linha de igualdade, ou permite a comparação de duas características, e em seguida, apresenta a formalização do *Índice de Concentração* construído a partir da ferramenta gráfica, elaborado por Gini (1912) e retomado por muitos autores, como Kakwani (1977, 1980), Wagstaff *et al.* (1991) e Kakwani *et al.* (1997).

A análise da equidade e da igualdade a partir destes recursos permite observar as diferenças socioeconômicas no acesso à saúde ou nos cuidados de saúde. Mas, de acordo com O'Donnell *et al.* (2008), o grau de explicação ainda é limitado, dado que essas diferenças dos grupos não podem ser medidas ou profundamente explicadas, apenas observadas (O'DONNELL *et al.*, 2008). Por isso, a penúltima parte desta seção apresenta a metodologia para *Decomposição do Índice de Concentração*, fornecendo uma ferramenta para mensuração das disparidades encontradas. E na última subseção será apresentada a estrutura da análise

estatística, os tipos de gráficos e tabelas gerados, bem como as variáveis incluídas em cada um deles.

### 5.3.1. Cálculo do Padrão de Vida

De acordo com o Guia de Técnicas e Suas Implementações para análise de equidade em saúde do Banco Mundial, organizado por O'Donnell *et al.* (2008), a estratificação da população pode ser realizada de duas formas: a forma direta, que utiliza a renda, o consumo ou as despesas das famílias, ou a forma indireta, e mais usual, por ser observável, que consiste na utilização de uma *proxy* construída a partir da base de dados existente, utilizando o que autor chama de variáveis componentes principais para construção de um índice de riqueza familiar. Esta abordagem consiste na soma dos principais fatores que compõem a renda e a riqueza<sup>3</sup> do indivíduo ou de uma família: salários, transferências de outras pessoas ou governamentais, renda advinda da posse de ativos, bens que os indivíduos possuam e outros fatores. O índice do conjunto de rendas e riquezas do indivíduo ou família  $i$  ( $A_i$ ) pode ser construído da seguinte forma:

$$A_i = \sum_k \left[ f_k \frac{a_{ik} - \bar{a}_k}{s_k} \right] \quad (1)$$

No qual  $a_{ik}$  é o valor do recurso (renda, ativo ou bem)  $k$  para o indivíduo ou família  $i$ ,  $\bar{a}_k$  é a média na amostra deste recurso  $k$ ,  $s_k$  é o desvio padrão da amostra e  $f_k$  é o peso associado ao primeiro componente principal. Na construção de índices de padrões de vida, com base na análise de componentes principais, geralmente, se admite que o primeiro componente é uma medida adequada de bem-estar, ou seja, este índice é a soma das variáveis de rendas, ativos e bens ponderada pelo elemento do primeiro vetor (VYAS; KUMARANAYAKE, 2006; O'DONNELL, 2008). Neste trabalho, o índice de riqueza foi construído a partir das variáveis apresentadas no Quadro 3.

---

<sup>3</sup> Podem ser incluídos itens como propriedade de terras, imóveis e, até mesmo, eletrodomésticos que possam indicar a capacidade de consumo.



### Quadro 3 – Variáveis de Rendimento das PNADs e da PNS

- 
1. Rendimento bruto mensal ou retirada que fazia normalmente no trabalho principal - Valor em dinheiro (R\$)
  2. Rendimento bruto mensal ou retirada que fazia normalmente no trabalho principal - Valor estimado dos produtos ou mercadorias (R\$)
  3. Rendimento bruto mensal ou retirada que fazia normalmente em outro(s) trabalho(s) - Valor em dinheiro (R\$)
  4. Rendimento bruto mensal ou retirada que fazia normalmente em outro(s) trabalho(s) - Valor estimado dos produtos ou mercadorias (R\$)
  5. Aposentadoria ou pensão de instituto de previdência federal (INSS), estadual, municipal ou do governo federal, estadual, municipal - Valor em dinheiro (R\$)
  6. Pensão alimentícia ou doação em dinheiro de pessoa que não morava no domicílio - Valor em dinheiro (R\$)
  7. Renda de aluguel ou arrendamento - Valor em dinheiro (R\$)
  8. Juro de caderneta de poupança e de outras aplicações financeiras, dividendos, programas sociais, seguro-desemprego, seguro defeso ou outros rendimentos - Valor em dinheiro (R\$)
- 

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos questionários das PNADs e da PNS (2017).

As análises que observam a distribuição entre os indivíduos de uma população de alguma característica ligada à saúde são, geralmente, realizadas estratificando a população em quantis da medida de padrão de vida. Neste trabalho, os indivíduos foram separados entre quintis a partir do índice de riqueza – dos 20% mais pobres até os 20% mais ricos para avaliar a distribuição de várias características: mortalidade infantil, expectativa de vida, subnutrição, gastos com saúde, número de consultas efetivadas, e outras, apresentadas nos resultados e discussões.

#### 5.3.2. Curva de Concentração de Lorenz

A Curva de Concentração é construída em torno de duas variáveis chave, a variável de saúde, socioeconômica ou outra que se deseja conhecer a distribuição, contra a variável do índice do padrão de vida. Segundo O'Donnell *et al.* (2008), os dados podem estar no nível individual, ou seja, os valores da variável saúde e da variável do Índice de Padrão de Vida estão disponíveis para cada observação, ou, os dados podem ser agrupados, para cada grupo de padrão de vida, cada quintil de renda, o valor médio da variável saúde é observado. Neste trabalho, as análises serão realizadas a nível individual. A Curva de Concentração traça a porcentagem acumulada da variável analisada no eixo y, contra a porcentagem acumulada da população,

classificada pelos padrões de vida, começando da mais pobre e terminando com a mais rica, no eixo x.

Se todos os indivíduos ou famílias, independentemente do seu padrão de vida, tiverem o mesmo valor da variável observada, a Curva de Concentração será uma linha de 45 graus, que vai do canto inferior esquerdo até o canto superior direito, conhecida como linha de igualdade. Mas, se a variável observada tiver valores mais elevados, concentrados entre as pessoas dos quintis mais pobres, a Curva de Concentração ficará acima da linha de igualdade, caso contrário, se os valores da variável estiverem concentrados entre os estratos mais ricos, a linha de concentração estará localizada abaixo da linha de 45 graus. Diz-se no primeiro caso que a característica é pró-pobre, e no segundo, pró-rica.

Curvas para duas ou mais variáveis podem ser plotadas no mesmo gráfico e é possível interpretar a altura relativa das curvas: se a curva de uma variável estiver completamente acima da curva de outra, então, aquela característica domina a segunda; se as curvas se cruzarem, não há dominância entre elas. Contudo, deve ser realizado o *teste de dominância de concentração de curva*.

### 5.3.3. Teste de Dominância das Curvas de Concentração

O'Donnell *et al.* (2008) dizem que, ainda que a observação da curva em relação à curva de 45 graus e outras curvas demonstrem a dominância de umas contra as outras, essa conclusão visual não é suficiente para dizer se esta dominância é estatisticamente significativa. Por isso, para inferir conclusões na análise gráfica, é realizado o teste de dominância de concentração de curva, a partir dos erros padrões das coordenadas das curvas de concentração. O teste consiste em calcular os erros padrões das diferenças das coordenadas das curvas. Mas, isso pode gerar um problema, já que as curvas são dependentes. Para resolver o problema, Bishop *et al.* (1994) e Davidson e Duclos (1997) propuseram uma matriz de variâncias e covariâncias apropriadas, que permite a dependência entre as curvas.

O teste de dominância é um teste de hipótese construído da seguinte maneira:

$$\begin{cases} H_0: \text{não há dominância entre as curvas} \\ H_1: \text{há dominância entre as curvas} \end{cases}$$

E a regra de decisão é rejeitar a hipótese nula de não dominância em favor da hipótese alternativa de dominância se houver pelo menos uma diferença significativa entre as curvas, ou

entre a curva e a linha de igualdade em uma direção e, simultaneamente, nenhuma diferença significativa na outra direção. Assim, se existir ao menos uma diferença significativa, na qual a curva da característica A está acima da curva da característica B, e não existir nenhuma diferença significativa em pontos em que a curva B situa-se acima da curva A, é possível concluir que a característica A domina a B.

Howes (1996), no entanto, faz uma observação, se os valores críticos usuais forem utilizados nesta análise, haverá uma grande probabilidade de rejeição da hipótese nula, quando ela, na verdade, devesse ser aceita, porque não há uma correção par ao fato de várias comparações estarem sendo realizadas simultaneamente. A correção consiste na utilização de vários testes utilizando valores críticos da Distribuição de Módulos Máximos ajustados de forma consistente pela divisão da estatística amostral por uma estimativa do desvio padrão populacional, calculado a partir da amostra, este método é chamado por Dardanoni e Forcina (1999) de Abordagem de Comparação Múltipla. Se houver pelo menos uma diferença significativa entre as ordenadas em cada direção, conclui-se que as curvas se cruzam. Se não houver diferenças significativas em qualquer direção, então, a hipótese nula de não dominância é não rejeitada.

A solução alternativa, apresentada por Howes (1996), Sahn e Younger (2000) e Sahn *et al.* (2000), requer que as diferenças de todas as coordenadas de quantis sejam significativas. Método consistente com o Princípios da União de Intersecção (DARDANONI; FORCINA, 1999). Os autores defendem que, embora esta regra seja mais rígida, reduz a probabilidade de rejeitar erroneamente a não dominância.

Além da regra de decisão, o analista deve escolher o número de pontos quantis em que as ordenadas devem ser comparadas. Se o número de pontos de comparação for muito pequeno, a dominância em toda a distribuição não está sendo testada. Howes (1996) afirma que, no entanto, é difícil encontrar a dominância nos extremos das distribuições. Com amostras grandes, uma escolha usual é testar as diferenças em 19 quantis, uniformemente espaçados, de 0,05 a 0,95, método utilizado neste trabalho, calculado automaticamente pelo STATA (SAHN; YOUNGER, 2000; SAHN *et al.*, 2000; O'DONNELL *et al.*, 2008).

#### **5.3.4. Índice de Concentração de Gini**

As curvas de concentração são utilizadas para identificar a existência de disparidades em alguma característica dada a distribuição da renda em uma população, como visto acima. Mas ela não é capaz de mensurar a magnitude das diferenças. O Índice de Concentração,

calculado a partir da curva, quantifica o grau de desigualdade na variável de saúde provocada pela disparidade econômica (WAGSTAFF *et al.*, 1989; KAKWANI, 1977, 1980; KAKWANI *et al.*, 1997).

O Índice de Concentração é definido como o dobro da área que representa a diferença entre a linha de igualdade e a curva da variável de saúde. Ou seja, se não houver desigualdade, e as linhas se sobreporem, o índice será zero; no caso de desigualdade extrema, em que os mais pobres ou os mais ricos detêm a totalidade daquilo que está sendo observado, o índice será um. Quando a curva de Lorenz estiver acima da linha de igualdade, o índice terá um valor negativo, ou seja, a variável está concentrada entre os mais pobres e se o índice for positivo, a Curva de Concentração estará abaixo da linha de 45 graus, indicando que a variável está concentrada entre os ricos. Formalmente o índice é calculado como:

$$C = 1 - 2 \int_0^1 L_h(p) dp \quad (2)$$

em que  $L_h(p)$  é a Curva de Concentração ordenada pelo padrão de vida. O índice pode assumir valores entre o intervalo  $[-1,1]$ . Para uma variável discreta de padrões de vida, ele pode ser calculado da seguinte maneira:

$$C = \frac{2}{N\mu} \sum_{i=1}^n h_i r_i - 1 - \frac{1}{N} \quad (3)$$

na qual,  $h_i$  é a variável cuja a distribuição quer ser observada,  $\mu$  é a média e  $r_i = 1/N$  é a classificação fracionária do indivíduo  $i$  na distribuição do padrão de vida, sendo que  $i = 1$  refere-se ao mai pobre e  $i = N$  refere-se ao mai rico. Para fins de cálculo, no entanto, uma fórmula mais conveniente é utilizada, calculada a partir da covariância entre a variável observada e a classificação fracionária na distribuição do padrão de vida (KAKWANI, 1980; JENKINS, 1988; LERMAN; YITZHAKI, 1989).

$$C = \frac{2}{\mu} cov(h, r) \quad (4)$$

Existem alguns problemas relacionados ao índice, pois ele perde algumas das informações contidas na curva de Lorenz. O índice pode ser zero se a Curva de Concentração ficar em todos os pontos sobreposta a linha de 45 graus, mas também, se a curva atravessar a linha de igualdade acima e abaixo, de forma que as áreas se anulem. Por isso, a análise do Índice de Concentração deve ser feita conjuntamente com a análise gráfica da curva.

É preciso ressaltar algumas propriedades do Índice de Concentração, que segundo O'Donnell *et al.* (2008), estão associadas às características dos dados. Sua utilização é mais adequada para dados que não assumem valores negativos, mas isso não é um problema para dados de saúde, pois raramente apresentam valores abaixo de zero. O maior problema está associado às variáveis categóricas, o índice não pode ser calculado diretamente a partir de variáveis deste tipo. A solução parcial, apontada por Wagstaff (2005), é a dicotomização das variáveis categóricas. Mas é preciso fazer uma observação, o intervalo no qual essa variável se encontra não é  $[-1,1]$ , mas dependerá da média da variável. Em amostras grandes, o intervalo será  $[\mu-1,1-\mu]$ , e o intervalo diminui à medida que a média aumenta. Uma alternativa, dada pelo autor, é normalizar o Índice de Concentração, dividindo-o por  $1-\mu$ .

O índice apresentado até este momento é aquele elaborado por Gini (1912), no entanto, Wagstaff (2002) identificou que o índice original, possui uma “aversão a desigualdade”, ou seja, ele é propenso a subestimar os níveis de disparidades. Então, baseando-se no Índice de Concentração de Gini, o autor elaborou um Índice de Concentração estendido. O Índice de Concentração estendido pode ser escrito da seguinte forma:

$$C(v) = 1 - \frac{v}{n\mu} \sum_{i=1}^n h_i (1 - R_i)^{v-1}, \quad v > 1 \quad (5)$$

Na equação,  $v$  é o parâmetro de aversão à desigualdade. Compreendido da seguinte forma, o peso associado a característica avaliada da  $i$ -ésima pessoa,  $h_i/n\mu$ , nesta equação, é igual a  $v(1 - R_i)^{v-1}$ , ao invés de  $2(1 - R_i)$ , utilizado na equação original e que atribui um peso maior às extremidades da distribuição do padrão de vida.

Por fim, o método de cálculo dos erros padrões, no caso de microdados, como utilizado neste trabalho, foi apresentado por Kakwani *et al.* (1997), da seguinte maneira:

$$\text{var}(\hat{C}) = \frac{1}{n} \left[ \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n a_i^2 - (1 + C)^2 \right] \quad (6)$$

em que:

$$\alpha_i = \frac{h_i}{\mu} (2r_i - 1 - C) + 2 - q_{i-1} - q_i \quad (7)$$

e

$$q_i = \frac{1}{\mu n} \sum_{j=1}^i h_j \quad (8)$$

é a ordenada da Curva de Concentração  $L_h(p)$ , e  $q_0 = 0$ . Esta equação não leva em consideração os pesos da amostra.

### 5.3.5. Decomposição do Índice de Concentração de Gini

A decomposição do Índice de Concentração é capaz de medir e explicar as disparidades de uma característica entre os quantis da população a partir do Índice de Padrão de Vida. Wagstaff *et al.* (2003) demonstram que o Índice de Concentração de saúde pode ser decomposto a partir das contribuições dos fatores individuais para a desigualdade da variável analisada em relação à medida de padrão de vida, de forma que, cada contribuição é o produto entre a sensibilidade/elasticidade da variável em relação a esse fator e o grau de desigualdade relacionada à medida de padrão de vida nesse fator. Para um modelo de regressão linear da variável de saúde ( $y$ ) contra variáveis explicativas ( $x_k$ ):

$$y = \alpha + \sum_k \beta_k x_k + \varepsilon \quad (9)$$

o Índice de Concentração para  $y$  ( $C$ ) pode ser escrito da seguinte forma:

$$C = \sum_k \left( \frac{\beta_k \bar{x}_k}{\mu} \right) C_k + \frac{GC_\varepsilon}{\mu} \quad (10)$$

na qual,  $\mu$  é a média de  $y$ ,  $\bar{x}_k$  é a média de  $x_k$ ,  $C_k$  é o Índice de Concentração para  $x_k$  (definido de forma análoga a  $C$ ), e  $GC_\varepsilon$  é o Índice de Concentração generalizado para o termo de erro ( $\varepsilon$ ). A Equação 10 mostra que  $C$  é igual a uma soma ponderada dos índices de concentração dos regressores  $k$ , onde o peso para  $x_k$  é a elasticidade de  $y$  em relação a  $\eta_k = \beta_k \bar{x}_k / \mu$ . O componente residual - capturado pelo último termo - reflete a desigualdade renda-relaciona na variável observada que não é explicada pela variação sistemática nos regressores provocada

pela renda, ou pelo conjunto de variáveis utilizado para construir o Índice de Padrão de Vida, e aproxima-se de zero para um modelo bem especificado.

Wagstaff *et al.* (2003) propuseram duas abordagens para explicar as mudanças na desigualdade relacionada à renda/riqueza ao longo do tempo. Uma primeira abordagem é aplicar uma decomposição do tipo Oaxaca (OAXACA, 1973). A aplicação do método de Oaxaca à equação do Índice de Concentração ficaria assim:

$$\Delta C = \sum_k \eta_{kt}(C_{kt} - C_{kt-1}) + \sum_k C_{kt}(\eta_{kt} - \eta_{kt-1}) + \Delta \left( \frac{GC_{\varepsilon t}}{\mu_t} \right) \quad (11)$$

De forma que,  $t$  indica o período de tempo e  $\Delta$  denota as primeiras diferenças. Essa abordagem permite que se decomponha a mudança na desigualdade renda-relacionada da variável analisada em mudanças na desigualdade nos determinantes da variável analisada, e as mudanças nas elasticidades da variável em relação a esses determinantes,  $\eta_{kt}(C_{kt} - C_{kt-1})$ . Mas não permite que se decomponha as mudanças que ocorrem dentro das elasticidades,  $C_{kt}(\eta_{kt} - \eta_{kt-1})$ . Para resolver essa limitação, Wagstaff *et al.* (2003) consideram o diferencial total da equação do índice de concentração, apresentada Equação 11, permitindo as mudanças nos parâmetros da regressão, os meios e os índices de concentração dos regressores. A alteração no Índice de Concentração pode ser aproximada da seguinte maneira:

$$dC = -\frac{C}{\mu} d\alpha + \sum_k \frac{\bar{x}_k}{\mu} (C_k - C) d\beta_k + \sum_k \frac{\bar{x}_k}{\mu} (C_k - C) d\bar{x}_k + \sum_k \frac{\beta_k \bar{x}_k}{\mu} dC_k + d \left( \frac{GC_{\varepsilon}}{\mu} \right) \quad (12)$$

É importante observar que o efeito sobre  $C$  de uma alteração em  $\beta_k$ , ou em  $\bar{x}_k$ , depende de se  $x_k$  é mais desigual ou menos desigualmente distribuído do que  $y$ . Isso reflete dois canais de influência separados – o efeito direto da mudança em  $\beta_k$  (ou  $\bar{x}_k$ ) em  $C$  e o efeito indireto que ocorre através de  $\mu$ . Um aumento na desigualdade em  $\bar{x}_k$  (isto é,  $C_k$ ) aumentará o grau de desigualdade em  $y$ . O impacto é uma função crescente de  $\beta_k$  e  $\bar{x}_k$  e uma função decrescente de  $\mu$ .

### 5.3.6. Como a Análise Estatística está estruturada

Após o tratamento dos microdados e a criação das bases de dados completas para cada ano, com microdados dos indivíduos e seus domicílios, realizados utilizando o software

estatístico STATA, para a geração do Índice de Padrão de Vida, da Curva de Concentração de Lorenz, do Índice de Concentração de Gini, bem como suas decomposições, foi utilizada uma ferramenta estatística chamada ADePT.

ADePT é um programa criado pelo Banco Mundial para realização de análises estatísticas a partir de bases de dados socioeconômicas. Entre seus pacotes de análise, foi utilizado, como nos trabalhos de Macinko e Lima-Costa (2012) e Mullacherry, Silver e Macinko (2016), o módulo *Health Outcomes*. Ele permite que as desigualdades nos resultados de saúde e a utilização dos serviços de saúde possam ser explicadas por grupos de variáveis.

Para isso, ele chama de *variáveis de indicadores de saúde* aquelas que se referem aos resultados de saúde, como “autoavaliação do estado de saúde, ou a “presença de doenças crônicas”, e chama de *variáveis de utilização de serviços de saúde* aquelas que se referem ao uso desses serviços, como “quantidade de consultas realizadas no ano”, ou “forma de pagamento das internações”. Os grupos de variáveis que explicam as desigualdades são: i) grupo de características individuais (idade, gênero), ii) grupo de características familiares (cor, região de moradia), iii) grupo de variáveis de normalização, que são não-renda relacionadas, que geram diferenças esperadas nos resultados de saúde, diferenças consideradas justas (idade do indivíduo, consumo de álcool ou tabaco) e, por fim iv) grupo de variáveis de controle, que são renda relacionadas e geram diferenças injustas nos resultados de saúde (posse de plano de saúde, carro particular).

A partir desses grupos de variáveis, o ADePT gera um conjunto de tabelas e gráficos que serão descritos a seguir e estão divididos em dois grupos, como na apresentação dos resultados do trabalho: variáveis de indicadores de saúde e variáveis de utilização de saúde. Dessa forma, se espera que a capacidade de interpretação do leitor ao chegar nos resultados deste estudo seja facilitada, ao compreender previamente a divisão do trabalho e as informações contidas em cada tabela.

#### 5.3.6.1. Variáveis de Indicadores de Saúde

Essa seção analisa as variáveis de indicadores do estado de saúde, inicialmente, segundo as características individuais e familiares. Posteriormente, a desigualdade socioeconômica nos resultados de saúde é medida pelo Índice de Concentração de Gini e esse índice é decomposto segundo os determinantes de saúde, justos e injustos. As tabelas e gráficos mostram diferentes versões do Índice de Concentração assim como o resultado de sua decomposição. Os detalhes subjacentes à decomposição também são informados.



**Tabelas TH1: Indicadores de Saúde por características familiares:** A tabela descreve os resultados de saúde segundo as características familiares. Neste trabalho foram utilizadas as seguintes variáveis: área de residência (URBANO ou RURAL), região da residência (SUL, SUDESTE, CENTRO-OESTE, NORTE e NORDESTE) e os quintis de renda (QUINTIS DA RENDA PER CAPITA FAMILIAR). Nessa tabela, as linhas apresentam as categorias de características familiares e as colunas, o percentual (de 0 a 1) das variáveis de resultado de saúde binárias ou o valor discreto para as variáveis quantitativas.

**Tabelas TH2: Indicadores de Saúde por características individuais:** A tabela descreve os resultados de saúde segundo as características individuais. As características analisadas neste trabalho são: GÊNERO do indivíduo (mulher ou homem), IDADE dividida em classes de 6 anos, etnia do indivíduo (COR), anos de educação formal (MENOS DE 4 ANOS, FUNDAMENTAL COMPLETO, ENSINO MÉDIO e SUPERIOR OU MAIS) e a condição de ocupação no mercado de trabalho (OCUPADO ou NAO OCUPADO). Nessa tabela, linhas trazem as variáveis de características individuais e as colunas, o percentual (de 0 a 1) das variáveis binárias de resultado de saúde ou o valor discreto para as variáveis quantitativas.

#### *5.3.6.1.1. Desigualdades nos Indicadores de Saúde*

Este grupo oferece tabelas e gráficos que analisam a desigualdade socioeconômica dos resultados de saúde. As tabelas mostram a distribuição, a concentração e o percentual (de 0 a 1) da variável de saúde segundo os padrões de vida. Os resultados de saúde podem ser analisados segundo as variáveis de normalização – aquelas que geram desigualdades consideradas justas ou esperadas – ou variáveis de controle, de forma direta ou indireta – aquelas que geram desigualdades consideradas injustas. Para este trabalho foi utilizado o método de padronização indireta, por ser mais adequado às bases de dados utilizadas (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012; MULLACHERY; SILVER; MACINKO, 2016). As variáveis de normalização e controle usadas neste estudo estão apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Variáveis de Normalização e Controle

VARIÁVEL	TIPO	DESCRIÇÃO
<b>VARIÁVEIS DE NORMALIZAÇÃO</b>		
GENERO	Binária	1 se mulher, 0 se homem
IDADE	Discreta	Idade do indivíduo
COR	Binária	1 se branco, 0 se não-branco
ALCOOL	Binária	1 se faz consumo, 0 se não faz
EXERCICIO	Binária	1 se pratica, 0 se não pratica
TABACO	Binária	1 se consome, 0 se não consome
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>		
OCUPADOS	Binária	1 se ocupado no mercado de trabalho, 0 se não
EDUCACAO	Categórica	Nível de educação formal
Q_MORADORES	Discreta	Número de moradores no domicílio do indivíduo
PLANO	Binária	1 se possui plano de saúde, 0 se não possui
VEICULO	Binária	1 se possui veículo próprio na família, 0 se não possui
PSF	Binária	1 se possui cadastro no Programa de Estratégia da Família, 0 se não possui
REGIAO	Categórica	Região do Brasil em que reside
URBANO	Binária	1 se mora em zona urbana, 0 se não reside
TIPODOM	Binária	1 se mora em casa/apartamento próprio para moradia, 0 se mora em cômodo ou condição inapropriada
CANALIZADA	Binária	1 se possui água encanada no domicílio, 0 se não possui
AGUATRATADA	Binária	1 se essa água é própria para o consumo, 0 se não é
BANHEIRO	Binária	1 se possui ao menos um banheiro, 0 se não possui nenhum banheiro
ESCOADOURO	Binária	1 se o esgoto é coletado pela Rede Geral, 0 se é destinado a outras fontes
LIXO	Binária	1 se conta com coleta de lixo regular, 0 se não conta
ENERGIA	Binária	1 se domicílio possui energia elétrica, 0 se não possui

**Fonte:** Elaboração própria (2018).

A Tabela TH5 apresenta a distribuição dos resultados de utilizando o método de padronização indireta. A padronização é utilizada para eliminar a desigualdade ocasionada pelas variáveis que estão além do controle dos decisores políticos, geralmente, fatores demográficos, como idade e sexo.

O Índice de Concentração é uma medida de como o estado de saúde está relacionado com a renda. Um valor positivo indica que a variável de saúde está mais concentrada entre indivíduos mais ricos. Ele atribui, implicitamente, ao indivíduo mais pobre um peso próximo de 2 e o peso diminui linearmente até atingir um valor próximo de 0 para o indivíduo mais rico. Uma medida mais geral de concentração, o Índice de Concentração de Gini estendido, usado nessas tabelas, torna possível alterar esta ponderação ajustando o valor do parâmetro de aversão à desigualdade. Quando o parâmetro de aversão à desigualdade é igual a 2, o índice de Índice de Concentração de Gini estendido é igual ao Índice de Concentração de Gini original, quando o parâmetro é estendido (CI3 e CI4), um peso maior é dado ao indivíduo mais pobre, e este peso diminui mais rapidamente do que linearmente até atingir 0 para o indivíduo mais rico. Esse grupo apresenta também o gráfico das Curvas de Concentração de Lorenz para os resultados brutos de saúde.

**Tabela TH5: Desigualdade da Saúde, padronização indireta:** A tabela mostra a distribuição, a concentração e o percentual (de 0 a 1) de cada variável binária ou o valor discreto para as variáveis quantitativas segundo os QUINTIS DE RENDA PER CAPITA FAMILIAR. Nas linhas, esta tabela traz os resultados percentuais de saúde por quintil de renda, o Índice de Concentração de Gini estendido e os resultados de saúde ponderados pelos parâmetros de aversão. Nas colunas traz as variáveis de resultado de saúde.

**Gráfico G1: Curvas de Concentração de Lorenz dos Indicadores de Saúde:** O gráfico apresenta a Curva de Concentração de Lorenz de cada variável de resultado de saúde analisada e a reta de igualdade de 45 graus.

#### *5.3.6.1.2. Explicando as Desigualdades nos Indicadores de Saúde*

Este grupo de tabelas mostra as decomposições do Índice de Concentração de Gini nos resultados de saúde segundo os determinantes de saúde, que são divididos entre variáveis de normalização e de controle, que geram desigualdades justas e iniquidades, desigualdades consideradas injustas, respectivamente. O ADePT apresenta a decomposição tanto baseada numa regressão linear, como no modelo não-linear mais adequado conforme determinado pelo programa.

Quando a variável de indicador de saúde é contínua, frequentemente, se utiliza um modelo linear, assim é possível estimar os parâmetros por Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). No entanto, a maioria das variáveis de saúde não são contínuas – elas podem ser variáveis binárias (ter um estado de saúde específico ou não), variáveis categóricas (autoavaliação de saúde), ou de contagem (número de dias passados no leito devido a doença) – por isso, utilizar um modelo não-linear é mais adequado. Neste trabalho, todas as variáveis de análise são categóricas, binárias ou de contagem, por isso, os modelos de decomposição utilizados serão não-lineares. O ADePT foi programado para ser capaz de determinar o melhor modelo não-linear a ser estimado. A decomposição do Índice de Concentração correspondente a este modelo não-linear é apresentado na tabela H7.

**Tabela TH7: Decomposição do Índice de Concentração de Gini, modelo não-linear:** A tabela traz a decomposição do índice de concentração da variável de resultado de saúde contra as variáveis de determinante de saúde. A decomposição se baseia na regressão não-linear da

variável de resultado de saúde sobre suas variáveis padronizantes e de controle. As linhas apresentam as contribuições das variáveis padronizantes e de controle, a decomposição dos resíduos, o índice de desigualdade total e o índice de desigualdade considerada injusta. As colunas apresentam as variáveis de resultado de saúde selecionadas. A regressão não-linear adequada é automaticamente determinada pelo ADePT.

Os erros-padrões dos valores estimados nas tabelas do tipo TH1, TH2 e TH5 serão apresentados no Apêndice 2.

#### 5.3.6.2. Variáveis de Utilização de Saúde

Os gráficos e tabelas dessa seção são exatamente os mesmos da anterior, contudo, apresentam os resultados para as variáveis de utilização dos serviços de saúde e não mais para as variáveis de indicadores/resultados de saúde. Os erros-padrões dos valores estimados nas tabelas do tipo TU1, TU2 e TU5, como são chamadas as tabelas para as variáveis de utilização de serviços de saúde, serão apresentados no Apêndice 3.

### 5.4. ANÁLISE DESCRITIVA: DESCRIÇÃO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO

Como citado, a análise descritiva foi extraída dos Planos Nacionais de Saúde de 2004 – o primeiro ano em que foi elaborado – 2008, 2012 e 2016 e dos Relatórios dos Complementos de Saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio de 1998, 2003, 2008 e da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013.

Os Planos Nacionais de Saúde foram utilizados neste trabalho pois é por meio deles que o Ministério da Saúde propõe os grandes objetivos para saúde para o quadriênio que segue sua elaboração, observando: i) o que foi estabelecido pelo Plano Plurianual do período e ii) as demandas da Conferência Nacional de Saúde, que é realizada a cada quatro anos e ocorre no ano de elaboração do Plano. Segundo o que foi descrito no Plano Nacional de Saúde (2004), ele é um instrumento básico do Pacto Nacional de Saúde no Brasil e constitui uma referência para as funções do Ministério da Saúde e para todo o sistema de saúde nacional. Foi criado pela Lei Nº 8.080/90 e legalmente definido pela Portaria Nº 548/2001 como o conjunto de “documentos de intenções políticas, de diagnósticos, de estratégias, de prioridades e de metas, vistos sob a ótica analítica, devendo ser submetidos na íntegra aos respectivos Conselhos de Saúde”.

O plano é elaborado a fim de traçar “novos rumos na busca da ampliação e da qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde, no avanço em direção à equidade, na construção permanente da intersetorialidade das políticas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.3) se comprometendo com a identificação das questões regionais relevantes e a ação conjunta das três esferas de poder para alcançar os objetivos propostos. Além disso, destaca a importância de incentivar a participação dos atores sociais na modificação das realidades sanitárias e epidemiológicas indesejáveis para alcançar o desenvolvimento das condições de vida da população, enfatizando o exercício democrático na elaboração das políticas de saúde. Assim, o objetivo do Plano é modificar o quadro nacional, alcançando uma “situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar, e apoio ao desenvolvimento social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.6). A operacionalização ocorre por meio de programas e projetos que definem ações e atividades específicas, os cronogramas e recursos necessários, direcionando as políticas de saúde de cada uma das três esferas de poder.

O primeiro Plano Nacional de Saúde foi fundamentado no Plano Plurianual do Governo Federal (2004-2007) que contemplava três grandes objetivos: i) Inclusão social e redução das desigualdades sociais, ii) crescimento com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais e iii) promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia. Objetivos dos Planos Nacionais de Saúde, por sua vez, envolvem cinco dimensões: a social, a econômica, a regional, a ambiental e a democrática.

Depois de ser realizada a análise situacional do primeiro Plano Nacional de Saúde, o principal problema identificado para ser tratado ao longo do século XXI para a saúde foi a desigualdade de forma geral. Por isso, foi estabelecido como principal objetivo daquele Plano, e acabou se estendendo para os demais elaborados a partir dele:

Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e a ampliação do acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e promovendo serviços de qualidade oportunos e humanizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.10).

Assim, foram traçados cinco objetivos a serem alcançados por meio do Plano Nacional de saúde: i) redução das desigualdades em saúde, ii) ampliação do acesso com qualificação e humanização da atenção, iii) redução dos riscos e agravos, iv) reforma do modelo de atenção e v) aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

Para organização do primeiro Plano foram definidos cinco eixos prioritários de discussão, também este trabalho se utiliza dessa divisão, retomando os eixos que foram relevantes no tema estudado para nomear as subseções da análise descritiva, são eles: i) Linhas de atenção à saúde, ii) Condição de saúde da população, iii) Setor saúde, iv) Gestão em saúde e v) Investimento em saúde. No Plano elaborado em 2008 os eixos foram redefinidos como: i) as condições de saúde da população e a organização de serviços, ii) determinantes e condicionantes de saúde fundamentais para a qualidade de vida da população e iii) Gestão em saúde. Apesar de pequenas modificações, nos anos posteriores a seleção dos eixos temáticos foi praticamente a mesma, sempre relacionados aos Determinantes Sociais de Saúde.

Os Relatórios das PNADs e da PNS 2013, também utilizados nos resultados de análise descritiva deste trabalho, foram, em parte, a base das análises situacionais dos Planos Nacionais de Saúde, que vão muito além desses Relatórios, mas estes também trazem com profundidade informações que não foram utilizadas nos Planos. A partir de 1998, as pesquisas relacionadas à saúde da população passaram a ser realizadas com intervalos regulares de cinco anos, mantendo aspectos essenciais da investigação, o que possibilitou a comparabilidade dos resultados entre os três anos nos quais foram realizadas as pesquisas junto à PNAD, em 1998, 2003 e 2008, com a pesquisa independente, realizada em 2013.

Esses relatórios têm caráter descritivo e trazem informações sobre a natureza das pesquisas realizadas – plano de amostragem, conceitos e definições necessários para análise dos resultados apresentados – e sobre os resultados dessas pesquisas, como as principais necessidades de saúde da população no ano da pesquisa, as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde e informações sobre a posse de plano de saúde para todo Brasil, dividido por regiões, Unidades da Federação e algumas regiões metropolitanas.

Segundo o Relatório do complemento de saúde da PNAD de 1998, intitulado “Acesso e Utilização de Serviços de Saúde”, o principal objetivo daquela investigação era obter informações sobre a morbidade percebida, o acesso aos serviços de saúde, a cobertura por plano de saúde, a utilização dos serviços de saúde e os gastos com saúde, além de outras informações que pudessem ser capazes de mensurar as condições de mobilidade física das pessoas de 14 anos ou mais.

Como a periodicidade do complemento de saúde da PNAD era de cinco anos, o Relatório seguinte foi publicado em 2003 e também foi intitulado “Acesso e Utilização de Serviços de Saúde”, nele foi repetida a experiência de 1998, gerando informações atualizadas de base populacional sobre acesso e utilização dos serviços de saúde. O Relatório apresentou essencialmente a mesma estrutura utilizada em 1998, sendo a alteração mais importante a

inclusão da investigação relativa ao acesso a serviços preventivos de saúde para as mulheres de 25 anos ou mais de idade.

Em 2008 a pesquisa foi ampliada e o Relatório recebeu novo título, “Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008”, e ganhou um novo bloco de análise sobre tabagismo. Além de trazer informações sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde, ampliou o bloco sobre mobilidade física dos moradores e aquele sobre a realização de exames preventivos da saúde das mulheres.

Em 2013, a pesquisa de saúde se tornou independente da PNAD e deu início à série de Pesquisas Nacionais de Saúde, cuja primeira foi realizada em 2013 e também se espera que tenha periodicidade de quatro anos. As análises dos resultados dessa pesquisa foram divididas em três grandes relatórios: “Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violência”, “Percepção do Estado de Saúde, Estilo de Vida e Doenças Crônicas” e “Ciclos de Vida, resultado da organização da nova PNS, que foi fundamentada em três eixos principais: i) o desempenho do sistema nacional de saúde, ii) as condições de saúde da população brasileira e iii) a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco associados, sendo que os aspectos relacionados à equidade mereceram particular consideração na pesquisa (IBGE, 2015).

Em relação à ampliação dos blocos de pesquisa, no primeiro eixo a PNS incluiu os módulos de acesso e utilização dos serviços de saúde e o de cobertura de plano de saúde do Suplemento Saúde da PNAD na sua íntegra, com pequenas atualizações, de modo a possibilitar o acompanhamento da série quinquenal de indicadores de saúde de utilidade já consagrada. Pesquisou, também, questões para dimensionar o acesso à assistência médica em diferentes níveis de atenção, em termos de tempo de espera e dificuldades na obtenção do atendimento, bem como a avaliação da assistência de saúde sob a perspectiva do usuário. A PNS aprofundou do questionário de saúde ao abordar novos módulos temáticos, como o de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, que possibilitou dimensionar o acesso ao diagnóstico e à assistência prestada às doenças crônicas, com maior detalhamento para doenças como hipertensão arterial, diabetes e depressão. Em relação ao módulo sobre “estilos de vida”, a pesquisa passou a incluir uso de bebidas alcoólicas, prática de atividades físicas e hábitos de alimentação, além do consumo de tabaco, que já estava presente nas demais pesquisas.

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Este capítulo está dividido em duas subseções. A primeira apresenta um compilado de dados de análise descritiva utilizados para caracterizar a evolução do perfil da população brasileira ao longo dos anos aos quais esta pesquisa se dedica. Ela é apresentada a fim de observar como variaram e estavam distribuídas as necessidades de saúde da população de acordo com características socioeconômicas e de infraestrutura de saúde disponível, e também permite observar como os objetivos traçados para o setor de saúde – apresentados no Apêndice 1 – provocaram mudanças nessas características.

A segunda subseção traz a análise das desigualdades em saúde, no acesso e na utilização dos serviços de saúde segundo os Determinantes Sociais de Saúde elencados para este trabalho, que foram apresentados anteriormente.

### **6.1. ESTATÍSTICA DESCRITIVA: A EVOLUÇÃO DOS PERFIS DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÔMICO E EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E DO SETOR DE SAÚDE**

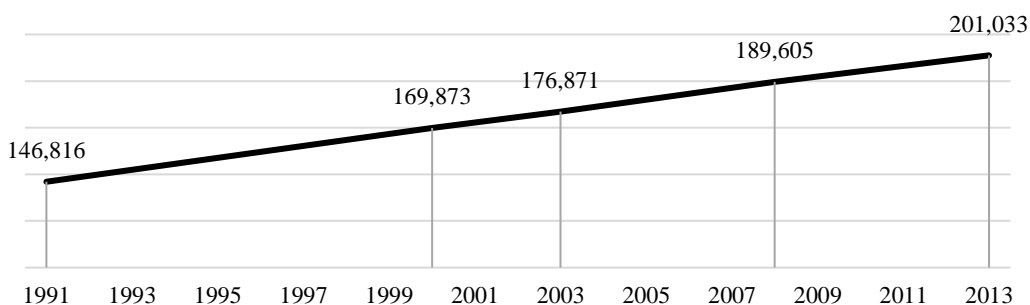
Esta seção está estruturada em quatro partes. A primeira, apresenta a evolução das características demográficas da população brasileira, as consequências dos processos de transição demográfica e o efeito disso sobre as necessidades de saúde. A segunda parte mostra como as condições socioeconômicas e ambientais têm influenciado as condições de vida dos brasileiros. A terceira subseção traz uma breve apresentação de como evoluiu a infraestrutura dos serviços de saúde. E a última parte apresenta a evolução do estado de saúde da população.

#### **6.1.1. Aspectos Demográficos**

Como destacado anteriormente, durante o século XX, o Brasil passou por diversas transformações em seu perfil demográfico, consequência da queda da fecundidade, da redução da mortalidade infantil, do aumento da esperança de vida ao nascer, do aumento da urbanização. Fatores claramente relacionados à evolução das condições de saúde e da dinâmica econômica que modificou o país. Como resultado dessas transformações ainda foi possível vivenciar um aumento populacional no presente século, como apresentado no Gráfico 1, e um envelhecimento da população brasileira.



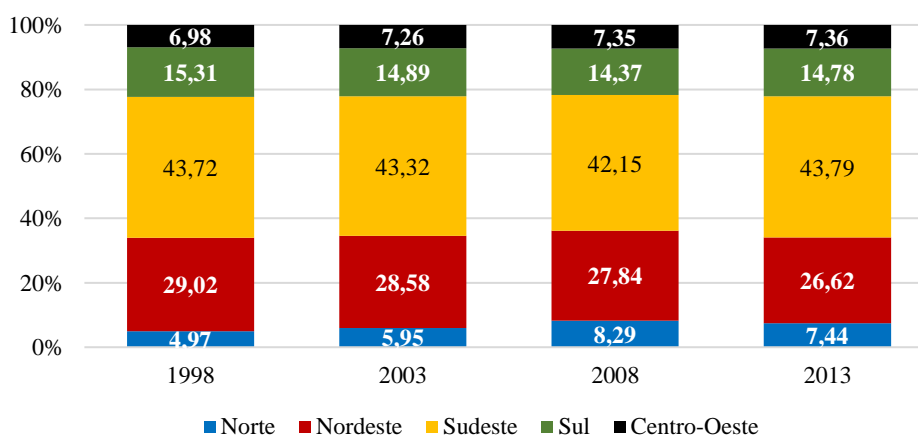
Gráfico 1 – População brasileira em milhões de habitantes, entre 1991 e 2013



Fonte: IBGE (2018).

A média do crescimento populacional entre 1991 e 2000 foi de 1,6% ao ano, a taxa de fecundidade passou de 2,6 filhos por mulher no começo da década para 2,2 em 2000, representando uma redução de 15,4%. A taxa de natalidade teve um decréscimo de 10,2%, de 23,6 em 1990 para 21,2 em 1999 e a esperança de vida ao nascer aumentou 7,8 anos, de 60,7 para 68,5, na década de 1990 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017). Contudo, a distribuição regional da população brasileira, pouco se alterou no século XXI, como pode ser observado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição percentual da população brasileira entre as regiões, nos anos de 2000, 2003, 2008 e 2013

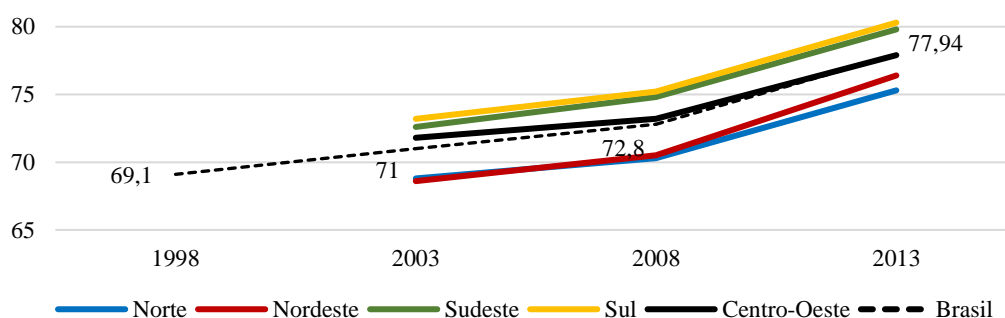


Fonte: IBGE (2018).

Dois aspectos são destacados no Plano Nacional de Saúde (2004) como importantes para as mudanças observadas no padrão demográfico no Brasil: o contínuo aumento da expectativa de vida e a redução da taxa de fecundidade.

De 1980 a 2000, houve aumento de 11% na expectativa de vida, e em 2013, como apresentado no Gráfico 3, a expectativa chegou a 78 anos, com importantes diferenças regionais e por sexo (Gráfico 4). No início do século, o Nordeste era a região com a menor expectativa de vida, vivendo em média 4,6 anos a menos que um residente da região Sul e 4 anos a menos que um residente na região. No entanto, no período entre 2003 e 2008, a região Nordeste superou a região Norte e, em 2013, vivia cerca de 1,1 ano a mais que um residente da região Nordeste, 5 anos a menos que um morador da região Sul e 4,5 anos a menos que um morador do Sudeste. A diferença em relação à média nacional é hoje maior para a região Norte (2,6 anos) do que a diferença do Nordeste (2,4 anos) em 2003.

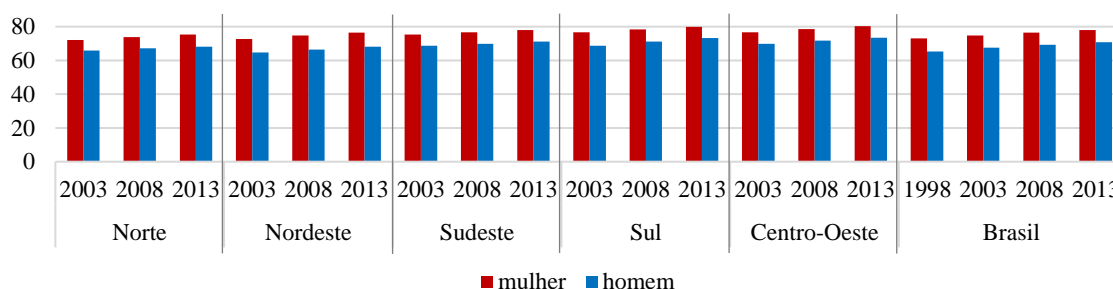
Gráfico 3 – Esperança de vida ao nascer, no Brasil e nas grandes regiões, entre 1998 e 2013



**Fonte:** Banco Mundial (2017) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017).

Observando os resultados da expectativa de vida da população, é possível perceber uma tendência de aumento da longevidade, tanto para os homens quanto para as mulheres, porém com diferenças em relação ao gênero. Em todas as regiões, ao longo de todo período, as mulheres sempre apresentaram uma maior expectativa de vida. Na região Norte e Nordeste, houve um aumento dessa diferença ao longo dos anos, uma diferença de 6,3 anos para 7,1 anos, na região Norte e de 8 para 8,3, no Nordeste. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste a diferença se manteve constantes, cerca de 6,8 anos em ambas, e na região Sul a diferença mostrou um decréscimo, de 8 anos para 6,5. No Brasil a diferença também se manteve constante, em cerca 7,6 anos de vida a mais para as mulheres. Entre 1998 e 2013, a expectativa de vida das mulheres brasileiras aumentou cerca de 4,5 anos e dos homens, 5,6 anos, entre 2003 e 2013 o crescimento foi menor, cerca de 3,3 para ambos.

Gráfico 4 – Esperança de vida ao nascer, no Brasil e nas grandes regiões, segundo o gênero, nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013



**Fonte:** Banco Mundial (2017) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017).

As variáveis associadas ao processo de envelhecimento são a redução da taxa de fecundidade – que será apresentada detalhadamente a seguir – e de natalidade, que apresentou uma redução de 21,44 crianças para 14,93 crianças nascidas vivas para cada mil habitantes, no período de 1998 a 2013, e a estabilização da taxa bruta de mortalidade, como pode ser observado na Tabela 1. Essas características provocam uma redução da taxa de crescimento populacional. Além disso, também é possível observar um aumento da taxa de urbanização. Esse perfil também tem impacto sobre o perfil da saúde da população, indicando a ampliação da demanda de serviços de mais alta complexidade, relacionados à presença de doenças crônicas e deficiências mais comuns numa população idosa, e de doenças relacionadas ao sistema respiratório, mais comuns nos maiores aglomerados urbanos.

Tabela 1 – Evolução das variáveis de transição demográfica no Brasil, nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

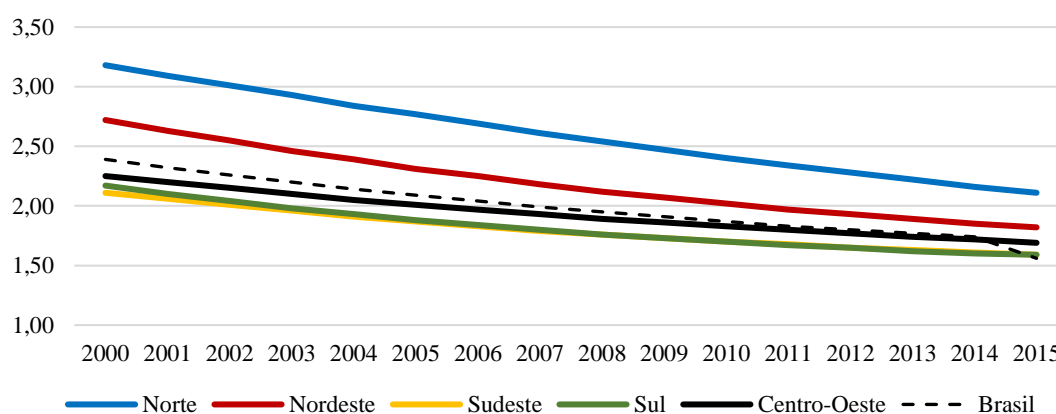
VARIÁVEIS	1998	2003	2008	2013
Fecundidade	2,4	2,2	1,9	1,8
Natalidade	21,44	19,39	16,33	14,93
Mortalidade	6,17	5,89	5,92	6,07
Taxa de Crescimento Populacional	1,6	1,3	1,0	0,9
Urbanização	79,8	84,27	83,35	84,77

**Fonte:** IBGE (2018).

A taxa média geométrica de crescimento anual no período entre 2000 e 2010 foi de 1,17%, uma das mais baixas já observadas, refletindo a continuidade do declínio da fecundidade que se verificou no decorrer dos últimos trinta anos do século XX, e de forma generalizada em todo país. Em 2012, a taxa de crescimento demográfico registrada foi inferior (1,2%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A taxa de fecundidade, o outro componente destacado na dinâmica demográfica brasileira, afeta de maneira profunda as estruturas etárias das populações, ou seja, níveis elevados das taxas de fecundidade total estão associados às estruturas etárias muito jovens e baixa à proporção de pessoas idosas, à medida que esta taxa se reduz, o número de crianças e jovens se reduz proporcionalmente em relação as demais faixas etárias. Em 1960, a taxa de fecundidade entre as brasileiras era de 6,3 filhos por mulher, mas, como pode ser visto no Gráfico 5, a taxa de fecundidade no país caiu. No início dos anos 2000 ela era igual 1,4, em 2010 chegou a 1,9 e no ano de 2015 atingiu 1,56. Todas as regiões experimentaram um decréscimo, sendo que a região Norte apresentou a maior redução no período, de 3,18 filhos por mulher para 2,11, ainda acima da taxa de reposição (2,1).

Gráfico 5 – Evolução das taxas de fecundidade total no Brasil e nas grandes regiões entre 2000 e 2015



Fonte: IBGE (2018).

A região Sudeste foi a primeira a superar a taxa de reposição, no ano de 2001 e, no ano seguinte, a região Sul também alcançou este marco, a região Centro-Oeste em 2004 e o Nordeste em 2009. No Brasil, a taxa de reposição foi superada em 2005. Ainda hoje as regiões Norte e Nordeste são as mais ruralizadas e lideram o *ranking* da fecundidade.

Contudo, existem diferenças na taxa de fecundidade quando se consideram as características socioeconômicas. Como aponta o Censo Demográfico de 2010, segundo a escolaridade, a taxa de fecundidade era de 3,09 filhos entre as mulheres sem instrução ou com fundamental incompleto e igual a 1,14 para as que possuíam curso superior completo. Segundo a estratificação por renda, a taxa de fecundidade variava de 3,90 para mulheres com renda

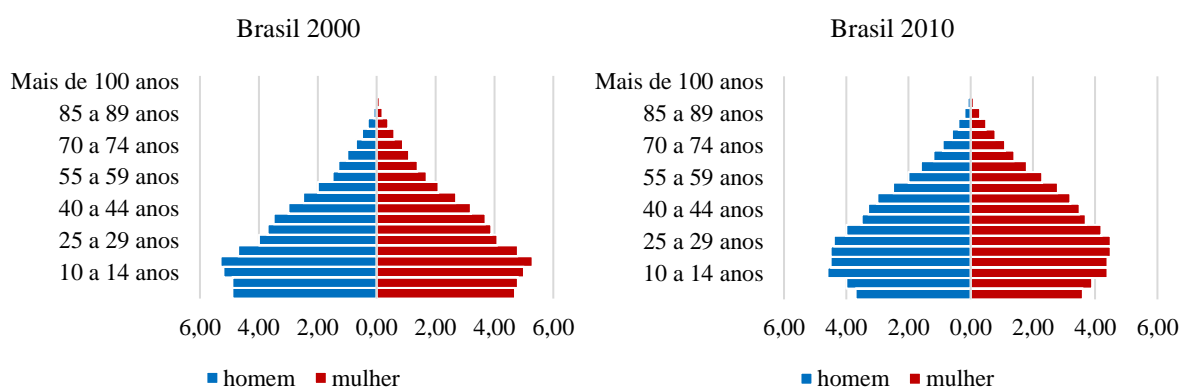
domiciliar per capita de até um quarto do salário mínimo a 0,97 para aquelas com mais de cinco salários mínimos.

A educação da mãe é apontada como um dos principais fatores socioeconômico tanto na redução da mortalidade quanto da fecundidade, por ser importante na transformação da conduta da mulher frente à reprodução e de indicativo de uma melhor condição neste aspecto. Além disso, a educação influencia o comportamento desde a gravidez até a criação dos filhos. A adoção de hábitos de vida mais saudáveis, a maior percepção quanto ao cuidado de higiene e saúde dos filhos e o maior poder de decisão da mãe mais instruída dentro do domicílio reforçam o papel da educação das mulheres na melhoria das condições de sobrevivência das crianças e na redução dos níveis de fecundidade.

Como resultado da redução nacional e regional da fecundidade foram observados importantes efeitos sobre a estrutura da distribuição etária da população, principalmente um aumento proporcional dos idosos em relação às demais faixas etárias. A queda extremamente veloz da taxa de fecundidade, acompanhada de um aumento da expectativa de vida, vem sendo responsável por um rápido envelhecimento da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; 2008; 2012).

A média brasileira da população idosa era de 5,9% em 2000 e chegou ao percentual de 7,4% em 2010. Como pode ser visto no Gráfico 6, ao observar a distribuição da população entre faixas etárias nesse período, é possível perceber que o grupo de crianças e adolescentes até 15 anos, que havia mantido um percentual constante durante o século XX, cerca de 42%, e que passou a declinar a partir da década de 1980, chegou a primeira década do século XXI a uma proporção de 29,5% da população, enquanto os demais grupos etários cresciam proporcionalmente. Em 2010, as crianças e jovens até 15 anos representavam 24,2% da população.

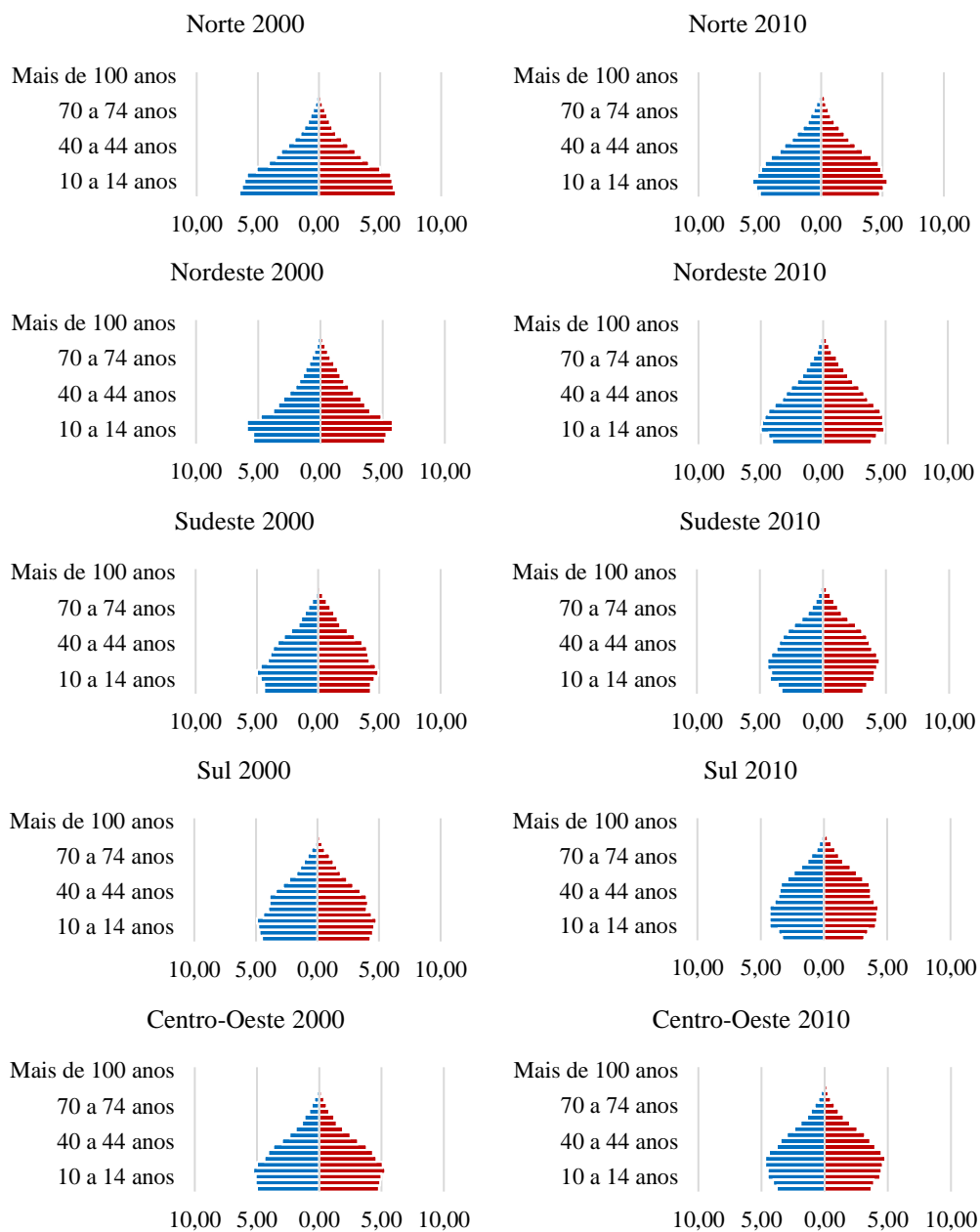
Gráfico 6 – Evolução da composição etária no Brasil entre 2000 e 2010



Fonte: IBGE (2018).

A distribuição etária mudou significativamente também entre as regiões, com declínios nos grupos menores de 45 anos e aumentos nos grupos mais velhos. Como pode ser visto na Figura 6, que apresenta o conjunto de gráficos da distribuição populacional nas regiões brasileiras de acordo com os censos de 2000 e 2010, as regiões Norte e Nordeste eram as únicas que ainda apresentavam em 2000, proporcionalmente, uma base mais larga que o corpo da pirâmide, mas esse perfil já havia sido superado em 2010, sendo que o Nordeste apresentou uma redução maior da proporção de crianças e jovens do que a região Norte.

Figura 6 – Evolução da composição etária nas grandes regiões entre 2000 e 2010



Fonte: IBGE (2018).

As demais regiões também intensificaram seu processo de envelhecimento da população. As regiões Sudeste e Sul apresentaram um envelhecimento mais acelerado do que as demais regiões, e esta última apresenta a pirâmide etária mais equilibrada entre todas as regiões.

O crescimento da expectativa de vida no país, visível nestes gráficos, não necessariamente significa uma longevidade sadia. As desigualdades em saúde durante o envelhecimento sofrem a influência de determinantes sociais tais como renda e escolaridade. Aqueles que possuem melhores condições de vida e acesso a serviços de saúde, assistência médica e exames, por razões evidentes, podem envelhecer melhor. Quando o acesso aos serviços de saúde, o suporte e a assistência são deficitários, e se associam a condições como baixa escolaridade e renda, as desigualdades entre diferentes grupos são reforçadas e causam diferenças nas taxas de envelhecimento entre as regiões (LAMARCA; VETTORE, 2012).

Essas variações na composição populacional tem um impacto direto sobre a razão de dependência de jovens e idoso. A Tabela 2 apresenta as duas razões de dependência em relação à população economicamente ativa. A redução mais acelerada do número de nascimentos em relação ao número de pessoas que chegam à fase idosa resultou numa redução de mais de 20 pontos percentuais na taxa de dependência total.

Contudo, a razão de dependência é diferente entre as regiões, enquanto, a razão de dependência de idosos na região Sul foi de 18,1% em 2013, na região Norte ela era cerca de 11,0%, demonstrando que, na primeira região, mais pessoas têm chegado aos 65 anos do que nesta outra. Além disso, a diferença da razão de dependência de jovens entre elas é de 15 pontos percentuais, ou seja, a população da região Norte é bem mais jovem que a população do Sul.

Tabela 2 – Razão de dependência de jovens e idosos por região (1998-2013)

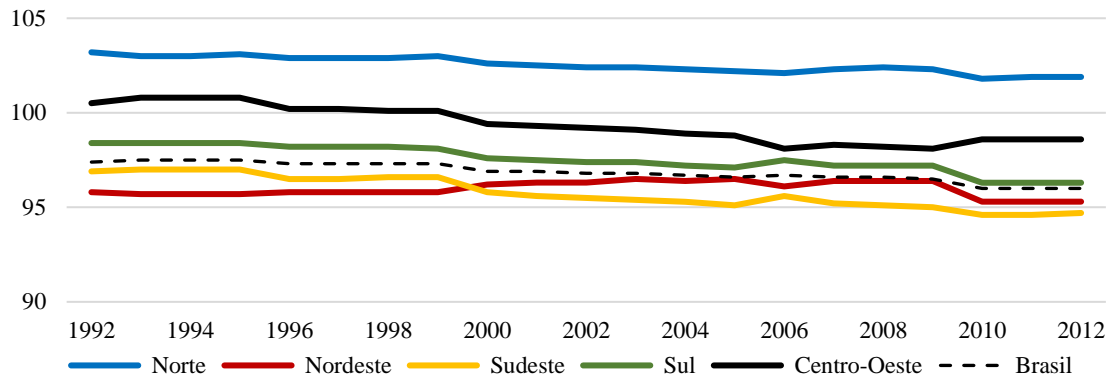
	1998			2003			2008			2013		
	Jovens	Idosos	Total	Jovens	Idosos	Total	Jovens	Idosos	Total	Jovens	Idosos	Total
Brasil	<b>49,1</b>	<b>14,4</b>	<b>63,4</b>	<b>45,1</b>	<b>14,1</b>	<b>59,3</b>	<b>40,8</b>	<b>15,5</b>	<b>56,2</b>	<b>37,0</b>	<b>16,5</b>	<b>53,5</b>
Norte	62,2	10,3	72,6	62,0	9,7	71,8	53,6	10,2	63,8	50,4	11,0	61,3
Nordeste	60,0	14,8	74,8	52,4	14,6	66,9	46,8	14,8	61,6	42,1	16,2	58,3
Sudeste	47,9	15,2	57,7	39,4	14,9	54,3	36,4	16,8	53,2	32,7	17,8	50,5
Sul	42,2	14,4	60,1	41,2	14,9	56,1	36,0	17,1	53,1	33,0	18,1	51,1
Centro-Oeste	45,7	10,3	58,2	44,5	10,8	55,3	40,4	12,4	52,8	36,7	13,2	49,9

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017).

Em 1998 a razão de dependência era de 56,25 indivíduos menores de 15 anos ou maiores de 65 para cada 100 adultos entre 15 e 65 anos, ao final do período essa razão havia se reduzido para 45,22. Como pode ser visto no Gráfico 7, a razão entre os gêneros (número de homens

para cada 100 mulheres) reduziu-se em todas as regiões, e no Brasil era de 96 homens para cada 100 mulheres em 2012, a população urbana era cerca de 81,3% da população.

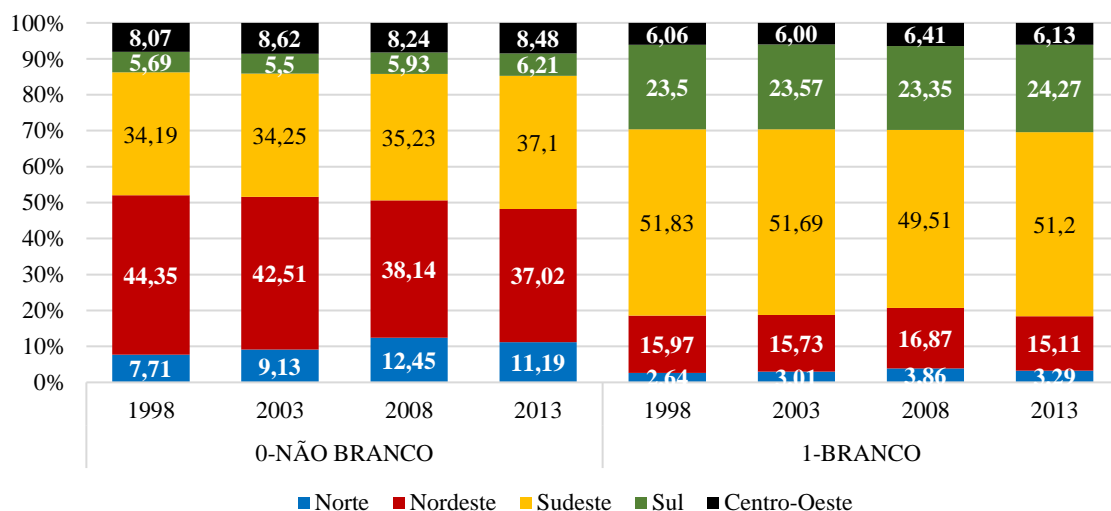
Gráfico 7 – Razão de sexo no Brasil e nas grandes regiões, entre 1992 e 2012, número de homens para cada cem mulheres



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018).

Negros e pardos eram 44,7% e os brancos, 54,3%, os demais grupos representavam menos de 1% da população. O Gráfico 8 apresenta a proporção entre brancos e não brancos entre as regiões do país nos anos da pesquisa.

Gráfico 8 – Distribuição regional das pessoas brancas e não-brancas, nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: PNADs (1998, 2003, 2008) e PNS (2013).

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2012), da categoria de não-brancos, composta por indígenas e negros e pardos, o primeiro grupo está concentrado na região Centro-Oeste e Norte



do país, cerca de 60% deles. Apesar do histórico de dizimação, desde o período de colonização, nas últimas décadas do século XX pode-se observar um crescimento demográfico dessa população, associado aos esforços de conservação ambiental, estabilização das relações inter-étnicas, demarcação de terras e melhoria no acesso aos serviços de atenção básica de saúde. Contudo, o aumento do contato com as comunidades urbanas provocou o aparecimento de novos agravos à saúde, relacionados às mudanças no estilo de vida, como hipertensão, diabetes, alcoolismo e outros.

### **6.1.2. Aspectos Socioeconômicos**

As iniquidades na distribuição de riqueza no Brasil geram altos índices de pobreza que, por sua vez, levam à falta de acesso a bens materiais e a condições essenciais à saúde, à ausência de oportunidades, à baixa participação e mobilização social e à alta vulnerabilidade frente a adversidades. Apesar dos inúmeros avanços alcançados com o processo da Reforma Sanitária Brasileira, que teve como pontos importantes a incorporação da saúde como direito constitucional e a criação do SUS, há fatores persistentes de iniquidades, como a falta de acesso aos serviços de educação e de saúde de qualidade, desemprego, falta de moradia digna, falta de saneamento básico e ambiental, e inúmeras alterações no meio ambiente.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2012), o objetivo do Governo Federal era promover a inclusão social e produtiva da população extremamente pobre, tornando residual o percentual dos que vivem abaixo da linha da pobreza, por meio da elevação da renda familiar per capita, da ampliação do acesso aos serviços públicos, às ações de cidadania e de bem-estar social, e da ampliação do acesso às oportunidades de ocupação e renda através de ações de inclusão produtiva nos meios urbano e rural. Segundo o Plano, os principais problemas de saúde da população em extrema pobreza compreendem: maior exposição aos fatores de risco ambiental, exposição a doenças infectocontagiosas e crônicas não transmissíveis, pior estado nutricional, maior taxa de fecundidade, maior prevalência de problemas odontológicos – que afetam o convívio social e a capacidade de inserção no mercado de trabalho –, dificuldade de acesso às consultas médicas, especialmente oftalmológicas – contribuindo para a evasão escolar e analfabetismo –, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e medicamentos.

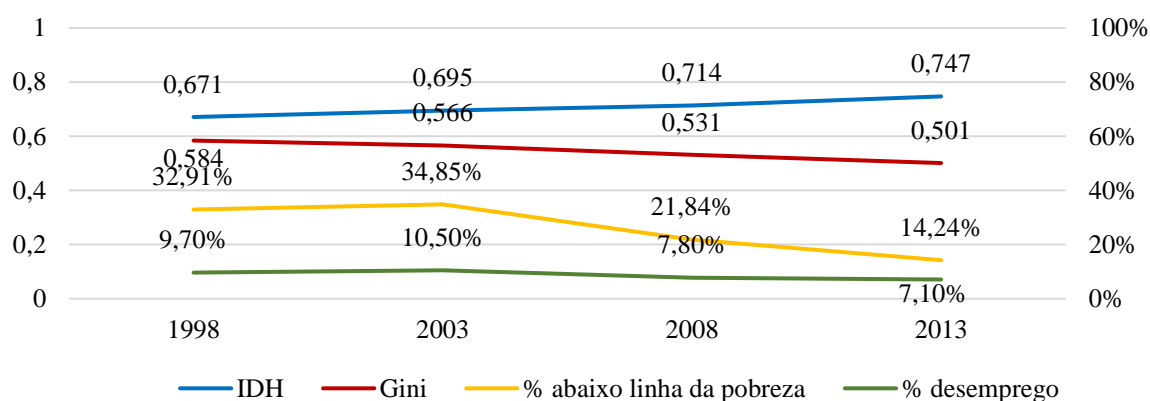
Devido à importância desses condicionantes, esta subseção apresenta a evolução de alguns fatores considerados determinantes no conceito ampliado de saúde, como a taxa de emprego/desemprego, o nível de renda e a educação, na primeira parte e fatores como as

condições moradia, o saneamento ambiental e outras relacionadas ao meio ambiente, na segunda parte.

#### 6.1.2.1. Renda, Educação e Trabalho

Esta seção se dedica à apresentação de quatro indicadores destacados nos Planos Nacionais de Saúde de 2004, 2008 e 2012: a pobreza, o nível de emprego e desemprego, a renda nacional e domiciliar e a educação. Os dados, apresentados no Gráfico 9, demonstram como, após a estabilização e recuperação econômica da década de 1990, o Brasil conseguiu acentuar a redução da desigualdade econômica, foi possível observar uma redução do índice de Gini mais 14% no intervalo dos 15 anos, e uma redução do número de pessoas abaixo da linha da pobreza, índice que decresceu mais de 20 pontos percentuais nos últimos 10 anos da análise. Além disso houve um aumento do IDH, índice composto pela avaliação do nível de renda, de educação e pela expectativa de vida.

Gráfico 9 – Evolução das variáveis socioeconômicas no Brasil, nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Banco Mundial e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017).

A pobreza extrema, medida em US\$ PPP 1,25/dia, diminuiu de quase 16% em 1998 para 4,7% em 2008. Nesse período, entre 50% e 60% do declínio da pobreza extrema pode ser atribuído à redução das desigualdades de renda, que impactaram as diferenças sociais (LUSTING; LOPEZ-CALVA; ORTIZ-JUAREZ, 2012).

Contudo, até 2012 ainda existiam 16,2 milhões de pessoas vivendo na extrema pobreza, dos quais 59% estavam concentrados na região Nordeste (9,6 milhões de pessoas) e do total de brasileiros residentes no campo, um em cada quatro encontrava-se em extrema pobreza

(25,5%), 51% tinham até 19 anos de idade e 40% até 14 anos de idade, 53% dos domicílios não estavam ligados à rede geral de esgoto pluvial ou fossa séptica, 48% dos domicílios rurais em extrema pobreza não estavam ligados à rede geral de distribuição de água e não tinham poço ou nascente na propriedade, 71% eram negros (pretos e pardos) e 26% analfabetos (15 anos ou mais). Somente no final de 2014 o Brasil saiu do Mapa Mundial da Fome e, segundo Banco Mundial, em 2015, o país havia praticamente acabado com a extrema pobreza (BANCO MUNDIAL, 2017).

Em relação ao índice de Gini, após o aumento nas décadas de 1970 e 1980 e de quase nenhuma mudança na década de 1990, o coeficiente de Gini para a distribuição da renda per capita familiar diminuiu de forma constante a partir de 1998 e especialmente desde 2002. Entre 1998 e 2009, o coeficiente de Gini do Brasil diminuiu 5,4 pontos percentuais de 0,592 para 0,537, isso se deve a um crescimento de quase 7% ao ano da renda dos 10% inferior da distribuição de renda entre 2002 e 2009, crescimento quase três vezes maior que a média nacional, que foi de 2,5 %, enquanto os 10% mais ricos cresceram apenas em 1,1% ao ano.

Essas mudanças foram atribuídas a vários fatores, entre eles ao crescimento econômico e à expansão das políticas sociais, como o aumento dos salários mínimos e as transferências de assistência social. Outros investimentos sociais levaram à diminuição das taxas de analfabetismo, ao aumento da frequência escolar, ao aumento da taxa de conclusão na escolaridade primária, secundária e terciária desde 1995 e à melhoria da saúde e da nutrição infantil.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), o analfabetismo e a distribuição da população por anos de estudo estão intimamente relacionados com os determinantes das condições de saúde e o processo de planejamento e avaliação das políticas de saúde, já que pessoas com menor grau de instrução requerem um tratamento diferenciado nas práticas de promoção, proteção e recuperação de saúde para que se cumpra o princípio de equidade.

As décadas de 1990 e 2000 foram marcadas por uma expansão acelerada da educação básica no Brasil (CRUCES *et al.*, 2011). O coeficiente de Gini para educação, medido em anos de escolaridade formal, diminuiu de 0,479 em 1990 para 0,349 em 2009 e isso impactou a composição da mão-de-obra por nível educacional, com trabalhadores pouco qualificados e não qualificados tornando-se relativamente menos abundantes. Os resultados de decomposição do índice de Gini sugerem que metade do declínio na desigualdade do rendimento do trabalho e quase 30% do declínio na desigualdade de renda per capita familiar, foi explicado pelo efeito combinado de uma queda na desigualdade de educação e uma queda na inclinação dos retornos para a educação.

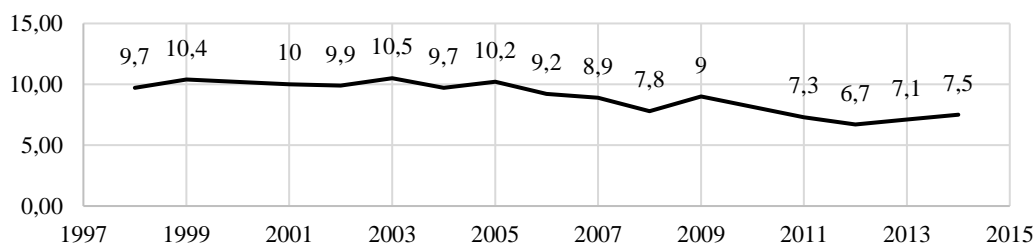
No entanto, o Plano Nacional de Saúde de 2004 aponta algumas diferenças regionais, a região Nordeste apresentou a maior taxa de analfabetismo funcional (menos de 4 anos de estudo), igual 47%, enquanto a região Sul, a região com a menor taxa, apresentou um percentual de 22%. Em 2006, a proporção de pessoas com 15 anos e mais de idade não alfabetizadas apresentou uma redução de 16% em relação a 2001, caindo de 12,3% para 10,4%, com exceção da região Norte, que teve uma variação positiva de 0,6% deste indicador. As outras regiões tiveram uma redução: o Sudeste apresentou maior redução (20,3%), seguido da Sul (19,8%), Centro-oeste (19,2%) e Nordeste (14,4%).

Em 2008 a taxa nacional já havia se reduzido cerca de mais 4%. Em termos regionais, o Norte se manteve e todas as outras regiões melhoraram, o percentual de 2008 para Nordeste (19%) era quase o dobro do Norte (11%). Em relação à taxa de escolaridade inferior a quatro anos de estudo, na população de 15 anos e mais de idade, a média nacional reduziu-se de 28% para 21%, entre 2001 e 2008. Em todas as regiões, o País apresentou progressos. Na segunda década do século, o analfabetismo continuou diminuindo progressivamente. Em 2012, entre a população com 15 anos ou mais a taxa de analfabetismo chegou 8,5%, com queda em todas as regiões. A região Nordeste, que apresentava o maior índice em 2001, teve a maior redução, de 24,2% para 17,4% em 2012.

O analfabetismo está concentrado nas faixas etárias mais elevadas, mas reduziu-se em todas as idades. Entre 15 e 29 anos, em 2012 a alfabetização já havia sido universalizada, sendo igual a 98,3%. Na população com mais de 50 anos houve notável redução da população analfabeta, de 27,5% em 2001 para 18,3% em 2012. Em 2013, 8% da população relatou não saber ler ou escrever – o que representou uma queda estatisticamente significativa em relação a 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2016). O nível de escolaridade também melhorou, com aumentos na porcentagem de pessoas que completaram o ensino médio e o ensino superior.

Em relação a taxa de emprego/desemprego, o período de 1998 e 2013 apresentou uma forte expansão do número de pessoas empregadas e significativa redução da taxa de desocupação, passando de 9,4% em 2001 para 6,3% em 2012. Como é possível observar no Gráfico 10, a taxa de desemprego caiu de 10,5 em 2003 para 6,7 em 2012, e a partir de então voltou a crescer.

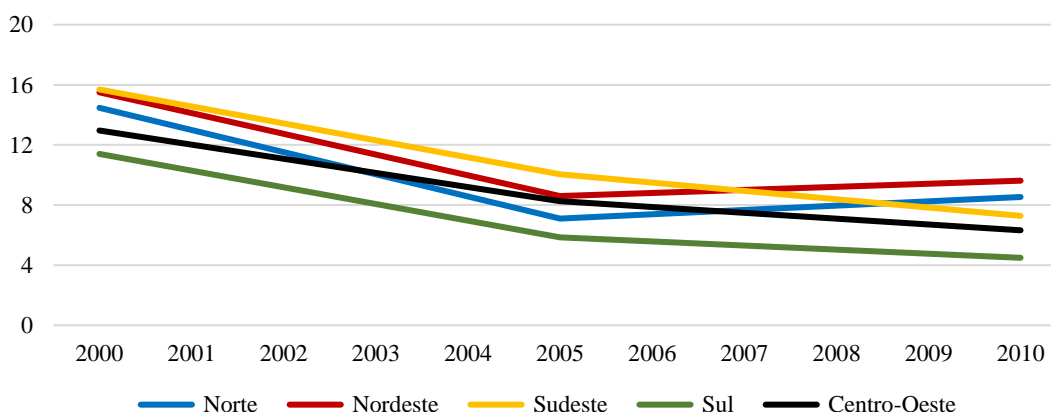
Gráfico 10 – Evolução da taxa de desemprego anual no Brasil de 1992 a 2014, em percentual



Fonte: Ipeadata (2018).

No entanto houveram diferenças entre as regiões. Em geral, houve redução da taxa de desemprego em todas as regiões, entre 2000 e 2010, mas como é possível observar no Gráfico 11, as taxas de desemprego nas regiões Norte e Nordeste se reduziram menos do que nas demais regiões, que apresentaram uma tendência declinante durante todo o período.

Gráfico 11 – Evolução da taxa de desemprego da população economicamente ativa nas grandes regiões, nos anos de 2000, 2005 e 2010, em percentual



Fonte: IBGE (2018).

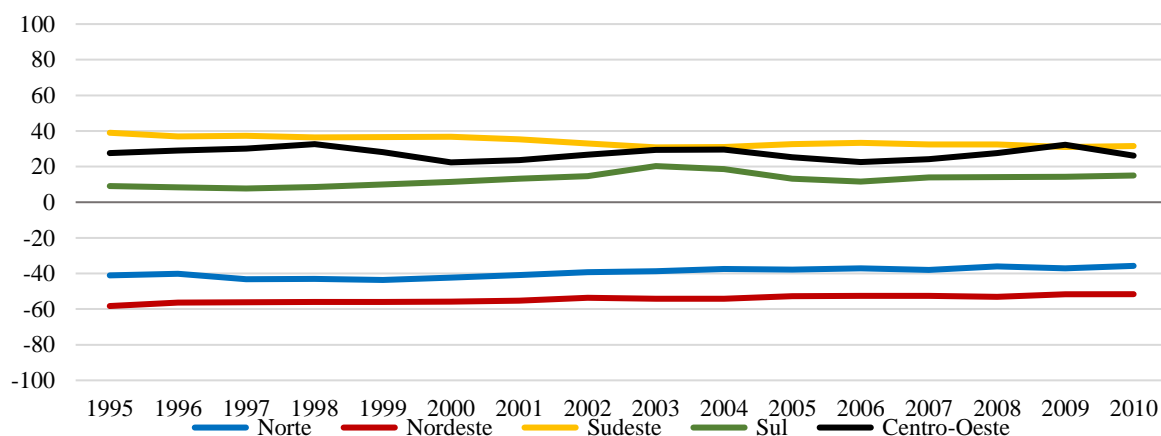
A taxa de trabalho infantil – percentual na população entre 10 e 14 anos de idade que se encontra trabalhando ou procurando trabalho – era de 17% em 1999, a menor na região Sudestes (9%) e a maior na região Nordeste (25%). A taxa caiu de 13,9% em 2001 para 11,7% em 2006, e chegou a 10% em 2008. A queda nessa taxa foi registrada em todas as regiões, excetuando na Norte, onde houve aumento de 11,0% para 14,6%, em 2006, retornando para o patamar dos 11% em 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A redução da taxa de trabalho infantil para as crianças de 5 a 9 anos foi de 78% no período de 2001 a 2012, alcançando nível de ocupação de 0,4%. Essas reduções ocorreram, sobretudo, no trabalho agrícola, responsável pela maior

parcela do trabalho infantil. Destaca-se ainda que, em 2012, 96,9% das crianças de 5 a 13 anos ocupadas frequentavam a escola (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em relação à renda nacional, no período entre 2003 e 2006, o PIB *per capita* nacional, a preços correntes, cresceu 33%. As regiões Norte e Nordeste tiveram os maiores crescimentos, ambas com 38%, enquanto a Sul teve o menor, 24%. A região Sudeste deteve o maior PIB *per capita* do país, R\$16.912,00, e a Nordeste, o menor, R\$6.029,00 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Em 2008 o PIB *per capita* nacional chegou a R\$ 15.990,00 e em 2012 era igual a R\$ 22.642,00 correntes. O destaque é a região Norte que cresceu 226,6%, entre 2001 e 2012, seguida pelo Centro-Oeste, 219,8%, e pelo Norte, 217,3% (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2012, 2016).

Mas, quando se considera a variação percentual de cada região em relação ao PIB *per capita* nacional, como se vê no Gráfico 12, apesar das regiões Norte e Nordeste terem crescido e se aproximado do PIB *per capita* do país, ainda estão abaixo da média nacional, cerca de 40% e 60%, respectivamente. A região Sudeste sempre apresentou, proporcionalmente, o maior PIB *per capita* entre as regiões, e decaiu ao longo do tempo.

Gráfico 12 – Diferença percentual do PIB *per capita* das grandes regiões em relação ao PIB *per capita* nacional, entre 1995 e 2010



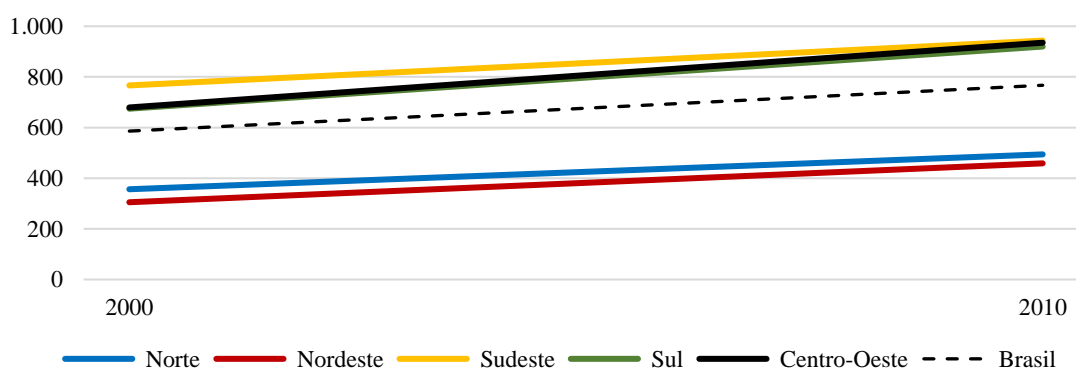
Fonte: IBGE (2018).

Em relação à renda domiciliar real média *per capita*, houve um aumento de cerca de US\$ (PPP) 225 em 1998 para US \$ 372 em 2009. O número de empregos formais também aumentou, como pode ser visto pela redução da taxa de desemprego, apresentada anteriormente, que, em conjunto com os demais índices, sugere o aumento da capacidade de acesso das famílias aos bens e serviços como saúde e educação, alimentação mais equilibrada, refletindo

na qualidade e na expectativa de vida, representado pelo aumento do Índice de Desenvolvimento Humano em 11%. É uma tendência natural que a elevação do rendimento real, combinada com o maior número de pessoas ocupadas provoque um aumento na massa salarial e, conseqüentemente, no nível de consumo das famílias.

O Gráfico 13 apresenta o crescimento real da renda média *per capita* domiciliar no Brasil e nas regiões, entre 2000 e 2010. As regiões Norte e Nordeste, novamente, apresentam os menores valores, abaixo da média nacional, e apresentaram um crescimento de R\$137,80 e R\$153,60, respectivamente. Das regiões acima da média nacional, a região Sudeste apresentou o menor crescimento, R\$176,90; as regiões Sul e Centro-Oeste cresceram R\$ 245, e R\$255,70, respectivamente. Apesar desse crescimento desigual, houve uma discreta redução de 5,1% da diferença entre a maior e a menor renda média *per capita* regional.

Gráfico 13 – Renda real média domiciliar *per capita* no Brasil e nas grandes regiões, em 2000 e 2010, em reais



Fonte: IBGE (2018).

Segundo Lustig, Lopez-Calva e Ortiz-Juarez (2012), na década de 2000, a desigualdade de renda trabalhista e não-trabalhista diminuiu, assim como os diferenciais de salários entre trabalhadores de diferentes habilidades, que viviam em diferentes locais e trabalhavam em diferentes setores: formal e informal, primário e secundário. Durante este período, o salário mínimo real também cresceu e as transferências públicas aumentaram, tanto em termos de benefícios médios como de cobertura.

Ao aplicarem uma decomposição das mudanças no coeficiente de Gini nos anos 2000, os autores encontraram que as mudanças na distribuição da renda do trabalho representaram 51% da queda nas desigualdades sociais entre 2001 e 2006, devido a um crescimento significativo na renda média do trabalho e a um declínio moderado em sua desigualdade, sendo

a queda na desigualdade da distribuição da renda do trabalho determinada pela quantidade e pelo efeito do preço das mudanças na distribuição da escolaridade. Eles apontaram o efeito-preço como o fator predominante, representando 35% do declínio da desigualdade no rendimento do trabalho (23% para o rendimento familiar). Azevedo *et al.* (2011) também encontraram resultados que apontam a quantidade de educação e experiência como responsáveis pela redução de desigualdade de renda durante o período de 2001 a 2009.

Barros *et al.* (2010) argumentaram que o declínio da desigualdade de rendimentos do trabalho também é explicado por uma redução na segmentação espacial e setorial do mercado de trabalho. Segundo esses autores, os diferenciais de salários entre trabalhadores similares em áreas metropolitanas e em municípios de tamanho médio e pequeno diminuíram, assim como diferenciais de salários entre trabalhadores urbanos e rurais, e entre o setor primário e outros.

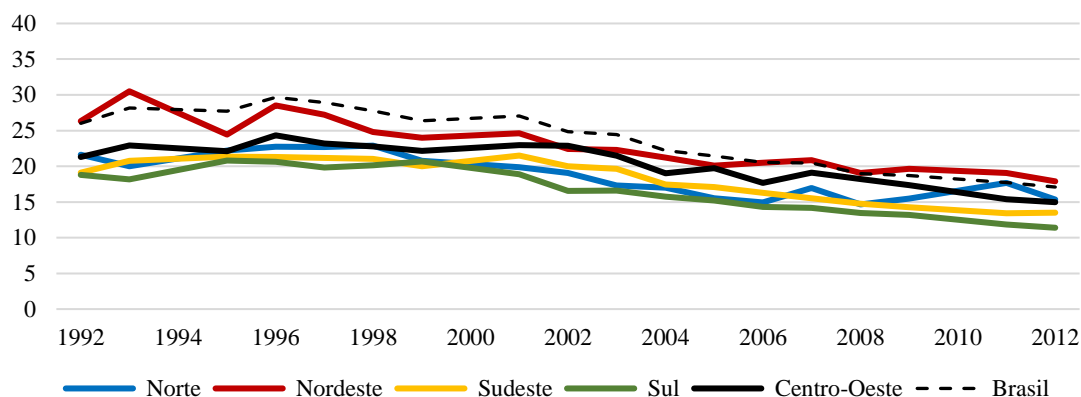
A análise de decomposição de Barros *et al.* (2010) também sugere que quase 50% do declínio na desigualdade social se deveu a uma distribuição mais igualitária da renda não trabalhista. Segundo os autores, a contribuição de mudanças na distribuição de renda de ativos – rendas, juros e dividendos – e transferências privadas foi desigual, mas pequena, em contrapartida, a contribuição das transferências governamentais foi equalizadora e, relativamente, maior. Bergolo Sosa (2011) estimam que as transferências governamentais, no período entre 2001 e 2008, tiveram uma contribuição igual a mais de dois terços da contribuição da renda do trabalho na redução das desigualdades.

A partir de 2001 o governo aumentou o valor médio real de diversas transferências e ampliou a cobertura de programas sociais, como o programa Bolsa Família. As mudanças na cobertura do Benefício de Prestação Continuada e do Bolsa Família explicam cerca de 10% do declínio da desigualdade de renda doméstica na primeira década do século XXI. No caso das transferências de segurança social, o aumento da igualdade ocorreu principalmente através de um aumento no valor do benefício médio. No caso do Bolsa Família, o fator predominante foi o aumento da cobertura e, em menor medida, o aumento do valor transferido (LUSTIG; LOPEZ-CALVA; ORTIZ-JUAREZ, 2012).

O indicador de razão de renda, que se refere ao número de vezes que a renda dos 20% mais ricos da distribuição de renda supera a dos 20% mais pobres, é o indicador mais utilizado nos Planos Nacionais de Saúde para indicar a variação da desigualdade de renda. Sua variação é apresentada no Gráfico 14.



Gráfico 14 – Razão de renda no Brasil e grandes regiões, entre 1992 e 2012



Fonte: Indicadores e Dados Básicos – (IDB-DATASUS) (2018).

O indicador razão de renda reduziu nacional e regionalmente ao longo do tempo. Após um aumento de 4% na razão renda vivenciado na década de 1990, chegando a um máximo de 29,65 vezes, a razão nacional iniciou os anos 2000 com um valor de 27,04, e chegou a 17,09 vezes em 2012, uma redução de 36,80% no período entre 2001 e 2012. A região Sul foi a que apresentou a maior redução, 39,7%, seguida da região Sudeste (37,10%) e Centro-Oeste (34,80%). As regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores reduções, 22,60% e 27,30%. Assim, em 2012 ainda eram as regiões com a maior diferença de renda entre os extremos da distribuição, 17,89 vezes na região Norte, acima da média nacional e 15,36 vezes no Nordeste, próxima da região Centro-Oeste (14,97).

A proporção de indivíduos pobres – percentual da população com renda familiar *per capita* de até meio salário mínimo – diminuiu de 43% para 31% no Brasil entre 2001 a 2008. Nesse período, foi observada queda de 42% na região Sul (de 30% para 18%), 41% na região Centro-Oeste (de 40% para 24%), 37% na região Sudeste (de 30% para 19%), 23% na região Nordeste (de 68% a 52%) e 21% na região Norte (de 54% para 42%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Em 2012, no Brasil, o percentual chegou a 29,2%, na região Sul a 15,5%, no Centro-Oeste 20,2%, 18,5% no Sudeste, 49,5% no Nordeste e 45,4% na região Norte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

#### 6.1.2.2. Ambiente e Saúde: Infraestrutura de Saneamento e Habitação

Os determinantes socioambientais e os estilos de vida são fatores que influenciam diretamente as condições de saúde da população. A saúde é resultado de uma diversidade de aspectos relacionados à qualidade de vida, incluindo padrões apropriados de alimentação,

habitação e saneamento, assim como as oportunidades de educação ao longo da vida, estilos de vida adotados, acesso à assistência à saúde, entre outros determinantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). O quadro sanitário brasileiro é reflexo da política de saneamento adotada no país, e segundo Plano Nacional de Saúde 2004, nas últimas quatro décadas do século XX, essa política foi caracterizada pela exclusão social, pela pouca articulação das ações de saneamento e saúde e pelo predomínio do enfoque econômico na prestação dos serviços.

Desta forma, o modelo adotado contribuiu para o aumento das desigualdades socioeconômicas entre a população urbana e rural e entre as regiões geográficas. A análise do quadro epidemiológico brasileiro revela a existência de altos índices de morbimortalidade relacionados com os fatores ambientais, especialmente com as precárias condições de saneamento básico. A baixa oferta e qualidade dos serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem urbana, resíduos sólidos e as condições inadequadas de moradia têm forte associação com os elevados casos de doenças como diarreias, verminoses, hepatites, doença de Chagas, malária, dengue, leptospirose, infecções cutâneas e outras.

No âmbito da engenharia de saúde pública, a Fundação Nacional de Saúde, desde sua criação, na década de 1990, vinha direcionando apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento do saneamento ambiental a partir de critérios epidemiológicos e ambientais para a prevenção e controle de doenças. As ações visavam, em especial, a diminuição da incidência de doenças de veiculação hídrica, da malária na região da Amazônia Legal e da dengue, bem como a transmissão da doença de Chagas e a redução da mortalidade infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

As principais situações ambientais de agravo à saúde identificadas pelo Ministério da Saúde (2008) foram: i) o processo de urbanização acelerado, ii) a utilização de projetos de desenvolvimento não-sustentáveis, iii) a baixa qualidade da água para consumo e saneamento precário – fatores associados ao aumento das doenças transmissíveis –, e iv) a contaminação ambiental por poluentes químicos, sendo este um fator emergente na geração de agravos que se refere à contaminação por produtos químicos advindos da indústria e também à contaminação por agrotóxicos e dejetos domissanitários.

No conjunto dos determinantes sociais, os fatores relacionados ao saneamento são entendidos como sendo o elenco de medidas socioeconômicas que têm por objetivo alcançar salubridade ambiental, por meio do abastecimento de água potável, da coleta e disposição sanitária de resíduos sólidos, líquidos e gasosos, da promoção da disciplina sanitária de uso do solo, da drenagem urbana, do controle de doenças transmissíveis e demais dos serviços e obras especializadas que têm a finalidade de proteger e melhorar as condições de vida urbana e rural.

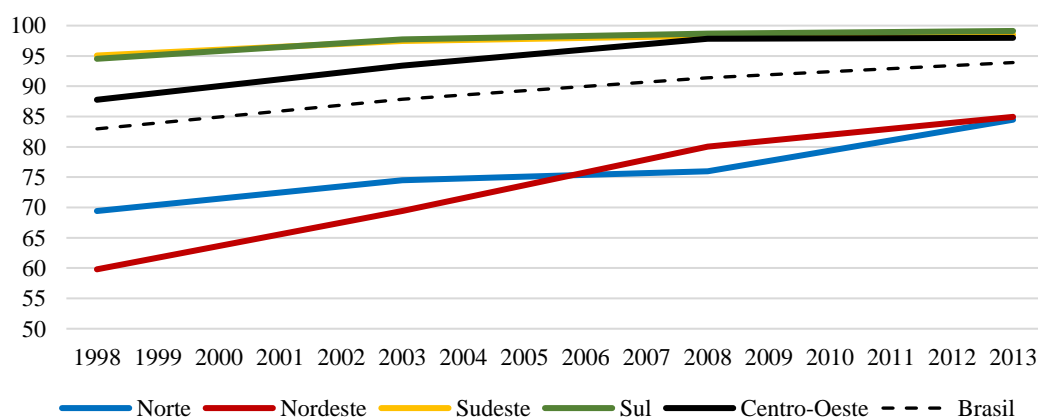
Neste trabalho serão apresentados a distribuição regional de cinco desses fatores: canalização apropriada de água, bem como o acesso à água tratada para consumo, presença de esgotamento adequado, coleta de lixo e presença de energia elétrica.

Em relação ao abastecimento de água, entre a década de 1980 e os anos 2000, houve um aumento de 46% da população coberta. Esse aumento ocorreu em períodos diferentes, tendo sido mais acentuado na década de 1980 na maioria das regiões, com exceção da região Norte. Durante a década de 1990 a ampliação da cobertura seguiu o mesmo perfil da década anterior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No início do século XXI grande parte da população não tinha acesso ou tinha um acesso precários aos serviços básicos de abastecimento de água e esgoto, que aliados às precárias condições de moradia, produziam grande impacto negativo no perfil de morbimortalidade por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado. O aumento do percentual de domicílios cobertos pela rede de abastecimento de água foi de 14,7% entre 2000 e 2008. A região Sudeste foi a que apresentou o maior aumento (17%), seguida das regiões Centro-Oeste (15,7%), Nordeste (15,4%), Sul (15,1%) e Norte (1%), com diferenças entre as zonas urbanas e rurais. Em 2008, apenas 27% dos domicílios brasileiros em zona rural eram cobertos por abastecimento da rede geral.

Desta forma, como pode ser visto no Gráfico 15, houve um aumento da população com água encanada no país. Contudo, as regiões Norte e Nordeste ainda continuam abaixo da média nacional e cerca de quinze pontos percentuais abaixo das demais regiões. Tendo a região Nordeste superado a região Norte entre 2003 e 2008.

Gráfico 15 – Percentual da população que possui Água Canalizada no Brasil e nas grandes regiões, nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013



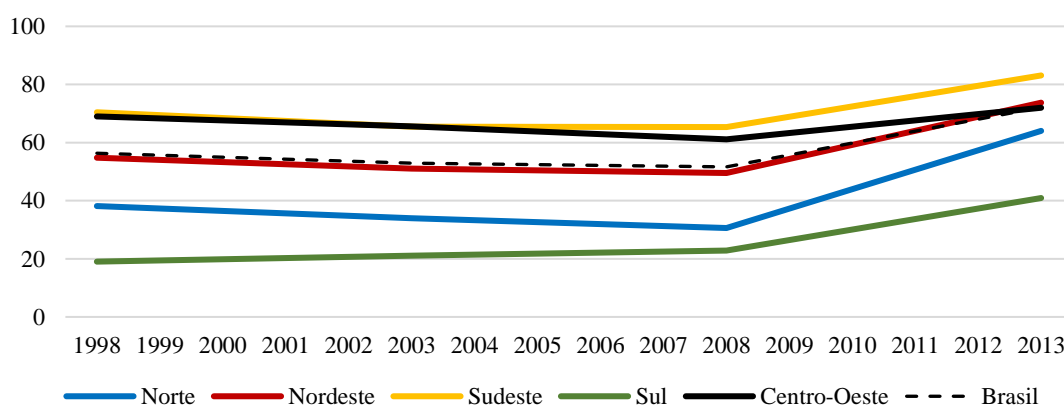
Fonte: PNAD (1998, 2003, 2008) e PNS (2013).

Em 2009, 92,6% dos domicílios urbanos eram ligados à rede de abastecimento de água potável com canalização interna e somente 28,9% dos domicílios rurais contavam com este serviço. Por outro lado, 39,8% dos domicílios rurais, com canalização interna, usavam outras formas de abastecimento, nem sempre confiáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Em muitos municípios, os sistemas de abastecimento de água funcionam de forma precária, com intermitência e sem controle de qualidade.

Em 2012 foi implantado o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano, em 67% dos municípios brasileiros e, em 2013, a implantação alcançou 72,15%. Isso permitiu que, o percentual de domicílios com acesso à rede de água encanada chegasse a 86,4% em 2012. A região Sul foi a que registrou a maior proporção de domicílios atendidos, 99,1%. A área urbana apresentou proporção superior à observada na área rural, 97,3% contra 71,4%, respectivamente.

Como pode ser visto no Gráfico 16, em 1998, 56% da população tinha acesso à água potável. Com exceção da região Sul, até 2008 esse percentual caiu em todas as demais regiões, e conseqüentemente no país, voltando a crescer entre 2008 e 2013. Em 2013 a região Nordeste superou a região Centro-Oeste.

Gráfico 16 – Percentual da população que possui acesso à Água Potável no Brasil e nas grandes regiões, nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

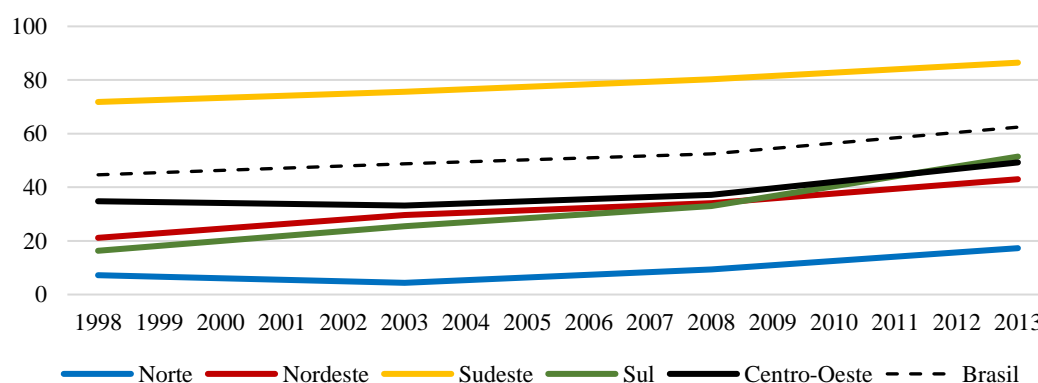


Fonte: PNAD (1998, 2003, 2008) e PNS (2013).

Ao final do período analisado, a região Nordeste havia alcançado o mesmo percentual de acesso da região Centro-Oeste e se aproximado da região com maior acesso à água potável, a região Sudeste, que apresentou um aumento de mais de 15 pontos percentuais no período. A região Sul, que apresentava o menor percentual, mais do que dobrou o acesso à água potável no período.

A desigualdade na cobertura populacional da rede de abastecimento de água é reproduzida para a rede pública de esgoto. Como pode ser visto no Gráfico 17, com exceção da região Sudeste, até 2008, todas as regiões apresentavam cobertura inferior a 40% da população, abaixo da média nacional. A região Norte apresentava em 1998 uma cobertura menor do que 10% e mesmo ao final do período não havia chegado a 20% de cobertura, mais de 60 pontos percentuais abaixo da cobertura observada na região Sudeste.

Gráfico 17 – Percentual da população coberta pela Rede Geral de Esgoto no Brasil e nas grandes regiões, nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

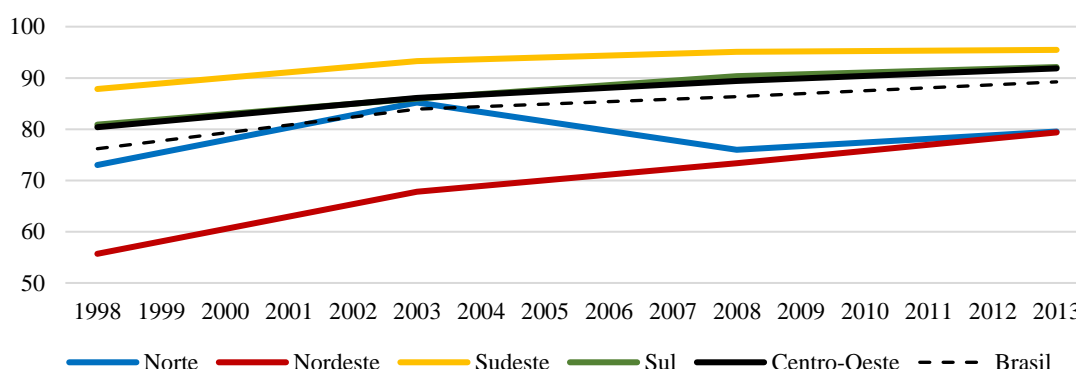


Fonte: PNAD (1998, 2003, 2008) e PNS (2013).

A região Sul e Nordeste apresentaram crescimento e cobertura semelhantes no período, mas a partir de 2008, a região Sul intensificou a cobertura de esgotamento e superou o Nordeste. A oferta desse serviço se concentrava nas áreas urbanas, cobertura de 72%, enquanto nas áreas rurais era de 12,9% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No período entre 1998 e 2012 houve um crescimento de 79% para cerca de 90% do serviço de coleta de lixo no país. Todas as regiões apresentaram um crescimento desse serviço. Embora a região Nordeste tenha apresentado um grande crescimento no período, de mais de 25 pontos percentuais, ainda ficou abaixo da média nacional, assim como a região Norte (Gráfico 18).

Gráfico 18 – Percentual da população que conta com Coleta de Dejetos no Brasil e nas grandes regiões, nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

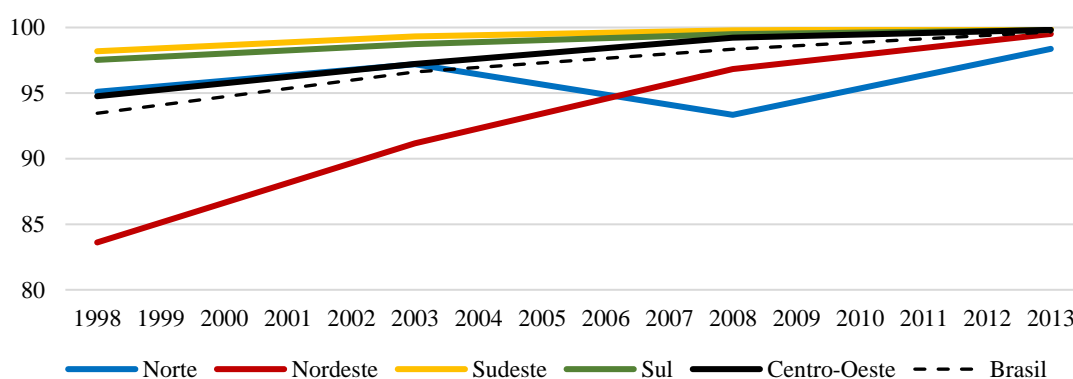


Fonte: PNAD (1998, 2003, 2008) e PNS (2013).

A região Sudeste apresentou a maior cobertura do serviço de coleta em todo período, quase 15 pontos percentuais acima das regiões Norte e Nordeste, que possuem as menores coberturas. As áreas urbanas apresentaram proporção superior à cobertura observada na área rural: 98,2% e 33,3%, respectivamente. Nas zonas rurais, o lixo é coletado direta ou indiretamente e o restante é depositado no solo ou jogado em cursos de água (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A cobertura de energia elétrica é apresentada no Gráfico 19. Em 2012, no Brasil, e em todas as regiões, a cobertura era de quase 100% da população. No início do período havia uma notável diferença entre a região Nordeste e as demais regiões, mais de 10 pontos percentuais. Contudo a região apresentou um acelerado crescimento no período, superando a cobertura da região Norte.

Gráfico 19 – Percentual da população que tem acesso à Rede Geral de Energia Elétrica no Brasil e nas grandes regiões, nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: PNAD (1998, 2003, 2008) e PNS (2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2016), em 2012, os desastres naturais tiveram um impacto significativo no Brasil. Oficialmente foi relatada a ocorrência de 376 desastres naturais, os quais causaram 93 óbitos e afetaram quase 17 milhões de pessoas. Foram afetados 3.781 municípios, sendo que 65,06% dos fenômenos observados estavam relacionados à seca ou à estiagem. Do total de municípios atingidos por desastres naturais, 47,16% estão localizados na região Nordeste. A região Norte registrou o maior número de danos humanos, incluindo nessa classificação óbitos, feridos, enfermos, desabrigados, desalojados e desaparecidos.

Os indicadores analisados nestas duas seções mostram as condições socioeconômicas do Brasil e denotam uma considerável melhoria. Entretanto, ao focar nas diferenças regionais, verificou-se que o Nordeste e o Norte continuam a necessitar de uma maior intervenção de políticas públicas, no sentido de reduzir as desigualdades entre as regiões.

### **6.1.3. O Setor de Saúde**

Atualmente o Setor de Saúde é composto pela Rede Pública de Saúde e pela Rede Privada, composta por aqueles que tem acesso à planos de saúde ou podem pagar pelos serviços do “próprio bolso”. Esta seção faz uma revisão da infraestrutura do setor de saúde apresentando a evolução e a composição da Rede Pública de serviços, da Saúde Suplementar e da força de trabalho desse setor.

#### **6.1.3.1. Infraestrutura das Linhas de Atenção à Saúde Pública**

O Ministério da Saúde explicitou no Plano Nacional de Saúde (2016) que o setor público de saúde é componente fundamental para superação da miséria por apresentar algumas características essenciais que impactam na eficácia das políticas públicas, como a capilaridade dos serviços e ações do SUS, que impactam o desempenho escolar e a inserção e desempenho no mercado de trabalho.

O SUS, desde sua instituição, tem apresentado avanços significativos, ainda que não tenha efetivado plenamente seus princípios de universalização do acesso e integralidade da atenção à saúde (MULLACHERY; SILVER; MACINKO, 2016). Como apresentado nos Planos Nacionais de Saúde (2004, 2008, 2012, 2016), são notáveis a eliminação e o controle de diversas doenças infectocontagiosas devido à maior cobertura vacinal. Houve uma expansão da cobertura da atenção básica e da atenção às urgências, à saúde mental e da assistência farmacêutica. Como resultado foi possível observar uma diminuição das internações por

condições sensíveis à atenção básica, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida da população.

Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo de incentivar a promoção da qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes, de promover o fortalecimento de tecnologias capazes de minimizar e/ou extinguir as desigualdades e promover o favorecimento da autonomia e corresponsabilidade de sujeitos e coletividades no cuidado integral à saúde.

Apesar da expansão do SUS, especialmente na área de cuidados de saúde primários através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ainda há preocupação sobre a capacidade do sistema de saúde brasileiro de melhorar a equidade no acesso à saúde. Barreiras anteriormente identificadas incluem desigualdades geográficas e sociais no fornecimento de serviços de saúde e outros determinantes da saúde. O financiamento dos cuidados de saúde também é uma questão importante, a participação total do governo no gasto total em saúde é estimada em 45%, menos de 4% do PIB – um valor inferior ao da maioria dos outros países com sistemas de saúde universais (MULLACHERY; SILVER; MACINKO, 2016).

Esta seção apresenta a evolução dos serviços de atenção básica e especializada – ambulatorial, hospitalar e de urgências e emergências – e da assistência farmacêutica, conforme o que foi apresentado nos Planos Nacionais de Saúde de 2004 a 2016. Além disso, traz informações sobre a utilização desses serviços pela população, de acordo com o que foi apresentado nos Relatórios das PNADs 1998, 2003 e 2008, e no Relatório da PNS 2013.

#### *6.1.3.1.1. Atenção Básica*

Em 1978 a OMS lançou a meta de Saúde para Todos no ano 2000, desde então, o fortalecimento da atenção primária se tornou estratégia fundamentada nos planos das agências governamentais em diversos países no mundo. Ao final do ano 2000 a realidade brasileira ainda se fundamentava em um modelo centrado no hospital, especialidades médicas e o uso de tecnologias – um modelo caro e considerado pouco eficaz – evidenciando que as bases para um modelo de acesso à atenção básica de qualidade para população ainda não estavam solidificadas.

O Plano Nacional de Saúde de 2004, destacava o aprimoramento deste modelo, trabalhando o enfoque familiar e não do indivíduo, adotando assim uma estratégia de saúde da família municipalizada, garantindo que o acesso rápido e descentralizado dos serviços de saúde fosse ampliado, desta maneira visava-se a redução das desigualdades em saúde, uma vez que



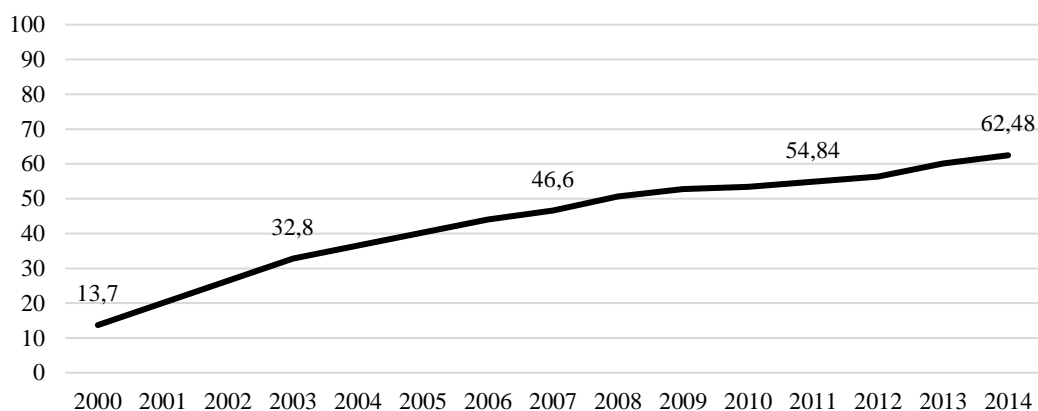
as equipes trabalhariam de forma multidisciplinar, favorecendo a compreensão sobre os fatores biológicos, psíquicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais que atuam sobre a saúde das famílias.

O modelo centrado na atenção básica tem como base unidades que funcionam com um clínico geral ou médico de família e tem capacidade de solucionar com qualidade cerca de 85% a 90 % dos problemas de saúde da população coberta, trabalhando no tratamento de patologias comuns, além das ações de prevenção e promoção da saúde (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012). No SUS, os cuidados de saúde primários são fornecidos através de uma rede de instalações públicas com equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde com o objetivo de acompanhar um número definido de famílias em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde.

Este modelo de cuidados, conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), baseia-se nos principais princípios de cuidados de saúde primários, como acesso ao primeiro contato e prestação de cuidados abrangentes, contínuos e coordenados, e foi criado em 1994. O Programa está ligado a um projeto mais amplo, a “Atenção Básica à Saúde”. Os serviços oferecidos pela maioria das equipes da ESF incluem consultas médicas, cuidados dentários, exames preventivos e visitas domiciliares. Durante o século XXI, a expansão da ESF nas regiões mais pobres do país melhorou o acesso aos cuidados entre as populações mais vulneráveis. Além da ESF, o acesso aos cuidados de saúde foi expandido com a construção de novas instalações de atendimento ambulatorial e a melhoria dos serviços públicos existentes disponíveis gratuitamente para todos (MULLACHERY; SILVER; MACINKO, 2016).

Como pode ser visto no Gráfico 20, entre 2000 e 2007 a estratégia de saúde da família aumentou a cobertura populacional em 240%, sendo a média da cobertura nacional de 46,6%. Cobertura realizada por 27.324 equipes de saúde da família, implantadas em 5.125 municípios. Os agentes comunitários de saúde atuavam em 5.265 municípios, acompanhando 56,8% da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, 2016). No ano seguinte a cobertura ultrapassou 50% da população, chegando em 2014 a um total de 62,48%.

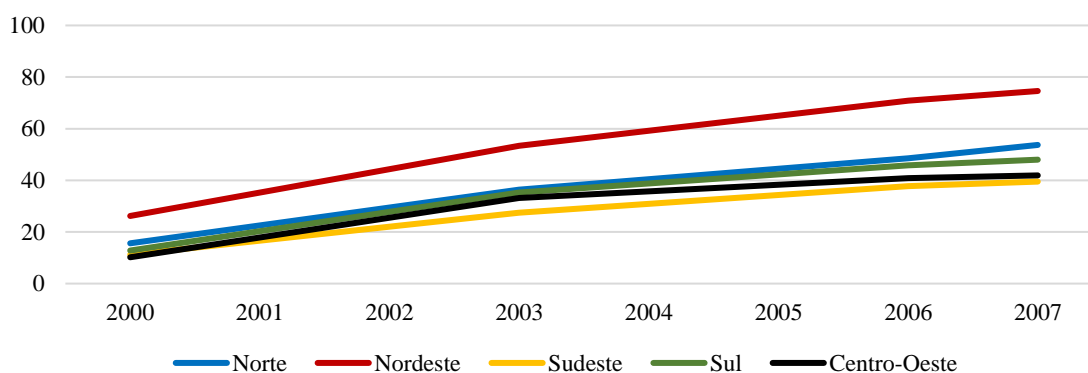
Gráfico 20 – Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família no Brasil entre 2000 e 2014, em porcentagem



Fonte: DATASUS (2018).

De acordo com o Gráfico 21, a região Nordeste contou com a maior cobertura em todo período, chegando a 2007 com uma cobertura média de 74,6%, 35 pontos percentuais à frente da região Sudeste, que contava com a menor cobertura. Em dezembro de 2010, a ESF estava presente em mais de 95% dos municípios, com um total de 31.736 equipes e uma cobertura estimada de 52% da população, priorizando as áreas mais pobres, onde foram observadas maiores necessidades de saúde.

Gráfico 21 – Cobertura populacional da estratégia saúde da família nas regiões brasileiras, 2000 a 2007, em porcentagem



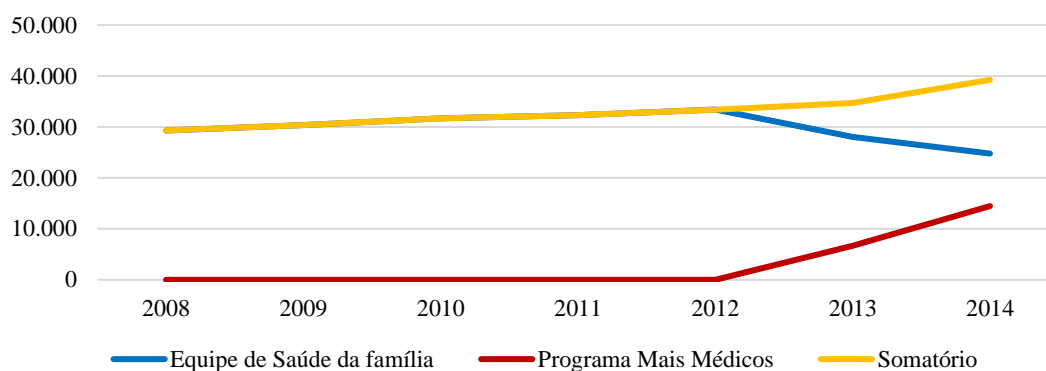
Fonte: DATASUS (2018).

Em 2008, para apoiar à inserção da ESF na rede de serviços, ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Desta forma,

a Atenção Básica se constituiu na principal ordenadora do cuidado nas redes de atenção, moldando um modelo de atenção integral e integrado nos sistemas loco-regionais à saúde.

A expansão de cobertura com a Estratégia Saúde da Família obteve substancial reforço com o programa Mais Médicos a partir de 2013, como apresentado no Gráfico 22. Passando de 29.300 equipes de ESF para 39.228, o que representou um aumento de 33,9% e uma cobertura populacional de 62,5%.

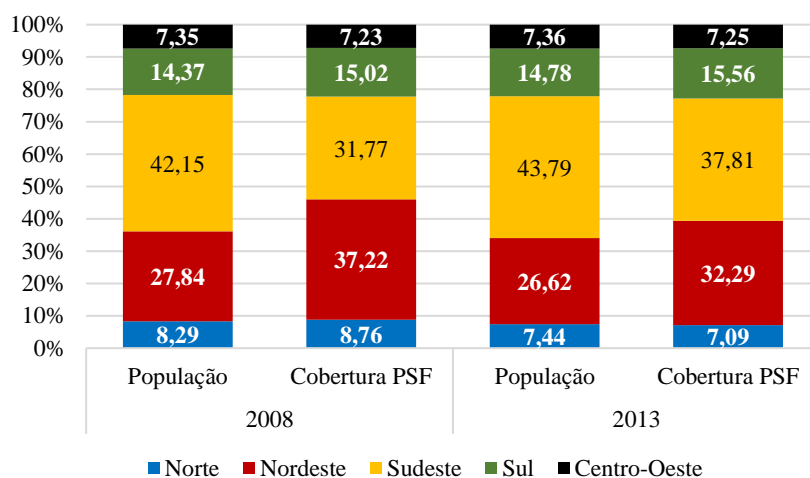
Gráfico 22 – Número de Equipes de Saúde da Família no Brasil, entre 2008 e 2014



Fonte: DATASUS (2018).

No Brasil em 2008, 51,2% da população declarou ter o domicílio cadastrado no Programa Saúde da Família (PSF), em 2013 esse percentual cresceu para 63,7%. Em 2008 a região mais populosa do país era o Sudeste, com 42,15% da população, seguida do Nordeste (27,84%), Sul (14,37%), Norte (8,29%) e o Centro-Oeste (7,35%). Como pode ser visto no Gráfico 23, a proporção da população coberta pela ESF era semelhante a distribuição da população entre as regiões, com inversão das posições da região Sudeste e Nordeste. A região Nordeste possuía o maior percentual de pessoas cadastradas no PSF (37,22%), enquanto o Sudeste possuía 31,77%. Em 2013 a distribuição da cobertura se aproximou da distribuição da população. A cobertura na região Sudeste cresceu cerca de 6 pontos percentuais, se tornando a região com a maior cobertura proporcional.

Gráfico 23 – Distribuição da população entre as grandes regiões e cobertura proporcional do Programa Saúde da Família entre as grandes regiões, em 2008 e 2013



Fonte: PNAD (2008) e PNS (2013).

Segundo o Relatório da PNAD 2008, quanto maior era a classe de rendimento mensal domiciliar *per capita* menor era a proporção de domicílios cadastrados no PSF. Dentre aqueles com rendimento de até 2 salários mínimos, 54,0% foram declarados cadastrados, enquanto para aqueles com rendimento acima de 5 salários mínimos, 16,3% se declararam. Dentre os 8,5 milhões de domicílios em que a pessoa de referência não tinha instrução ou tinha menos de um ano de estudo, 63,8% (5,4 milhões) estavam cadastrados no Programa Saúde da Família. Já nos domicílios em que a pessoa de referência tinha 11 anos ou mais de estudo (18,6 milhões) esse percentual foi de 33,5% (6,2 milhões). Na Região Nordeste, estes percentuais foram de 73,6% e 48,6%, respectivamente, os maiores entre as grandes regiões. A Região Sudeste apresentou os menores percentuais, 50,4% e 24,3%, respectivamente. Nas áreas urbanas, em 2008, cerca de 50,6% estava cadastrada no PSF, enquanto nas zonas rurais o percentual foi maior, 70,9%.

Em relação à estrutura de apoio às ações de Atenção Básica, destacam-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Especialidade Odontológica (CEO). Por meio do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, foram construídas 2.091 UBS em 2014, totalizando 40.475 UBS em funcionamento. A expansão de cobertura das ações básicas tem promovido a redução da desigualdade no acesso ao sistema de saúde e gerado impacto significativo em indicadores como a mortalidade por diarreia, mortalidade infantil e pós-neonatal. Este modelo de atenção à saúde demonstrou um grande potencial de promoção da equidade, na medida em que os resultados mais significativos em termos de ampliação do acesso às ações básicas e melhoria do perfil de saúde da população ocorreram nas áreas com os

menores Índices de Desenvolvimento Humano, reduzindo assim algumas diferenciais inter-regionais (MULLACHERY; SILVER; MACINKO, 2016).

#### *6.1.3.1.2. Atenção Especializada*

O perfil epidemiológico brasileiro gera um conjunto diversificado de necessidades e demandas aos serviços de saúde, entre as quais se observa uma pressão crescente por serviços de alta tecnologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Nesse sentido, a atenção ambulatorial e hospitalar especializada constituem um dos principais pontos de debate no SUS. Os hospitais possuem grande importância na organização da rede de assistência devido ao tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade. Além disso, o aumento do número de acidentes, a violência urbana, o crescimento e o envelhecimento da população, demandam alto consumo dos serviços de urgência e emergência. Esta seção apresenta a evolução da oferta desses serviços entre os anos estudados.

##### *a. Ambulatorial*

Os serviços ambulatoriais buscam atender os principais problemas e agravos da saúde da população, cuja complexidade da prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos, de apoio diagnóstico e terapêutico, acessadas por meio de um sistema de referência e contrarreferência, isso quer dizer, um processo de corresponsabilidade intersetoriais de atenção, com o objetivo de garantir o princípio de integralidade e concretização a partir da estruturação de linhas de cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Como apresentado na Tabela 3, no período entre 2002 e 2014, houve um aumento significativo dos números dos principais atendimentos ambulatoriais no SUS. Destacam-se as ações de promoção e prevenção em saúde, que passam de 287 milhões para 627 milhões nesse período (aumento de 2,18 vezes). Os procedimentos clínicos também mostram significativo aumento no período, passando de 822 milhões em 2002 para 1,65 bilhão em 2014, sendo que grande parte desse quantitativo foi devido ao aumento do subgrupo Consultas, Atendimentos e Acompanhamentos (de 703 milhões para 1,45 bilhão). Os demais subgrupos clínicos também aumentaram.

Tabela 3 – Principais atendimentos ambulatoriais no SUS, no Brasil, entre 2002, 2006, 2010 e 2014, em milhões

<b>Atenção Ambulatorial</b>	<b>2002</b>	<b>2006</b>	<b>2010</b>	<b>2014</b>	<b>Nº de vezes†</b>
01- Ações de promoção e prevenção em saúde	287,3	430,74	563,68	627,39	2,18
02- Procedimentos com finalidade diagnóstica	394,1	519,42	700,35	875,46	2,22
03- Procedimentos clínicos	822,9	1006,1	1370,9	1652	2,01
<b>Subgrupos 03</b>					
0301 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	703,5	855,5	1202,2	1455,4	2,07
0302 - Fisioterapia	39,11	52,27	43,1	44,56	1,14
0304 - Tratamento em oncologia	6,79	8,73	10,53	13,34	1,97
0305 - Tratamentos em nefrologia	7,14	9,05	11,14	13,19	1,85
0307 - Tratamentos odontológicos	52,08	65,15	80,76	88,71	1,70
Outros tratamentos	14,27	15,35	15,25	15,37	1,08
04- Procedimentos cirúrgicos	84,32	77,41	88,47	89,26	1,06

**Fonte:** Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (2016).

Na Tabela 4, no grupo Consultas, Atendimentos e Acompanhamentos, segundo a área de atenção, destaca-se o aumento de 6,1 vezes dos atendimentos nos domicílios na Atenção Básica, o valor de 4,3 vezes na atenção Pré-hospitalar pelo SAMU, o de 5,9 vezes na Saúde Mental e o de 8,3 vezes na Reabilitação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Tabela 4 – Principais atendimentos ambulatoriais no SUS do Subgrupo de Consultas, Atendimentos, Acompanhamentos, no Brasil, entre 2002, 2006, 2010 e 2014, em milhões

<b>Atenção/atendimentos</b>	<b>2002</b>	<b>2006</b>	<b>2010</b>	<b>2014</b>	<b>Nº de vezes†</b>
<b>Atenção Básica – total</b>	524,8	604,7	834,65	946,33	1,80
Atendimentos de urgência	46,08	52,51	51,52	43,78	1,00
Consultas	273,9	302,9	361,02	418,47	1,50
Consultas/atendimentos no domicílio	6,8	10,2	38,18	41,26	6,10
Outros atendimentos	198	239,1	383,93	442,83	2,20
<b>Atenção Especializada – total</b>	175,2	238,3	339,6	490,1	2,80
Atendimentos de urgência	63,01	81,14	116,77	151,8	2,40
Consultas	76,29	88,31	120,18	183,47	2,40
Consultas/atendimentos no domicílio	0,43	2,47	0,8	0,76	1,80
Outros atendimentos	33,07	55,59	82,66	134,31	4,10
Reabilitação	2,37	10,82	19,2	19,75	8,30
<b>Atenção Pré-hospitalar – SAMU</b>	0,97	1,02	2,09	4,17	4,30
<b>Atenção à Saúde Mental – total</b>	2,51	11,42	25,81	14,82	5,90
<b>Total Geral</b>	703,5	855,5	1202,2	1455,4	2,07

**Fonte:** Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (2016).

Na Tabela 5, são mostrados os mesmos resultados da tabela anterior, segundo o profissional executante. É possível perceber um aumento em todas as áreas. Na Atenção Básica destaca-se o número de atendimentos realizados por enfermeiros e cirurgiões dentistas, e na

atenção especializada, houve um aumento de 2,04 vezes de atendimentos realizados por médicos e 6,72 por outros profissionais com curso superior.

Tabela 5 – Principais atendimentos ambulatoriais no SUS do grupo de Consultas, Atendimentos, Acompanhamentos, segundo o profissional executante, no Brasil, entre 2002, 2006, 2010 e 2014, em milhões

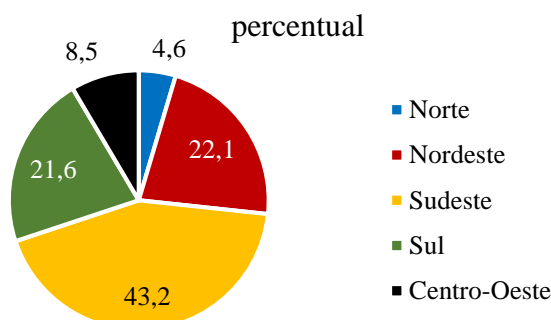
<b>Atenção/profissionais</b>	<b>2002</b>	<b>2006</b>	<b>2010</b>	<b>2014</b>	<b>Nº de vezes↑</b>
<b>Atenção Básica – total</b>	524,8	604,7	834,7	946,3	1,8
Auxiliar técnico de saúde	197,9	239	337,9	355,3	1,80
Cirurgião dentista	20,85	22,15	38,14	56,85	2,73
Enfermeiro	46,03	72,34	171,8	213,9	4,65
Médico	246,3	257,3	275,9	303,1	1,23
Nível superior não especificado	13,67	14	10,8	17,17	1,26
Nível médio e superior	0,06	0	0,22	0,09	1,50
<b>Atenção especializada – total</b>	175,2	238,3	339,6	490,1	2,80
Auxiliar Técnico de Saúde	-	-	52,58	84,63	
Cirurgião Dentista	-	-	2,61	4,81	
Enfermeiro	-	-	34,98	94,24	
Médico	124,99	149,18	207,06	255,54	2,04
Nível Superior não especificado	7,29	19,69	40,44	49,01	6,72
Nível Médio e Superior	42,89	69,46	1,93	1,86	

**Fonte:** Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (2016).

Em relação à infraestrutura ambulatorial e hospitalar, em 2007 havia um total de 172.119 estabelecimentos de saúde cadastrados, 1,5% eram do tipo “vigilância”, “centro de regulação de serviços de saúde” ou “cooperativas”, enquanto 98,5% efetivamente prestavam atendimento direto à população.

O maior aumento entre os anos de 2006 e 2007 desse tipo de instalação ocorreu na região Sudeste e nos municípios mais populosos, um aumento de 12%, enquanto a média nacional foi de 10%. O Gráfico 24 apresenta a distribuição de centros ambulatoriais e hospitalares em 2007 entre as grandes regiões.

Gráfico 24 – Distribuição de centros ambulatoriais e hospitalares cadastrados em 2007, em



**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2008).

Em 2010 o SUS contava com mais de 41.000 postos e centros de saúde, 30.000 serviços ambulatoriais especializados, quase 2.000 hospitais públicos e 236.000 agentes comunitários de saúde. Nas regiões Norte e Nordeste, os estabelecimentos de atenção básica e de média complexidade são em sua maioria públicos.

Apesar do tempo de espera para receber atendimento ter aumentado entre as PNADs de 1998 e 2008, os resultados sugeriam uma melhora no acesso e no aumento da oferta de serviços de saúde, contudo, ainda demonstrava a persistência das iniquidades entre estados, entre níveis de renda e escolaridade.

Os principais problemas encontrados nos serviços especializados foram i) em relação à oferta: sistema baseado na lógica de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil da população, baixa incorporação tecnológica; ii) em relação à demanda: acesso aos procedimentos baseado na oferta, resultando em concentração geográfica, superposição das ações entre diferentes níveis de assistência e complexidade; iii) em relação aos serviços: baixa resolubilidade, falta de investimento na qualificação dos profissionais, inadequada corresponsabilidade dos profissionais especializados pela saúde integral do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

#### b. Hospitalar

O número de leitos sofreu uma redução na última década do século XX, de 1999 a 2002 a queda foi de 13,44%, principalmente por causa do setor privado – redução de 80 mil leitos no período. Em relação ao setor público, com exceção da região Sul, todas as demais observaram um crescimento, totalizando 11.239 leitos em todo país entre 1992 e 2002. Em 2003 o número de estabelecimentos de saúde existentes no Brasil era de 9652 unidades, desses 6012 tinham potencial de realizar internações, com 451.320 leitos cadastrados, sendo que desse total 86,5% eram destinados ao SUS. No ano anterior haviam 2,7 leitos para cada 1000 mil habitantes em todos países, valor razoável segundo a OMS, contudo, eles estavam concentrados em áreas urbanas e na esfera privada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 2004, a cobertura de serviços hospitalares apresentava significativa descentralização, com 10% dos leitos localizados em estabelecimentos com menos de 30 leitos, equivalente a 43% da rede hospitalar, sendo que desses 70% estavam concentrados em municípios pequenos, com até 30 mil habitantes.

Entre 2002 e 2014, houve uma ligeira queda, de aproximadamente 10%, no total de internações clínicas no SUS, de 5,93 milhões em 2002 para 5,34 milhões em 2014. Isso pode



ser explicado pela diminuição das internações por condições sensíveis a Atenção Básica – queda de 29,7% – ou seja, aquelas causas que, se tratadas adequadamente na atenção básica, podem evitar a internação. Já as internações por condições não sensíveis à Atenção Básica, observou-se um aumento de 9,6% entre 2002 e 2014. As internações cirúrgicas apresentam aumento de 2,87 milhões para 3,68 milhões, até 2014. As internações obstétricas apresentaram queda de 2,7 milhões para 2,1 milhões, o que pode ser explicado pelo aumento do número de planos privados com cobertura obstétrica, que passou de 6,6 milhões para 15,3 milhões no período, assim como pela queda de nascimentos de 3 milhões para 2,9 milhões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Os principais problemas identificados foram de acesso, que é evidenciado pelo congestionamento dos prontos socorros, pelas filas nos pronto-atendimentos e ambulatórios hospitalares, pela carência de leitos de terapia intensiva e semi-intensiva e pela demora em oferecer acesso aos procedimentos cirúrgicos, internações e serviços de apoio diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

### c. Urgência e Emergência

Segundo o Plano Nacional de Saúde de 2004, os serviços de urgência e emergência no período eram precários, o atendimento estava centralizado em prontos-socorros hospitalares, com filas e tempo de espera longos, pacientes com diferentes graus de complexidade e idade juntos de forma desorganizada, sem triagem ou perspectiva de atendimento. Depois do atendimento havia uma longa espera por resultados de exames necessários para realização do diagnóstico. Os prontos-socorros apresentavam áreas físicas inadequadas, insuficiência de equipamentos e medicamento e superlotação de leitos advindas de grandes hospitais devido à insuficiência de leitos de terapia intensiva nesses hospitais. Além disso, havia insuficiência de capacitação dos profissionais atuantes nas urgências e também lotação insuficiente de pessoal para atender o volume da demanda e uma série de outros problemas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Nesse contexto, era proposto que Rede de Atenção às Urgências fosse composta por Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que foram implementados ainda na primeira década do século.

As UPAs são um componente pré-hospitalar fixo, com estrutura de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar. Em conjunto a esses serviços, as UPAs compõem uma rede organizada de atenção às urgências, com o objetivo de

garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e referenciá-los aos serviços que necessitam, de modo a possibilitar continuidade do tratamento. O SAMU é componente pré-hospitalar móvel desenvolvido com a finalidade de atender a população em casos de urgências com equipes de profissionais de saúde. Com a implementação do SAMU foi reduzido o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro oportuno.

Até setembro de 2015, o SAMU havia operado com 3.339 Unidades Móveis habilitadas em 3.028 municípios. Dessas, 2.518 (75,4%) eram unidades de Suporte Básico, 579 (17,3%) Unidades de Suporte Avançado, 225 (6,7%) Motolâncias, 10 Equipes de Embarcação e sete Equipes de Aeromédico. Isso significa um aumento, entre 2011 e 2015, de 36% dos municípios brasileiros atendidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

As UPAs demonstraram um potencial para resolver até 97% dos casos atendidos reduzindo as filas nos prontos-socorros dos hospitais. De 2011 a 2015 houve um aumento de 3 vezes do número de UPAs em funcionamento no país, aumentado de 145 para 421 unidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

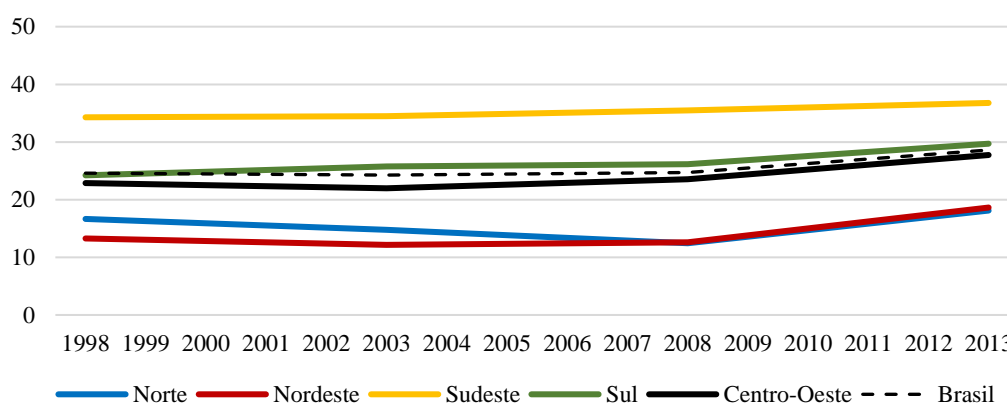
#### 6.1.3.2. Saúde Suplementar

Além do sistema público de saúde, também está à disposição dos brasileiros os planos privados de saúde que lhes permitem acessar o setor privado de saúde. Os planos de saúde são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar vinculada ao Ministério da Saúde, que foi criada no ano 2000 e marcou a etapa de regulamentação de um setor relevante para a atividade econômica desde a década de 1960.

A população coberta pela saúde suplementar apresenta grande diferenciação pela heterogênea disposição regional e econômica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Até 2004 a saúde suplementar ainda não conseguia atender integralmente às demandas dos segurados, principalmente as de alta complexidade, por deficiência em sua rede de atenção. Coordenar a existência de dois segmentos de regulação e a elevação do número de usuários que obedecessem à legislação pós regulação se mostrou um desafio para o sistema de saúde suplementar. O Gráfico 25 apresenta a evolução da cobertura por plano de saúde no Brasil e nas grandes regiões.

Gráfico 25 – Cobertura da população por plano de saúde no Brasil e nas grandes regiões, entre 1998 e 2013, em percentual



Fonte: PNAD (1998, 2003, 2008) e PNS (2013).

Em 1998, a população coberta era 24,5% do total de brasileiros. Destes, 75% dos planos eram privados e 25% estavam vinculados a planos de instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar. O perfil dos cobertos era a seguinte: era maior em áreas urbanas (29,2%) do que rurais (5,8%); em relação ao gênero, a cobertura era maior entre as mulheres (25,7%) do que entre homens (23%); a faixa etária com menor cobertura era de crianças e jovens até 18 anos (20,7%) e o máximo da cobertura (29,5%) ocorria na faixa entre 40 e 64 anos, a cobertura era menor entre idosos maiores de 65 anos – 26,1% para homens e 28,2% para mulheres; a cobertura era maior entre aqueles que avaliavam melhor sua saúde como boa ou muito boa (25,9%) e diminuía à medida que a auto avaliação piorava, entre aqueles que se avaliavam como ruim ou muito ruim a cobertura foi de 14,5% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Observava-se uma relação positiva entre a cobertura e a renda familiar, aumentando de 2,6% para as famílias com renda inferior a 1 salário mínimo, para 4,8% para as famílias com renda entre 1 e 2 salários, crescendo de forma mais acelerada a partir de então: 9,4% de 2 a 3 salários, 18% de 3 a 5, 34,7% de 5 a 10 salários mínimos e 76% de cobertura para famílias com renda de 20 salários ou mais.

Em relação aos dependentes, a média geral era de 1,4 dependentes, sendo a mesma média observada para zonas urbanas, nas zonas rurais o valor médio era 1,6 dependentes. 53,6% deles tinham até 18 anos, sendo a maioria de mulheres (62%). Predominava a titularidade entre os homens (58,2%). Entre os procedimentos mais procurados estavam partos (normal e cesárea), ocupando o primeiro lugar, seguido de tratamento para pneumonia ou gripe e

diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica. As mulheres e a faixa etária entre 25 e 34 anos compreendem a maior parte dos beneficiários atendidos.

As conclusões da PNAD 1998 acerca da cobertura por planos de saúde era que ela era ainda pequena se comparada a outros países, como os Estados Unidos, mas comparável à cobertura de países europeus. Que era expressivamente maior nas áreas urbanas, superior entre as mulheres e pessoas entre 40 e 64 anos, e também entre pessoas com melhor qualidade de saúde, e tendia a aumentar com o nível de renda.

Comparando planos de institutos ou instituições patronais de assistência ao servidor público civil e militar com planos de saúde privados, o segundo grupo tem titulares mais jovens, com predominância do gênero masculino e, em média, menos dependentes. 60% dos planos contava com contribuição do empregador do titular no financiamento, sendo que o valor das mensalidades aumenta com a renda familiar e diminuía significativamente quando havia participação do empregador.

Por fim, concluía que os planos de saúde atuavam no sistema de saúde introduzindo mais um elemento de geração de desigualdade social no acesso e utilização dos serviços de saúde, uma vez que, cobriam uma parcela seleta da população, na qual predominavam pessoas de maior renda familiar, inseridas em determinados ramos de atividades do mercado de trabalho e que avaliavam seu estado de saúde como bom ou muito bom (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Em 2003 o percentual de indivíduos cobertos por plano de saúde chegou a 24,6% da população. Destes, 79,2% eram segurados por um plano privado de saúde, os demais eram cobertos por um plano de instituição de assistência ao servidor público, civil ou militar. Nas áreas urbanas a cobertura chegou a 28% da população, enquanto na zona rural o percentual foi de apenas 6%. A cobertura foi maior entre as mulheres (25,9%) do que entre os homens (23,1%) e apresentou uma correlação positiva com a idade: 19,8% para as pessoas com 19 anos ou menos e 29,8% para idosos acima de 65 anos, a proporção de indivíduos entre 40 e 64 anos apresentou uma proporção parecida, 29,7%.

Em relação à auto avaliação do estado de saúde, pessoas que declararam melhores estados de saúde (bom e muito bom) apresentaram uma taxa de cobertura maior (26,4%), sendo 19,1% para os que declararam estado de saúde regular e 14,1% para os que declararam saúde ruim ou muito ruim. Dos possuidores de plano de saúde, 44% eram titulares, concentrando-se na faixa etária de 40 a 64 anos. Dos titulares, 53,7% eram homens e 36,5% eram mulheres.

A posse de plano de saúde possuía forte associação com o nível de renda. Para indivíduos com renda familiar de até 1 salário mínimo a cobertura foi de apenas 2,9% da

população enquanto na classe de renda familiar igual a 20 salários mínimo ou mais, o percentual foi de 83,8%, indicando desigualdade social no acesso da população à saúde complementar. Dos planos privados, 50,1% eram financiados em conjunto pelo titular e o empregador, e 49,8% financiados com pagamento do próprio bolso diretamente à operadora. Do total de planos de saúde, em 21% dos casos o pagamento das mensalidades era efetuado integralmente pelo empregador, nas classes mais baixas esse percentual é de 26,6% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em 2004, cerca de 22% da população brasileira era beneficiária do sistema complementar de saúde, sendo que mais de dois terços desses beneficiários acessavam o sistema mediante relações de trabalho formalizadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Em 2008, esse percentual havia subido para 25,9%, entre estes, 77,5% estavam vinculadas a planos de empresas privadas e 22,5% a planos de assistência ao servidor público, sendo que, total de pessoas cobertas por plano de saúde, 47,8% eram titulares. Nas áreas urbanas (29,7%) o percentual de pessoas cobertas por planos de saúde era maior do que nas rurais (6,4%). As coberturas de planos de saúde foram estatisticamente semelhantes entre os gêneros.

Em relação aos grupos de idade, as pessoas de 0 a 17 anos apresentaram a menor proporção de cobertura (23,1%), seguidas daquelas de 18 a 29 anos (26,0%). Os grupos de pessoas de 30 anos ou mais de idade apresentaram coberturas estatisticamente semelhantes entre eles; todas superiores a 30,0%. Em relação ao nível de instrução, observou-se que, quanto mais elevado, maior a cobertura do plano de saúde, variando de 16,4%, para aqueles sem instrução ou com fundamental incompleto, a 68,8%, para aqueles com ensino superior completo.

Em todo período observado, as regiões Sudeste e Sul estiveram acima da média nacional de cobertura, que ficou entre 25% e 30%, a região Centro-Oeste acompanhou a média nacional e o Nordeste e o Norte ficaram abaixo da média, entre 15% e 20%. Em 2008, as Regiões Sudeste e Sul registraram percentuais de 35,6% e 30,0%, respectivamente, aproximadamente três vezes maiores do que os verificados para o Norte (13,3%) e Nordeste (13,2%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em 2013, na área urbana a cobertura foi igual a 31,7%, percentual cerca de cinco vezes superior ao observado na área rural (6,2%). Das pessoas que tinham algum plano de saúde, 47,7% eram titulares, sendo que destes 41,8% eram e 54,4% eram homens (54,5%). Segundo o nível de instrução, observou-se que, quanto mais elevado, maior a proporção de titulares, variando de 31,4%, para os sem instrução ou com fundamental incompleto, até 67,4% para aqueles com ensino superior completo.

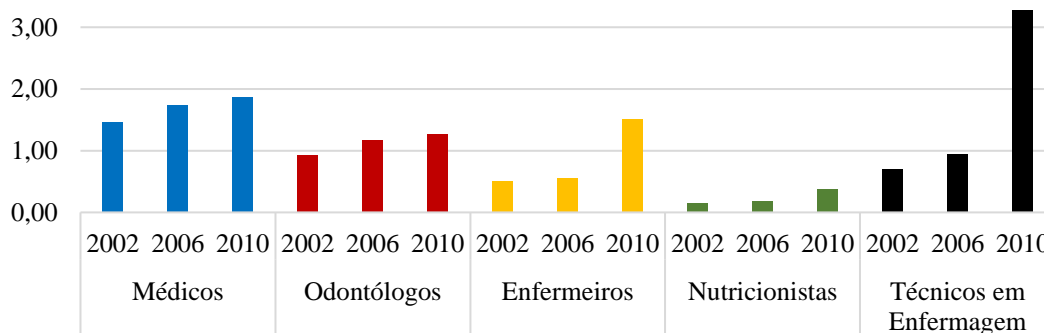
Do total de planos, 32,4% eram pagos exclusivamente pelo empregador do titular, sendo as regiões Nordeste e Centro-Oeste as que apresentaram as menores proporções deste indicador, 27,4% e 28,9%, respectivamente; 31,6% dos planos foram pagos pelo titular por meio do seu trabalho atual ou anterior, sendo que na região Centro-Oeste essa foi a principal fonte de financiamento, cerca de 36,6% da população; 25,2% das pessoas com plano de saúde tinham plano pago diretamente pelo titular, por outro morador do domicílio ou por pessoa não moradora do domicílio, sendo uma proporção maior de mulheres (27,7%) do que de homens (22,5%). A proporção também foi maior com o aumento da idade: entre as pessoas de 60 anos ou mais, o percentual foi de 43,5%, e, para aquelas de 0 a 17 anos e de 18 a 29 anos, os percentuais foram da ordem de 18,0% em ambos os grupos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Apesar do aumento da cobertura, aquele perfil apresentado nas conclusões da PNAD de 1998, pouco se alterou ao longo dos anos. Desta forma, segundo aquilo que foi dito em relação à situação de 1998, os planos de saúde continuam atuando como um elemento de geração de desigualdade social no acesso e utilização dos serviços de saúde.

#### 6.1.3.3. A Força de Trabalho do Setor de Saúde

Como mostra o Gráfico 26, no período entre 2002 e 2010, houve um aumento em todas as categorias profissionais de curso superior que compõe a força de trabalho em saúde. É preciso evidenciar o aumento no número de enfermeiros e técnicos de enfermagem entre 2006 e 2010. Enquanto o número de médicos aumentou de 1,46 a cada mil habitantes para 1,86, crescimento de 27,6%, e o número de odontólogos de 0,89 para 1,27 (35,9%), os profissionais de enfermagem cresceram de 0,51 para 1,51 e o número de técnicos cresceu de 0,70 para 3,28, crescimentos de 194,7% e 370%, respectivamente.

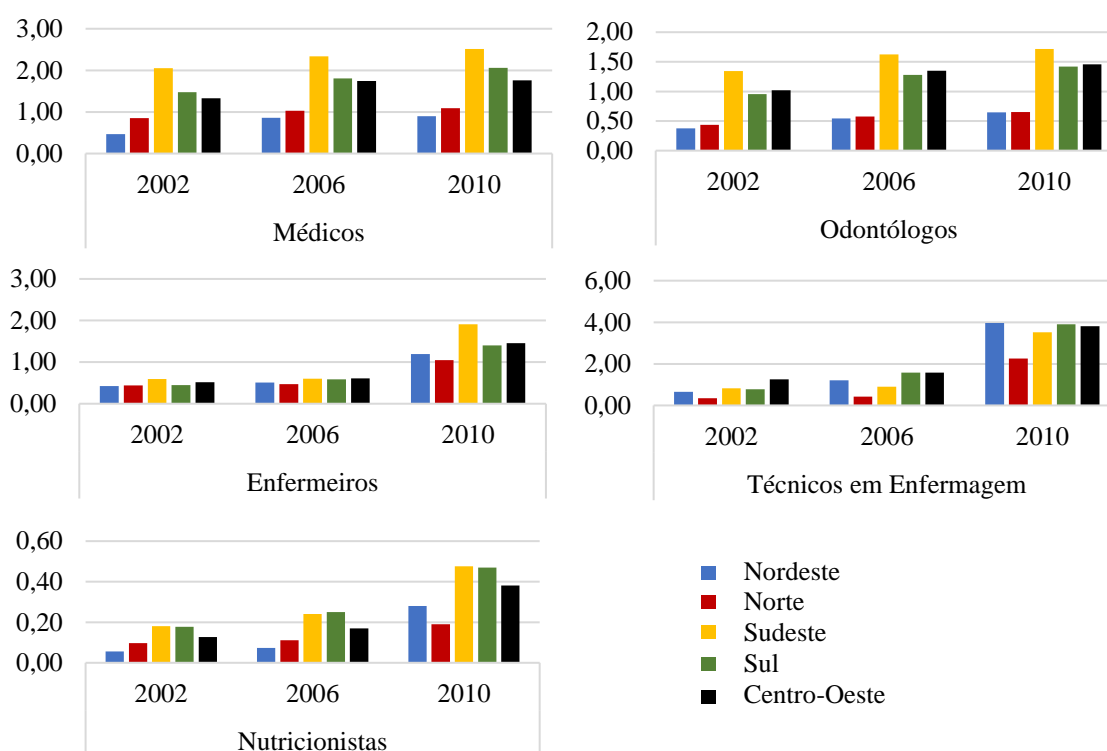
Gráfico 26 – Número de profissionais de saúde ativos no Brasil entre 2002 e 2010, por mil habitantes



Fonte: DATASUS (2018).

Mas, observando a distribuição regional dessas categorias de profissionais, apresentada na Figura 7, é possível observar uma grande disparidade regional. Com exceção dos técnicos em enfermagem, para todas as demais profissões a região Sudeste é que a apresentou em 2010 o maior número de profissionais por habitantes.

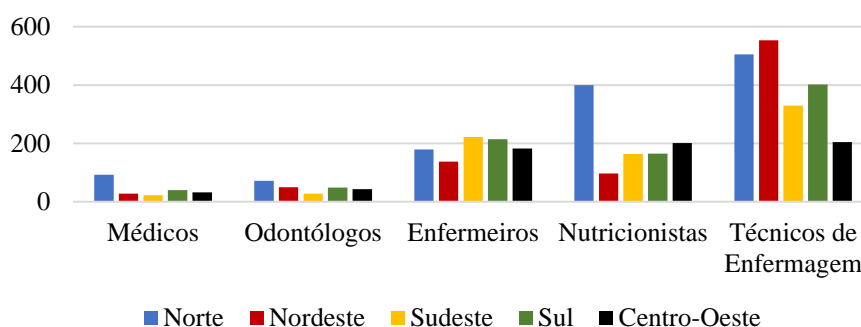
Figura 7 – Número de profissionais de saúde ativos nas grandes regiões entre 2002 e 2010, por mil habitantes



Fonte: DATASUS (2018).

Ainda que a região Norte tenha apresentado uma taxa de crescimento do número de profissionais maior do que todas as demais para todas as profissões – com exceção dos técnicos em enfermagem, que cresceu mais no Nordeste – em 2010 ainda era a região com o menor número de médicos e, junto com a região Nordeste, apresentava a menor concentração de odontólogos. A região Nordeste contava o menor número de enfermeiros, técnicos de enfermagem e nutricionistas (Gráfico 27).

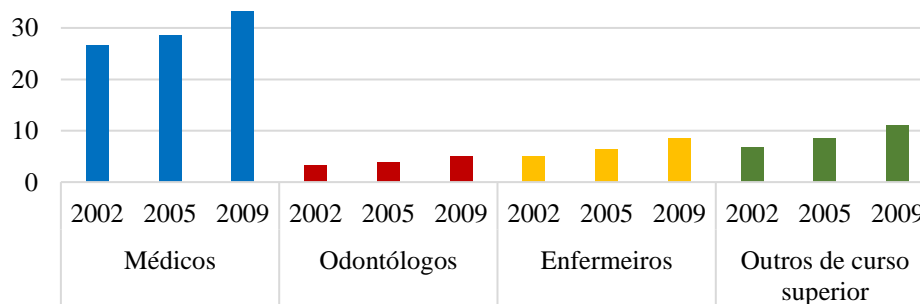
Gráfico 27 – Taxa de crescimento das categorias profissionais nas grandes regiões, ano de 2010 em relação à 2002, em percentual



Fonte: DATASUS (2018).

Considerando o número de postos de trabalho para cada categoria profissional existente nos estabelecimentos saúde – que pode ser maior do que o número de profissionais registrados, dado que um mesmo profissional pode ocupar mais de um posto de trabalho – é possível observar no Gráfico 28 que, o maior número de cargos era ocupado médicos, valor que cresceu de 26,7 para 33,2 cargos a cada dez mil habitantes. O número de cargos ocupados pelas demais profissões era consideravelmente inferior.

Gráfico 28 – Distribuição dos postos de trabalho no Brasil, entre 2002 e 2009, por 10 mil habitantes



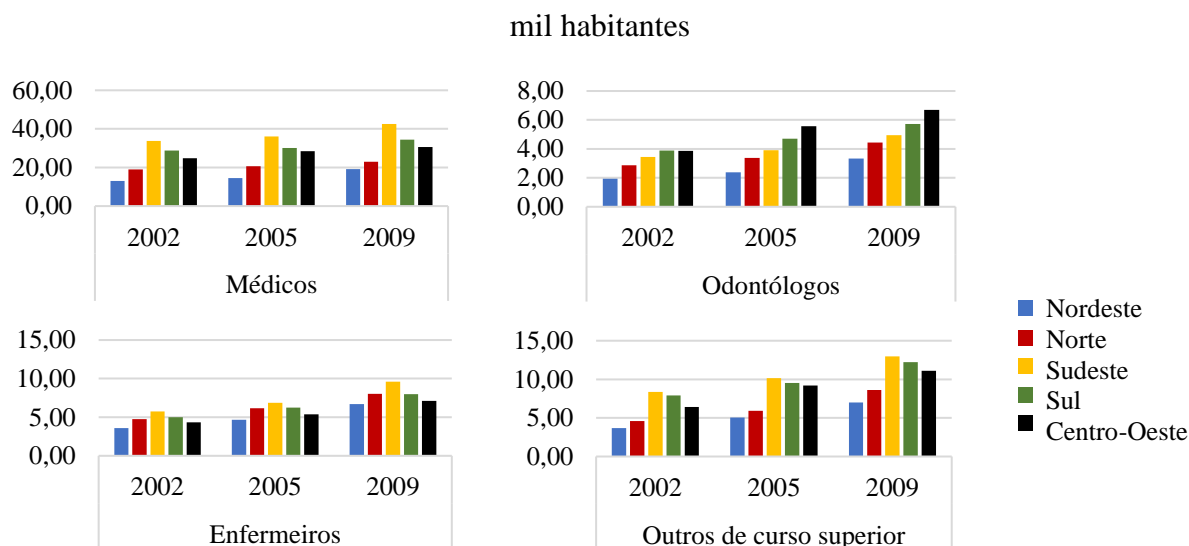
Fonte: DATASUS (2018).

Como apresentado na Figura 8, o número de cargos de enfermagem cresceu em todas as regiões de forma semelhante. A região Norte, que apresentou a menor concentração em todo período, tinha em 2009 6,71 cargos de enfermagem para cada dez mil habitantes, a região Sudeste apresentou a maior concentração, 9,62. Para as demais profissões, a região com maior concentração apresentou aproximadamente o dobro de cargos da região de menor concentração:



a região Norte apresentou 55,04% da quantidade de cargos de médicos da região Sudeste e 50,10% do número de odontólogos da região Centro-Oeste.

Figura 8 – Distribuição dos postos de trabalho nas grandes regiões, entre 2002 e 2009, por 10



Fonte: DATASUS (2018).

Esse aumento do número de profissionais foi resultado de um aumento no número de vagas de cursos superiores, técnicos e profissionalizantes estabelecido no primeiro Plano Nacional de Saúde, em 2004 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). A formação de recursos humanos para atuação na área da saúde é mantida no Brasil tanto por instituições públicas como privadas. A distribuição de cursos superiores que formavam profissionais de saúde em 2003 está apresentada na Tabela 6.

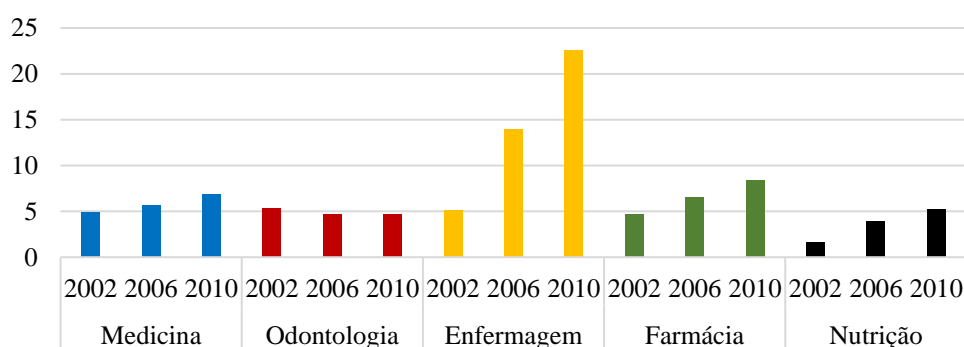
Tabela 6 – Quantidade de cursos superiores e egressos na área da saúde no Brasil, em 2003

Curso	Quantidade de cursos	Egressos
Fisioterapia	276	10472
Medicina	119	8495
Odontologia	165	8257
Enfermagem e obstetrícia	334	8152
Farmácia	347	7900
Serviço Social	119	4193
Nutrição	160	3465
Fonoaudiologia	98	2688
Terapia Ocupacional	34	727

Fonte: Ministério da Saúde (2004).

A evolução do percentual de estudantes dos cursos de medicina, odontologia, enfermagem, farmácia e nutrição, entre 2002 e 2010 está apresentada no Gráfico 29 para o Brasil, e na Figura 9 para as regiões. Como pode ser percebido, o número de estudantes de enfermagem cresceu de forma muito mais acelerada do que o número de estudantes dos demais cursos. Nesse período somente o número de estudantes de odontologia caiu no Brasil.

Gráfico 29 – Número de estudantes dos cursos superiores da área de saúde no Brasil, entre 2002 e 2010, por 100 mil habitantes

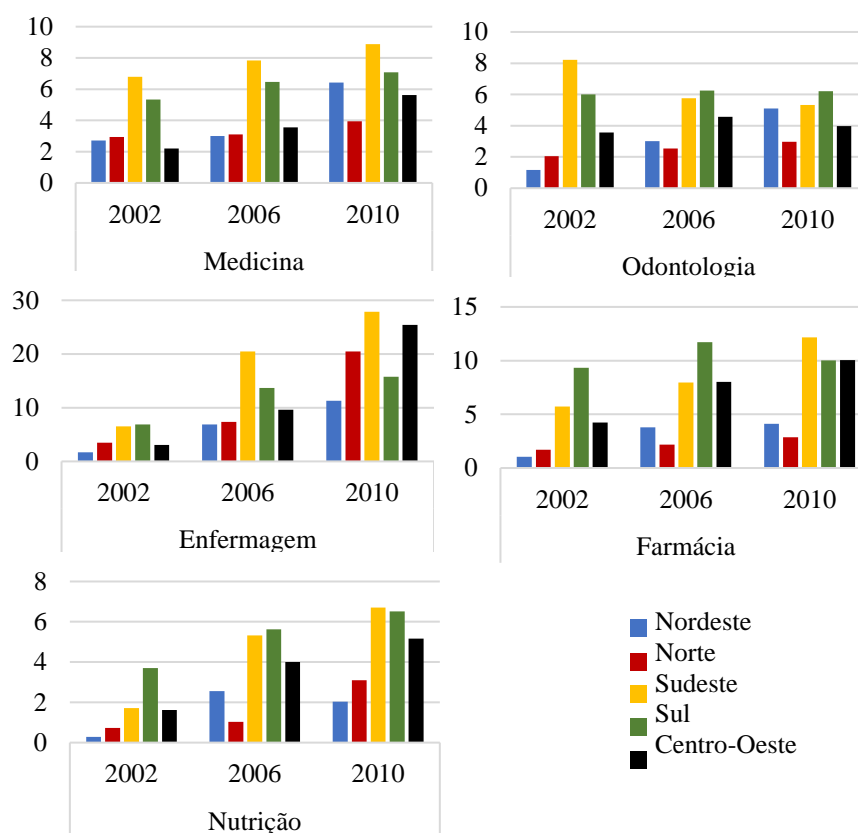


Fonte: DATASUS (2018).

Em relação aos estudantes de medicina, a região Sudeste a apresentou em todo período o maior número de estudantes para cada 100 mil habitantes, crescendo de 6,79 para 8,88. No período observado, a região Norte apresentou um grande crescimento dessa categoria de estudantes, superando as regiões Nordeste e Centro-Oeste. Entre os alunos de odontologia, a queda nacional se deve a uma redução do número de estudantes na região Sudeste, 8,22 para 5,33. A região Norte cresceu de forma a alcançar o percentual de estudantes da região Sudeste, mas a região Sul ainda apresentou a maior concentração de estudantes de odontologia ao final do período.

O número de estudantes de enfermagem cresceu em todas as regiões, mais de 731% na região Centro-Oeste, 570,5% no Norte, 489,9% no Nordeste, 328,9% no Sudeste e 128,9% na região Sul. E, por causa disso, apresentava entre 3 e 4 vezes mais estudantes do que os outros cursos em todas as regiões. Nos cursos de farmácia e nutrição, as regiões Norte e Nordeste ficaram abaixo das demais, sendo que o número de estudantes de farmácia era quase o dobro dos estudantes de nutrição em todas as regiões.

Figura 9 – Número de estudantes dos cursos superiores da área de saúde no Brasil, entre 2002 e 2010, por 100 mil habitantes



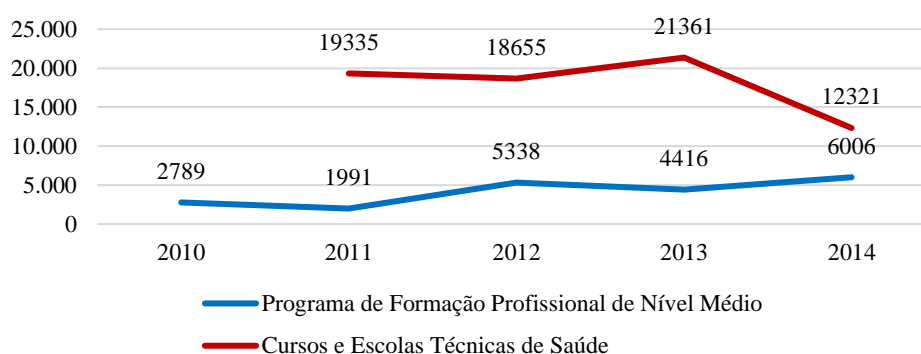
Fonte: DATASUS (2018).

Em relação aos profissionais de saúde de nível superior, as dificuldades identificadas no Plano Nacional de Saúde de 2012 estavam associadas à qualidade e adequação do perfil necessário ao SUS. A equidade e o acesso universal aos serviços ficam prejudicados pela dificuldade apresentada por inúmeros municípios em fixarem profissionais em seu território, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. A carência e má distribuição geográfica e social de profissionais, especialmente de médicos, foram apontadas como um dos problemas graves do setor de saúde.

Em 2002, os trabalhos de nível técnico e auxiliar correspondiam a 28,6% da força de trabalho total de saúde e os de qualificação elementar a 11,2%. Um dos desafios para política nacional de recursos humanos de saúde em 2004 era desenvolver capacidade institucional para prover educação permanente de pessoal em saúde da família. Por causa disso, foram instituídos os polos de formação em saúde da família, mais de 20 instituições de medicina e enfermagem, e outros cursos de educação profissional técnica de nível médio articulada aos serviços de saúde.

Em 2009, foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite o programa de formação de profissionais de nível médio para a saúde (Profaps), como estratégia para viabilizar a qualificação da força de trabalho. O programa beneficiou em torno de 243 mil profissionais entre 2008 e 2011, além de gerar outros benefícios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Contudo, a formação profissional técnica de nível médio, articulada aos serviços de saúde, teve uma progressão irregular nos anos seguintes, como pode ser vista no Gráfico 30.

Gráfico 30 – Número de formados em nível médio e técnico em profissões de saúde no Brasil, entre 2010 e 2014



**Fonte:** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (2016).

Devido à carência e à má distribuição geográfica e social dos profissionais de saúde, houve ainda um apoio à formação dos Agentes Comunitários de Saúde, que qualificou 176.943 profissionais em 2008 e alcançou 217.900 profissionais em 2014, significando uma evolução de 23% no período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

#### 6.1.4. Estado de Saúde da População

Os Relatórios das PNADs e da PNS, bem como os Planos Nacionais de Saúde, trazem informações importantes sobre a evolução do estado de saúde dos brasileiros. Esta seção se dedica à apresentação destes dados utilizando uma divisão semelhante à utilizada nos Planos Nacionais de Saúde, que ressalta as características importantes de alguns grupos populacionais: mulheres e homens, população de não-brancos e brancos, pessoas da zona rural e a população urbana, portadores de deficiência e trabalhadores. Além da primeira parte que se dedica a este tema, esta seção trata das necessidades de saúde de acordo com as faixas etárias.

#### 6.1.4.1. Populações Vulneráveis

Nos Planos Nacionais de Saúde alguns grupos populacionais são destacados como populações vulneráveis. Segundo o Dicionário de Direitos Humanos (2018), população vulnerável é o conjunto de pessoas pertencentes a uma minoria que, por motivação diversa, tem acesso, participação e/ou oportunidade igualitária dificultada ou vetada, a bens e serviços universais disponíveis para a população. Esses grupos são compostos por indivíduos que possuem algum tipo de desvantagem em relação ao seu grupo justaposto, seja ela socioeconômica, física, ou relacionada às condições de trabalho.

Como citado, os planos destacam que existem situações sociais de desvantagens para as mulheres em relação aos homens, assim como desvantagens para os homens em relação às mulheres, como a exposição à violência urbana; que existem desvantagens para o grupo de pessoas negras e pardas em relação aos brancos, relacionadas ao histórico de escravidão do país e, posteriormente, à segregação social; e assim por diante. Esta seção está dividida de forma a apresentar de maneira breve o contexto dessas desvantagens e das diferenças causadas por elas que podem afetar o estado de saúde dos indivíduos.

##### 6.1.4.1.1. A Diferença de Gêneros

Considerando as condições socioeconômicas e culturais e o acesso às ações e serviços de saúde, percebe-se que o perfil epidemiológico das mulheres apresenta diferenças consideráveis entre as regiões do país, além das diferenças atribuídas ao fato de ser mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004, 2008, 2012, 2016). A morte por violência afeta principalmente os homens, contudo, a morbidade provocada pela violência doméstica e sexual atinge prioritariamente as mulheres, assim como problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, como sífilis e o HIV e a mortalidade materna.

O padrão de morbimortalidade das mulheres revela uma realidade composta de característica de países desenvolvidos e subdesenvolvidos, como a presença de doenças crônicas não transmissíveis e mortalidade materna e desnutrição. A análise das condições de mortalidade das mulheres pode dar indícios do grau de desenvolvimento de uma sociedade, já que, uma razão de mortalidade materna elevada pode indicar condições socioeconômicas desfavoráveis, baixo grau de escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Na década de 1990, as principais causas de morte entre as mulheres brasileiras estavam associadas às doenças cardiovasculares, seguidas das neoplasias (câncer de mama, pulmão e de colo de útero), do sistema respiratório, endócrinas, nutricionais e metabólicas, como a diabetes, e só então as causas externas.

A estabilidade da mortalidade materna entre 1999 e 2005 indicou uma melhoria na atenção obstétrica e no planejamento familiar. Entre 1999 e 2006, o percentual de mães sem consulta pré-natal caiu de 14,3% para 1,3%, com algumas diferenças regionais, sendo que o Sul, o Sudeste e o Centro-Oeste apresentaram um maior número de mães que realizaram sete ou mais consultas no período pré-natal, e no Norte e o Nordeste o maior número de mães realizou entre 4 e 6 consultas. O fato de ter realizado sete ou mais consultas esteve associado a um aumento da escolaridade das mulheres e ocorreu nos municípios com melhores condições socioeconômicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Os óbitos por doenças não transmissíveis vêm crescendo entre as mulheres desde a década de 1990, devido as mudanças nos hábitos alimentares, o sedentarismo e o aumento da sobrecarga de responsabilidades, à medida que mais mulheres se tornam chefes de família, impactando seu perfil epidemiológico. Por isso, na PNS (2013) foi detectado um aumento da ocorrência de doenças como hipertensão artéria e diabetes melito entre mulheres, que são fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Em relação aos homens, a situação mais preocupante destacada em todos os Planos Nacionais de Saúde é a alta taxa de mortalidade masculina associada às causas externas – violências e acidentes. No Plano Nacional de 2008, o Ministério da Saúde destaca que, apesar de no período entre 2005 e 2007 haverem mais nascidos vivos do sexo masculino, cerca de 5% a mais do que mulheres, a taxa de mortalidade masculina também era maior em todas as faixas etárias até 79 anos para homens, sendo que as maiores diferenças entre a mortalidade feminina e masculina ocorriam nos grupos etários de 15 a 29 anos e de 30 a 39 anos. Em 2006, nessas faixas etárias, 79% e 72%, respectivamente, das mortes eram de homens.

A expectativa de vida dos homens aumentou de 59,7 anos em 1980 para 68,4 anos em 2005. Contudo, como já apresentado, desde 1991, se manteve, de forma estável, abaixo da expectativa de vida das mulheres cerca de 7,6 anos. A principal causa de morte dos homens são doenças do aparelho circulatório, seguidas de causas externas e neoplasias, com diferenças marcantes entre as idades. Entre os homens mais jovens (15 e 29 anos) todas as cinco principais causas de morte eram do grupo de causas externas, na faixa etária intermediária (30-59 anos) havia mais homogeneidade, com predominância das causas externas e doenças do aparelho circulatório, e entre os mais velhos havia maior ocorrência de óbitos por doenças do aparelho

circulatório, que representavam mais de um terço das causas de morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

#### *6.1.4.1.2. População de Não-Brancos: Negros, Pardos e Indígenas*

Em 1999, o Índice de Desenvolvimento Humano desagregado para a cor dos indivíduos colocou o Brasil na 108ª posição em relação aos negros e na 49ª quando considerados somente os brancos, isso se deveu à expectativa de vida que, para os negros era de 64 anos, enquanto os brancos viviam cerca de 70 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). No Brasil, a expectativa de vida das mulheres negras é inferior à expectativa de vida dos homens brancos, contrariando a tendência mundial de que mulheres vivem mais do que os homens. Em relação às mulheres brancas, a diferença é ainda maior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, 2012).

O número de domicílios chefiados por negros que não tem acesso à água tratada é cerca de duas vezes maior que o número de domicílios chefiados por brancos e, em relação à ausência de esgoto sanitário, o percentual segue a mesma tendência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Considerando a localização de moradia e às condições de trabalho, os negros vivem mais afastados do centro das cidades e em espaços rurais carentes de políticas públicas ou serviços de baixa qualidade, como saneamento básico, escola e instituições de saúde; estão alocados nos trabalhos menos qualificados e com menor remuneração, insuficiente para atender necessidades básicas, como uma alimentação adequada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em 2013, a taxa de analfabetismo dos negros era aproximadamente duas vezes maior que a dos brancos, 11,30% contra 5,36%. O analfabetismo funcional atingia 44% dos negros e 32,57% dos brancos. Quando se trata da educação superior, o nível de desigualdade era notável, 18,42% dos brancos possuíam educação superior e apenas 7,61% dos negros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), existe um consenso acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: i) geneticamente determinados, tais como a anemia falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; ii) adquiridos em condições desfavoráveis, como desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose e transtornos mentais derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas; iii) e de evolução agravada ou tratamento dificultado, como hipertensão arterial, diabete melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde de 2008, os dados socioeconômicos referentes à população negra são indicadores de seu estado de saúde. Naquele período, a grande maioria de mulheres negras encontrava-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo era o dobro, quando comparada à das mulheres brancas. Elas possuíam menor acesso aos serviços de saúde de qualidade, resultando que as mulheres negras apresentavam maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas.

Como exemplo dessa situação foi evidenciado o menor acesso das mulheres negras à assistência obstétrica, seja durante o pré-natal, seja durante o parto ou no puerpério. A mesma situação se repetia na atenção ginecológica que era maior entre as mulheres brancas do que entre as negras. Esses dados demonstravam que, das mulheres que realizaram o exame no ano anterior à pesquisa de 2008, 37,1% eram brancas e 24,7% eram negras.

Havia ainda uma maior frequência da diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme em mulheres negras. No que se refere à hipertensão arterial, a sua maior prevalência ocorre em negros de ambos os sexos, com a peculiaridade de aparecer mais cedo e ser mais grave e complicada entre as mulheres. O câncer de colo de útero é duas vezes mais frequente em mulheres negras que em brancas.

A diferença da mortalidade entre as crianças brancas e negras aumentou na última década do século XX. Em 1993, a taxa de mortalidade de crianças negras era de 62,3 crianças a cada mil nascidos vivos, enquanto para as crianças brancas a taxa era de 37,3 a cada mil, ou seja, uma diferença de 25 mortes a cada mil nascidos vivos, em 1996 a taxa de mortalidade das crianças negras havia aumentado para 76,1 crianças a cada mil nascidos vivos e para os brancos o índice era de 45,7, aumentando a diferença para 30,4 mortes a cada mil nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em relação aos povos indígenas, de acordo com o Plano Nacional de Saúde de 2004, o perfil epidemiológico desses povos era marcado por altas taxas de incidência e letalidade por doenças respiratórias, diarreicas, imunopreveníveis, malária e tuberculose, demonstrando que havia grande necessidade de ampliação dos serviços de assistência e promoção de saúde para o aumento da qualidade de vida. A responsabilidade de operacionalizar o subsistema de atenção à saúde indígena passou a ser competência do Ministério da Saúde a partir de 1999, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde.

Os dados de 1998 mostravam que a mortalidade infantil entre os povos indígenas era cerca de 96,8 crianças a cada mil nascidos vivos, mas diminuiu nos primeiros anos do século XXI, chegando a 55,7 a cada mil nascidos vivos em 2002, apesar disso, o índice era ainda alarmante se comparado ao restante da população, que correspondia a 29,6 mortes a cada mil



nascidos vivos no ano 2000. Durante a primeira década do século XXI, no entanto, a mortalidade infantil indígena acompanhou a queda de mortalidade nacional e, apesar, de ainda ser maior que o da população em geral tem decaído de forma mais acelerada – cerca de duas vezes mais rápido do que o índice de mortalidade nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Entre 2000 e 2009, foram registrados 6.745 óbitos de menores de um ano de idade nas populações indígenas. Nesse período, a Taxa de Mortalidade Infantil indígena apresentou queda significativa, passou de 74,6 por mil nascidos vivos para 41,9 no fim do período, uma redução 43,8%.

Em 2007, a população indígena compreendia 488.441 índios e ocupavam cerca de 12% do território nacional. Eles vinham crescendo tanto por crescimento vegetativo, quanto pelo reconhecimento de grupos indígenas. 45% da população indígena encontrava-se na região Norte, e outros 20% na região Centro-Oeste, esse perfil foi mantido até a análise do Plano Nacional de Saúde de 2016.

Os indicadores de saúde da população indígena ainda estão muito distantes da população não indígena e isso se deve às barreiras étnico-culturais, ao isolamento geográfico e o difícil acesso, baixa cobertura de saneamento em área indígena, à estrutura insuficiente da vigilância epidemiológica em saúde indígena, assim como da vigilância e segurança alimentar e nutricional. Os principais problemas para executar as ações de prevenção e tratamento das doenças ainda são a falta de meios de transporte adequados para levar os imunobiológicos e insumos até as áreas indígenas. Além disso, problemas de infraestrutura, como energia elétrica para conservação dos medicamentos. Até 2007, a implantação das ações de saneamento em terras indígenas possibilitou uma cobertura de 61% da população e 34% das aldeias com abastecimento de água.

No que se refere à situação epidemiológica, houve o registro de 1.176 casos de síndrome respiratória aguda grave em 2009 e 2.504 em 2010. Apesar da complexidade para a realização das ações de imunização nas áreas indígenas, principalmente naquelas de difícil acesso geográfico, as análises mostram um aumento a cada ano das coberturas vacinais. Em 2008, houve redução de 13,5% no total de casos positivos de malária e 6,9% no total de casos de malária por *P.vivax*. No caso da malária grave, a redução atingiu 33,2%. Segundo o monitoramento da saúde indígena, até julho de 2010, haviam sido vacinados em todo o país cerca de 495 mil indígenas aldeados, o que significa uma cobertura vacinal de 89,4%, superando a meta de 80%. A meta foi alcançada nos 24 estados com populações indígenas, em 12 a cobertura ficou entre 80% e 90% e nos outros foi superior a 90%. A cobertura vacinal da

população indígena menor de 7 anos tem aumentado sistematicamente, passando de 71% em 2012 para 73,5% em 2014.

Com o intuito de aprimorar o atendimento à saúde nas áreas indígenas, foi ampliado o contingente de profissionais, tendo sido incorporados, até 2015, mais de 350 médicos provenientes do Programa de Valorização dos Profissionais de Atenção Básica e do Programa Mais Médicos. No saneamento básico, naquele mesmo ano, foram concluídas 54 obras de novos Sistemas de Abastecimento de Água e 24 reformas/ampliações em terras indígenas. Além disso, 35 aldeias foram beneficiadas com novas Melhorias Sanitárias Domiciliares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

#### *6.1.4.1.3. População Rural*

Segundo o Ministério da Saúde (2004, 2008, 2012) a população rural inclui segmentos populacionais de agricultores familiares, trabalhadores rurais, populações remanescentes de quilombos, em assentamentos rurais, em reservas extrativistas, vilas, populações ribeirinhas, populações atingidas por barragens ou grandes obras e comunidades tradicionais. No Plano Nacional de Saúde de 2016, o Ministério da Saúde ampliou a seção que tratava da população rural e passou a considerar as populações do campo, da floresta e das águas, como sendo aquelas que compreendem povos e comunidades que têm seus modos de vida e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo. Abrangendo camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados e temporários – residentes ou não no campo –, quilombolas, populações que habitam ou usam reservas extrativistas, populações ribeirinhas e populações atingidas por barragens.

Ao longo do século XX, houve um aumento da concentração das terras e isso provocou grande desigualdade de acesso à renda, no ano 2000, a renda das famílias rurais era de cerca de dois salários mínimos mensais, com poucas diferenças regionais. No início do século XXI, entre a população rural eram encontradas as maiores taxas de mortalidade infantil, incidência de endemias, de insalubridade e analfabetismo. Sinais de pobreza decorrentes das restrições de acesso aos bens e serviços considerados indispensáveis à vida e sua reprodução biológica e social. Nesse período, a população rural era cerca de 19% da população brasileira, sendo que 37% das famílias rurais viviam abaixo da linha da pobreza e 11% viviam somente da aposentadoria rural (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Durante os anos estudados a população

rural apresentou uma redução de 32,50%, chegando em 2013 a um total de 13,79% da população brasileira.

Por causa dessas condições, a partir de 2003, o Ministério da Saúde adotou diversas medidas normativas e programáticas para implantação da Política de Saúde para População do Campo, como mudanças no sistema de financiamento a fim de garantir a equidade de acesso à saúde entre o campo e a cidade, projetos de saneamento nas áreas de assentamentos, reservas extrativistas, comunidades quilombolas e municípios com menos de 30 mil habitantes e outras medidas.

Em 1998, a proporção de indivíduos do meio rural usuária do SUS era maior que no meio urbano, 71,13% contra 48,23%, uma diferença de 22,9 pontos percentuais. Em 2013 a diferença se manteve em 22,44 pontos, sendo que em ambos os locais o número de usuários do SUS aumentou, na zona rural para 77,90% e nas zonas urbanas para 55,46%. Contudo existem diferenças nessas demandas, enquanto o usuário urbano procura o SUS para realização de exames de rotina e de prevenção, na área rural o principal motivo da procura está associado à ocorrência de doenças.

Dos moradores do meio rural, em 2012, 44,49% avaliaram seu estado de saúde como ruim, muito ruim ou regular, enquanto na área urbana o percentual era de 30,28%. As condições de saúde da população rural são determinadas por especificidades relacionadas ao ritmo de trabalho sazonal, aos processos de mobilidade espacial dos acampamentos e assentamentos, à baixa escolaridade, à pobreza, às situações de violência, e às relações de trabalho e de gênero que contribuem para torná-la mais vulnerável às enfermidades.

#### *6.1.4.1.4. Portadores de Deficiências Físicas*

Segundo o Ministério da Saúde (2015), as principais causas de deficiência no Brasil são os transtornos congênitos e perinatais decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva, de doenças transmissíveis e crônicas não transmissíveis, de perturbações psiquiátricas, do uso de álcool e drogas, da desnutrição e de traumas e lesões. No entanto, as causas das deficiências estão cada vez mais associadas aos males crônico-degenerativos: hipertensão, diabetes, infarto, acidentes vasculoencefálicos, Alzheimer, câncer, osteoporose e outros. O aumento da urbanização e da industrialização, sem os devidos cuidados com a preservação da vida e do meio ambiente também contribuem para um aumento das incapacidades, que está associado a incidência das neuroses, das doenças psicossomáticas, do alcoolismo, do uso de drogas, aos acidentes de trânsito e à violência urbana.

Segundo o Plano Nacional de Saúde de 2004, tratando especificamente das deficiências motora, visual, auditiva, mental e múltipla, a deficiência motora foi apontada como a de maior relevância a partir dos 25 anos, devido aos acidentes, à violência e algumas doenças; sendo a deficiência que afeta a maior variedade de condições neurossensoriais, ou seja, tem o maior impacto em termos de mobilidade, coordenação motora ou da fala. Sobre as demais deficiências, o Plano de 2004 e os subsequentes trouxeram poucas informações.

A principal conclusão do Plano de 2004 era que a situação de assistência ao portador de deficiência no Brasil ainda apresentava um perfil frágil, desarticulado e contava com ações descontínuas tanto na esfera pública como na privada. A maioria dos programas era centralizado e atendia um número reduzido de pessoas. Os principais problemas identificados eram a falta de investimentos na criação de leitos e centros hospitalares especializados, a pouca sensibilização de dirigentes com o problema, a baixa remuneração do leito de reabilitação e pouco engajamento dos hospitais universitários com esse tipo de internação especializada.

No início dos anos 2000 haviam 24,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, que incluía desde dificuldades de desempenhar atividades básicas, até lesões graves e incapacitantes, sendo que, esta última categoria correspondia a 14,5% da população. Do total de 24,6 milhões de pessoas, 48% possuíam deficiência visual, 23% deficiência motora, 17% deficiência auditiva, 8% deficiência intelectual e 4% deficiência física. O alto índice de pessoas com deficiência visual pode ser explicado pelo envelhecimento populacional que passou a ocorrer a partir da década de 1990 e pela própria ampliação do conceito de deficiência, que não se restringe apenas à cegueira.

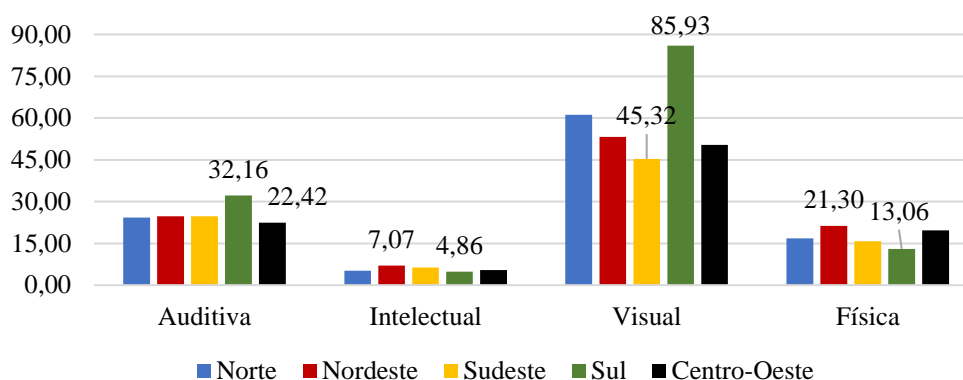
Considerando-se a incidência das deficiências ou incapacidades por sexo, em todo o período de estudo, nos homens predominaram as deficiências mentais, físicas e auditivas, o que é compatível com o tipo de atividades laborais exercidas e o grau de exposição deste gênero ao risco de acidentes de diversas causas, inclusive a violência. No sexo feminino, predominaram as deficiências motoras e visuais, coerente com a composição por sexo da população idosa, em maioria nas mulheres nas faixas etárias de 60 anos ou mais.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, estabelecida em junho de 2002, definiu diretrizes para a adequação dos planos, projetos e atividades voltados à saúde desta população nas três esferas de gestão. Objetivo era promover a organização de uma rede de cuidados, com serviços que fornecessem atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desde as unidades de atenção básica, até a sua reabilitação em unidades especializadas, incluindo a concessão de órteses e próteses, quando necessárias. Entre os avanços iniciais na oferta de serviços específicos, destacaram-se: i) a habilitação e funcionamento de 123 Centros

Especializados em Reabilitação, com aquisição de 108 veículos de transporte acessível, ii) a implantação de 24 oficinas ortopédicas, com capacitação de 3.486 profissionais em órteses e próteses de nível superior, iii) a qualificação de 494 Centros de Especialidades Odontológicas para atender pessoas com deficiência e iv) a disponibilização de equipamentos a 81 hospitais para implantação dos Centros Cirúrgicos.

Em 2013, 6,2% da população possuía pelo menos uma das quatro deficiências citadas anteriormente. O Gráfico 31 apresenta o número de pessoas com cada dessas deficiências entre as regiões brasileiras para cada mil habitantes.

Gráfico 31 – Número de pessoas com deficiência auditiva, intelectual, visual e física para cada mil habitantes nas grandes regiões, em 2013



Fonte: PNS (2013).

Enquanto todas as regiões apresentam em média 24 pessoas com deficiência auditiva para cada mil habitantes, a região Sul possui uma concentração maior de deficientes auditivos (32,16), assim como uma concentração maior de deficientes visuais (85,93 pessoas para cada mil habitantes), uma diferença de quase 40 indivíduos em relação à região Sudeste, que apresenta a menor concentração. Em contrapartida, a região Sul apresenta o menor número de deficientes intelectuais e deficientes físicos para cada mil habitantes, 4,86 e 13,06, respectivamente. Para essas deficiências a região Nordeste apresentou a maior concentração em ambas, 7,07 e 21,30 indivíduos para cada mil habitantes.

De acordo com o Relatório da PNS 2013, 0,8% da população possuía deficiência intelectual. Essa foi a deficiência menos frequente dentre as quatro pesquisadas. As mulheres apresentaram proporção inferior à dos homens: 0,7% e 0,9%. Da população total possuía deficiência intelectual, 62,5% a possuía desde o nascimento, enquanto 37,5% a adquiriu devido a doença ou acidente. As pessoas de 60 anos ou mais de idade apresentaram as maiores

proporções de deficiência intelectual adquirida por doença ou acidente (0,8%). Os percentuais mais elevados de deficiência intelectual foram estimados para as pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto, tanto para quem nasceu com a deficiência (0,9%) como para quem a adquiriu devido a doença ou acidente (0,5%). 54,8% da população com deficiência intelectual possuía grau intenso ou muito intenso de limitação, ou ainda não conseguia realizar suas atividades habituais. Essa deficiência proporcionou o maior percentual de limitação encontrada nas quatro deficiências investigadas.

Da população brasileira, 1,3% declarou possuir deficiência física, sendo o percentual para os homens (1,6%) maior que o observado para as mulheres (1,0%). A partir dos 30 anos, as proporções foram crescentes em todos os grupos de idade. As pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto apresentaram percentual superior (1,9%) ao verificado nos demais níveis de instrução. Do total de deficientes físicos, cerca de 23,08% declarou ter nascido com a deficiência, enquanto 76,92% a adquiriu em decorrência de doença ou acidente. A região Norte apresentou a menor proporção de pessoas com deficiência física adquirida por doença ou acidente, 0,8%. Em relação às pessoas que adquiriram deficiência física por doença ou acidente, foram estimadas as maiores proporções nos seguintes segmentos: homens (1,3%), pessoas de 60 anos ou mais de idade (3,1%) e pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (1,5%). Da população com deficiência física, 46,8% possuía grau intenso ou muito intenso de limitações, ou ainda não conseguia realizar as atividades habituais.

Em 2013, 1,1% da população do País possuía deficiência auditiva. A menor proporção desse indicador foi observada na Região Norte (0,8%). A deficiência auditiva foi mais frequente para as pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (1,8%) e no grupo de 60 anos ou mais de idade (5,2%). Foi a única deficiência que apresentou resultados estatisticamente diferenciados por cor ou raça: a proporção para os brancos (1,4%) foi superior à observada para os pretos e pardos (0,9% em ambos). Da população com deficiência auditiva, 81,8% adquiriu a deficiência por doença ou acidente e 18,2% a possuía desde o nascimento. A proporção de quem adquiriu a deficiência por doença ou acidente foi menor na Região Norte (0,6%) e maior na Região Sul (1,3%). A deficiência auditiva adquirida por doença ou acidente registrou proporções mais elevadas nos seguintes segmentos: pessoas de 60 anos ou mais de idade (5,0%), brancos (1,2%) e pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (1,6%). 20,6% da população com deficiência auditiva apresentou grau intenso ou muito intenso de limitações ou não conseguia realizar as atividades habituais.

A deficiência visual foi a mais representativa na população, com proporção de 3,6%. As pessoas de 60 anos ou mais de idade apresentaram proporção superior (11,5%) à observada nos

demais grupos de idade. Dentre as deficiências investigadas, a deficiência visual foi a que registrou a maior proporção estimada para as pessoas que a adquiriram por doença ou acidente (88,89%), enquanto 11,11% a possuíam desde o nascimento. 6,6% das pessoas com deficiência visual faziam uso de algum recurso para auxiliar a locomoção, como bengala articulada ou cão-guia. Da população com deficiência visual 16,0% apresentou grau intenso ou muito intenso de limitações ou não conseguia realizar as atividades habituais. Essa foi a menor proporção de limitação encontrada nas quatro deficiências investigadas. A região Nordeste foi a única que registrou proporção superior à média nacional para esse indicador.

#### *6.1.4.1.5. Saúde dos Trabalhadores*

Os movimentos sociais entre as décadas de 1970 e 1990 reivindicavam que as questões de saúde relacionadas ao trabalho fizessem parte do direito universal à saúde e que fossem incluídas no escopo da saúde pública. Entre os movimentos e acontecimentos que mais contribuíram para institucionalização da saúde do trabalhador no âmbito do SUS estão o movimento de oposição sindical dos anos 1970 e 1980, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o movimento pelas eleições diretas e pela Assembleia Nacional Constituinte, a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como direito universal, e o advento do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O princípio de universalidade do acesso à atenção de saúde estabelecido pela Constituição pode ser observado no conceito de trabalhador que estabelece como sendo todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar, o aprendiz ou estagiário e aqueles temporários ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego.

Na segunda metade da década de 1990, a Previdência Social registrou que, entre 22 milhões de trabalhadores formais – que representava 35% da PEA – ocorreram 1.963.955 acidentes de trabalho, dos quais 102.321 levaram a óbito ou incapacidade permanente. A taxa de mortalidade entre 1997 e 2001 foi de 17,39 mortes para cada 100 mil trabalhadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

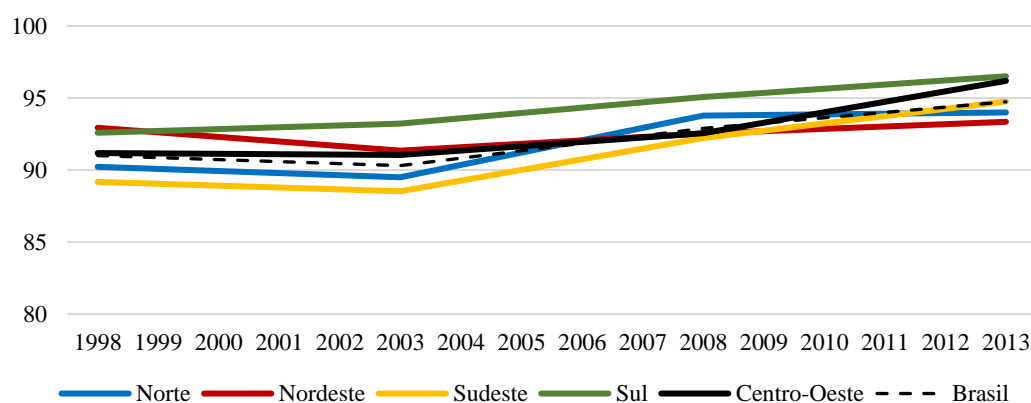
Em 2001, cerca de 90,7% da PEA foi considerada ocupada, sendo que 80,3% eram trabalhadores remunerados. Do total de pessoas empregadas no setor de produção de bens e serviços não públicos – e que não estavam ocupadas em atividades domésticas, não eram

trabalhadores por conta própria, nem empregadores – cerca de 54,2% eram trabalhadores de carteira assinada com cobertura da legislação trabalhista e do Seguro de Acidentes do Trabalho da Previdência Social (SAT). Cerca de 60 milhões de trabalhadores estavam inseridos no mercado de trabalho informal ou precarizado, sem proteção da legislação trabalhista ou do SAT e 5,7 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos estavam ocupados com atividades produtivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Entre 2000 e 2002 foram concedidos em média 40 benefícios por incapacidade permanente por dia, foram registrados 58.978 casos de doenças relacionadas ao trabalho, valores considerados elevados quando comparados a realidade trabalhista de outros países. Esses valores registrados ainda representam um percentual baixo dos acontecimentos reais, uma vez que, estudos como de Binder e Cordeiro (2003) demonstram que há subnotificação dos acidentes e doenças provocados pelo trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Entre 1999 e 2003, menos de 30 % da PEA eram trabalhadores formais. Foram registrados um milhão de acidentes de trabalho, sendo que 87 mil levaram a óbito ou incapacidade permanente. Em 2007, a PEA era de 98,8 milhões de pessoas, desses apenas 32,4% possuíam empregos formais. Nesse ano, ocorreram 650 mil acidentes de trabalho, sendo que 20,7% dos acidentados foram mulheres e 79,3% foram homens. O Gráfico 32 apresenta o percentual de pessoas ocupadas na População Economicamente Ativa (PEA) na semana de referência das PNADs e da PNS para o Brasil e para as grandes regiões.

Gráfico 32 – Percentual ocupado da População Economicamente Ativa, no Brasil e nas grandes regiões, em 1998, 2003, 2008 e 2013, em percentual



Fonte: PNADs (1998, 2003, 2008) e PNS (2013).

Em 1998, a região Nordeste apresentava a maior taxa de ocupação entre as regiões, 3,75 pontos percentuais acima da região Sudeste, região que apresentou a menor taxa de ocupação.



Em todo período, a região Sudeste foi a que teve o maior crescimento na taxa de ocupação (6,26%), saindo de uma taxa de 89,18% para 94,76%, e a região Nordeste foi a que apresentou menor crescimento, 0,45%. Em 2013 a região Sul apresentou a maior taxa de ocupação do país, 96,51%, muito próxima da região Centro-Oeste (96,19%), a região Nordeste apresentou o menor percentual, 93,35%.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores caracteriza-se pela coexistência de agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como acidentes e “doenças profissionais”; doenças que têm sua frequência, surgimento e gravidade modificados pelo trabalho; doenças comuns ao conjunto da população, que não tem relação de causa com o trabalho, mas impactam na saúde dos trabalhadores. O acréscimo de tecnologias e novos métodos gerenciais nos processos de trabalho também modificaram o perfil de saúde dos trabalhadores. Houve um aumento da prevalência de doenças como lesões por esforços repetitivos, também conhecidas como distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, além de estresse e fadiga física e mental. Mas o uso de novas tecnologias também contribuiu para redução da exposição aos riscos ocupacionais de alguns ramos de atividade, tornando o trabalho menos insalubre e perigoso.

#### 6.1.4.2. Necessidades de Saúde por Faixa Etária

A seguir serão apresentadas características de saúde dos grupos etários que apresentam alguns padrões de vulnerabilidade destacados nos Planos Nacionais de Saúde: crianças, adolescentes e jovens, e idosos. Contudo, os Planos de 2012 e 2016 não destacaram os grupos de jovens e idosos, de forma que, os dados apresentados para essas duas faixas etárias se restringem as informações dos Planos de 2004 e 2008.

##### 6.1.4.2.1. Saúde da Criança

Segundo o Ministério da Saúde (2004), houve uma redução do índice de mortalidade infantil de 85,6 óbitos a cada mil nascidos vivos no início da década de 1980 para 28,6 para mil nascidos vivos em 2001. Esta redução foi atribuída principalmente à queda da mortalidade pós-neonatal, que por sua vez, foi devida à implementação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, intervenções ambientais, ampliação e acesso aos serviços de saúde, avanço de tecnologias de saúde, ampliação da cobertura vacinal, melhora do grau de instrução das mulheres e a diminuição da taxa de fecundidade.

Contudo, no início do século XXI, o índice de mortalidade geral ainda era alto, por causa da mortalidade neonatal. Segundo o Ministério da Saúde (2004), este é um dos indicadores que evidencia as desigualdades sociais entre as regiões do país, principalmente porque as causas podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno aos serviços de saúde. Por causa disso, foi firmado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004 e foi estabelecido, como eixo da estrutura do atendimento à saúde da criança, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos nascidos. Além disso, foi firmada a estratégia de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância para o aumento do controle de doenças prevalentes, principalmente das doenças respiratórias e diarreicas e foram intensificadas as estratégias da Política Nacional de Aleitamento Materno, para o combate dos distúrbios nutricionais e anemias carenciais, entre outras medidas.

Assim, a mortalidade infantil reduziu-se de 47,1 para 19,3 a cada mil nascidos vivos entre 1990 e 2007, uma redução de 59,7%. Diminuição devida principalmente à redução da desnutrição infantil e óbitos por doenças infecciosas. O progresso do Brasil na redução da desnutrição infantil foi grande, particularmente a partir de 2003, de modo que o país alcançou antecipadamente as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Quanto ao combate à fome, entre o início da década de 1990 e 2006, a prevalência de baixo peso para idade caiu a um terço do valor (5,4% para 1,8%), e a baixa altura para idade decresceu a menos da metade (19,6% para 6,7%). O aumento da escolaridade materna, a expansão da atenção à saúde – principalmente da atenção básica –, o aumento da renda familiar e a expansão do saneamento básico foram apontados como as principais causas relacionadas à redução dos índices de baixo peso e baixa altura para idade.

Apesar desses avanços, a taxa de desnutrição ainda era considerada alta em algumas localidades, principalmente em regiões afastadas das grandes áreas urbanas, refletindo problemas do sistema de saúde, como a fragilidade da atenção primária, a precarização da força de trabalho, uma inadequada estrutura física e falta de equipamentos para a conformação dos serviços de atenção à mãe e seu filho, desde a atenção básica até a de alta complexidade, um incipiente processo de regulação da rede de assistência e insuficiente monitoramento e avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Em 2007, cerca de 12% da população brasileira eram crianças até seis anos de idade, entre eles a população que sofria maior risco de mortalidade infantil era de etnia indígena ou quilombola.

Em relação à taxa de aleitamento, houve um crescimento desde a década de 1990, mas ainda era inadequada na primeira década do século XXI. Somente cerca de 10% das crianças eram alimentadas exclusivamente por leite materno até os seis meses de idade e menos de 50%

das crianças eram amamentadas até um ano de vida. A amamentação inadequada no primeiro ano de vida está associada ao aumento da morbidade, representada por doenças infecciosas, desnutrição, excesso de peso e carência de micronutrientes, principalmente entre as populações mais vulneráveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

#### *6.1.4.2.2. Saúde de Adolescentes e Jovens*

No início dos anos 2000, a população jovem (entre 10 e 24 anos) era cerca de um terço da população, sendo uma das faixas etárias mais afetadas pela transição demográfica pela qual o país passou nos últimos trinta anos do século XX, experimentando um aumento devido ao declínio da mortalidade infantil e ao aumento da esperança de vida ao nascer. Isso provocou um aumento da necessidade de ampliar as políticas públicas integradas que atendessem às demandas da população de jovens adultos para que eles tivessem competência pessoal e social para obter qualidade de vida e proporcioná-la para as gerações futuras. Essa fase da vida é caracterizada por uma maior exposição ao risco, favorecendo a incidência de agravos, como o aumento da morbimortalidade decorrente da violência, gravidez precoce, aumento das doenças sexualmente transmissíveis, envolvimento com drogas, desemprego e outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A taxa de fecundidade das mulheres entre 15 e 19 anos na década de 1980 representava 9,14% da fecundidade total, no ano 2000 essa contribuição aumentou para 19,38%. No ano seguinte, o número de crianças nascidas vivas com mães entre 10 e 19 anos representava um cerca de 23,3% do total, sendo que mães entre 10 e 14 eram menos de um ponto percentual. Com grandes diferenças entre as regiões, a região Norte apresentou o maior percentual, 30,3% dos nascidos tinham mãe com idade entre 10 e 19 anos, e a Sudeste o menor percentual, 19,8% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O número de casos de Aids entre 1980 e 2000 na faixa etária de 10 a 24 anos representava 13,4% do total dos casos, as causas principais foram relações sexuais (44,7% do total) e compartilhamento de agulhas e seringas no uso de drogas (32,2%). Houve um crescimento do número de casos de Aids principalmente entre as mulheres entre 13 e 24 anos, sendo que em 1998 ocorreu a inversão da razão entre os sexos na faixa etária de 13 a 19 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Em 2007, a razão já era de 7 homens infectados para cada 10 mulheres. Para a faixa etária 20 a 24 anos a razão era de um para um (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A maior causa de morte entre os jovens de 10 e 19 anos foram as causas externas. Em 1998, essa era a causa de 62,40% dos óbitos nessa faixa etária. Dentre as causas externas, acidentes de trânsito eram responsáveis pelo maior número de mortes entre jovens de 10 e 14 anos, observando-se um acréscimo nas taxas de mortalidade por homicídio e suicídios na faixa de 15 a 19 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Em 2007, a mortalidade da população jovem (de 10 a 24 anos) ainda tinha as causas externas como uma das principais causas – agressões, homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e trabalho e outras – com diferenças marcantes entre as faixas etárias. Entre 10 e 14 anos, as principais causas externas causadoras de óbitos foram acidentes de transporte, afogamentos e homicídios, nesta ordem de importância; entre as faixas de 15 e 19 anos e 20 e 24 anos, os homicídios foram a principal causa de morte. No ano anterior, a chance de um jovem do gênero masculino morrer por causa de homicídio era 14 vezes maior que uma mulher da mesma faixa etária, 63,7 contra 4,5 a cada 100 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

#### *6.1.4.2.3. Saúde dos Idosos*

Mais do que os jovens, a faixa etária daqueles acima de 60 anos foi a que mais cresceu proporcionalmente no final do século XX. Chegando a expectativa de vida de uma pessoa acima de 60 anos nos anos 2000 a 17,75 anos, sendo que as mulheres (19,42) tinham expectativa em torno de quatro anos a mais que os homens (15,98). A região Nordeste apresentava a menor expectativa, 16,7 anos, com uma diferença de dois anos a mais para as mulheres (17,79). Nas regiões Norte e Centro-Oeste a expectativa era de cerca 17,6 anos com diferença de três anos a mais para as mulheres (19,12) e nas regiões Sudeste e Sul a expectativa de vida era de cerca de 18,25 anos, com uma diferença de quatro anos a mais para as mulheres (20,23) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O índice de envelhecimento, calculado pelo número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens, no ano 2000 era de 19,77 no Brasil, com grandes diferenças regionais, variando de 9,77 no Norte até 22,88 no Sudeste. No Centro-Oeste o índice foi de 14,29, no Nordeste de 17,73, e no Sul igual a 22,6.

No ano de 1998 a principal causa de óbitos entre aqueles com mais de 60 anos era a cardiopatia isquêmica (18,8%), seguida de acidente vascular encefálico (12,3%), doenças bronco-pulmonares (5,7%), diabetes (4,1%), pneumonia (3,8%), hipertensão (3,0%), neoplasias de traqueia, brônquios e pulmões (1,9%), de estômago (1,5%) e de próstata (1,3%) e cirrose (1,2%). 85% dos idosos possuíam ao menos uma enfermidade crônica no início do século XXI

e os outros 15% possuíam pelo menos cinco. 4% a 6% dos idosos apresentavam grave dependência funcional, 7% a 10% apresentavam formas moderadas e de 25% a 30% formas leves, somente 50% a 60% dos idosos eram completamente dependentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O aumento do número de idoso em uma população exige dos serviços sociais e de saúde maior investimento para os cuidados de condições crônicas. No ano 2000, a maioria dos idosos compunham o grupo de baixo nível socioeconômico e educacional, com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades. Entre 2003 e 2005, foi detectado que cerca de 60% a 80% da população idosa possuía hipertensão arterial, principal fator de risco para doenças cerebrovasculares, a principal causa de morte no país naquele período. Outras doenças que ganharam destaque com o aumento da população idosa foram as demências, que levam à progressiva perda de autonomia e independência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

## 6.2. ESTATÍSTICA ANALÍTICA: IGUALDADE HORIZONTAL NOS RESULTADOS DE SAÚDE E A PRESENÇA DE EQUIDADE NO ACESSO ENTRE GRUPOS SOCIAIS

Nesta subseção será apresentada a análise estatística acerca das desigualdades em saúde. Assim ela foi dividida em duas partes, a primeira trata da igualdade horizontal nos resultados de saúde da população e a segunda parte analisa a equidade no acesso dos serviços de saúde. Ambas as análises são realizadas segundo as condições de vida determinadas pelas diferenças socioeconômicas em que os indivíduos vivem e as diferenças naturais – relacionados à idade, ao gênero do indivíduo. Estas diferenças, como já citado, podem ser compreendidas como justas, ou esperadas, como a probabilidade de possuir uma doença crônica relacionada à idade, ou diferenças injustas, como a probabilidade de ser acometido por uma doença relacionada ao ambiente insalubre em que vivem as famílias de menor renda.

Na análise realizada a partir do ADePT, essas diferenças geram variáveis de normalização e de controle. As primeiras são as variáveis demográficas e de hábitos de vida, ou seja, são diferenças justas ou esperadas. O segundo grupo, das variáveis de controle, é composto por variáveis renda-relacionadas, ou seja, aquelas diferenças que são consideradas injustas, geradoras de desigualdade social e econômica.

### 6.2.1. Variáveis de Indicadores de Saúde: Análise da Igualdade Horizontal do Estado de Saúde

Para avaliar a igualdade horizontal nos resultados de saúde foram utilizadas as seguintes variáveis: i) Autoavaliação do estado de saúde – variável categórica que inclui as seguintes avaliações “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”, sendo a análise de igualdade entre os percentis de renda realizada para cada uma dessas categorias; ii) Presença de doenças crônicas – variável binária; iii) Limitação de atividades – variável binária; iv) Presença de deficiências (intelectual, visual, física e auditiva) – variável binária; e v) Limitações provocadas por deficiência – variável binária.

Para as três primeiras variáveis a análise será realizada para todos os anos estudados e para estas duas últimas, presentes apenas na PNS, a análise de igualdade será realizada apenas para o ano de 2013. Como todas as variáveis são categóricas ou binárias, os modelos de decomposição utilizados serão não-lineares, definidos pelo ADePT. Por isso, esta seção utilizará as tabelas ADePT – cuja a descrição foi apresentada na seção de metodologia – que constam no Quadro 5.

Quadro 5 – Tabelas utilizadas para análise das variáveis de Indicadores de Saúde

TABELA	DESCRIÇÃO
TH1	Indicadores de saúde por características familiares
TH2	Indicadores de saúde por características individuais
TH5	Desigualdade da saúde, padronização indireta
TH7	Decomposição do índice de concentração de indicadores de saúde, modelo não-linear

**Fonte:** Elaboração própria (2018).

#### 6.2.1.1. Autoavaliação do Estado de Saúde

A Tabela 7 apresenta a prevalência dos resultados de saúde de acordo com as características familiares. Como apresentado no Apêndice 2, todos coeficientes foram significativos ao nível de 1% de significância. Por isso, é possível afirmar que, em todos os anos, a população urbana declarou um estado de saúde melhor que a população rural.

Ao longo do tempo foi possível observar um aumento do percentual de declarações de saúde boa e regular em detrimento da declaração de saúde muito boa, tanto na zona urbana, como na zona rural, mas principalmente nesta última. Nas áreas rurais também se observou um crescimento maior da declaração de saúde ruim do que nas áreas urbanas.

Tabela 7 – TH1: Indicador de saúde por características familiares: Autoavaliação da Saúde, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998					2003					2008					2013				
	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>																				
Urbana	0,284	0,513	0,168	0,028	0,007	0,254	0,539	0,175	0,027	0,006	0,240	0,542	0,181	0,029	0,008	0,155	0,601	0,205	0,032	0,007
Rural	0,275	0,493	0,189	0,037	0,005	0,219	0,533	0,205	0,039	0,006	0,186	0,540	0,228	0,040	0,007	0,081	0,576	0,279	0,056	0,009
<b>REGIÃO</b>																				
Nordeste	0,177	0,566	0,213	0,036	0,007	0,127	0,636	0,203	0,028	0,005	0,162	0,594	0,206	0,032	0,006	0,084	0,616	0,253	0,041	0,006
Norte	0,282	0,486	0,187	0,039	0,007	0,213	0,534	0,209	0,038	0,007	0,182	0,551	0,221	0,038	0,008	0,085	0,585	0,268	0,051	0,010
Sudeste	0,310	0,505	0,155	0,025	0,005	0,290	0,524	0,157	0,024	0,005	0,272	0,529	0,166	0,026	0,007	0,179	0,607	0,182	0,027	0,006
Sul	0,260	0,528	0,175	0,030	0,007	0,250	0,543	0,175	0,026	0,006	0,243	0,532	0,186	0,031	0,008	0,183	0,577	0,199	0,031	0,009
Centro-Oeste	0,240	0,542	0,185	0,026	0,008	0,228	0,547	0,192	0,027	0,006	0,238	0,540	0,190	0,027	0,005	0,159	0,601	0,201	0,033	0,007
<b>RENDA PER CAPITA</b>																				
Quintil mais baixo	0,279	0,522	0,164	0,030	0,006	0,223	0,566	0,176	0,029	0,006	0,205	0,567	0,189	0,032	0,007	0,143	0,660	0,168	0,026	0,004
2º	0,250	0,518	0,188	0,037	0,007	0,213	0,549	0,197	0,035	0,007	0,195	0,556	0,207	0,034	0,008	0,186	0,632	0,154	0,023	0,005
3º	0,246	0,500	0,203	0,043	0,008	0,226	0,545	0,193	0,030	0,006	0,219	0,546	0,196	0,032	0,008	0,085	0,566	0,286	0,053	0,011
4º	0,281	0,512	0,176	0,025	0,006	0,234	0,526	0,199	0,033	0,008	0,219	0,524	0,210	0,037	0,010	0,113	0,559	0,268	0,050	0,011
Quintil mais alto	0,357	0,491	0,132	0,016	0,004	0,345	0,503	0,134	0,015	0,003	0,317	0,517	0,144	0,018	0,005	0,194	0,569	0,203	0,028	0,007
<b>TOTAL</b>	0,283	0,509	0,172	0,030	0,006	0,248	0,538	0,180	0,029	0,006	0,231	0,542	0,189	0,031	0,007	0,144	0,597	0,216	0,036	0,008

Fonte: Elaboração própria (2018).

Em relação as regiões, a região Sudeste foi a que apresentou maiores percentuais de declarações de saúde muito boa, em todos os anos. Para a declaração de saúde boa, a região Nordeste apresentou o maior percentual e para saúde regular só ficou à frente da região Norte no ano de 1998. A região Norte foi a que apresentou a maior piora da qualidade de saúde ao longo dos anos.

A Tabela 7 ainda apresenta a desigualdade relacionada com a renda para as variáveis de estado de saúde. Em 1998, para os 20% mais rico da população a declaração de saúde muito boa foi maior do que entre os 20% mais pobre. Para a declaração de saúde boa, não houveram grandes diferenças entre as camadas de renda, sendo a menor declaração observada no quintil mais rico. Para as declarações de saúde regular, ruim e muito ruim, o 3º quintil apresentou os maiores percentuais. Em 1998 ainda foi possível perceber uma piora da saúde à medida que piora o nível de renda *per capita* familiar.

Em 2003, as maiores declarações de saúde como muito boa ainda ocorreram entre os 20% mais ricos da população. A declaração de saúde boa cresceu em relação à pesquisa anterior, para todas as classes. Esse crescimento da declaração de saúde boa, se seguiu nos anos de 2008 e 2013. Ao final do período cerca de 66,0% da população de mais baixa renda familiar declarava um estado de saúde bom.

Apesar de um aumento da declaração de saúde regular entre 2003 e 2008 para todas as classes de renda, os 40% mais pobres da população apresentaram uma queda no último período. Para as declarações de saúde ruim e muito ruim, novamente os 40% mais pobres apresentaram uma melhora em relação aos primeiros períodos, enquanto os três quintis mais ricos apresentaram um crescimento da declaração de saúde nessas categorias.

A Tabela 7 também mostra a concentração da população total em cada estado de declaração de saúde. Em geral, ao longo do tempo foi possível observar um aumento da declaração do estado de saúde como bom (9 pontos percentuais), mas uma redução da declaração de saúde muito boa (14 p.p.) e um aumento da declaração de saúde regular (7 p.p.).

A Tabela 8 apresenta a relação entre os resultados de saúde e as características individuais. De acordo com os erros padrões, no Apêndice 2, todas os coeficientes observados na Tabela 8 foram significativos ao nível de 1% de significância. Nos anos estudados, os homens declararam um melhor estado de saúde que as mulheres. Em relação à idade, observou-se uma redução das declarações de saúde muito boa e boa à medida que os indivíduos envelhecem, em contrapartida, para as demais declarações foi possível observar uma relação contrária. Isso aconteceu em todos os anos estudados.



Para a declaração de saúde como boa, houve um aumento em todas as faixas etárias ao longo dos anos. Com um aumento maior verificados entre os mais jovens. A declaração de saúde como regular é a que prevalece entre os idosos, mas diminuiu proporcionalmente ao longo do tempo. Para as declarações de saúde ruim e muito ruim, os maiores percentuais foram observados entre os idosos, ainda que tenha sido decrescente.

A relação entre as raças demonstra que, para a declaração de saúde muito boa, os brancos sempre estiveram à frente das demais raças e essa diferença apresentou um aumento ao longo do tempo. A declaração de saúde boa predominava entre indivíduos não-brancos – negros, pardos, indígenas e amarelos – e a diferença cresceu até 2008, mas desapareceu em 2013. Apesar da declaração de saúde muito ruim ter variado muito pouco em todas as raças, a declaração de saúde de saúde regular e ruim cresceu mais entre não brancos do que entre brancos.

Em relação à escolaridade, a declaração de saúde muito boa foi maior entre aqueles que tem ensino superior completo ou mais anos de estudo. E embora este percentual tenha crescido entre 1998 e 2003, ele decaiu nos dez anos que se seguiram. A declaração de saúde boa, é crescente para os anos de estudo, até aqueles que tem ensino médio. Um percentual menor daqueles que tem ensino superior completo declararam este estado de saúde. O percentual de declaração de saúde boa cresceu em todas as categorias de nível de escolaridade ao longo do tempo.

A relação com os anos de estudo foi decrescente para as declarações de saúde regular, ruim e muito ruim em todos os anos.

Em relação à condição de ocupação no mercado de trabalho, a declaração de saúde muito boa foi semelhante para ocupados e não ocupados em todo o período, e diminuiu para ambas as categorias entre 1998 e 2013. Para a declaração de saúde boa, os não ocupados apresentaram vantagem até 2003. Em 2008, um percentual maior de ocupados declaram possuir boa saúde em relação aos anos anteriores, enquanto o percentual caiu para os não ocupados. Para a declaração de saúde regular, 20,6% daqueles que estavam ocupados declararam este estado, contra 21,2% dos não ocupados. As diferenças para declaração de saúde ruim e muito ruim foram pequenas.

Tabela 8 – TH2: Indicador de saúde por características individuais: Autoavaliação de Saúde, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998					2003					2008					2013				
	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR
<b>GÊNERO</b>																				
Homem	0,300	0,518	0,150	0,026	0,005	0,264	0,546	0,159	0,026	0,005	0,247	0,548	0,171	0,028	0,006	0,153	0,614	0,195	0,031	0,006
Mulher	0,265	0,500	0,194	0,035	0,007	0,233	0,530	0,199	0,031	0,006	0,216	0,536	0,207	0,033	0,008	0,135	0,581	0,235	0,040	0,009
<b>IDADE</b>																				
0-5	0,388	0,525	0,078	0,007	0,002	0,335	0,570	0,087	0,007	0,001	0,350	0,555	0,088	0,006	0,001	0,216	0,668	0,105	0,010	0,001
6-14	0,387	0,540	0,066	0,005	0,002	0,336	0,580	0,077	0,006	0,001	0,340	0,578	0,076	0,006	0,001	0,190	0,702	0,098	0,009	0,001
15-19	0,365	0,545	0,081	0,007	0,002	0,318	0,586	0,087	0,008	0,001	0,301	0,595	0,094	0,008	0,002	0,174	0,699	0,116	0,009	0,002
20-24	0,320	0,556	0,110	0,011	0,002	0,287	0,589	0,112	0,010	0,002	0,277	0,599	0,112	0,010	0,002	0,162	0,690	0,133	0,013	0,002
25-29	0,298	0,551	0,134	0,014	0,003	0,258	0,590	0,137	0,013	0,003	0,254	0,599	0,131	0,013	0,003	0,177	0,653	0,152	0,016	0,003
30-34	0,274	0,541	0,164	0,018	0,003	0,251	0,567	0,161	0,016	0,003	0,223	0,591	0,164	0,018	0,004	0,172	0,629	0,176	0,020	0,003
35-39	0,249	0,534	0,187	0,025	0,005	0,228	0,548	0,195	0,024	0,004	0,196	0,576	0,199	0,023	0,006	0,144	0,615	0,206	0,030	0,005
40-44	0,204	0,515	0,241	0,033	0,006	0,196	0,536	0,230	0,032	0,006	0,175	0,550	0,234	0,032	0,008	0,126	0,580	0,250	0,037	0,008
45-49	0,174	0,479	0,290	0,047	0,009	0,169	0,500	0,276	0,046	0,009	0,151	0,515	0,279	0,044	0,010	0,105	0,546	0,289	0,052	0,009
50-54	0,132	0,448	0,343	0,066	0,012	0,146	0,464	0,319	0,060	0,012	0,125	0,476	0,322	0,063	0,015	0,095	0,499	0,330	0,063	0,014
55-59	0,103	0,406	0,381	0,091	0,019	0,114	0,428	0,370	0,073	0,014	0,110	0,443	0,360	0,070	0,017	0,087	0,448	0,368	0,082	0,016
60-64	0,090	0,363	0,420	0,108	0,020	0,096	0,403	0,398	0,085	0,018	0,091	0,416	0,382	0,088	0,022	0,076	0,425	0,401	0,079	0,018
65+	0,058	0,308	0,451	0,150	0,033	0,071	0,336	0,442	0,123	0,028	0,072	0,353	0,428	0,115	0,033	0,053	0,381	0,431	0,107	0,029
<b>COR</b>																				
Não Branco	0,256	0,519	0,185	0,034	0,007	0,216	0,548	0,198	0,033	0,006	0,200	0,552	0,207	0,033	0,008	0,117	0,596	0,237	0,042	0,008
Branco	0,305	0,500	0,162	0,027	0,006	0,277	0,529	0,163	0,025	0,006	0,264	0,531	0,170	0,027	0,007	0,175	0,598	0,191	0,029	0,007
<b>EDUCAÇÃO</b>																				
Menos de 4 anos	0,189	0,447	0,277	0,073	0,014	0,227	0,511	0,207	0,045	0,009	0,212	0,516	0,220	0,042	0,010	0,104	0,550	0,276	0,058	0,012
Fundamental	0,271	0,532	0,172	0,020	0,005	0,233	0,555	0,185	0,022	0,004	0,226	0,577	0,174	0,018	0,005	0,136	0,623	0,212	0,025	0,005
Médio	0,326	0,541	0,120	0,010	0,002	0,300	0,566	0,123	0,009	0,002	0,259	0,592	0,134	0,012	0,003	0,164	0,645	0,171	0,017	0,004
Superior ou mais	0,398	0,502	0,088	0,009	0,002	0,390	0,510	0,091	0,007	0,002	0,335	0,543	0,110	0,010	0,003	0,254	0,614	0,119	0,010	0,003
<b>OCUPADOS</b>																				
Desocupados	0,267	0,545	0,165	0,018	0,004	0,236	0,572	0,171	0,018	0,003	0,231	0,516	0,198	0,042	0,012	0,144	0,621	0,212	0,020	0,002
Ocupados	0,260	0,526	0,187	0,023	0,003	0,235	0,552	0,188	0,022	0,003	0,213	0,563	0,196	0,023	0,004	0,150	0,617	0,206	0,023	0,004
<b>TOTAL</b>	0,282	0,509	0,172	0,030	0,006	0,248	0,538	0,180	0,028	0,006	0,231	0,542	0,189	0,031	0,007	0,144	0,597	0,216	0,036	0,008

Fonte: Elaboração própria (2018).

A Tabela 9, a seguir, apresenta a padronização indireta para as diferenças no estado de saúde da população. A padronização é utilizada para eliminar a desigualdade decorrente de variáveis que estão além do controle dos planejadores de políticas públicas e daqueles que tomam decisões políticas, ou seja, desigualdades esperadas, geradas por fatores como idade e sexo. A Tabela traz a distribuição percentual das declarações de estado de saúde para cada quintil de renda, três Índices de Concentração de Gini renda-relacionados (CI) – com parâmetros diferenciados para a aversão à desigualdade.

Um valor positivo do CI indica que a variável de saúde está mais concentrada entre os mais ricos e um valor negativo indica uma concentração pró-pobre. Um CI próximo de zero indica que não existe relação entre a renda e a variável de saúde. À medida que o parâmetro de aversão à desigualdade aumenta, mais peso é dado ao indivíduo mais pobre, e este peso não diminui de forma linear até atingir zero para o indivíduo mais rico, como ocorre no CI padrão, mas diminui de forma mais acelerada.

Os resultados para a autoavaliação evidenciaram desigualdade horizontal em alguns dos resultados de saúde. A declaração de estado de saúde como muito boa foi mais concentrada entre indivíduos de alta renda, essa desigualdade cresceu entre 1998 e 2003 e, embora tenha apresentado uma baixa concentração em 2008, em 2013 apresentou um Índice de Concentração de Gini ainda maior do que aquele observado no começo do período. No entanto, a declaração de saúde como boa, que foi o estado de saúde mais declarado em todo o período, sempre superior a 50% das declarações, não apresentou grandes níveis de concentração. Ainda que o CI tenha sido positivo nos dois últimos anos pesquisados, os valores foram baixos e as curvas de Lorenz ficaram próximas da linha de igualdade.

As demais declarações de saúde – regular, ruim e muito ruim – apresentaram uma concentração pró-pobre em todos os anos, mas, enquanto a desigualdade para a declaração de saúde regular apresentou pouca variação na concentração da desigualdade, para os piores estados de saúde se verificou uma redução do Índice de Concentração. Além disso, esses dois estados de saúde apresentaram baixos percentuais de declaração, mas que cresceram nos dois últimos anos estudados.

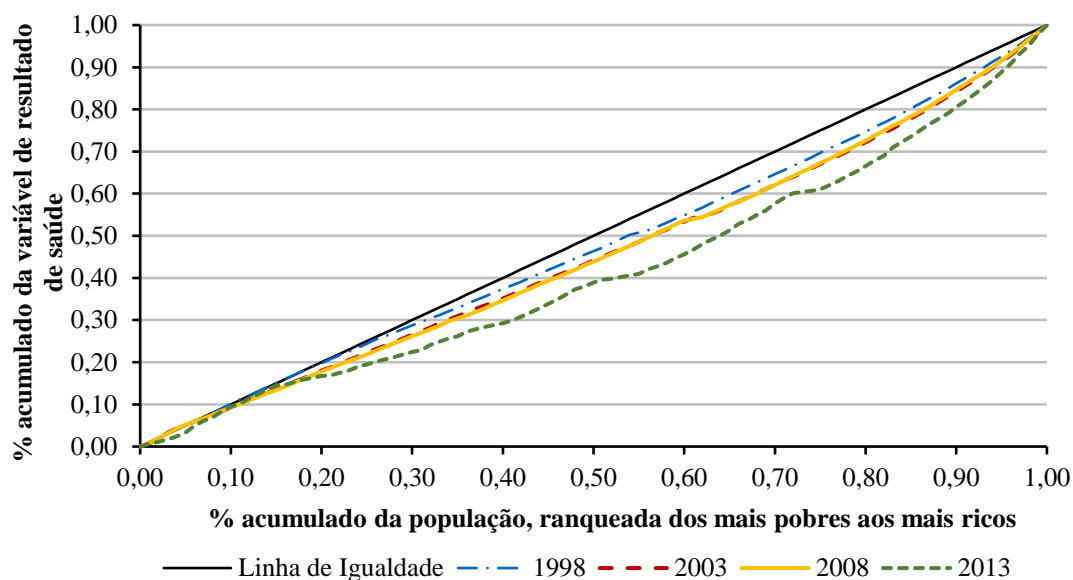
Tabela 9 – TH5: Desigualdade da saúde, padronização indireta para a Autoavaliação de Saúde, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998					2003				
	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR
<b>RENDA PER CAPITA</b>										
Quartil mais baixo	0,231	0,533	0,204	0,027	0,005	0,198	0,547	0,221	0,029	0,006
2°	0,209	0,533	0,225	0,029	0,004	0,179	0,555	0,233	0,029	0,004
3°	0,229	0,535	0,208	0,025	0,003	0,202	0,563	0,209	0,023	0,004
4°	0,260	0,546	0,175	0,016	0,004	0,233	0,574	0,173	0,017	0,003
Quartil mais alto	0,352	0,529	0,110	0,007	0,002	0,342	0,543	0,106	0,007	0,001
<b>TOTAL</b>	0,269	0,535	0,174	0,019	0,003	0,244	0,557	0,177	0,019	0,003
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,119	0,000	-0,135	-0,249	-0,178	0,148	-0,001	-0,151	-0,252	-0,279
CI(3)	0,156	0,005	-0,172	-0,347	-0,244	0,191	0,006	-0,200	-0,352	-0,409
CI(4)	0,173	0,011	-0,180	-0,386	-0,277	0,210	0,012	-0,216	-0,400	-0,485
	2008					2013				
	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR
<b>RENDA PER CAPITA</b>										
Quartil mais baixo	0,124	0,511	0,302	0,055	0,008	0,095	0,521	0,354	0,028	0,002
2°	0,143	0,504	0,297	0,049	0,007	0,116	0,556	0,298	0,027	0,003
3°	0,146	0,549	0,253	0,047	0,005	0,083	0,588	0,283	0,041	0,005
4°	0,128	0,572	0,251	0,041	0,008	0,131	0,600	0,238	0,026	0,006
Quartil mais alto	0,170	0,566	0,210	0,051	0,004	0,225	0,592	0,163	0,016	0,004
<b>TOTAL</b>	0,135	0,524	0,284	0,050	0,007	0,157	0,591	0,222	0,025	0,005
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,041	0,022	-0,037	-0,051	-0,062	0,245	0,008	-0,143	-0,214	-0,050
CI(3)	0,066	0,026	-0,040	-0,083	-0,115	0,340	0,018	-0,207	-0,316	-0,034
CI(4)	0,086	0,028	-0,033	-0,105	-0,161	0,390	0,028	-0,245	-0,377	-0,007

Fonte: Elaboração própria (2018)

Os gráficos a seguir apresentam de forma visual como as diferenças nos níveis de igualdade de saúde estão distribuídos ao longo dos percentis de renda. Cada gráfico traz a variável binária do estado de saúde declarado para os anos estudados e podem ser comparados. O Gráfico 33 apresenta a declaração de saúde como muito boa. Uma vez que as linhas para este estado de saúde se encontram predominantemente abaixo da linha de igualdade, em todos os anos, essa declaração de saúde pode considerada pró-rica. Condizente com o Índice de Concentração de Gini crescente ao longo do tempo, as linhas se afastam cada vez mais da linha de igualdade, evidenciando um aumento da concentração desta característica entre as maiores classes de renda.

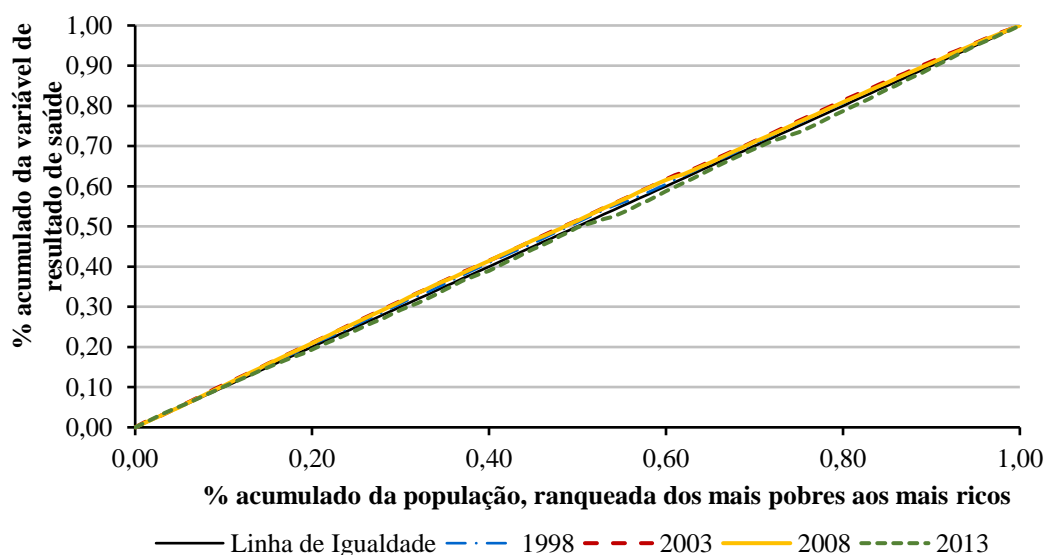
Gráfico 33 – Curva de Concentração de Lorenz para a Autoavaliação de Saúde – Muito Bom, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

No Gráfico 34, que apresenta as curvas de desigualdade para a declaração de saúde como boa, as curvas estão todas localizadas próximas à linha de igualdade. O que é condizente com os valores encontrados para os CIs desta variável que indicam não existir desigualdade significativa, pró-rica ou pró-pobre, para esta declaração de saúde.

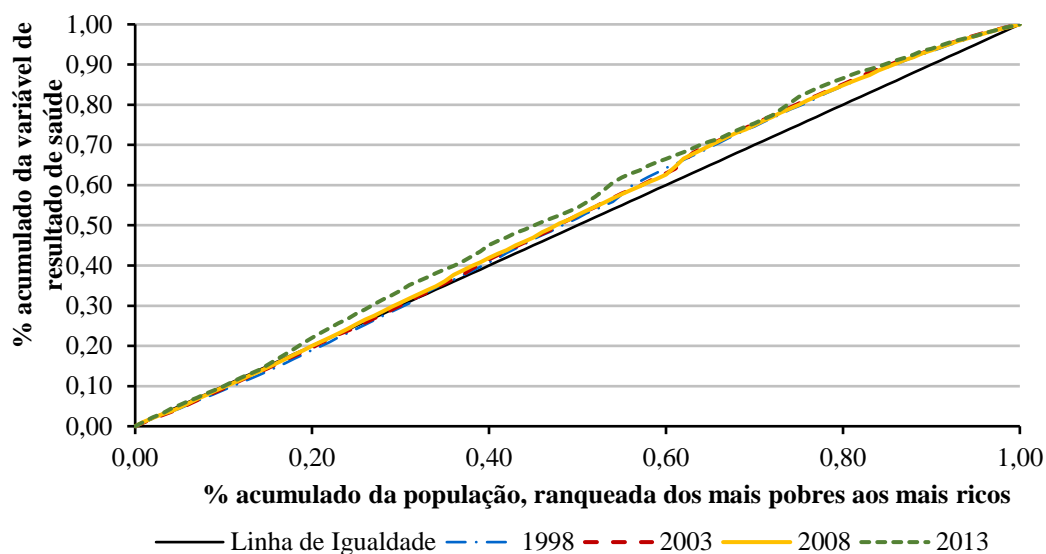
Gráfico 34 – Curva de Concentração de Lorenz para a Autoavaliação de Saúde – Bom, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

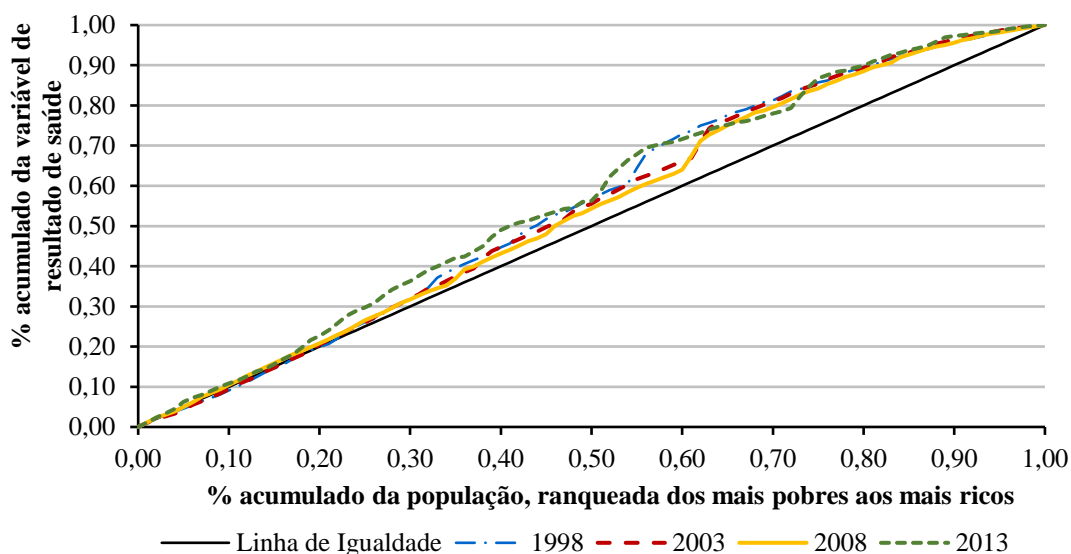
Como apresentado no Gráfico 35, a declaração de saúde como regular, em todos os anos, pode ser considerada pró-pobre. É possível observar ainda que, em 2013 a curva se afastou das demais; contudo, o CI não apresentou variação relevante entre os anos. Em relação ao Gráfico 36, que apresenta as Curvas de Lorenz para a declaração de saúde ruim, percebe-se que a declaração de saúde regular é menos desigual do que a declaração de saúde como ruim.

Gráfico 35 – Curva de Concentração de Lorenz para a Autoavaliação de Saúde – Regular, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



As curvas para a declaração de saúde como ruim estão mais afastadas da linha de igualdade e apresentam maiores CIs do que a declaração de saúde regular. As curvas no Gráfico 36 não apresentam uma tendência de aumento ou redução da desigualdade para essa variável ao longo do tempo, o que é confirmado pela baixa variação do CI que fica em torno de -0,240.

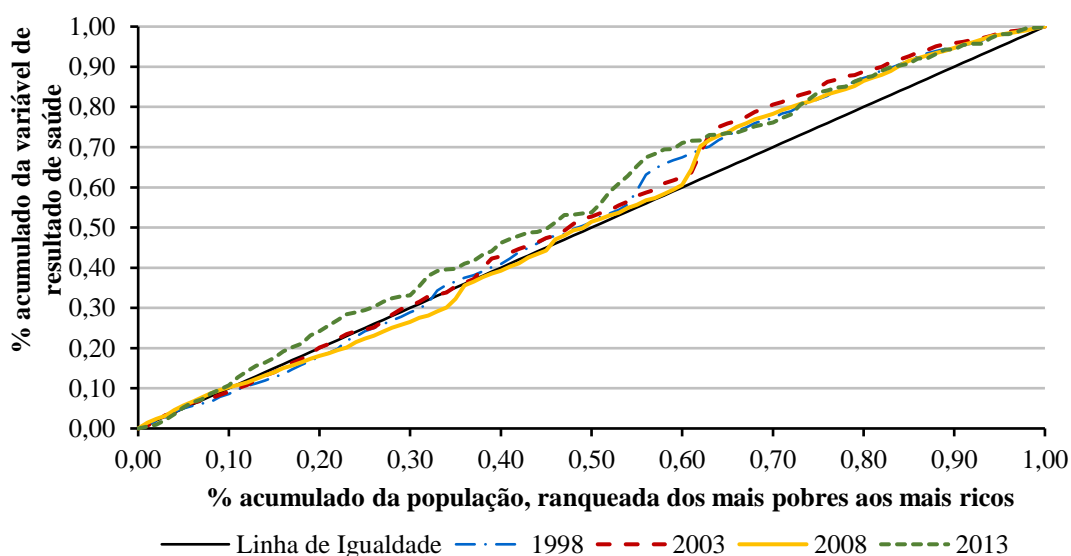
Gráfico 36 – Curva de Concentração de Lorenz para a Autoavaliação de Saúde – Ruim, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

O Gráfico 37 apresenta uma concentração pró-pobre para a declaração de saúde como muito ruim. Apesar de no ano de 2008 a curva não apresentar uma concentração visualmente determinada, o CI neste ano também apresentou uma concentração pró-pobre, ainda que pequena.

Gráfico 37 – Curva de Concentração de Lorenz para a Autoavaliação de Saúde – Muito Ruim, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

As Tabelas 10 e 11, trazem a decomposição do Índice de Composição de Gini da Autoavaliação de saúde para os fatores elencados como Determinantes Sociais de Saúde, apresentados na metodologia deste trabalho. Essas variáveis estão divididas em dois grupos: variáveis de padronização – demográficas e de hábitos de vida – que provocam as diferenças esperadas, e as variáveis de controle, que provocam as diferenças consideradas injustas.

Tabela 10 – TH7: Decomposição do Índice de Concentração de indicador de saúde: Autoavaliação de Saúde, modelo não-linear, no Brasil, para os anos de 1998 e 2003

	1998					2003				
	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR
<b>VARIÁVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>										
Gênero	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
Idade	-0,025	-0,004	0,036	0,039	0,038	-0,025	-0,006	0,040	0,042	0,043
Cor	0,007	-0,001	-0,007	-0,008	-0,007	0,008	0,000	-0,011	-0,005	0,001
<b>SUBTOTAL</b>	<b>-0,017</b>	<b>-0,006</b>	<b>0,029</b>	<b>0,031</b>	<b>0,031</b>	<b>-0,017</b>	<b>-0,006</b>	<b>0,029</b>	<b>0,037</b>	<b>0,044</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>										
Ocupados	0,003	0,001	-0,005	-0,008	-0,007	0,003	0,001	-0,006	-0,007	-0,004
<b>EDUCAÇÃO</b>										
Fundamental	-0,006	-0,004	0,008	0,019	0,010	-0,011	-0,006	0,010	0,026	0,024
Médio	0,022	0,005	-0,033	-0,049	-0,041	0,025	0,006	-0,032	-0,056	-0,043
Superior	0,034	0,002	-0,045	-0,048	-0,047	0,040	0,002	-0,046	-0,066	-0,041
Q_Moradores Plano	0,009	-0,007	0,004	0,005	0,005	0,012	-0,007	0,004	-0,004	-0,005
	0,002	0,002	-0,007	-0,012	-0,018	0,012	-0,001	-0,014	-0,017	-0,018
<b>REGIÃO</b>										
Norte	0,001	0,000	-0,001	-0,001	-0,001	0,004	-0,001	-0,002	-0,001	0,000
Nordeste	0,004	0,002	-0,011	-0,008	-0,004	0,012	0,001	-0,017	-0,010	-0,014
Sul	-0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,001	0,000	0,002	0,001	0,002
Centro-Oeste	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,001	0,000	0,001	0,000	0,001
Urbano	0,002	-0,001	-0,001	0,000	0,009	0,002	-0,001	0,000	0,000	0,006
TipoDom	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Canalização	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Água Tratada	0,002	0,000	-0,002	-0,005	-0,008	0,002	-0,001	-0,001	-0,002	-0,002
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	0,007	-0,003	-0,003	-0,001	0,002	0,001	-0,001	0,000	0,001	0,000
Lixo	-0,003	0,003	-0,002	-0,003	0,001	-0,002	0,002	-0,002	-0,001	0,005
Energia Elétrica	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	-0,001	0,000	0,000	0,000	0,001
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,084</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,104</b>	<b>-0,121</b>	<b>-0,105</b>	<b>0,108</b>	<b>-0,005</b>	<b>-0,108</b>	<b>-0,140</b>	<b>-0,095</b>
Residual: erro na regressão	0,037	-0,001	-0,029	-0,107	-0,054	0,042	0,004	-0,041	-0,091	-0,168
Residual: dados não declarados	-0,045	-0,004	0,075	0,098	0,081	-0,037	-0,013	0,083	0,107	0,157
Desigualdade (total)	0,060	-0,009	-0,030	-0,099	-0,047	0,096	-0,020	-0,037	-0,087	-0,062
Desigualdade injustificada	0,122	0,000	-0,133	-0,228	-0,159	0,150	-0,001	-0,149	-0,231	-0,263

Fonte: Elaboração própria (2018).



Tabela 11 – TH7: Decomposição do Índice de Concentração de indicador de saúde: Autoavaliação de Saúde, modelo não-linear, no Brasil, para os anos de 2008 e 2013

	2008					2013				
	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR
<b>VARIÁVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>										
Gênero	0,006	0,000	-0,003	0,000	-0,002	0,005	0,003	-0,011	-0,010	-0,011
Idade	-0,076	-0,029	0,056	0,077	0,052	-0,036	-0,013	0,051	0,052	0,025
Cor	0,003	-0,001	-0,001	0,001	-0,003	0,000	0,001	-0,004	0,004	0,000
Exercício	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,011	-0,001	-0,006	-0,010	-0,015
Tabaco	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,001	-0,002
Álcool						0,002	0,001	-0,003	-0,010	-0,019
<b>SUBTOTAL</b>	<b>-0,067</b>	<b>-0,030</b>	<b>0,052</b>	<b>0,078</b>	<b>0,047</b>	<b>-0,018</b>	<b>-0,008</b>	<b>0,026</b>	<b>0,025</b>	<b>-0,024</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>										
Ocupados	0,000	0,002	-0,001	-0,010	-0,009	0,001	0,003	-0,009	0,001	0,017
<b>EDUCAÇÃO</b>										
Fundamental	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,004	-0,002	0,002	0,007	0,015
Médio	0,003	0,004	-0,008	-0,010	-0,019	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Superior	0,002	0,000	-0,001	-0,001	0,000	0,053	0,005	-0,043	-0,074	-0,050
Q_Moradores	0,004	-0,001	0,003	-0,007	0,014	0,048	-0,011	-0,004	-0,007	0,013
Plano	-0,003	0,000	0,001	-0,005	0,011	0,014	0,005	-0,027	-0,016	0,009
Veículo	-0,001	-0,001	0,003	-0,003	-0,009	0,009	0,001	-0,006	-0,013	-0,011
PSF	0,001	0,001	-0,002	0,002	-0,005	0,006	0,000	-0,004	0,000	0,010
<b>REGIÃO</b>										
Norte	0,000	-0,001	0,001	0,002	0,003	0,004	0,001	-0,004	-0,002	0,000
Nordeste	-0,004	0,004	-0,003	-0,013	-0,011	0,020	0,004	-0,019	-0,014	-0,010
Sul	0,003	-0,001	0,000	0,001	0,007	0,003	-0,001	0,001	-0,002	-0,006
Centro-Oeste	0,001	0,000	-0,001	0,001	0,000	0,000	0,000	0,001	0,001	0,000
Urbano	-0,003	0,000	0,001	0,002	0,009	0,001	0,000	-0,001	0,005	0,002
TipoDom	-0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Canalização	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,001	-0,002	0,000	-0,002
Água Tratada	-0,001	0,000	0,001	-0,002	0,003	0,004	0,001	-0,003	0,000	-0,011
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	0,001	0,001	-0,002	0,000	-0,001	0,013	-0,001	-0,005	-0,010	-0,003
Lixo	-0,005	0,001	0,002	-0,001	0,002	0,000	0,003	-0,004	-0,002	-0,001
Energia Elétrica	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>-0,003</b>	<b>0,012</b>	<b>-0,008</b>	<b>-0,049</b>	<b>-0,002</b>	<b>0,186</b>	<b>0,004</b>	<b>-0,128</b>	<b>-0,133</b>	<b>-0,027</b>
Residual: erro na regressão	0,057	0,011	-0,029	0,047	-0,010	0,061	0,005	-0,016	-0,070	-0,038
Residual: dados não declarados	0,110	-0,010	-0,055	-0,154	-0,067	-0,080	0,021	0,278	0,341	0,298
Desigualdade (total)	0,096	-0,017	-0,040	-0,078	-0,032	0,149	0,022	0,159	0,162	0,209
Desigualdade injustificada	0,054	0,023	-0,037	-0,002	-0,012	0,247	0,009	-0,144	-0,203	-0,065

Fonte: Elaboração própria (2018).

Os resultados da decomposição do Índice de Concentração de Gini evidenciaram que os fatores de necessidade de saúde, aqueles que geram desigualdades esperadas e consideradas justas, contribuíram mais para uma desigualdade pró-pobre dos melhores estados de saúde, e pró-rica daqueles considerados piores, devido à alta contribuição do fator idade. Porém, o conjunto de fatores de não necessidades, aqueles considerados geradores de desigualdades injustas, contribuíram com maiores níveis de concentração de desigualdades para todas as declarações, exceto da declaração de saúde como boa. Os Determinantes Sociais que

apresentaram os maiores níveis de contribuição foram o nível de educação, a posse de plano de saúde e, em alguns anos, a quantidade de moradores no domicílio e a região de moradia dos indivíduos.

Até 2008, o total das desigualdades apresentou concentração pró-rica apenas para a declaração de saúde como muito boa, mas esse resultado também foi observado para a declaração de saúde como boa em 2013. Entre as desigualdades consideradas injustas, no entanto, desde 2008, as melhores declarações de saúde – muito boa e boa – apresentaram concentração pró-rica, enquanto as demais foram consideradas pró-pobres. Entre 1998 e 2013, houve um aumento da concentração pró-rica das declarações de saúde muito boa e boa e pró-pobre da declaração de saúde como regular. E as piores declarações se tornaram mais igualitárias.

#### 6.2.1.2. Presença de Doenças Crônicas e Limitações de Atividades

A Tabela 12 é do tipo TH1 e avalia os resultados de saúde segundo as características familiares. Os resultados de saúde analisados se referem à presença de doenças crônicas, variável binária; ao fato do indivíduo ter sofrido limitação nos 15 dias anteriores à pesquisa por causa da doença crônica, variável binária; e à quantidade de dias em que o indivíduo ficou limitado, uma variável quantitativa discreta. Todos os valores encontrados foram significativos ao nível de 1% de significância.

A metodologia para verificação de doenças crônicas foi diferente na PNS em relação às PNADs, portanto, os valores encontrados para o ano de 2013 não são comparáveis aos valores dos anos anteriores. Apesar disso, em todos os anos houve maior prevalência de doenças crônicas nas áreas urbanas do que nas áreas rurais. No entanto, nas áreas rurais foi observada uma redução da prevalência de doenças crônicas nos anos de 2003 e 2008 em relação à 1998, enquanto nas zonas urbanas, apesar do percentual ter sido menor em 2003, em 2008 se manteve igual ao percentual observado em 1998.

As regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores declarações de doenças crônicas até 2008, e a tendência foi decrescente no período, mais acentuada na região Nordeste do que na região Norte. A maior declaração foi observada na região Sul, em todos os anos pesquisados. A região Sudeste apresentou um crescimento nas declarações de doenças crônicas entre 1998 e 2008, e na região Centro-Oeste, o percentual se reduziu. Em 2013, a região Nordeste apresentou o menor percentual de declaração e a região Sul o maior.

Tabela 12 – TH1: Indicadores de saúde por características familiares: Presença de Doenças Crônicas, Limitações e Dias de Limitação, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998			2003			2008			2013		
	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>												
Urbana	0,321	0,064	5,546	0,307	0,069	5,548	0,320	0,084	5,491	0,154	0,069	6,227
Rural	0,305	0,060	5,584	0,258	0,066	5,546	0,279	0,082	5,452	0,129	0,074	6,218
<b>REGIÃO</b>												
Nordeste	0,316	0,085	5,308	0,250	0,087	5,161	0,245	0,092	5,182	0,078	0,058	5,984
Norte	0,298	0,066	5,613	0,249	0,072	5,365	0,268	0,086	5,171	0,136	0,078	5,997
Sudeste	0,320	0,056	5,657	0,319	0,061	5,903	0,342	0,079	5,776	0,170	0,062	6,460
Sul	0,345	0,065	5,455	0,350	0,076	5,386	0,358	0,087	5,653	0,172	0,084	6,157
Centro-Oeste	0,324	0,072	5,224	0,312	0,073	5,211	0,308	0,083	5,168	0,132	0,070	6,379
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	0,256	0,063	5,389	0,210	0,071	5,269	0,230	0,085	5,050	0,070	0,060	5,313
2º	0,301	0,068	5,461	0,260	0,074	5,411	0,271	0,088	5,110	0,105	0,062	5,845
3º	0,350	0,070	5,666	0,296	0,070	5,326	0,309	0,086	5,462	0,158	0,077	6,332
4º	0,337	0,059	5,675	0,365	0,070	5,832	0,382	0,085	5,951	0,201	0,078	6,761
Quintil mais alto	0,342	0,055	5,580	0,366	0,057	5,992	0,373	0,072	5,932	0,218	0,072	6,619
<b>TOTAL</b>	0,317	0,063	5,553	0,299	0,069	5,548	0,313	0,083	5,485	0,150	0,070	6,225

Fonte: Elaboração própria (2018).

Em relação ao nível de renda, a prevalência de doenças crônicas aumentou à medida que a renda aumentava, no entanto, em 2008 a maior declaração foi observada no quintil central. Ao longo do tempo as prevalências observadas entre os dois quintis inferiores e os três quintis superiores se afastaram.

A declaração de limitações foi significativamente menor do que a prevalência de doenças crônicas, em todos os anos. As limitações foram maiores na zona urbana do que na zona rural até 2008, mas vinham crescendo de forma mais acelerada nas áreas rurais do que nas áreas urbanas. No entanto, os resultados não apontam diferenças na quantidade de dias de limitação entre as áreas urbanas e rurais, e a tendência foi de crescimento em 2013 (6,2 dias) em relação aos anos anteriores (5,5 dias).

Entre as regiões, até 2008, o Nordeste era a região que apresentava a maior declaração de limitações. A região Sudeste apresentou a menor declaração nesse período, seguida da região Norte e Centro-Oeste. Entre 1998 e 2008, houve crescimento das declarações de limitações por doenças crônicas em todas as regiões. No ano de 2013, no entanto, foi observada uma redução das declarações, maior na região Nordeste do que em todas as demais.

Em relação à quantidade de dias de limitação, em 1998, todas as regiões apresentavam uma média entre 5 e 6 dias, contudo, as regiões Sudeste e Norte apresentavam as maiores médias e a região Centro-Oeste a apresentava a menor. Entre 1998 e 2013, a região Centro-Oeste apresentou o maior acréscimo no tempo de limitação, superior a 1 dia; por causa disso, em 2013 era a região com o segundo maior período de limitação por doenças crônicas, ficando atrás somente da região Sudeste. O menor período de limitação foi observado na região Nordeste.

Entre os quintis de renda, até 2008, a prevalência das limitações era maior entre os menores quintis. Em 2013, no entanto, as maiores declarações de limitações ocorreram nos quintis de renda mais alta. A relação entre a renda e os dias de limitação foi positiva, em todos os anos observados. Ao longo do tempo, os dias de limitação das classes mais ricas cresceram, o aumento foi de mais de 1 dia para os dois quintis de renda mais altos, enquanto o período de limitação para o menor quintil de renda decresceu no período.

A Tabela 13, mostra a prevalência desses mesmos resultados de saúde segundo as características individuais. Segundo o gênero, a prevalência das doenças crônicas foi maior entre as mulheres em todos os anos estudados. A declaração de doenças crônicas aumenta com a idade e os maiores ganhos percentuais ao avançar das classes de idade ocorreram entre 30 e 60 anos. Entre 1998 e 2008, a taxa de prevalência entre crianças e jovens até 14 anos não sofreu grandes variações. Para as demais faixas etárias foi observada uma redução das taxas de declaração de doenças crônicas, principalmente entre as faixas etárias entre 25 e 50 anos.

Tabela 13 – TH2: Indicadores de saúde por características individuais: Presença de Doenças Crônicas, Limitações e Dias de Limitação, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998			2003			2008			2013		
	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS
<b>GÊNERO</b>												
Homem	0,279	0,056	5,729	0,258	0,061	5,814	0,272	0,075	5,891	0,126	0,059	6,475
Mulher	0,354	0,070	5,417	0,339	0,076	5,343	0,352	0,091	5,169	0,173	0,080	6,054
<b>IDADE</b>												
0-5	0,094	0,064	4,383	0,094	0,079	4,731	0,094	0,092	4,153	0,038	0,070	4,667
6-14	0,092	0,042	3,867	0,093	0,054	3,881	0,095	0,063	3,393	0,051	0,053	3,993
15-19	0,141	0,036	4,589	0,115	0,040	4,336	0,113	0,053	4,181	0,045	0,043	4,437
20-24	0,204	0,043	4,938	0,169	0,045	4,871	0,150	0,056	4,665	0,057	0,042	5,024
25-29	0,268	0,051	4,970	0,218	0,052	4,904	0,198	0,064	4,873	0,068	0,050	4,985
30-34	0,335	0,055	5,351	0,276	0,056	5,094	0,258	0,067	5,174	0,091	0,057	5,977
35-39	0,404	0,056	5,725	0,347	0,063	5,454	0,322	0,079	5,295	0,121	0,063	5,770
40-44	0,490	0,068	5,769	0,423	0,071	5,748	0,409	0,087	5,612	0,167	0,070	6,594
45-49	0,569	0,077	5,881	0,516	0,082	6,024	0,498	0,100	6,012	0,206	0,083	6,335
50-54	0,641	0,089	6,202	0,592	0,093	6,319	0,589	0,110	6,349	0,260	0,093	6,988
55-59	0,713	0,110	6,235	0,663	0,099	6,141	0,657	0,118	6,476	0,322	0,107	7,109
60-64	0,748	0,116	6,848	0,709	0,114	6,683	0,736	0,120	6,706	0,354	0,098	7,308
65+	0,804	0,150	7,646	0,775	0,140	7,926	0,791	0,152	7,934	0,414	0,123	8,771
<b>COR</b>												
Não Branco	0,307	0,065	5,483	0,278	0,071	5,429	0,296	0,086	5,303	0,140	0,071	6,095
Branco	0,326	0,061	5,617	0,319	0,067	5,664	0,332	0,081	5,690	0,163	0,069	6,381
<b>EDUCACÃO</b>												
Menos de 4 anos	0,462	0,087	6,249	0,287	0,087	5,578	0,322	0,096	5,504	0,182	0,083	6,607
Fundamental	0,323	0,055	5,466	0,302	0,061	5,570	0,285	0,072	5,410	0,118	0,060	5,928
Médio	0,324	0,046	5,729	0,301	0,048	5,391	0,291	0,062	5,391	0,128	0,057	5,889
Superior ou mais	0,353	0,048	5,541	0,382	0,048	5,416	0,374	0,064	5,781	0,179	0,057	6,027
<b>OCUPADOS</b>												
Desocupados	0,305	0,055	4,940	0,277	0,055	4,735	0,325	0,092	5,868	0,096	0,048	5,728
Ocupados	0,372	0,056	5,249	0,331	0,059	5,219	0,335	0,074	5,298	0,132	0,059	5,359
<b>TOTAL</b>	<b>0,317</b>	<b>0,063</b>	<b>5,553</b>	<b>0,299</b>	<b>0,069</b>	<b>5,548</b>	<b>0,313</b>	<b>0,083</b>	<b>5,485</b>	<b>0,150</b>	<b>0,070</b>	<b>6,225</b>

Fonte: Elaboração própria (2018).

Em relação à cor dos indivíduos, a maior prevalência de doenças crônicas foi observada entre brancos, em todos os anos e a diferença aumentou ao longo do tempo.

A relação entre a prevalência de doenças crônicas e a educação não revelou um padrão crescente ou decrescente em 1998, 2008 e 2013. Nesses anos, aqueles com menos de 4 anos de estudo e com ensino superior completo declararam uma prevalência maior do que pessoas com ensino fundamental ou médio. Somente em 2003, a probabilidade de declarar possuir doença crônica aumentou com os anos de educação. A menor categoria de educação apresentou uma redução da declaração de doenças crônicas ao longo do tempo, enquanto para aqueles com nível de educação superior, o percentual aumentou. Em todos os anos, os percentuais declarados para as categorias de educação centrais diminuíram menos do que para aqueles com menos de 4 anos de educação. Em todos os anos estudados, pessoas ocupadas no mercado de trabalho apresentaram uma prevalência maior de doenças crônicas do que pessoas não ocupadas.

Em relação à limitação de atividades provocadas por doenças crônicas, o percentual foi maior entre as mulheres. A prevalência cresceu em ambos os sexos entre 1998 e 2008, mas apresentaram uma redução em 2013 em relação à pesquisa de 2008. O período de limitação foi sempre maior para os homens do que para as mulheres e, no período, cresceu mais para os homens.

Em relação à idade, crianças e adolescentes até 14 anos apresentaram maior prevalência de limitações por doenças crônicas do que jovens entre 15 e 25 anos – faixas etárias que declararam os menores percentuais de limitação –, em todos os anos estudados. Para as crianças com menos de 5 anos de idade, a prevalência das limitações foi ainda maior, similar a frequência observada naqueles entre 40 e 44 anos. A partir dos 20 anos de idade o percentual das declarações de limitação por doença crônica passa a crescer com a idade.

Os percentuais cresceram entre 1998 e 2008, mais para crianças e adolescentes até 14 anos e adultos entre 35 e 55 anos, do que para jovens e idosos. Mas no ano de 2013, foi observada uma redução em relação à pesquisa de 2008, maior entre crianças até 5 anos e idosos a partir de 60 anos. O resultado final do período foi uma melhora nas declarações de limitações para os idosos a partir de 60 anos, e um aumento das limitações entre crianças e adolescentes entre 6 e 14 anos. Os dias de limitação cresceram com a idade.

Apesar das doenças crônicas serem menos prevalentes entre pessoas não brancas, elas declaram uma frequência maior de limitação do que as pessoas brancas, em todos os anos. O percentual de declaração de limitações foi crescente para brancos e não brancos ao longo do tempo, contudo, a diferença entre as raças diminuiu em 2013, indicando que a prevalência das limitações cresceu de forma mais acelerada entre os brancos.

Os dias de limitação sempre foram maiores para os brancos do que para os não brancos. A média de dias vinha decrescendo para os não brancos até 2008, enquanto para os brancos foi crescente em todo o período. Em 2013, no entanto, a média de dias de limitação por doenças crônicas para pessoas negras, pardas, indígenas e amarelas foi superior à média observada nos anteriores, 6,1 dias. Para os brancos, a média foi igual a 6,4 dias.

A prevalência das limitações diminuiu com os anos de estudo e foi praticamente igual para aqueles que tinham ensino médio ou ensino superior completos, em todo o período observado. As declarações de limitação apresentaram crescimento para todas as categorias de educação entre 1998 e 2008, mas uma redução em 2013. A redução da prevalência das limitações foi maior para aqueles com menos de 4 anos de educação do que para as demais categorias.

Em 1998, pessoas com menos de 4 anos de estudo tiveram mais dias de limitação do que os indivíduos com maiores níveis de educação. Em 2003, as duas menores categorias de educação apresentaram uma média maior para os dias de limitação do que as demais categorias. E em 2008 e 2013, pessoas com menos de 4 anos de estudo e ensino superior completo apresentaram médias maiores do que as categorias centrais.

As limitações foram mais prevalentes entre pessoas ocupadas no mercado de trabalho do que pessoas não ocupadas, exceto no ano de 2008. A prevalência entre ocupados cresceu ao longo do tempo, e diminuiu para os não ocupados. Pessoas ocupadas tiveram mais dias de limitação em 1998 e 2003 do que pessoas não ocupadas, mas a relação se inverteu nos últimos anos pesquisados.

A Tabela 14 traz a padronização indireta dos resultados de saúde desta seção para os quintis de renda. A presença de doenças crônicas apresentava uma concentração pró-pobre em 1998, não foi verificada em 2003, mas, a partir de 2008 apresentou uma desigualdade pró-rica e crescente. As limitações de atividades relacionadas às doenças crônicas, no entanto, apresentaram uma concentração pró-pobre ao longo de todo o período e, apesar de ter apresentado uma concentração mais alta em 2003, voltou a decrescer nos anos seguintes e, em 2013, era praticamente igual a zero. O período de limitações apresentou baixos níveis de desigualdade horizontal, sendo que, em 2013, apresentou uma tendência de aumento da desigualdade e o sinal do CI apontou uma concentração pró-pobre.

Tabela 14 – TH5: Desigualdade da saúde, padronização indireta para a Presença de Doenças Crônicas, Limitações e Dias de Limitação, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

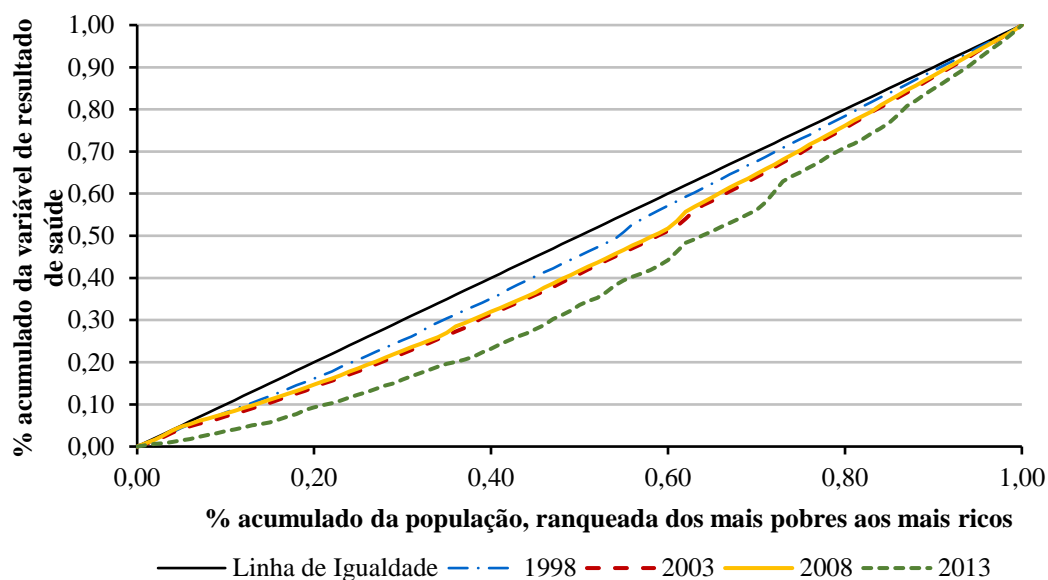
	1998			2003		
	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS
<b>RENDA PER CAPITA</b>						
Quintil mais baixo	0,380	0,060	5,119	0,324	0,066	5,108
2º	0,395	0,062	5,062	0,339	0,068	5,116
3º	0,381	0,057	5,018	0,338	0,061	5,070
4º	0,357	0,050	5,274	0,335	0,052	5,214
Quintil mais alto	0,321	0,045	5,168	0,327	0,046	5,315
<b>TOTAL</b>	<b>0,360</b>	<b>0,053</b>	<b>5,138</b>	<b>0,333</b>	<b>0,056</b>	<b>5,172</b>
<b>Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)</b>						
CI(3)	-0,039	-0,058	0,005	0,000	-0,082	0,008
CI(3)	-0,050	-0,081	0,009	0,006	-0,115	0,012
CI(4)	-0,050	-0,087	0,012	0,013	-0,128	0,014
	2008			2013		
	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS
<b>RENDA PER CAPITA</b>						
Quintil mais baixo	0,310	0,101	5,382	0,147	0,062	6,147
2º	0,313	0,090	5,383	0,170	0,069	7,239
3º	0,322	0,081	5,269	0,142	0,079	5,576
4º	0,316	0,071	5,532	0,157	0,073	5,395
Quintil mais alto	0,349	0,070	6,095	0,168	0,070	5,282
<b>TOTAL</b>	<b>0,315</b>	<b>0,090</b>	<b>5,397</b>	<b>0,158</b>	<b>0,073</b>	<b>5,469</b>
<b>Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)</b>						
CI(3)	0,012	-0,049	-0,006	0,043	-0,008	-0,020
CI(3)	0,018	-0,065	-0,018	0,057	-0,022	-0,031
CI(4)	0,024	-0,069	-0,030	0,064	-0,031	-0,040

Fonte: Elaboração própria (2018).

A seguir são apresentados os gráficos com as Curvas de Concentração para as variáveis estudadas. O Gráfico 38 apresenta a concentração para a prevalência de doenças crônicas. Embora o CI dessa variável não tenha sido significativo nos anos de 2003 e 2008, a curva de 1998 se encontra bem próxima do eixo de igualdade, como demonstrado pelo baixo valor de concentração do índice, e em 2013 a curva se afastou da igualdade, revelando uma maior concentração das declarações entre os mais ricos.



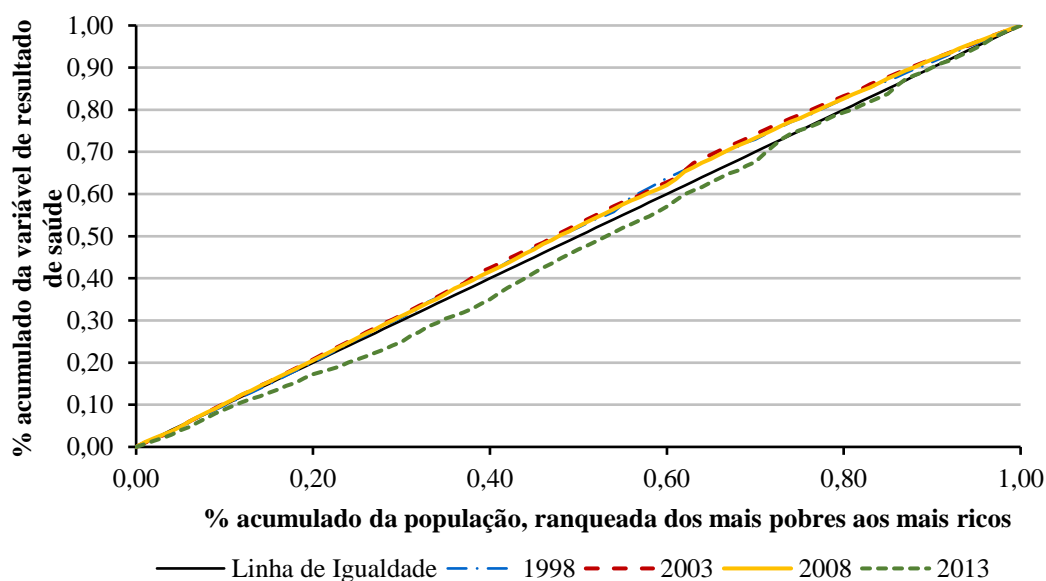
Gráfico 38 – Curva de Concentração de Lorenz para a Presença de Doenças Crônicas, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

Como mostrado no Gráfico 39, assim como verificado pela magnitude dos CIs, a concentração entre os mais pobres da prevalência de limitações causadas por doenças crônicas foi pequena em todos os anos estudados. A curva para o ano de 2013 apresentou uma concentração maior entre aqueles de maior renda, porém, o CI para 2013 não foi significativo.

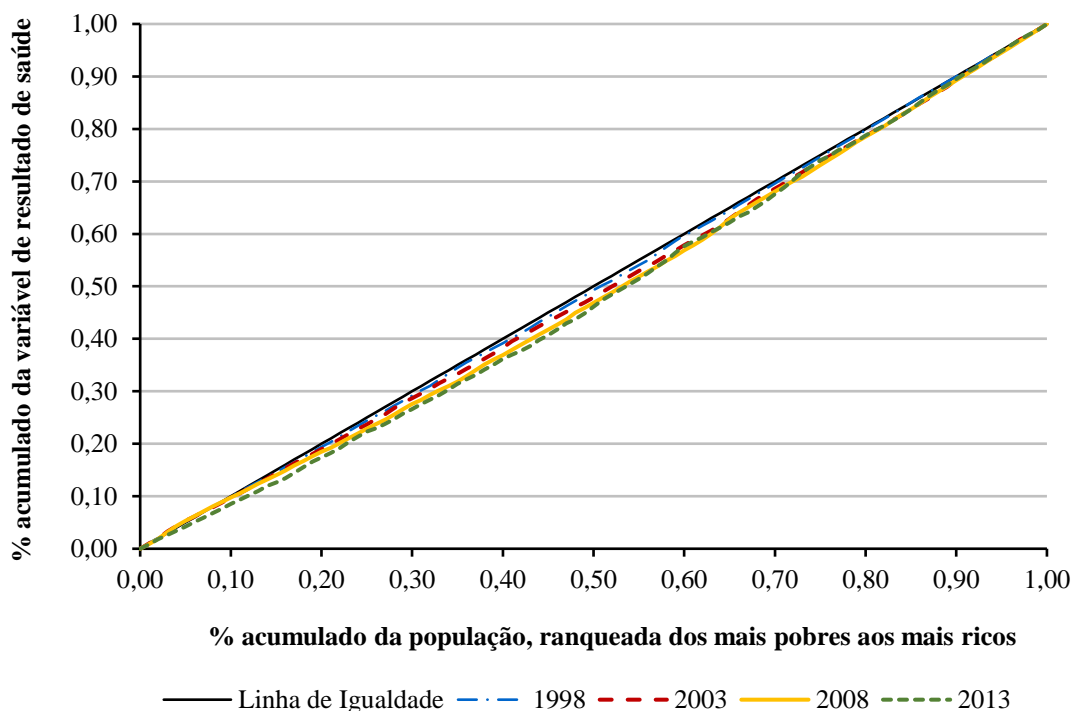
Gráfico 39 – Curva de Concentração de Lorenz para as Limitações provocadas por Doenças Crônicas, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

No Gráfico 40 é possível verificar que a concentração para o período de limitação não apresenta desigualdade significativa em relação à renda, e se distancia muito pouco da linha de igualdade ao longo do tempo.

Gráfico 40 – Curva de Concentração de Lorenz para os Dias de Limitação, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

As Tabelas 15 e 16 apresentam a decomposição do Índice de Concentração. Para estes resultados de saúde, a idade novamente foi o fator de necessidade com a maior contribuição para o nível de desigualdade horizontal de saúde. Sendo a contribuição do conjunto de variáveis de necessidade considerada pró-rica em todos os anos, exceto para as limitações em 2013, e o maior nível de concentração da desigualdade para a presença de doenças crônicas.

A contribuição para a desigualdade dos fatores de não necessidade foram menores no caso das doenças crônicas e período de limitação em relação à contribuição dos determinantes de desigualdade justa, sendo que, em 1998, a concentração de doenças crônicas foi considerada pró-pobre, mas o sinal do CI mudou nos anos posteriores e para o período de limitação, a concentração foi considerada pró-pobre em 2013, com um alto valor do índice. Mas, para a declaração de limitação de atividades, a contribuição dos fatores de não necessidade

contribuíram para níveis de desigualdade maiores que a contribuição dos fatores de necessidade, mas decrescente ao longo do tempo.

Os fatores que mais contribuíram para estes perfis de desigualdade foram, novamente, o nível de educação dos moradores, principalmente nos dois primeiros anos; a quantidade de moradores no domicílio; a posse de plano de saúde e a região de moradia.

Tabela 15 – TH7: Decomposição do Índice de Concentração de indicadores de saúde – modelo não linear: Presença de Doenças Crônicas, Limitações e Dias de Limitação, no Brasil, para os anos de 1998 e 2003

	1998			2003		
	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS
<b>VARIÁVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>						
Gênero	0,000	0,000	-0,001	0,001	0,001	-0,001
Idade	0,039	0,019	0,005	0,047	0,018	0,008
Cor	-0,001	-0,005	0,001	-0,002	-0,007	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,038</b>	<b>0,014</b>	<b>0,005</b>	<b>0,045</b>	<b>0,012</b>	<b>0,007</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>						
Ocupados	-0,003	-0,003	-0,001	-0,004	-0,001	0,002
<b>EDUCAÇÃO</b>						
Fundamental	0,006	0,008	0,000	0,006	0,015	-0,002
Médio	-0,016	-0,024	0,004	-0,012	-0,031	0,000
Superior	-0,020	-0,023	-0,003	-0,015	-0,032	-0,005
Q_Moradores	0,014	0,015	-0,004	0,013	0,012	-0,002
Plano	0,007	0,016	0,007	0,016	0,013	0,009
<b>REGIÃO</b>						
Norte	-0,001	-0,001	0,000	0,000	-0,003	0,001
Nordeste	-0,004	-0,007	0,000	0,003	-0,012	0,002
Sul	0,001	0,001	0,000	0,003	0,003	-0,002
Centro-Oeste	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000
Urbano	0,000	0,002	0,001	0,000	0,001	0,000
TipoDom	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Canalização	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Água Tratada	0,000	-0,004	0,000	0,000	-0,001	0,000
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	-0,003	0,001	0,002	-0,001	0,003	0,001
Lixo	-0,003	-0,004	0,002	0,002	0,003	0,001
Energia Elétrica	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>-0,025</b>	<b>-0,030</b>	<b>0,004</b>	<b>0,010</b>	<b>-0,035</b>	<b>0,003</b>
Residual: erro na regressão	-0,019	-0,028	0,000	-0,014	-0,046	0,005
Residual: dados não declarados	0,064	0,020	0,001	0,075	0,035	0,012
Desigualdade (total)	0,059	-0,024	0,011	0,116	-0,035	0,027
Desigualdade injustificada	-0,043	-0,058	0,005	-0,004	-0,082	0,008

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 16 – TH7: Decomposição do Índice de Concentração de indicadores de saúde – modelo não linear: Presença de Doenças Crônicas, Limitações e Dias de Limitação, no Brasil, para os anos de 1998 e 2003

	2008			2013		
	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS
<b>VARIÁVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>						
Gênero	-0,005	-0,001	0,004	-0,019	-0,024	0,004
Idade	0,095	0,050	0,011	0,081	0,021	0,016
Cor	0,001	-0,001	0,002	-0,003	-0,008	-0,001
Exercício	0,000	0,000	0,001	0,001	-0,003	-0,003
Tabaco	0,000	0,000	0,001	0,000	-0,001	-0,002
Álcool				-0,003	-0,003	-0,006
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,092</b>	<b>0,049</b>	<b>0,019</b>	<b>0,059</b>	<b>-0,018</b>	<b>0,008</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>						
Ocupados	-0,002	-0,003	-0,001	-0,006	0,006	-0,007
<b>EDUCAÇÃO</b>						
Fundamental	0,000	0,000	0,000	0,002	0,003	0,000
Médio	-0,004	-0,004	0,000	0,000	0,000	0,000
Superior	-0,001	0,000	0,000	-0,005	-0,011	-0,011
Q_Moradores	0,006	-0,009	0,002	0,024	0,036	-0,011
Plano	0,004	-0,001	0,002	0,018	0,012	0,014
Veículo	0,003	0,001	0,000	0,004	-0,009	-0,002
PSF	-0,002	-0,006	0,001	-0,003	-0,006	-0,004
<b>REGIÃO</b>						
Norte	-0,002	-0,001	0,003	0,004	-0,002	0,000
Nordeste	0,005	-0,001	-0,008	0,005	-0,011	-0,003
Sul	0,000	0,001	0,000	0,001	0,004	0,000
Centro-Oeste	0,000	0,000	0,000	-0,001	0,001	0,001
Urbano	0,002	0,005	0,000	-0,002	0,000	0,000
TipoDom	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Canalização	0,000	0,000	0,000	0,002	-0,001	0,002
Água Tratada	0,002	0,002	0,000	-0,002	-0,003	-0,002
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	0,000	0,000	0,001	0,002	-0,002	-0,006
Lixo	0,000	0,000	-0,004	0,001	-0,001	0,002
Energia Elétrica	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,007</b>	<b>-0,019</b>	<b>0,000</b>	<b>0,041</b>	<b>0,020</b>	<b>-0,027</b>
Residual: erro na regressão	0,003	-0,028	-0,003	0,002	-0,030	0,007
Residual: dados não declarados	0,002	-0,031	0,023	0,181	0,189	0,100
Desigualdade (total)	0,103	-0,029	0,038	0,283	0,162	0,087
Desigualdade injustificada	0,010	-0,046	-0,004	0,043	-0,010	-0,021

Fonte: Elaboração própria (2018).

O total das desigualdades consideradas justas cresceu entre 1998 e 2013 para a prevalência de doenças crônicas e período de limitações (pró-rica) e também para a declaração de limitações, embora tenha apresentado concentração pró-pobre até 2008. As desigualdades consideradas injustas, no entanto, foram pró-pobres para a presença de doenças crônicas e limitações nos dois primeiros anos estudados, enquanto a concentração de dias de limitação era pró-rica. A partir de 2008, a desigualdade considerada injusta passou a ser pró-rica para as

doenças crônicas e crescente, e as demais variáveis analisadas apresentaram concentração pró-pobre, sendo que a concentração das limitações foi decrescente.

### 6.2.1.3. Deficiências Físicas e suas Limitações

A seguir são apresentadas as distribuições das deficiências físicas e das limitações relacionadas a cada uma delas, bem como a análise da concentração segundo fatores determinantes em 2013. A Tabela 17 traz a distribuição das deficiências e limitações segundo características familiares. De acordo com os resultados apresentados no apêndice, todos os coeficientes encontrados são significativos ao nível de 1%.

A distribuição entre zona rural e urbana foi semelhante para as deficiências intelectual e física, respectivamente. Já as deficiências auditiva e visual foram mais frequentes na zona rural. Entre aqueles que possuíam deficiências, a prevalência das limitações também foi maior na zona rural, para todas as deficiências. No geral, a deficiência intelectual apresentou maior percentual de limitação.

Tabela 17 – TH1: Indicadores de saúde por características familiares: Presença de Deficiências e suas Limitações, no Brasil em 2013

	INTELEC	FISICA	AUDIT	VISUAL	LIMIT_ INTELEC	LIMIT_ FISICA	LIMIT_ AUDIT	LIMIT_ VISUAL
<b>AREA DE RESIDÊNCIA</b>								
Urbana	0,008	0,013	0,019	0,040	0,912	0,885	0,609	0,542
Rural	0,009	0,014	0,023	0,055	0,944	0,892	0,691	0,689
<b>REGIÃO</b>								
Nordeste	0,007	0,011	0,014	0,038	0,847	0,876	0,643	0,610
Norte	0,009	0,016	0,018	0,039	0,915	0,887	0,661	0,613
Sudeste	0,007	0,012	0,020	0,037	0,922	0,878	0,588	0,545
Sul	0,007	0,012	0,025	0,067	0,941	0,897	0,621	0,546
Centro-Oeste	0,007	0,014	0,017	0,039	0,933	0,907	0,701	0,596
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,010	0,007	0,006	0,016	0,878	0,920	0,698	0,607
2º	0,009	0,008	0,009	0,027	0,924	0,847	0,649	0,544
3º	0,009	0,017	0,020	0,049	0,924	0,914	0,666	0,627
4º	0,008	0,020	0,030	0,057	0,949	0,893	0,623	0,604
Quintil mais alto	0,003	0,015	0,033	0,062	0,925	0,850	0,579	0,499
<b>TOTAL</b>	<b>0,008</b>	<b>0,013</b>	<b>0,020</b>	<b>0,042</b>	<b>0,918</b>	<b>0,886</b>	<b>0,624</b>	<b>0,571</b>

Fonte: Elaboração própria (2018).

Nas grandes regiões, o percentual de deficiência intelectual ficou abaixo de 1% em todas elas, sendo maior na região Norte do que nas demais. Nessa região também foi observada a maior prevalência de deficiências físicas. As maiores prevalências de deficiência auditiva foram

observadas nas regiões Sul e Sudeste. Para esta deficiência, as regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram as menores concentrações. A única região que apresentou concentração de deficiência visual acima da média nacional foi a região Sul.

A região Nordeste apresentou o menor percentual de declaração de limitação por causa de deficiência intelectual e a maior prevalência observada na região Sul. As limitações por causa de deficiência física foram maiores nas regiões Centro-Oeste e Sul. As limitações provocadas por deficiência auditiva são as que apresentam maior diferença entre as regiões; enquanto a prevalência na região Centro-Oeste é de cerca de 70,1%, no Sudeste é igual a 58,8%. As limitações de deficiências visuais foram mais prevalentes nas regiões Norte e Nordeste, e as menores taxas de limitação foram observadas nas regiões Sul e Sudeste.

Em relação à renda familiar *per capita*, a deficiência intelectual foi a única cuja a prevalência apresentou relação inversa com o nível de renda. Para as deficiências físicas, apesar da relação ser positiva, a maior prevalência foi observada nos 3º e 4º quintis. A prevalência das deficiências auditivas e visuais apresentaram relação positiva com a renda.

Entre as limitações, foi observada relação positiva com a renda na prevalência de limitação causada por deficiência intelectual e relação negativa na prevalência de limitação causada por deficiência auditiva. Para as limitações provocadas por deficiência física e visual, não foi observada relação de crescimento ou decréscimo com a renda.

No total da população, a deficiência visual foi a mais prevalente, seguida da deficiência auditiva, física e intelectual. No entanto, quando consideradas as limitações, esta ordem se inverte. A deficiência que provocou a maior taxa de limitação foi a intelectual, seguida da deficiência física, auditiva, e visual.

A Tabela 18 apresenta a prevalência das deficiências e limitações segundo as características individuais. Todos os coeficientes encontrados são significativos ao nível de 1% de significância. Segundo o gênero, com exceção da deficiência visual, todas as demais são mais prevalentes em homens do que em mulheres. Em relação às limitações, somente para a limitação provocada por deficiência intelectual o percentual é maior entre os homens.

Em relação à idade, a deficiência intelectual foi a única que não apresentou relação positiva da taxa de prevalência. Para esta deficiência, os maiores percentuais foram observados entre crianças e jovens de 6 a 14 anos e idosos com mais de 65 anos, e o menor percentual foi observado entre crianças de 0 a 5 anos.

As prevalências de deficiências físicas e auditivas eram baixas até a faixa etária de adultos entre 30 e 35 anos, a partir de então, o percentual aumenta de forma mais acelerada à medida que avança a idade, de forma mais intensa para as deficiências auditivas.

Tabela 18 – TH2: Indicadores de saúde por características individuais: Presença de Deficiências e suas Limitações, no Brasil em 2013

	INTELEC	FISICA	AUDIT	VISUAL	LIMIT_ INTELEC	LIMIT_ FISICA	LIMIT_ AUDIT	LIMIT_ VISUAL
<b>GÊNERO</b>								
Homem	0,009	0,016	0,022	0,039	0,921	0,866	0,601	0,571
Mulher	0,007	0,010	0,017	0,045	0,914	0,916	0,650	0,571
<b>IDADE</b>								
0-5	0,005	0,004	0,002	0,003	0,754	0,674	0,608	0,537
6-14	0,010	0,005	0,004	0,015	0,900	0,863	0,668	0,524
15-19	0,009	0,005	0,004	0,017	0,868	0,909	0,663	0,490
20-24	0,008	0,005	0,007	0,018	0,938	0,756	0,437	0,349
25-29	0,007	0,008	0,008	0,020	0,917	0,757	0,507	0,501
30-34	0,007	0,010	0,010	0,021	0,877	0,756	0,523	0,466
35-39	0,009	0,011	0,010	0,026	0,978	0,904	0,466	0,546
40-44	0,006	0,012	0,013	0,036	0,993	0,902	0,515	0,554
45-49	0,006	0,020	0,019	0,056	0,971	0,912	0,625	0,517
50-54	0,008	0,022	0,024	0,066	0,969	0,894	0,587	0,527
55-59	0,008	0,024	0,030	0,082	0,903	0,927	0,565	0,544
60-64	0,006	0,027	0,038	0,098	0,973	0,907	0,633	0,611
65+	0,010	0,035	0,100	0,145	0,926	0,935	0,684	0,668
<b>COR</b>								
Não Branco	0,008	0,014	0,016	0,038	0,910	0,902	0,638	0,614
Branco	0,008	0,013	0,023	0,047	0,927	0,866	0,612	0,529
<b>EDUCAÇÃO</b>								
Menos de 4 anos	0,014	0,019	0,029	0,058	0,928	0,913	0,697	0,652
Fundamental	0,003	0,010	0,015	0,035	0,906	0,883	0,509	0,496
Médio	0,001	0,009	0,012	0,031	0,925	0,812	0,469	0,431
Superior ou mais	0,001	0,008	0,012	0,033	0,849	0,857	0,366	0,335
<b>OCUPADOS</b>								
Desocupados	0,003	0,005	0,008	0,022	0,867	0,780	0,456	0,569
Ocupados	0,001	0,008	0,014	0,036	0,825	0,763	0,461	0,457
<b>TOTAL</b>	<b>0,008</b>	<b>0,013</b>	<b>0,020</b>	<b>0,042</b>	<b>0,918</b>	<b>0,886</b>	<b>0,624</b>	<b>0,571</b>

Fonte: Elaboração própria (2018).

A prevalência da deficiência visual só ficou abaixo de 1% para crianças menores de 5 anos de idade. Para crianças entre 6 e 14 anos e para adolescentes e jovens entre 15 e 24 anos a taxa de prevalência ficou entre 1,5% e 1,8%. A partir de então, a prevalência ultrapassa 2,0% e chega a 3,6% para adultos entre 40 e 44 anos. A prevalência de deficiência visual cresceu de forma mais acelerada a partir da faixa etária de 45 a 49 anos, sendo igual a 14,5% para idosos com mais de 65 anos.

As taxas de prevalência de limitações provocadas por deficiências intelectuais, físicas e auditivas não apresentaram relação crescente ou decrescente com a idade. A menor taxa de declaração de limitação provocada por deficiência intelectual ocorreu na faixa etária de crianças até 5 anos e a maior ocorreu na faixa etária de adultos entre 40 e 44 anos. Para a deficiência física, a menor taxa de limitação também foi observada entre crianças menores de 5 anos e a

maior entre idosos com mais de 65 anos. O menor percentual de declaração de limitação por deficiência auditiva foi verificado na faixa etária de jovens entre 20 e 24 anos e o maior percentual foi declarado por idosos com mais de 65 anos.

A declaração de limitação causada por deficiência visual diminuiu com idade para as quatro primeiras faixas etárias, entre 0 e 24 anos, mas passou a aumentar à medida que aumentava a idade dos indivíduos.

Segundo a cor, não foram verificadas diferenças nas prevalências de deficiências intelectual e física. Mas pessoas brancas declararam com mais frequência sofrer de deficiência auditiva e visual do que pessoas não brancas. No entanto, em relação às limitações, com exceção da limitação provocada por deficiência intelectual, para todas as demais, pessoas não brancas apresentaram maior taxa de limitação. A maior diferença foi verificada para as limitações provocadas por deficiência visual.

Para todas as deficiências a taxa de prevalência diminuía à medida que o nível de educação do indivíduo era maior. Para as limitações a relação de prevalência também foi inversamente proporcional à quantidade de anos estudados.

Em relação à ocupação no mercado de trabalho, somente a deficiência intelectual prevaleceu entre pessoas não ocupadas. A maior deficiência encontrada entre pessoas ocupadas foi a deficiência visual. Das pessoas que estavam ocupadas no mercado de trabalho e tinham deficiência intelectual, 82,5% declararam possuir limitação, sendo esta a maior taxa de limitação entre pessoas ocupadas que sofriam de deficiência. Para os não ocupados, somente para as limitações provocadas por deficiência auditivas o percentual de declaração foi menor do que para pessoas ocupadas.

A Tabela 19, a seguir, apresenta os percentuais de declaração de deficiências e das limitações associadas nos quintis de renda padronizados de forma indireta, ou seja, não levando em consideração fatores demográficos, mantendo a influência de fatores econômico, sociais e ambientais; e também apresenta os Índices de Concentração de Gini.

Foi possível verificar uma maior concentração de deficiências intelectuais e visuais entre pessoas de mais baixa renda, sendo que, a presença de deficiências intelectuais apresentou uma desigualdade maior do que as deficiências visuais. Para as demais deficiências, o CI não foi significativo, no entanto, as Curvas de Concentração apontam uma distribuição pró-rica dessas deficiências. As limitações causadas por deficiências físicas apontaram um baixo nível de desigualdade horizontal. Os Índices de Concentração foram significativos para limitações associadas às deficiências físicas e visuais, ambas pró-pobres. As limitações causadas por



deficiências auditivas também apresentaram concentração pró-pobres e, aquelas causadas por deficiências intelectuais, foram pró-ricas, como pode ser observado graficamente.

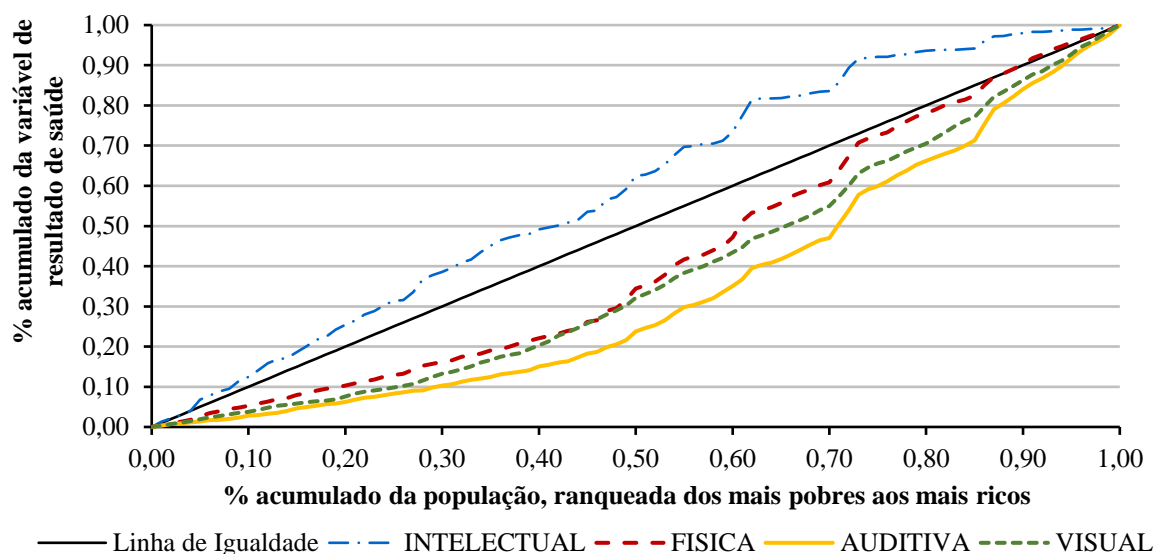
Tabela 19 – TH5: Desigualdade da saúde, padronização indireta para a Presença de Deficiências e suas Limitações, no Brasil em 2013

	<b>INTELEC</b>	<b>FISICA</b>	<b>AUDIT</b>	<b>VISUAL</b>
<b>RENDA PER CAPITA</b>				
Quartil mais baixo	0,010	0,008	0,014	0,039
2º	0,003	0,010	0,024	0,043
3º	0,001	0,009	0,015	0,048
4º	0,000	0,009	0,017	0,041
Quartil mais alto	0,000	0,009	0,016	0,040
<b>TOTAL</b>	<b>0,001</b>	<b>0,009</b>	<b>0,016</b>	<b>0,042</b>
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	-0,448	0,011	0,003	-0,047
CI(3)	-0,835	0,031	0,000	-0,073
CI(4)	-1,176	0,052	-0,001	-0,094
	<b>LIMIT_INTELEC</b>	<b>LIMIT_FISICA</b>	<b>LIMIT_AUDIT</b>	<b>LIMIT_VISUAL</b>
<b>RENDA PER CAPITA</b>				
Quartil mais baixo	0,818	0,856	0,233	0,541
2º	0,690	0,870	0,628	0,735
3º	0,445	0,871	0,398	0,498
4º	1,000	0,723	0,504	0,480
Quartil mais alto	0,887	0,661	0,454	0,409
<b>TOTAL</b>	<b>0,747</b>	<b>0,735</b>	<b>0,464</b>	<b>0,459</b>
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,108	-0,052	-0,042	-0,066
CI(3)	0,136	-0,092	-0,043	-0,107
CI(4)	0,168	-0,118	-0,038	-0,143

**Fonte:** Elaboração própria (2018).

O Gráfico 41 traz a Curva de Concentração para as deficiências em 2013. Para a deficiência intelectual, cujo o CI foi negativo e significativo ao nível de 1% de significância, a curva condiz com o resultado encontrado, evidenciando uma distribuição pró-pobre dessa deficiência. No entanto, para as demais deficiências, cujo o CI não foi significativo – física e auditiva – ou foi significativo ao nível de 10% de significância – deficiência visual –, as curvas apresentam uma concentração pró-rica. Esse resultado contraria o CI encontrado para a deficiência visual, mas representa a distribuição da prevalência observada entre os quintis de renda.

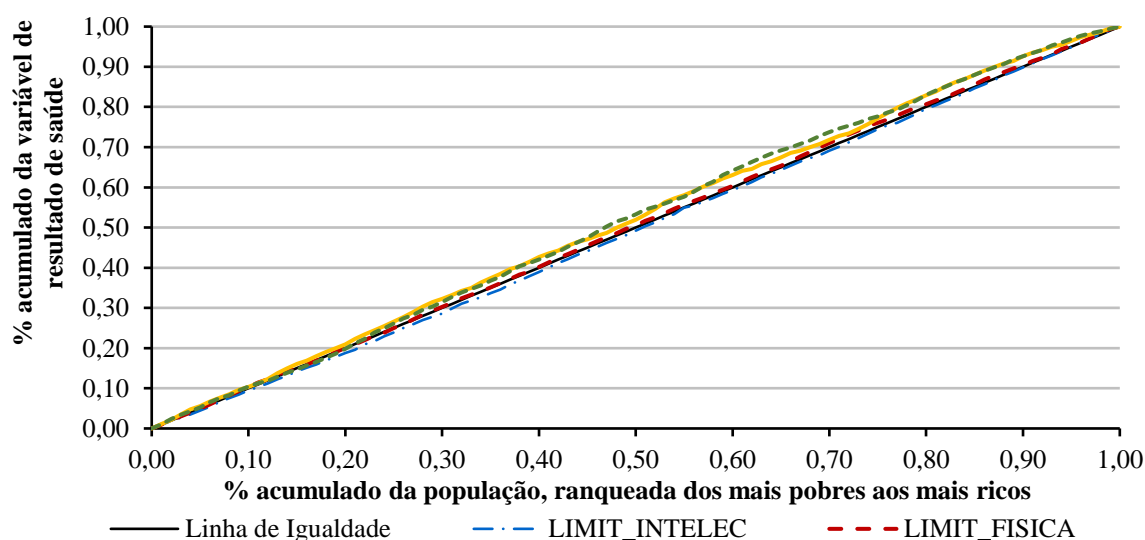
Gráfico 41 – Curva de Concentração de Lorenz para a Presença de Deficiências, no Brasil em 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

O Gráfico 42 apresenta as curvas de concentração para as declarações de limitações provocadas por deficiências. As curvas, assim como indicado pelos CIs, apresentam pouca concentração de desigualdade, uma vez que as curvas para todos os tipos de limitação se encontram próximas à linha de igualdade.

Gráfico 42 – Curva de Concentração de Lorenz para as Limitações causadas por Deficiências, no Brasil em 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

A Tabela 20 traz a decomposição do Índice de Concentração para as quatro deficiências físicas estudadas e para as limitações provocadas por deficiências física, auditiva e visual. A deficiência intelectual apresentou uma amostra pequena em 2013 – menos de 1.500 indivíduos sem considerar o fator de ponderação – insuficiente para produzir o modelo estatístico necessário para decomposição do Índice de Concentração.

Tabela 20 – TH7: Decomposição do Índice de Concentração de indicadores de saúde – modelo não linear: Presença de Deficiências e suas Limitações, no Brasil em 2013

	INTELEC	FISICA	AUDIT	VISUAL	LIMIT_FISICA	LIMIT_AUDIT	LIMIT_VISUAL
<b>VARIÁVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>							
Gênero	0,021	0,017	0,005	-0,007	0,001	0,007	-0,012
Idade	-0,012	0,036	0,076	0,073	0,023	-0,008	-0,008
Cor	0,010	-0,003	0,005	0,005	-0,010	-0,008	-0,010
Exercício	0,001	-0,007	-0,006	0,006	0,000	0,001	-0,008
Tabaco	-0,001	-0,002	0,000	-0,001	0,006	-0,008	-0,001
Álcool	-0,012	-0,008	0,006	0,002	0,005	-0,005	-0,002
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,007</b>	<b>0,032</b>	<b>0,086</b>	<b>0,078</b>	<b>0,025</b>	<b>-0,021</b>	<b>-0,042</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>							
Ocupados	-0,029	0,019	0,011	-0,001	-0,002	-0,002	-0,006
<b>EDUCAÇÃO</b>							
Fundamental	0,005	0,005	-0,003	0,001	-0,001	0,005	0,003
Médio	0,000	0,000	0,000	0,000	0,008	-0,010	-0,006
Superior	-0,081	-0,009	-0,034	-0,019	-0,022	-0,069	-0,027
Q_Moradores	-0,009	0,043	0,022	0,031	-0,074	-0,030	0,007
Plano	0,033	0,001	0,006	-0,010	0,014	0,007	-0,017
Veículo	-0,010	-0,014	0,001	-0,010	-0,002	0,003	-0,001
PSF	-0,003	0,015	0,011	-0,005	-0,003	0,015	0,010
<b>REGIÃO</b>							
Norte	0,001	0,001	0,001	-0,004	-0,002	-0,002	0,000
Nordeste	-0,009	-0,010	0,000	0,000	0,013	-0,005	0,011
Sul	-0,008	-0,013	0,001	0,010	0,010	0,007	0,000
Centro-Oeste	0,000	-0,001	0,000	0,001	0,003	0,000	0,001
Urbano	-0,001	0,013	0,002	-0,003	-0,009	-0,002	-0,010
TipoDom	0,000	0,000	0,000	-0,001	0,004	0,000	0,000
Canalização	-0,002	0,000	-0,005	-0,010	0,005	-0,009	-0,005
Água Tratada	-0,016	-0,018	-0,009	0,000	0,002	0,007	-0,009
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	-0,011	-0,020	-0,015	-0,016	0,005	-0,007	0,005
Lixo	0,011	-0,009	-0,006	-0,001	0,004	0,006	-0,005
Energia Elétrica	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>-0,101</b>	<b>0,003</b>	<b>-0,009</b>	<b>-0,033</b>	<b>-0,051</b>	<b>-0,061</b>	<b>-0,056</b>
Residual: erro na regressão	-0,342	0,011	0,036	-0,003	-0,007	0,020	-0,006
Residual: dados não declarados	0,441	0,203	0,259	0,255	0,032	0,036	0,084
Desigualdade (total)	0,005	0,249	0,371	0,297	-0,001	-0,025	-0,021
Desigualdade injustificada	-0,443	0,014	0,026	-0,036	-0,058	-0,041	-0,063

Fonte: Elaboração própria (2018).

A decomposição da desigualdade observada entre as deficiências mostrou que, somente para as deficiências intelectuais a contribuição dos fatores de não necessidade são maiores do que a contribuição dos fatores de necessidade. Para estes fatores, que geram desigualdades consideradas justas, a concentração de todas as deficiências foi considerada pró-rica, sendo a deficiência auditiva a mais desigual. Dentre os fatores de não necessidade o gênero contribuiu mais para a desigualdade nas deficiências intelectuais, enquanto nas demais, o fator idade apresentou a maior contribuição.

Entre os fatores de não necessidade, as deficiências intelectuais e visuais apresentaram maiores níveis de desigualdade, ambas com uma concentração pró-pobre. Entre os Determinantes Sociais de não necessidade, aqueles que contribuíram para a maior desigualdade horizontal foram ocupação no mercado de trabalho, educação, posse de plano de saúde e alguns fatores de saneamento básico, que apresentam associação com o nível de salubridade do ambiente e nível de renda.

Para as limitações associadas às deficiências, a concentração dos fatores de necessidade de saúde foi pró-pobre para aquelas causadas por deficiências visuais e auditivas e pró-rica para as causadas por deficiências físicas. Não foi possível decompor a desigualdade para as limitações causadas por deficiências intelectuais, por causa da pequena amostra de indivíduos. Idade e gênero apresentaram contribuições significantes para as desigualdades nas limitações causadas por deficiências, mas também a cor dos indivíduos apresentou contribuição significativa. Para as variáveis de não necessidade, a desigualdade foi pró-pobre para todas as limitações de atividades causadas por deficiências e as concentrações foram maiores do que as observadas para o conjunto de fatores de necessidade. Os fatores que apresentaram maiores contribuições foram a educação, a quantidade de moradores no domicílio e a posse de plano de saúde.

A desigualdade total foi pró-rica para todas as deficiências, sendo mais concentrada para a deficiência auditiva. No entanto, a desigualdade total foi pró-pobre para todas as limitações e também foi mais concentrada para aquelas geradas por deficiências auditivas. Quando considerados somente os fatores injustos, a desigualdade total tornou-se pró-pobre para as deficiências intelectuais e visuais e as desigualdades para as limitações se tornaram mais intensas.

## 6.2.2. Variáveis de Utilização de Serviços de Saúde: Análise da Equidade de Acesso à Saúde

Para avaliar a equidade de acesso à saúde foram utilizadas as seguintes variáveis: i) Busca por atendimento de saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa – variável binária; ii) Busca por atendimento de saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa – variável binária; iii) Conseguir atendimento de saúde demandado na primeira e na última busca – variáveis binárias; iv) Motivos que dificultaram o acesso – variável categórica composta das seguintes respostas “não havia vaga/senha”, “não havia profissional”, “tempo de espera muito longo”, “falta de serviço ou equipamento”, “não pode pagar”, “outros motivos”, sendo a análise de equidade entre os percentis de renda realizada para cada uma dessas categorias; v) Quantidade de atendimentos realizados nos 12 meses anteriores a pesquisa – variável quantitativa discreta; vi) Quantidade de internações realizadas nos 12 meses anteriores à pesquisa – variável quantitativa discreta; vii) Atendimento realizado pelo sistema privado ou público – variável binária; viii) Forma de custeio do atendimento de saúde (cobertura por plano, pagamento realizado do próprio bolso, realizado pelo SUS) – variáveis binárias.

Como todas as variáveis são categóricas, binárias ou quantitativas discretas (variáveis de contagem), os modelos de decomposição utilizados serão não-lineares, definidos pelo ADePT. Por isso, esta seção utilizará as tabelas ADePT – cuja a descrição foi apresentada na seção de metodologia – que constam no Quadro 6.

Quadro 6 – Tabelas utilizadas para análise das variáveis de Utilização dos Serviços de Saúde

TABELA	DESCRIÇÃO
TU1	Indicadores de saúde por características familiares
TU2	Indicadores de saúde por características individuais
TU5	Desigualdade da saúde, padronização indireta
TU7	Decomposição do índice de concentração de indicadores de saúde, modelo não-linear

**Fonte:** Elaboração própria (2018).

### 6.2.2.1. Características da Busca e do Acesso aos Atendimentos de Saúde

#### 6.2.2.1.1. Busca por Atendimento de Saúde nos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa

A seguir serão apresentados os resultados acerca da demanda por atendimentos de saúde por meio das variáveis que indicam a busca por atendimento nos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa. Na Tabela 21, será apresentado o perfil da demanda segundo os fatores

familiares. Como apresentado no Apêndice 3, todos os resultados para esta Tabela foram significativos ao nível de 1% de significância.

A demanda por atendimentos de saúde tanto no ano como nas semanas anteriores às pesquisas sempre foi maior nos centros urbanos do que nas áreas rurais. Contudo, ao longo dos 15 anos estudados, a demanda na área rural cresceu de forma mais acelerada.

Entre as regiões, a Sudeste sempre apresentou a maior propensão a demandar saúde em 12 meses, em todos os anos. A demanda por saúde na região Centro-Oeste apresentou a segunda menor taxa de crescimento no período estudado, ficando à frente apenas a região Norte. A região com a menor demanda por atendimento de saúde em 12 meses foi a região Nordeste, em 1998 e 2003, mas, devido ao aumento acelerado da demanda, ultrapassou a região Norte, que ocupou essa posição nos anos de 2008 e 2013.

Em relação à demanda nos 15 dias anteriores às pesquisas, com exceção de 1998, nos demais anos, as regiões Sudeste e Sul foram as únicas que apresentaram percentual de demanda por atendimento acima da média nacional. No entanto, a região Sul ficou à frente da região Sudeste, em 1998, 2003 e 2013, no ano de 2008 a demanda foi igual nas duas regiões. A região com a menor taxa de demanda por atendimento de saúde em 15 dias, em 1998, foi a região Nordeste, mas a partir de 2003, a menor taxa foi observada na região Norte. Em todo o período, a região Norte foi a única que apresentou decréscimo na demanda por atendimento de saúde em 15 dias.

Entre os quintis de renda, foi observada uma relação positiva entre o aumento da renda e o percentual de demanda por atendimento de saúde, tanto para a demanda anual, como para a demanda nas semanas anteriores à pesquisa, em todos os anos, com exceção de 2013. Nesse ano, não foi verificada a relação na demanda de saúde anual, sendo a menor demanda realizada pelo 3º quintil de renda. Para a demanda anual, foi verificada uma redução na diferença entre a demanda do maior quintil de renda e daquele que apresentou a menor demanda.

A demanda nacional por atendimento de saúde em 12 meses cresceu 30,2% entre 1998 e 2013. Em 1998, cerca de 54,7% da população demandou atendimento de saúde no período de 12 meses e, em 2013, cerca de 71,2% da população o fez. Para a demanda de saúde de curto prazo, em 1998, ela era realizada por cerca de 13% da população e, em 2013, esse percentual aumentou para aproximadamente 15,3%, um aumento de 18% da demanda.

Tabela 21 – TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Busca de Atendimento nos últimos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	<u>BUSC_ANO</u>	<u>BUSC_SEM</u>	<u>BUSC_ANO</u>	<u>BUSC_SEM</u>	<u>BUSC_ANO</u>	<u>BUSC_SEM</u>	<u>BUSC_ANO</u>	<u>BUSC_SEM</u>
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>								
Urbana	0,572	0,139	0,649	0,152	0,693	0,151	0,727	0,158
Rural	0,450	0,094	0,516	0,112	0,593	0,112	0,628	0,124
<b>REGIÃO</b>								
Norte	0,506	0,128	0,609	0,124	0,604	0,109	0,614	0,101
Nordeste	0,497	0,111	0,576	0,129	0,639	0,127	0,663	0,134
Sudeste	0,577	0,138	0,663	0,157	0,713	0,160	0,758	0,171
Sul	0,562	0,140	0,634	0,160	0,689	0,160	0,738	0,179
Centro-Oeste	0,559	0,136	0,630	0,136	0,663	0,136	0,695	0,138
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,474	0,106	0,563	0,126	0,616	0,124	0,669	0,121
2º	0,496	0,112	0,581	0,129	0,634	0,127	0,738	0,151
3º	0,543	0,130	0,610	0,137	0,665	0,141	0,658	0,145
4º	0,571	0,136	0,657	0,158	0,704	0,155	0,721	0,165
Quintil mais alto	0,652	0,165	0,731	0,180	0,763	0,175	0,774	0,184
<b>TOTAL</b>	0,547	0,130	0,628	0,146	0,676	0,145	0,712	0,153

Fonte: Elaboração própria (2018).

A Tabela 22, a seguir, apresenta o perfil dessas demandas segundo as características individuais. Os valores encontrados foram estatisticamente significativos ao nível de 1% de significância. Em relação ao gênero, a demanda por atendimento de saúde foi sempre maior entre as mulheres do que entre os homens, tanto para a demanda em 12 meses como para a demanda nos 15 dias anteriores às pesquisas. Mas, a diferença diminuiu ao longo do tempo, para a demanda em 12 meses. Para a demanda nos 15 dias anteriores à pesquisa, a diferença reduziu entre 1998 e 2008, mas voltou a crescer em 2013 (56,6%).

Para as faixas etárias, foi observada uma tendência decrescente da demanda por atendimentos de saúde em 12 meses entre 0 e 19 anos, em todos os anos, e uma tendência crescente a partir da faixa etária de 20 a 24 anos até os idosos com mais de 65 anos. Desta forma, a demanda por atendimento de saúde foi maior entre crianças e idosos do que entre os adultos. A faixa etária de 6 a 14 anos de idade apresentou o maior crescimento da demanda por atendimento de saúde em 12 meses no período entre 1998 e 2013. E essa tendência de crescimento foi decrescente ao avançar da idade; para a faixa etária entre 60 e 64 anos foi observada a menor taxa de crescimento.

Para a demanda nos 15 dias anteriores às pesquisas, com exceção da faixa etária de 0 a 5 anos de idade, que apresentou uma demanda igual à dos adultos entre 50 e 54 anos, a tendência foi de crescimento da demanda à medida que os indivíduos se tornaram mais velhos, isso foi observado em todos os anos pesquisados. Mas, o crescimento da demanda em 15 dias não foi igual para todas as faixas etárias e também não apresentou uma tendência positiva ou negativa com a idade. Entre 1998 e 2013, a demanda por atendimento de saúde nos 15 dias que antecederam às pesquisas decresceu para jovens entre 25 e 29 anos. As maiores taxas de crescimento foram observadas entre crianças de 6 a 14 anos, idosos com mais de 65 anos e adultos entre 50 e 54 anos.

Entre pessoas brancas e não brancas, pessoas brancas tiveram uma maior demanda por atendimento de saúde, tanto para a demanda ao longo de 12 meses quanto para a demanda em 15 dias. No entanto, a diferença entre as demandas ao longo de 12 meses se reduziu. Nos anos pesquisados, a demanda por saúde realizada no período de 12 meses cresceu cerca de 34,2% entre não brancos e cresceu 28,9% para indivíduos brancos, sendo que, para ambos os grupos, aproximadamente metade desse crescimento foi observado no período entre 1998 e 2003. Para a demanda por atendimento de saúde em 15 dias, a redução da diferença entre os grupos de cor não foi verificada em todo o período. A diferença vinha diminuindo entre 1998 e 2008, mas, em 2013, a diferença voltou a crescer.



Tabela 22 – TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Busca de Atendimento nos últimos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM
<b>GÊNERO</b>								
Homem	0,467	0,101	0,541	0,114	0,588	0,117	0,639	0,119
Mulher	0,623	0,158	0,712	0,176	0,760	0,171	0,780	0,185
<b>IDADE</b>								
0-5	0,665	0,162	0,758	0,187	0,785	0,178	0,863	0,178
6-14	0,435	0,080	0,538	0,093	0,575	0,092	0,653	0,097
15-19	0,406	0,088	0,486	0,094	0,535	0,099	0,587	0,094
20-24	0,486	0,107	0,553	0,113	0,600	0,113	0,640	0,115
25-29	0,527	0,121	0,598	0,125	0,658	0,125	0,660	0,121
30-34	0,550	0,125	0,616	0,133	0,674	0,129	0,677	0,135
35-39	0,557	0,127	0,634	0,140	0,682	0,136	0,691	0,139
40-44	0,578	0,140	0,653	0,156	0,698	0,148	0,706	0,154
45-49	0,611	0,159	0,683	0,176	0,724	0,171	0,720	0,172
50-54	0,636	0,165	0,696	0,187	0,747	0,189	0,754	0,191
55-59	0,666	0,191	0,732	0,211	0,761	0,203	0,769	0,211
60-64	0,699	0,202	0,746	0,228	0,790	0,206	0,804	0,225
65+	0,732	0,221	0,795	0,251	0,823	0,236	0,850	0,261
<b>COR</b>								
Não Branco	0,508	0,117	0,596	0,133	0,651	0,134	0,682	0,139
Branco	0,580	0,141	0,658	0,158	0,703	0,156	0,748	0,170
<b>EDUCACÃO</b>								
Menos de 4 anos	0,512	0,127	0,642	0,155	0,663	0,145	0,685	0,151
Fundamental	0,514	0,121	0,583	0,131	0,638	0,133	0,666	0,134
Médio	0,614	0,147	0,667	0,151	0,702	0,143	0,713	0,149
Superior ou mais	0,701	0,181	0,780	0,186	0,806	0,179	0,804	0,184
<b>OCUPADOS</b>								
Desocupados	0,512	0,120	0,588	0,129	0,680	0,148	0,639	0,136
Ocupados	0,507	0,115	0,590	0,131	0,655	0,135	0,679	0,137
<b>TOTAL</b>	0,547	0,130	0,628	0,146	0,676	0,145	0,712	0,153

Fonte: Elaboração própria (2018).

Para a quantidade de anos estudados, somente em 1998 foi observada uma relação positiva para a demanda por atendimento de saúde em 12 meses. Nos demais anos, pessoas com menos de 4 anos de educação apresentaram uma demanda superior àqueles indivíduos que tinham ensino fundamental completo. Entre pessoas com ensino fundamental, médio e superior, a relação positiva entre anos de educação e proporção de pessoas que demandaram saúde se manteve entre 2003 e 2013 para a demanda por atendimento de saúde em 12 meses.

Entre 1998 e 2013, foi observado um crescimento da demanda por atendimento de saúde mais acelerado para as pessoas com menos educação. Isso permitiu uma redução da diferença entre a demanda por atendimento de saúde daqueles com ensino superior e daqueles com menos de 4 anos de ensino ou ensino fundamental.

Para a demanda realizada nos 15 dias que antecederam as pesquisas, a demanda daqueles com menos de 4 anos de educação sempre esteve acima da demanda realizada por pessoas com ensino fundamental, mas, a partir dessa categoria de educação, a demanda por atendimento de saúde sempre apresentou uma relação positiva com os anos de educação. O crescimento para a demanda em 15 dias também cresceu mais para as categorias de menor nível de educação, permitindo que a diferença entre as demandas daqueles com maior e menor educação diminuísse.

A demanda por atendimento de saúde em 12 meses e nos 15 dias anteriores às pesquisas, foi superior para pessoas não ocupadas no mercado de trabalho somente em 1998 e 2008. Nas pesquisas de 2003 e 2013, essa relação se inverteu, mas, em todo o período, as proporções se mantiveram próximas.

A Tabela 23 apresenta a padronização indireta da proporção da população que demandou atendimento de saúde em cada quintil de renda. Os valores padronizados foram significativos ao nível de 1% de significância em todos os anos. Tanto para a demandar por atendimento de saúde em 12 meses como nas duas semanas anteriores às pesquisas, a desigualdade sempre foi considerada pró-rica e foi sensivelmente maior na demanda de curto prazo. Ao longo dos anos, foi ainda possível verificar uma pequena redução na concentração da desigualdade, expressa pela redução dos Índices de Concentração e pela aproximação das Curvas de Lorenz da linha de igualdade.

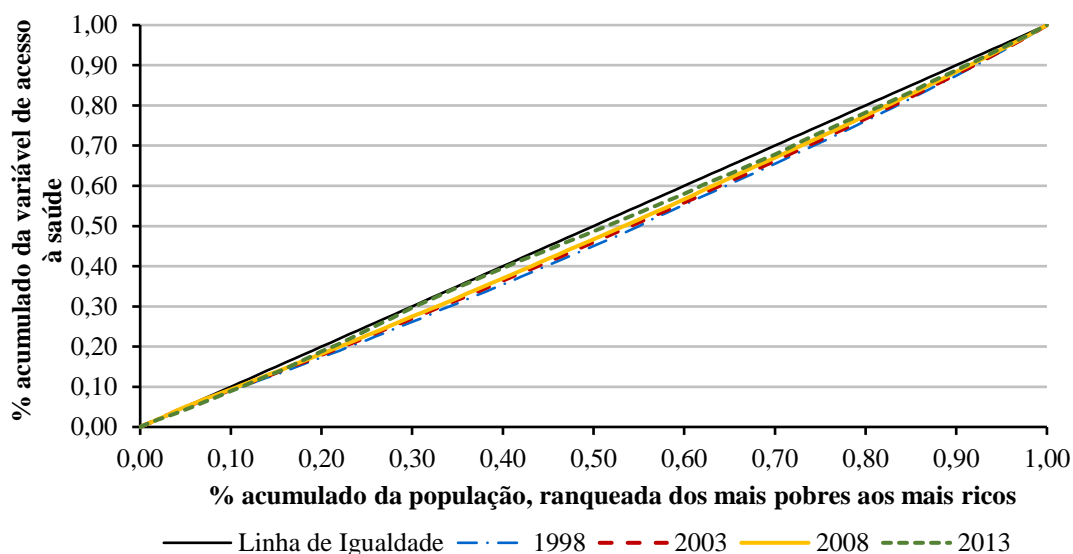
Tabela 23 – TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para a Busca de Atendimento nos últimos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003	
	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM
<b>RENDA PER CAPITA</b>				
Quartil mais baixo	0,494	0,113	0,557	0,122
2º	0,478	0,108	0,553	0,122
3º	0,499	0,116	0,579	0,126
4º	0,528	0,116	0,604	0,132
Quartil mais alto	0,605	0,146	0,688	0,159
<b>TOTAL</b>	<b>0,533</b>	<b>0,123</b>	<b>0,608</b>	<b>0,135</b>
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,054	0,072	0,052	0,065
CI(3)	0,074	0,094	0,070	0,087
CI(4)	0,085	0,107	0,080	0,100
	2008		2013	
	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM
<b>RENDA PER CAPITA</b>				
Quartil mais baixo	0,576	0,120	0,672	0,145
2º	0,563	0,102	0,671	0,146
3º	0,590	0,110	0,658	0,137
4º	0,617	0,116	0,728	0,157
Quartil mais alto	0,622	0,125	0,772	0,173
<b>TOTAL</b>	<b>0,580</b>	<b>0,113</b>	<b>0,727</b>	<b>0,158</b>
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,011	-0,007	0,042	0,064
CI(3)	0,012	-0,017	0,064	0,095
CI(4)	0,013	-0,021	0,078	0,113

Fonte: Elaboração própria (2018).

Esses padrões podem ser visualmente verificados nos Gráficos 43 e 44. O primeiro, traz as Curvas de Concentração para a demanda por atendimento de saúde em 12 meses e evidencia uma baixa concentração pró-rica em todos os anos estudados. Além disso, as linhas se aproximam da linha de equidade, mostrando que a concentração se tornou menor ao longo do tempo.

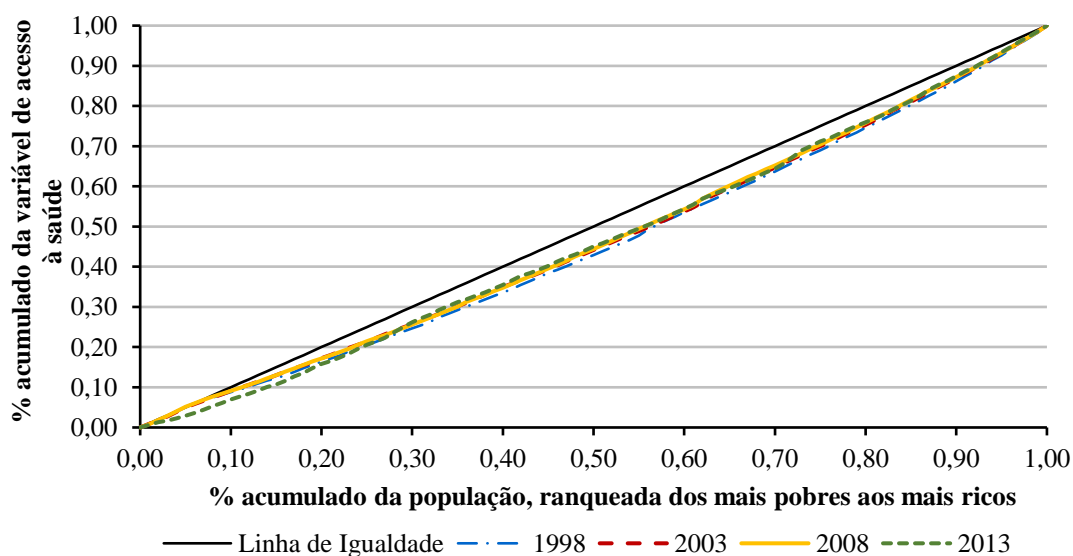
Gráfico 43 – Curva de Concentração de Lorenz para a Busca de Atendimento nos últimos 12 meses, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

O Gráfico 44 apresenta as Curvas de Concentração para a demanda por atendimento de saúde nos 15 dias anteriores às pesquisas. As curvas são mais afastadas da linha de equidade, evidenciando uma maior concentração pró-rica dessa demanda em relação à demanda realizada em 12 meses. E, apresentam uma menor redução ao longo do tempo, o que coincide com a menor variação dos CIs para a demanda por atendimento de saúde em 15 dias.

Gráfico 44 – Curva de Concentração de Lorenz para a Busca de Atendimento nos 15 dias anteriores à pesquisa, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

As Tabelas 24 e 25 trazem a decomposição dos Índices de Concentração segundo os Determinantes sociais, além de trazerem as desigualdades totais – que considera os fatores não analisados neste trabalho – e a desigualdade total considerada iniqua.

A análise da decomposição do índice mostrou que, para os fatores de necessidade, a demanda por atendimentos de saúde no curto prazo se tornou mais concentrada entre 1998 e 2008, enquanto a concentração demanda ao longo de 12 meses se manteve estável, sendo ambas as concentrações pró-ricas. Em 2013, no entanto, foi verificada equidade entre as demandas de longo prazo e a demanda no curto prazo foi mais concentrada entre indivíduos de mais baixa renda. A idade foi o fator de necessidade que mais influenciou a concentração das demandas por atendimentos de saúde.

Tabela 24 – TU7: Decomposição do Índice de Concentração de utilização de saúde: Busca de Atendimento nos últimos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa, modelo não linear, no Brasil, para os anos de 1998 e 2003

	1998		2003	
	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM
<b>VARIAVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>				
Gênero	0,000	0,000	0,001	0,001
Idade	0,010	0,013	0,009	0,017
Cor	-0,001	-0,001	-0,001	-0,002
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,009</b>	<b>0,012</b>	<b>0,009</b>	<b>0,016</b>
<b>VARIAVEIS DE CONTROLE</b>				
Ocupados	-0,002	-0,003	-0,001	-0,003
<b>EDUCAÇÃO</b>				
Fundamental	0,000	0,002	0,000	0,005
Médio	0,002	-0,005	0,002	-0,006
Superior	0,002	-0,002	0,004	-0,006
Q_Moradores	0,011	0,017	0,009	0,016
Plano	0,044	0,056	0,037	0,050
<b>REGIÃO</b>				
Norte	0,000	0,000	0,000	0,000
Nordeste	-0,003	-0,003	-0,001	-0,003
Sul	0,000	0,001	0,000	0,002
Centro-Oeste	0,000	0,000	0,000	0,000
Urbano	0,000	0,001	0,000	0,000
TipoDom	0,000	0,000	0,000	0,000
Canalização	0,000	0,000	0,000	0,000
Água Tratada	0,001	0,001	0,000	-0,001
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	-0,002	0,000	0,000	0,002
Lixo	0,002	0,000	0,002	0,001
Energia Elétrica	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,057</b>	<b>0,065</b>	<b>0,054</b>	<b>0,061</b>
Residual: erro na regressão	-0,005	0,005	-0,004	0,002
Residual: dados não declarados	0,006	0,016	-0,003	0,002
Desigualdade (total)	0,068	0,098	0,056	0,081
Desigualdade injustificada	0,053	0,070	0,050	0,063

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 25 – TU7: Decomposição do Índice de Concentração de utilização de saúde: Busca de Atendimento nos últimos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa, modelo não linear, no Brasil, para os anos de 2008 e 2013

	2008		2013	
	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM
<b>VARIÁVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>				
Gênero	-0,007	-0,009	-0,011	-0,025
Idade	0,019	0,028	0,008	0,020
Cor	0,000	0,002	0,000	-0,002
Exercício	0,000	0,000	0,002	0,002
Tabaco	0,000	0,000	0,000	0,000
Álcool			0,000	-0,006
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,012</b>	<b>0,021</b>	<b>0,000</b>	<b>-0,011</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>				
Ocupados	-0,001	-0,001	0,000	-0,004
<b>EDUCAÇÃO</b>				
Fundamental	0,000	0,000	-0,001	0,001
Médio	0,001	-0,003	0,000	0,000
Superior	0,000	0,000	0,003	-0,003
<b>Q_Moradores</b>				
Plano	0,006	0,003	0,005	0,031
Veículo	0,005	0,006	0,027	0,033
PSF	0,002	0,004	0,002	0,000
	-0,001	-0,004	-0,004	-0,010
<b>REGIÃO</b>				
Norte	-0,001	-0,001	0,001	0,001
Nordeste	0,002	-0,008	0,004	0,001
Sul	-0,001	-0,002	0,000	0,002
Centro-Oeste	0,000	-0,001	0,000	0,000
<b>Urbano</b>				
TipoDom	0,000	0,001	-0,001	-0,003
	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>Canalização</b>				
Água Tratada	0,000	0,000	0,001	0,001
Banheiro	0,001	0,000	0,000	-0,002
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	0,000	-0,003	-0,001	0,002
Lixo	0,001	0,006	0,001	0,003
Energia Elétrica	0,000	-0,001	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,012</b>	<b>-0,003</b>	<b>0,036</b>	<b>0,058</b>
Residual: erro na regressão	-0,004	-0,006	0,004	0,004
Residual: dados não declarados	0,025	0,064	0,022	0,129
Desigualdade (total)	0,045	0,076	0,061	0,180
Desigualdade injustificada	0,009	-0,008	0,040	0,062

Fonte: Elaboração própria (2018).

A concentração gerada por fatores de não necessidade apresentou uma maior iniquidade nas demandas por atendimento, com exceção de 2008. De acordo com este conjunto de Determinantes, a iniquidade na demanda se reduziu mais para a demanda de longo prazo. Os fatores que apresentaram a maior contribuição foram a posse de plano de saúde e quantidade de moradores no domicílio do indivíduo.

A desigualdade total apresentou, em todos os anos, uma concentração pró-rica da demanda por atendimentos de saúde, sendo maior para a demanda de curto prazo. A desigualdade considerada injusta apontou o mesmo perfil.

#### 6.2.2.1.2. Acesso na Primeira e na Última busca de Atendimento de Saúde e Motivos que dificultaram o acesso

A Tabela 26 traz a distribuição percentual entre as características familiares daqueles que demandaram por atendimento de saúde e tiveram sucesso na sua busca, seja na primeira busca ou na última. Todos os percentuais encontrados nesta Tabela foram significativos ao nível de 1% de significância.

De acordo com os resultados, a taxa de acesso ao atendimento de saúde na primeira busca foi maior nas zonas urbanas em 1998, 2008 e 2013, e maior nas zonas rurais em 2003. Contudo, as diferenças foram muito pequenas. Em 2013 foi encontrada a maior diferença entre as taxas. Nesse ano a taxa de acesso foi 1,5% superior nos centros urbanos em relação às áreas rurais. Para aqueles que não conseguiram efetivar sua demanda na primeira busca por atendimento de saúde e teve de recorrer uma segunda ou mais vezes, o percentual de sucesso foi menor do que aqueles que conseguiram efetivar sua demanda na primeira busca, tanto na zona rural, como na zona urbana.

Tabela 26 – TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Acesso na Primeira e na Última Busca, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>								
Urbana	0,964	0,733	0,964	0,721	0,963	0,638	0,955	0,533
Rural	0,958	0,821	0,967	0,735	0,959	0,647	0,941	0,658
<b>REGIÃO</b>								
Norte	0,949	0,789	0,944	0,766	0,949	0,700	0,936	0,507
Nordeste	0,955	0,718	0,952	0,695	0,945	0,609	0,937	0,559
Sudeste	0,970	0,707	0,971	0,731	0,971	0,628	0,963	0,466
Sul	0,963	0,841	0,972	0,772	0,974	0,713	0,963	0,728
Centro-Oeste	0,957	0,790	0,959	0,662	0,956	0,636	0,937	0,614
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,955	0,777	0,951	0,716	0,943	0,642	0,945	0,562
2º	0,940	0,720	0,945	0,708	0,951	0,663	0,953	0,600
3º	0,956	0,768	0,960	0,725	0,956	0,626	0,933	0,472
4º	0,966	0,714	0,969	0,744	0,970	0,637	0,956	0,573
Quintil mais alto	0,988	0,779	0,986	0,733	0,984	0,615	0,973	0,568
<b>TOTAL</b>	0,963	0,746	0,964	0,722	0,962	0,639	0,953	0,550

Fonte: Elaboração própria (2018).

No total da população, o percentual de indivíduos que demandou saúde e conseguiu efetivar essa demanda diminuiu ao longo do tempo. Entre aqueles que conseguiram efetivar sua demanda na primeira busca, o acesso diminuiu tanto nas áreas urbanas como nas áreas rurais, mas de forma mais acelerada nas áreas rurais. Considerando a primeira e a última busca, o perfil verificado foi semelhante

Em 1998, a região Sudeste apresentou a maior taxa de acesso aos atendimentos de saúde na primeira busca, mas, a partir de 2003, foi superada pela região Sul. Se consideradas as taxas de acesso na primeira e na última busca, a região Sul sempre esteve à frente da região Sudeste, uma vez que essa região apresentou, em todos os anos, uma das piores taxas de acesso na última busca. A região Norte apresentou as piores taxas de acesso aos atendimentos de saúde na primeira busca, com exceção de 2008, quando foi superada pela região Nordeste. Se consideradas a primeira e a última busca, a região Nordeste apresentou a pior taxa de acesso entre 1998 e 2008, sendo superada pela região Norte em 2013.

No período, a região Norte foi a que apresentou a maior redução do acesso aos atendimentos de saúde e na região Sul foi verificada a menor variação. Isso provocou um afastamento do percentual de acesso entre a região que apresentou a maior taxa de acesso total – sempre a região Sul – e a região com a menor taxa de acesso – Nordeste até 1998 e Norte em 2013.

Em relação aos quintis de renda, considerando o acesso total – soma do percentual de acesso na primeira busca e na última busca – apesar de os 20% mais pobres da população terem apresentado uma taxa maior de acesso do que o 2º quintil, em 1998 e 2003, claramente foi observado um aumento das taxas de acesso à medida que a renda dos indivíduos aumentava entre 1998 e 2008. Em 2013, a menor taxa de acesso foi observada no 3º quintil e a maior, no quintil de mais alta renda.

Ao longo do tempo, o acesso aos atendimentos de saúde na primeira busca aumentou para o 2º quintil de renda, mas, para todas as demais classes foi verificada uma redução. A maior delas foi verificada no 3º quintil de renda. Considerando a taxa de acesso total, a redução do acesso ocorreu em todos os quintis de renda entre 1998 e 2013. A diferença entre o acesso do 5º quintil e do 1º quintil aumentou ao longo dos anos estudados.

A Tabela 27 apresenta estes mesmos resultados para as variáveis que caracterizam os indivíduos. Todos os percentuais encontrados foram significativos ao nível de 1% de significância. O acesso na busca por atendimento de saúde foi maior entre os homens tanto quanto se considera somente a primeira busca, como quando se considera o total entre a



primeira e a última busca. Nesse período também foi observada uma redução na taxa de acesso tanto dos homens como das mulheres.

Tabela 27 – TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Acesso na Primeira e na Última Busca, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U
<b>GÊNERO</b>								
Homem	0,969	0,752	0,969	0,755	0,969	0,668	0,962	0,578
Mulher	0,960	0,744	0,961	0,705	0,958	0,626	0,948	0,539
<b>IDADE</b>								
0-5	0,972	0,827	0,969	0,806	0,973	0,801	0,952	0,683
6-14	0,965	0,715	0,965	0,745	0,969	0,776	0,961	0,551
15-19	0,956	0,691	0,952	0,568	0,952	0,740	0,949	0,702
20-24	0,959	0,793	0,962	0,742	0,954	0,602	0,940	0,674
25-29	0,960	0,766	0,961	0,671	0,957	0,716	0,940	0,436
30-34	0,960	0,780	0,961	0,646	0,966	0,622	0,954	0,515
35-39	0,945	0,754	0,956	0,731	0,960	0,667	0,943	0,444
40-44	0,959	0,704	0,960	0,659	0,949	0,534	0,939	0,417
45-49	0,957	0,795	0,962	0,691	0,962	0,579	0,947	0,567
50-54	0,968	0,603	0,965	0,714	0,956	0,481	0,952	0,494
55-59	0,968	0,803	0,965	0,795	0,960	0,633	0,965	0,590
60-64	0,968	0,682	0,969	0,866	0,966	0,635	0,957	0,556
65+	0,974	0,685	0,976	0,760	0,973	0,581	0,969	0,539
<b>COR</b>								
Não Branco	0,953	0,727	0,954	0,712	0,951	0,630	0,944	0,493
Branco	0,970	0,767	0,972	0,736	0,973	0,655	0,963	0,632
<b>EDUCACÃO</b>								
Menos de 4 anos	0,954	0,746	0,962	0,759	0,959	0,634	0,951	0,496
Fundamental	0,957	0,719	0,957	0,694	0,955	0,633	0,940	0,519
Médio	0,976	0,740	0,975	0,662	0,968	0,663	0,955	0,580
Superior ou mais	0,994	0,949	0,991	0,917	0,986	0,657	0,979	0,806
<b>OCUPADOS</b>								
Desocupados	0,940	0,743	0,927	0,607	0,961	0,614	0,923	0,520
Ocupados	0,962	0,751	0,967	0,729	0,961	0,643	0,951	0,546
<b>TOTAL</b>	0,963	0,746	0,964	0,722	0,962	0,639	0,953	0,550

Fonte: Elaboração própria (2018).

Em relação à idade, a taxa de acesso na primeira busca foi sempre maior nos extremos da distribuição de idade, entre crianças e adolescentes de 0 a 14 anos e adultos e idosos com mais de 50 anos, e a menor taxa de acesso foi observada na faixa etária de 35 a 39 anos. A partir de 2003, no entanto, a taxa de acesso de jovens e adultos decresceu menos do que entre crianças e idosos, por causa disso, em 2013, as taxas de acesso na primeira busca entre crianças e adolescentes se aproximaram das taxas observadas nas demais faixas etárias. Nesse ano, as maiores taxas de acesso na primeira busca foram observadas entre adultos e idosos a partir de 55 anos e entre crianças e jovens de 6 a 14 anos.

Considerando o total do acesso, em todos os anos, as maiores taxas de acesso foram observadas entre crianças entre 0 e 5 anos e adultos entre 55 e 59 anos e as menores entre jovens de 15 e 19 anos e adultos entre 35 e 39 anos. Nesse ano não foi observado um padrão crescente ou decrescente das taxas de acesso total em relação à idade. No entanto, ao longo do tempo, a diferença nas taxas de acesso total também diminuiu entre as faixas etárias. Somente em 2008, a relação entre a idade e o acesso foi decrescente, apesar de idosos apresentarem maior acesso do que os adultos entre 40 e 54 anos.

Em relação à cor dos indivíduos, as desigualdades encontradas foram maiores do que aquelas identificadas entre os gêneros. O acesso, tanto na primeira busca, como no total das demandas, foi sempre maior para os brancos. A diferença no acesso para as raças aumentou até 2008 e apresentou pequena redução em 2013. Se considerado o total das demandas, a diferença também cresceu ao longo do tempo. Para ambas as categorias foi verificada uma redução no acesso total aos atendimentos de saúde.

Em relação à escolaridade, em todos os anos foi observada uma relação crescente entre os anos de educação e a taxa de acesso aos atendimentos de saúde, seja na primeira busca ou no total. Apesar disso, a taxa de acesso para pessoas com educação fundamental foi menor do que o acesso daqueles com menos de 4 anos de educação entre 2003 e 2013, tanto para primeira busca como para o total das buscas. As diferenças ao longo do tempo aumentaram.

Foi observada uma redução do acesso em todas as categorias de educação entre 1998 e 2013, no entanto, ela foi menor quanto maior o nível de escolaridade. Por causa disso, o acesso daqueles com ensino superior, em 1998, foi 1,2% superior ao acesso daqueles com ensino fundamental ou menos e, em 2013, o acesso dos indivíduos com maior nível de educação foi 2,6% maior do que aqueles que tinham apenas ensino fundamental.

Pessoas ocupadas no mercado de trabalho apresentaram maior acesso aos atendimentos de saúde na primeira busca do que pessoas que não ocupadas, em 1998, 2003 e 2013. Em 2008 o acesso foi considerado igual. Para o acesso no total das buscas, a taxa foi maior para pessoas ocupadas em todos os anos, no entanto, as diferenças foram menores. Entre 1998 e 2013, o acesso aos atendimentos de saúde reduziram mais para pessoas não ocupadas no mercado de trabalho do que para pessoas ocupadas, considerando tanto a primeira busca, como o total. No total da população, o acesso na primeira busca diminuiu menos do que o acesso no total das buscas.

A seguir, a Tabela 28 apresenta as taxas de acesso padronizadas, ou seja, desconsiderando fatores demográficos que não podem ser alterados por políticas públicas.

Além de apresentar os Índices de Concentração para o acesso na primeira e na última busca para os anos pesquisados.

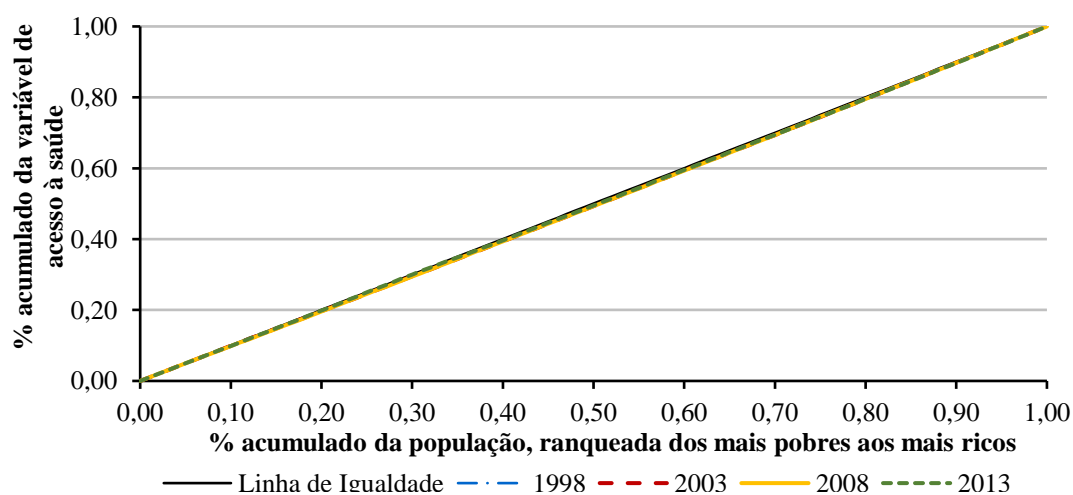
Tabela 28 – TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para o Acesso na Primeira e na Última Busca, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,954	0,803	0,943	0,654	0,918	0,680	0,976	0,104
2º	0,933	0,726	0,940	0,679	0,952	0,616	0,926	0,047
3º	0,946	0,776	0,956	0,753	0,952	1,237	0,927	0,428
4º	0,963	0,764	0,966	0,716	0,930	0,289	0,945	0,606
Quintil mais alto	0,987	0,678	0,984	0,699	0,840	0,639	0,971	0,682
<b>TOTAL</b>	0,963	0,753	0,964	0,703	0,932	0,703	0,952	0,523
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,011	-0,007	0,010	0,008	0,003	0,054	0,010	0,138
CI(3)	0,015	-0,005	0,015	0,025	0,007	0,057	0,015	0,224
CI(4)	0,017	-0,001	0,018	0,039	0,009	0,048	0,016	0,285

Fonte: Elaboração própria (2018).

Como também pode ser visto no Gráfico 45, o acesso na primeira busca por atendimento apresentou baixos Índices de Concentração de Gini em todos os anos pesquisados. Para o acesso na última busca, a iniquidade foi ainda menor. Mas, enquanto o acesso na primeira busca apresentou uma concentração sempre pró-rica, o acesso na última busca era considerado pró-pobre em 1998, se tornou pró-rico em 2003 e, em 2013, apresentou um crescimento da concentração em relação aos anos anteriores.

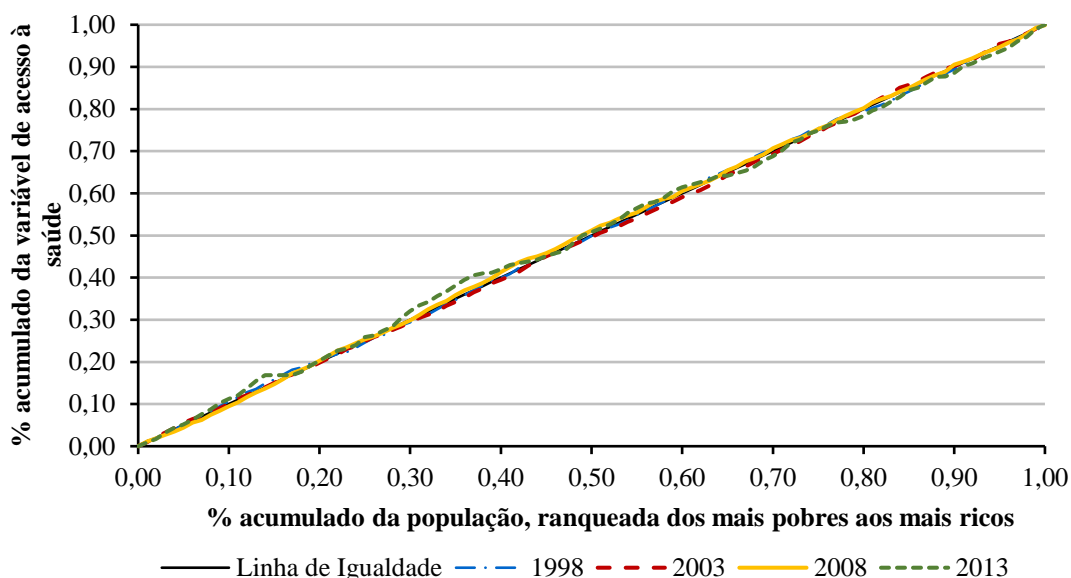
Gráfico 45 – Curva de Concentração de Lorenz para o Acesso na Primeira Busca, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

No Gráfico 46, as curvas de concentração para o acesso na última busca também expressam uma baixa desigualdade, em todos os anos estudados.

Gráfico 46 – Curva de Concentração de Lorenz para o Acesso na Última Busca, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

Nas Tabelas 29 e 30, foram apresentados os Índices de Concentração decompostos por fatores demográficos, de hábitos de vida, socioeconômicos e ambientais. Segundo a decomposição do índice, os fatores de necessidade sempre contribuíram para um perfil de equidade no acesso tanto na primeira como na última busca por atendimentos. Sendo que, entre os fatores causadores de desigualdades esperadas, a variável cor contribuiu para o aumento da concentração pró-rica da demanda de curto prazo observada em 2013. Já as contribuições dos fatores de não necessidade apresentaram maiores níveis de iniquidade para o acesso aos atendimentos, e a desigualdade foi maior para o acesso de curto prazo. Destacaram-se algumas contribuições nos anos de 2008 e 2013, como a posse de um veículo e a quantidade de moradores no domicílio.

Tabela 29 – TU7: Decomposição do Índice de Concentração de utilização de saúde: Acesso na Primeira e na Última Busca, modelo não linear, no Brasil, para os anos de 1998 e 2003

	1998		2003	
	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U
<b>VARIAVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>				
Gênero	0,000	0,000	0,000	0,000
Idade	0,000	0,002	0,000	0,004
Cor	0,000	0,003	0,001	-0,004
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,000</b>	<b>0,005</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>				
Ocupados	0,000	-0,001	0,001	0,007
<b>EDUCAÇÃO</b>				
Fundamental	0,000	0,001	0,000	-0,001
Médio	0,001	-0,005	0,001	-0,005
Superior	0,002	0,002	0,001	0,003
Q_Moradores	0,000	-0,003	0,000	0,002
Plano	0,004	-0,001	0,004	0,002
<b>REGIÃO</b>				
Norte	0,000	-0,001	0,000	-0,002
Nordeste	0,000	-0,006	0,001	-0,002
Sul	0,000	0,001	0,000	0,006
Centro-Oeste	0,000	0,002	0,000	0,000
Urbano	0,000	-0,005	0,000	0,001
TipoDom	0,000	0,000	0,000	0,000
Canalização	0,000	0,000	0,000	0,000
Água Tratada	0,000	0,000	0,000	0,001
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000
Escadouro	0,000	0,001	0,000	0,002
Lixo	0,001	0,002	0,000	-0,002
Energia Elétrica	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,008</b>	<b>-0,009</b>	<b>0,007</b>	<b>0,020</b>
Residual: erro na regressão	0,003	0,001	0,004	-0,012
Residual: dados não declarados	-0,002	0,005	-0,002	-0,001
Desigualdade (total)	0,009	0,002	0,009	0,007
Desigualdade injustificada	0,011	-0,008	0,010	0,008

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 30 – TU7: Decomposição do Índice de Concentração de utilização de saúde: Acesso na Primeira e na Última Busca, modelo não linear, no Brasil, para os anos de 2008 e 2013

	2008		2013	
	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U
<b>VARIÁVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>				
Gênero	0,000	0,000	0,001	-0,009
Idade	0,001	0,032	0,001	-0,025
Cor	0,000	0,054	0,000	0,029
Exercício	0,000	0,000	0,000	0,001
Tabaco	0,000	0,519	0,000	0,002
Alcool			0,000	-0,006
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,001</b>	<b>0,605</b>	<b>0,003</b>	<b>-0,009</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>				
Ocupados	0,000	0,026	-0,002	0,000
<b>EDUCAÇÃO</b>				
Fundamental	0,000	0,302	0,000	0,050
Médio	0,000	0,002	0,000	-0,011
Superior	0,000	0,000	0,004	-0,002
Q_Moradores	0,001	0,121	0,001	0,130
Plano	-0,001	0,000	0,005	0,001
Veículo	0,001	-0,617	0,000	0,012
PSF	0,000	0,073	0,000	0,003
<b>REGIÃO</b>				
Norte	-0,002	-0,007	0,000	0,000
Nordeste	0,005	0,000	0,000	0,000
Sul	-0,001	0,000	0,000	0,011
Centro-Oeste	0,000	0,000	0,000	0,000
Urbano	0,000	0,094	0,000	-0,008
TipoDom	0,000	0,000	0,000	-0,001
Canalização	0,000	0,000	0,000	-0,007
Água Tratada	0,000	-0,096	0,000	-0,007
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	0,000	0,000	0,000	-0,005
Lixo	0,000	-0,106	0,000	-0,009
Energia Elétrica	0,000	-0,011	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,002</b>	<b>0,279</b>	<b>0,008</b>	<b>0,088</b>
Residual: erro na regressão	0,000	-0,732	0,003	0,048
Residual: dados não declarados	0,006	-0,157	-0,003	-0,082
Desigualdade (total)	0,009	-0,004	0,011	0,045
Desigualdade injustificada	0,002	-0,452	0,011	0,136

Fonte: Elaboração própria (2018).

A desigualdade total do primeiro acesso apresentou uma concentração pró-rica durante todo o período que se manteve estável até 2008 e aumentou em 2013. Para o último acesso, a desigualdade apresentou concentração pró-pobre apenas em 2008, mas pró-rica nos demais anos estudados. A desigualdade que considera fatores injustos era pró-rica para o primeiro acesso, mas decrescente entre 1998 e 2008, para o acesso na última busca a concentração foi pró-pobre em 1998 e 2008 e pró-rica em 2003 e 2013

A seguir, serão apresentadas as causas que dificultaram o acesso aos atendimentos de saúde na primeira busca. As principais causas apontadas, presentes nas pesquisas utilizadas, são

a falta de vaga, a falta de profissionais capacitados, o tempo de espera muito longo, a ausência do atendimento ou serviço demandado ou de equipamento para que fosse realizado, a incapacidade de pagamento pelo serviço e uma categoria que incorpora outras causas. Na Tabela 31, são apresentados os percentuais para cada categoria de acordo com as características familiares.

Em 1998 e 2003, a causa mais apontada como motivo para os indivíduos não acessarem os atendimentos de saúde foi a falta de vagas. Mas, a partir de 2008, o percentual proporcional passou a reduzir e um aumento foi observado nas demais causas. Ao longo de todo o período, foi verificada uma redução de 28,5% da declaração de falta de vagas e de 47,5% da declaração de incapacidade de pagar, enquanto, o apontamento da falta de profissionais cresceu 33,4%, do tempo de espera cresceu 13,7%, a falta de equipamentos ou serviços foi apontada 18,9% mais em 2013 do que em 1998, as outras causas também apresentaram crescimento (4,5%).

Em relação à zona de moradia, em 1998, nas áreas urbanas a falta de serviço ou equipamentos e a falta de vagas foi mais apontada do que nas zonas rurais. Nas áreas rurais, a falta de profissionais de saúde e o tempo de espera foram mais apontados do que nas áreas urbanas. Apesar disso, a falta de vagas foi proporcionalmente a mais apontada em ambas as zonas, seguida da falta de profissionais.

Em 2003, as diferenças aumentaram entre as zonas urbana e rural e a razão para o tempo de espera se inverteu, tornando-se mais apontado nos centros urbanos, e a razão para falta de serviços e equipamentos também se inverteu, se tornando mais frequentemente apontado na zona rural. Em 2008, apesar das diferenças entre as áreas terem diminuído, o perfil se manteve. As causas mais apontadas nesses dois anos, em ambas as zonas, ainda foram a falta de vagas e a falta de profissionais, mas a falta de profissionais se tornou mais frequente em 2008, para ambas.

Em 2013, o tempo de espera foi mais apontado nas áreas rurais do que nas áreas urbanas, além dessa causa, a falta de vagas também foi superior nas áreas rurais. Nas cidades, a falta de serviços ou equipamentos superou o apontamento nas áreas rurais, assim como a falta de profissionais. Assim, em 2013, mais de 46% das pessoas, no campo ou nas cidades, não efetivaram sua demanda por atendimento por causa da falta de profissionais, sendo a falta de vagas a segunda causa mais apontada nas zonas.

Tabela 31 – TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998						2003					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>												
Urbana	0,463	0,345	0,051	0,038	0,011	0,093	0,496	0,307	0,060	0,022	0,007	0,108
Rural	0,431	0,381	0,055	0,033	0,008	0,092	0,434	0,382	0,036	0,030	0,005	0,113
<b>REGIÃO</b>												
Norte	0,386	0,464	0,054	0,042	0,015	0,039	0,429	0,372	0,051	0,042	0,000	0,106
Nordeste	0,396	0,412	0,057	0,042	0,007	0,087	0,436	0,372	0,053	0,029	0,006	0,104
Sudeste	0,488	0,315	0,053	0,044	0,013	0,087	0,552	0,255	0,062	0,009	0,009	0,112
Sul	0,525	0,273	0,033	0,018	0,010	0,141	0,483	0,294	0,058	0,027	0,008	0,131
Centro-Oeste	0,466	0,352	0,066	0,020	0,005	0,090	0,487	0,347	0,059	0,034	0,000	0,072
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	0,435	0,385	0,051	0,049	0,014	0,066	0,489	0,333	0,061	0,027	0,004	0,087
2º	0,462	0,342	0,057	0,041	0,016	0,083	0,521	0,324	0,041	0,022	0,005	0,088
3º	0,461	0,369	0,057	0,033	0,002	0,078	0,472	0,321	0,063	0,020	0,013	0,112
4º	0,474	0,331	0,040	0,028	0,007	0,121	0,485	0,285	0,062	0,028	0,009	0,131
Quintil mais alto	0,449	0,293	0,052	0,026	0,014	0,167	0,448	0,301	0,075	0,012	0,000	0,164
<b>TOTAL</b>	0,457	0,351	0,052	0,037	0,010	0,093	0,489	0,316	0,057	0,023	0,007	0,108
	2008						2013					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>												
Urbana	0,402	0,431	0,050	0,034	0,003	0,080	0,324	0,469	0,050	0,046	0,006	0,106
Rural	0,356	0,489	0,047	0,039	0,007	0,062	0,344	0,463	0,109	0,033	0,000	0,050
<b>REGIÃO</b>												
Norte	0,393	0,481	0,032	0,037	0,000	0,057	0,370	0,430	0,090	0,037	0,002	0,071
Nordeste	0,351	0,469	0,039	0,051	0,003	0,087	0,313	0,517	0,032	0,075	0,000	0,064
Sudeste	0,410	0,427	0,062	0,026	0,003	0,073	0,329	0,452	0,062	0,020	0,013	0,124
Sul	0,493	0,358	0,043	0,016	0,011	0,079	0,300	0,445	0,095	0,052	0,000	0,107
Centro-Oeste	0,404	0,430	0,065	0,025	0,004	0,072	0,375	0,422	0,066	0,025	0,002	0,110
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	0,387	0,463	0,044	0,038	0,000	0,068	0,352	0,455	0,049	0,044	0,013	0,086
2º	0,351	0,481	0,041	0,044	0,003	0,080	0,358	0,500	0,069	0,018	0,000	0,054
3º	0,419	0,415	0,051	0,033	0,005	0,077	0,257	0,470	0,043	0,077	0,000	0,153
4º	0,465	0,400	0,038	0,019	0,006	0,073	0,377	0,459	0,048	0,041	0,007	0,067
Quintil mais alto	0,356	0,405	0,096	0,035	0,009	0,100	0,310	0,447	0,104	0,020	0,009	0,109
<b>TOTAL</b>	0,396	0,439	0,049	0,034	0,004	0,077	0,327	0,468	0,059	0,044	0,005	0,097

Fonte: Elaboração própria (2018).



Em relação às regiões do país, com exceção de 2003, a falta de profissionais sempre foi mais apontada nas regiões Norte e Nordeste do que a falta de vagas ou outras causas. Em 1998, a região que apresentou o maior percentual de não atendimento por falta de vagas foi a região Sul. Esse percentual foi menor nas regiões Nordeste e Norte. No entanto, quando se trata da falta de profissionais, a relação se inverte, nas regiões Norte e Nordeste foram verificados as maiores porcentagens, enquanto, na região Sul, essa causa foi apontada por uma pequena porcentagem de pessoas.

Em 2003, foi observado um aumento na proporção da causa “falta de vagas” e uma redução da “falta de profissionais”, em todas as regiões. Para a causa associada ao tempo de espera, foi observada uma redução nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e um aumento nas regiões Sul e Sudeste. A falta de serviços e equipamentos foi mais apontada nas regiões Sul e Centro-Oeste, mas reduziu nas demais. A incapacidade de pagar diminuiu em todas as regiões.

Em 2008, um aumento do apontamento da falta de vagas na região Norte e uma redução nas demais regiões tornou o percentual desta causa mais equitativa entre as regiões. A proporção do apontamento da falta de profissionais cresceu em todas as regiões, mas praticamente dobrou na região Sudeste, em relação à pesquisa anterior. As regiões que mais apontaram esta causa ainda eram as regiões Norte e Nordeste, e a menor continuava sendo a região Sul. A falta de serviços e equipamentos aumentou nas regiões Nordeste e Sudeste, mas reduziu nas demais regiões.

Ao longo dos 15 anos estudados, foi verificada uma redução do apontamento da falta de vagas, em todas as regiões, mas, maior nas regiões Sul e Sudeste. Nas regiões Nordeste e na região Norte foi observada uma redução de apenas 4,2%. A causa “falta de profissionais especializados” decresceu na região Norte e cresceu em todas as demais. Os maiores crescimentos foram observados nas regiões Sul e Sudeste. Apesar do crescimento mais acelerado na região Sul e Sudeste, o maior percentual dessa causa foi observado na região Nordeste e o menor foi observado na região Centro-Oeste. Essa foi a maior causa apontada em todas as regiões.

O apontamento do tempo de espera cresceu nas regiões Sul, Norte e Sudeste, e decresceu nas demais. Em 2013, os maiores percentuais de apontamento desta causa foram observados nas regiões Sul e Norte. O menor percentual foi encontrado na região Nordeste, 3,2%. Assim como o percentual do tempo de espera, o aumento do número de apontamentos da não efetivação da demanda do atendimento de saúde por causa da falta de equipamentos e serviços quase triplicou na região Sul, também aumentou nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. Uma

redução dessa causa foi observada nas regiões Sudeste e Norte. Os maiores percentuais dessa causa foram apontados nas regiões Nordeste e Sul.

A incapacidade de pagamento foi significativa apenas na região Sudeste em 2013, no entanto, sabe-se que o percentual ficou próximo de zero na maioria das regiões. No Sudeste, cerca de 1,3% das pessoas apontaram a causa como motivo de não acesso aos atendimentos de saúde.

Em 1998, foi observada uma relação positiva com a renda para a falta de vagas entre o 1º e o 4º quintil, o percentual do 5º quintil foi superior somente aos dos 20% mais pobres. O apontamento da falta de equipamento ou serviços apresentou uma relação decrescente com o nível de renda nesse ano, assim como a falta de profissionais. Para todos os quintis, a causa mais apontada foi a falta de vagas.

Em 2003, o apontamento da falta de vaga cresceu para todos os níveis de renda, mas, o crescimento foi maior para aqueles de menor renda, por causa disso, a relação entre o apontamento da falta de vagas tornou-se decrescente com a renda nesse ano. Assim como o apontamento da falta de profissionais. O apontamento do tempo de espera aumentou com a renda em 2003. Essa causa decresceu entre 1998 e 2003 para todas as classes de renda. A falta de equipamentos e serviços também foi menos apontada em 2003, em todos os quintis de renda.

Em 2008, uma relação com o nível de renda foi observada somente para a falta de profissionais e decresceu com a renda, sendo a maior causa apontada em todos os níveis de renda. A falta de equipamentos e serviços foi menos apontada pelos quintis superiores.

Entre 1998 e 2013, foi verificada uma redução no apontamento da falta de vagas para atender a demanda em todos os quintis de renda. Essa redução foi maior no 3º e no 5º quintil. Em 2013, o apontamento desta causa foi maior no 4º quintil e nos dois menores quintis de renda e o menor percentual foi observado no 3º quintil. A causa “falta de profissionais qualificados” aumentou entre 1998 e 2013 para todas as classes de renda. Os maiores crescimentos foram observados no 5º e no 2º quintil. O menor crescimento ocorreu no 1º quintil. O percentual apontado dessa causa diminuiu com a renda entre o 2º e o 5º quintil.

O apontamento do tempo de espera aumentou no período estudado no 2º e no 4º quintil, mas praticamente dobrou para aqueles de mais alta renda. Entre indivíduos do 1º e do 3º quintil, o percentual decresceu. A não efetivação dos atendimentos de saúde por causa da falta de equipamentos ou serviços decresceu mais para indivíduos do 2º quintil e os maiores crescimentos ocorreram no 3º e 4º quintil de renda. O percentual para a incapacidade de pagamento não foi significativo para nenhuma classe de renda nesse ano.

As Tabelas 32 e 33, a seguir, apresenta esses percentuais segundo as características individuais. Os percentuais encontrados para os gêneros foram significativos em todos os anos, exceto para a capacidade de pagamento ente os homens em 2013. Em 1998, com exceção da incapacidade de pagamento e das outras causas, todas as demais categorias foram mais frequentemente declaradas entre mulheres. A maior diferença entre essas causas, foi a falta de vagas, apontamento 8,3% superior entre as mulheres.

Em 2003, no entanto, essa diferença se reduziu para esta causa e todas as demais passaram a ser mais frequentes entre homens. A diferença entre a incapacidade de pagamento dos homens era duas vezes maior do que a das mulheres em 1998, e se tornou três vezes maior em 2003. Nesses dois anos, a principal causa apontada para não atendimento de saúde para ambos os gêneros foi a falta de vagas, mas, a mudança em 2008, que coloca a falta de profissional de saúde em primeiro lugar, também atingiu os dois gêneros.

Tabela 32 – TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, no Brasil, em 1998 e 2003

	1998						2003					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV. EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV. EQUIP	PAG	OUT
<b>GÊNERO</b>												
Homem	0,433	0,350	0,051	0,036	0,016	0,114	0,475	0,318	0,069	0,026	0,012	0,100
Mulher	0,469	0,351	0,052	0,037	0,008	0,083	0,497	0,315	0,052	0,021	0,004	0,112
<b>IDADE</b>												
0-5	0,318	0,409	0,042	0,070	0,005	0,156	0,450	0,347	0,066	0,018	0,000	0,119
6-14	0,471	0,328	0,071	0,048	0,000	0,082	0,533	0,338	0,043	0,019	0,009	0,058
15-19	0,480	0,357	0,051	0,018	0,022	0,072	0,552	0,209	0,071	0,030	0,011	0,127
20-24	0,448	0,354	0,056	0,023	0,005	0,114	0,456	0,289	0,061	0,029	0,023	0,143
25-29	0,418	0,385	0,055	0,007	0,024	0,111	0,600	0,271	0,026	0,002	0,000	0,102
30-34	0,454	0,327	0,054	0,027	0,027	0,110	0,426	0,327	0,076	0,029	0,007	0,135
35-39	0,445	0,337	0,060	0,053	0,007	0,098	0,456	0,260	0,078	0,042	0,007	0,156
40-44	0,542	0,314	0,055	0,041	0,006	0,041	0,518	0,317	0,044	0,041	0,000	0,079
45-49	0,487	0,350	0,045	0,015	0,027	0,075	0,460	0,376	0,041	0,015	0,000	0,108
50-54	0,501	0,334	0,046	0,035	0,000	0,084	0,483	0,335	0,068	0,015	0,019	0,080
55-59	0,443	0,362	0,085	0,012	0,000	0,098	0,495	0,318	0,050	0,027	0,000	0,111
60-64	0,529	0,325	0,044	0,066	0,000	0,035	0,491	0,377	0,082	0,006	0,005	0,038
65+	0,516	0,354	0,008	0,049	0,000	0,073	0,441	0,374	0,049	0,015	0,007	0,114
<b>COR</b>												
Não Branco	0,443	0,368	0,051	0,043	0,009	0,087	0,500	0,313	0,050	0,030	0,008	0,100
Branco	0,474	0,332	0,053	0,030	0,012	0,100	0,476	0,319	0,067	0,014	0,006	0,118
<b>EDUCAÇÃO</b>												
Menos de 4 anos	0,482	0,350	0,045	0,040	0,011	0,072	0,464	0,354	0,061	0,021	0,005	0,095
Fundamental	0,488	0,345	0,057	0,027	0,014	0,070	0,539	0,281	0,051	0,021	0,008	0,100
Médio	0,410	0,316	0,068	0,019	0,000	0,188	0,427	0,312	0,057	0,031	0,007	0,166
Superior ou mais	0,153	0,366	0,034	0,000	0,000	0,447	0,297	0,188	0,159	0,061	0,000	0,295
<b>OCUPADOS</b>												
Desocupados	0,544	0,259	0,047	0,043	0,000	0,107	0,531	0,258	0,082	0,017	0,005	0,107
Ocupados	0,458	0,356	0,052	0,030	0,017	0,087	0,479	0,319	0,055	0,027	0,010	0,110
<b>TOTAL</b>	0,457	0,351	0,052	0,037	0,010	0,093	0,489	0,316	0,057	0,023	0,007	0,108

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 33 – TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, no Brasil, em 2008 e 2013

	2008						2013					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV. EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV. EQUIP	PAG	OUT
<b>GÊNERO</b>												
Homem	0,378	0,441	0,054	0,037	0,005	0,084	0,258	0,462	0,094	0,046	0,005	0,135
Mulher	0,405	0,438	0,047	0,033	0,003	0,074	0,356	0,470	0,044	0,043	0,006	0,081
<b>IDADE</b>												
0-5	0,321	0,522	0,031	0,045	0,000	0,080	0,279	0,515	0,076	0,046	0,000	0,084
6-14	0,387	0,456	0,031	0,043	0,000	0,083	0,285	0,573	0,012	0,047	0,017	0,066
15-19	0,455	0,331	0,095	0,044	0,000	0,074	0,338	0,448	0,057	0,014	0,000	0,143
20-24	0,419	0,444	0,053	0,028	0,000	0,055	0,395	0,359	0,081	0,037	0,016	0,111
25-29	0,408	0,474	0,011	0,033	0,003	0,071	0,308	0,332	0,087	0,124	0,000	0,150
30-34	0,425	0,354	0,099	0,033	0,008	0,081	0,440	0,419	0,087	0,015	0,000	0,039
35-39	0,386	0,456	0,059	0,030	0,000	0,068	0,271	0,568	0,039	0,064	0,001	0,057
40-44	0,372	0,440	0,057	0,038	0,005	0,088	0,286	0,510	0,058	0,020	0,016	0,110
45-49	0,398	0,438	0,043	0,044	0,000	0,077	0,394	0,372	0,023	0,021	0,015	0,175
50-54	0,401	0,441	0,051	0,029	0,011	0,067	0,391	0,372	0,103	0,045	0,000	0,090
55-59	0,521	0,360	0,031	0,024	0,010	0,054	0,227	0,564	0,085	0,056	0,000	0,068
60-64	0,303	0,544	0,045	0,005	0,011	0,092	0,431	0,490	0,009	0,017	0,000	0,052
65+	0,347	0,460	0,043	0,035	0,006	0,109	0,250	0,554	0,048	0,050	0,000	0,098
<b>COR</b>												
Não Branco	0,371	0,464	0,048	0,039	0,003	0,074	0,319	0,481	0,043	0,042	0,001	0,114
Branco	0,437	0,397	0,052	0,027	0,005	0,082	0,338	0,449	0,081	0,046	0,012	0,073
<b>EDUCAÇÃO</b>												
Menos de 4 anos	0,377	0,462	0,045	0,034	0,005	0,078	0,349	0,461	0,040	0,049	0,003	0,099
Fundamental	0,472	0,389	0,058	0,029	0,000	0,052	0,361	0,416	0,063	0,042	0,000	0,117
Médio	0,405	0,400	0,057	0,045	0,005	0,088	0,253	0,520	0,086	0,034	0,017	0,091
Superior ou mais	0,346	0,437	0,071	0,017	0,000	0,130	0,423	0,370	0,074	0,047	0,000	0,086
<b>OCUPADOS</b>												
Desocupados	0,390	0,445	0,051	0,040	0,004	0,070	0,321	0,560	0,050	0,029	0,000	0,040
Ocupados	0,415	0,420	0,050	0,028	0,004	0,083	0,316	0,432	0,062	0,041	0,009	0,140
<b>TOTAL</b>	0,396	0,439	0,049	0,034	0,004	0,077	0,327	0,468	0,059	0,044	0,005	0,097

Fonte: Elaboração própria (2018).

Em 2008, mulheres ainda superavam os homens em cerca de 7% na declaração de não atendimento por falta de vagas, enquanto todas as demais causas eram mais declaradas por eles, mas as diferenças diminuíram em todas as categorias. Entre 1998 e 2013, a proporção da declaração falta de vagas caiu 40,4% para homens e 24,0% entre as mulheres, fazendo a diferença aumentar no último pesquisado para esta categoria.

A falta de profissional foi apontada 32,1% a mais pelos homens em 2013, em relação à 1998, e 34,0% a mais pelas mulheres. O apontamento do tempo de espera cresceu 82,7% para os homens e reduziu para as mulheres, cerca de 15,5%. O motivo “falta de equipamentos e serviços” cresceu mais entre homens do que entre mulheres (27,2% contra 15,3%).

Entre 1998 e 2013, foi verificado um decréscimo das declarações de não acesso aos atendimentos de saúde por causa da falta de vagas em todas as faixas etárias, sendo maior para aqueles com mais de 65 anos e menor para indivíduos entre 30 e 34 anos. A declaração da não

efetivação dos atendimentos por falta de profissional cresceu em todas as faixas etárias, exceto para aqueles entre 25 e 29 anos. A maior taxa de crescimento foi observada entre crianças e adolescentes de 6 a 14 anos.

O apontamento do tempo de espera dobrou para pessoas entre 50 e 54 anos e também apresentou crescimento positivo para crianças com menos de 5 anos, jovens entre 14 e 24 anos e adultos de 40 a 44 anos, para as demais faixas etárias foi observado decréscimo desse percentual e chegou a uma redução de 83,6% para crianças e adolescentes de 6 a 14 anos. No período estudado, o não atendimento por falta de serviços ou equipamentos triplicou entre jovens de 25 a 29 anos e mais do que dobrou entre jovens de 15 a 19 anos e adultos de 55 a 59 anos. A redução da declaração de não atendimento por este motivo decresceu apenas em cinco das faixas etárias, o maior decréscimo foi observado para a mais velha dessas faixas etárias, de 45 a 49 anos.

O não atendimento de saúde por falta de vagas foi superior entre indivíduos brancos em 1998, 2008 e 2013 em relação àqueles que não eram brancos. Em 2013, a diferença entre as raças foi menor do que a observada em 1998. Essa aproximação se deveu a um decréscimo mais acelerado da declaração desse motivo entre brancos no período. A falta de profissionais qualificados para realizar o atendimento prejudicou mais os não brancos do que indivíduos brancos em todos os anos, exceto em 2003. A diferença também foi menor para essa categoria em 2013 do que em 1998, devido a um maior crescimento da declaração proporcional desse motivo entre brancos. Essa foi a causa mais apontada em 2013 para a não efetivação da demanda por atendimento de saúde tanto para brancos como para não brancos.

O apontamento do tempo de espera como motivo para não efetivar os atendimentos de saúde diminuiu ao longo do tempo para pessoas não brancas e cresceu para indivíduos brancos. Em todo o período o não atendimento por causa do tempo de espera foi maior para não brancos. O não atendimento por falta de equipamentos ou serviços diminuiu para não brancos entre 1998 e 2003, mas passou a crescer nos anos que se seguiram. Em 2013, chegou ao mesmo percentual observado em 1998. Esse padrão também foi observado entre brancos, mas o crescimento foi maior entre 2003 e 2013. Por causa disso, o não atendimento por falta de equipamentos ou serviços foi maior entre não brancos de 1998 a 2008, mas a relação se inverteu em 2013.

A não realização do atendimento por incapacidade de pagar foi maior entre brancos em 1998 e 2008, foi maior entre não brancos em 2003 e não foi significativa em 2013 para os não brancos. Para negros, pardos, indígenas e amarelos, o percentual que declarou não realizar atendimento de saúde por incapacidade de pagamento foi sempre inferior a 1,0%. Para

indivíduos brancos, em 1998 e 2013, o percentual foi igual a 1,2%, ainda que tenha sido inferior a 1,0% em 2003 e 2008.

Em relação à educação, em 1998, a declaração de não atendimento decresceu com a escolaridade. Em 2003, o maior percentual encontrado ainda foi entre aqueles com nível fundamental, mas o percentual reduziu para aqueles com menos de 4 anos de educação, enquanto para pessoas com nível superior de educação também foi observado um aumento significativo do percentual. Em 2008 e 2003, o não acesso por falta de vagas continuou a se reduzir proporcionalmente entre pessoas com menos de 4 anos de educação. Para pessoas com ensino fundamental e médio, os percentuais também decresceram em 2008 e 2013, mas, mais para aqueles com ensino médio. Enquanto a proporção de pessoas com nível superior que não efetivaram sua demanda por causa da falta de vagas cresceu.

A falta de profissional médico prejudicou mais aqueles com ensino superior em 1998, mas o percentual foi maior para pessoas com menos de 4 anos de estudo e para indivíduos com ensino fundamental do que entre aqueles que tinham ensino médio completo. Em 2003, foi observada uma relação decrescente entre o percentual desta declaração e os anos estudados. Entre 2003 e 2008, esse percentual cresceu de forma mais acelerada para aqueles com ensino superior, mas aumentou em todas as categorias de educação. As maiores proporções de não atendimento por falta de profissionais ocorreu entre pessoas com menos de 4 anos de educação e entre indivíduos com ensino superior. Em 2013, a pior taxa de acesso devido à falta de profissionais ocorreu entre pessoas com ensino médio e a menor entre pessoas com ensino superior.

O tempo de espera prejudicou mais o acesso de pessoas com nível de educação média, em 1998 e foi progressivamente menor para pessoas com menos educação formal. O resultado não foi significativo para pessoas com ensino superior em 1998. Em 2003 e 2008, proporcionalmente, mais pessoas com ensino superior deixaram de realizar atendimentos de saúde por causa do tempo de espera. Mas, em 2013, o maior percentual voltou a ser declarado entre pessoas com nível médio. Em todos os anos, com exceção de 2003, a menor taxa de não acesso ocorreu entre pessoas com menos de 4 anos de educação, sendo menor em 2013 do que em 1998.

A não efetivação da demanda por atendimento por causa da falta de equipamentos ou serviços tendeu a diminuir com o nível de educação em 1998 entre os níveis de educação “menos de 4 anos” e “ensino médio completo”. Os resultados não foram significativos para pessoas com educação superior até 2013. O não acesso associado a esta causa foi duas vezes

maior para pessoas com menos de 4 anos de educação (4,0%) do que para pessoas com ensino médio (1,9%).

Em 2003 e 2008, no entanto, o não acesso aos atendimentos devido à falta de serviços e equipamentos cresceu para pessoas com ensino médio, e decresceu para os níveis de educação inferior. Em 2013, não foi observada uma relação entre a proporção das declarações de não atendimento por falta de equipamentos ou serviços com o nível de educação. A menor taxa de não acesso ocorreu entre pessoas com nível médio de educação e a maior entre pessoas com menos de 4 anos de educação.

A incapacidade de pagamento foi significativa apenas para pessoas com menos de 4 anos de educação ou ensino fundamental em 1998 e 2003 e foi maior para aqueles com ensino fundamental. Em 2008, foi significativa apenas para pessoas com menos de 4 anos de educação e, como em 2003, foi menor do que no primeiro ano pesquisado. Em 2013, foi observada significância apenas para pessoas com nível médio de educação.

O não atendimento devido à falta de vagas foi maior para não ocupadas no mercado de trabalho em 1998, 2003 e 2013, mas a diferença diminuiu ao longo do tempo. A falta de profissional de saúde prejudicou mais pessoas ocupadas do que não ocupadas no mercado de trabalho nas duas primeiras pesquisas, mas, um crescimento mais acelerado da proporção dessa declaração entre pessoas não ocupadas mudou este padrão. A partir de 2008, o não acesso por causa da falta de profissionais se tornou maior entre pessoas não ocupadas.

Em relação ao tempo de espera, em 1998 e em 2013, o não acesso foi maior entre pessoas ocupadas, e a diferença aumentou. Em relação à falta de serviços ou equipamentos, em 1998 e 2008, a declaração proporcional foi maior entre pessoas não ocupadas. Em 2003, a relação observada foi inversa e, em 2013, o resultado não foi significativo para pessoas não ocupadas. Para os indivíduos ocupados a declaração deste motivo decresceu entre 1998 e 2013.

A incapacidade de pagar por atendimento foi apontada em cerca de 1,7% dos casos para pessoas ocupadas em 1998, e diminuiu ao longo do tempo. Em 2008, o percentual já era menor do que 1,0%. Para pessoas não ocupadas, somente em 2008 foi verificado resultado significativo e foi semelhante aquele das pessoas ocupadas, inferior a 1,0%.

A Tabela 34 apresenta os percentuais atribuídos a cada um dos motivos que dificultaram o acesso dos indivíduos segundo os quintis de renda padronizados de forma indireta e o Índices de Concentração de Gini para esses motivos.

Tabela 34 – TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para os Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998						2003					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV. EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV. EQUIP	PAG	OUT
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	0,570	0,239	0,060	0,038	0,000	0,097	0,509	0,338	0,055	0,014	0,000	0,084
2º	0,503	0,301	0,078	0,034	0,021	0,064	0,576	0,273	0,037	0,029	0,002	0,083
3º	0,461	0,365	0,054	0,032	0,001	0,088	0,484	0,336	0,062	0,015	0,012	0,091
4º	0,487	0,317	0,044	0,019	0,017	0,116	0,498	0,251	0,080	0,037	0,013	0,120
Quintil mais alto	0,387	0,350	0,073	0,014	0,022	0,153	0,394	0,284	0,099	0,020	0,003	0,201
<b>TOTAL</b>	0,482	0,321	0,060	0,028	0,011	0,098	0,501	0,296	0,064	0,024	0,006	0,109
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	-0,042	0,057	-0,066	-0,220	0,245	0,133	-0,042	-0,026	0,118	0,080	0,342	0,185
CI(3)	-0,060	0,099	-0,108	-0,338	0,380	0,164	-0,054	-0,032	0,159	0,115	0,593	0,239
CI(4)	-0,073	0,135	-0,121	-0,392	0,485	0,169	-0,059	-0,033	0,186	0,132	0,769	0,266
	2008						2013					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV. EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV. EQUIP	PAG	OUT
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	0,331	0,450	0,095	0,081	0,000	0,043	0,274	0,390	0,030	0,259	0,000	0,047
2º	0,291	0,549	0,000	0,103	0,000	0,061	0,421	0,404	0,056	0,000	0,000	0,123
3º	0,304	0,602	0,000	0,054	0,000	0,043	0,262	0,510	0,091	0,014	0,000	0,122
4º	0,538	0,422	0,007	0,000	0,000	0,048	0,452	0,342	0,077	0,043	0,000	0,088
Quintil mais alto	0,003	0,982	0,000	0,011	0,000	0,020	0,422	0,355	0,047	0,000	0,000	0,181
<b>TOTAL</b>	0,319	0,525	0,046	0,065	0,000	0,045	0,375	0,408	0,074	0,022	0,000	0,122
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,010	0,056	-0,525	-0,073	0,000	-0,033	0,101	-0,101	-0,137	-0,175	0,000	0,176
CI(3)	0,055	0,033	-0,766	0,056	0,000	-0,013	0,176	-0,172	-0,194	-0,076	0,000	0,215
CI(4)	0,096	0,000	-0,877	0,200	0,000	-0,001	0,227	-0,227	-0,214	0,031	0,000	0,247

Fonte: Elaboração própria (2018).

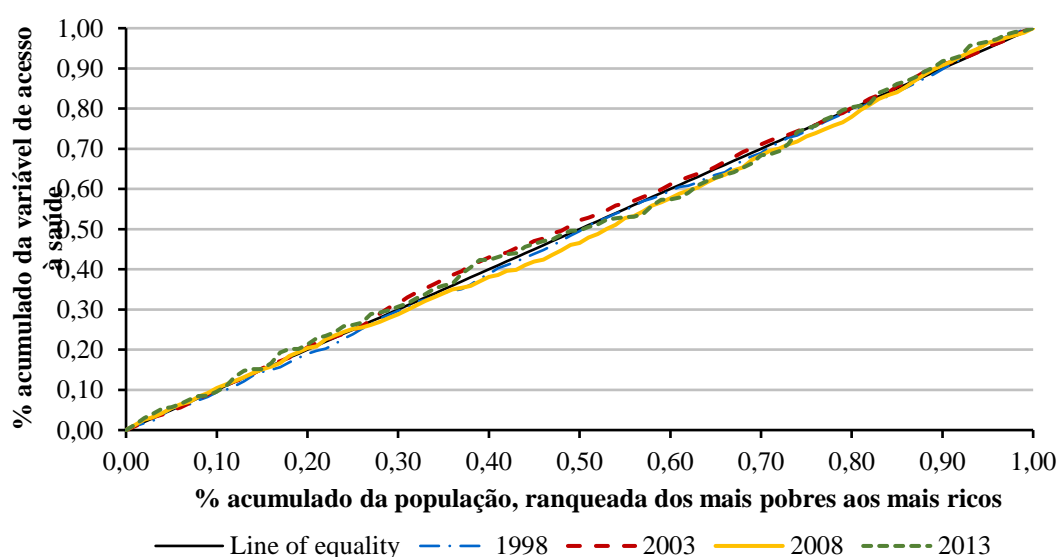


Entre os motivos de não atendimento, as concentrações de não atendimentos por falta de vagas e de profissionais foram pequenas, no entanto, nos dois primeiros anos, foi possível verificar uma concentração pró-pobre da causa falta de vagas, enquanto a declaração de falta de profissionais foi mais concentrada entre ricos, em 1998 e 2013. A desigualdade na declaração de não atendimento por causa do tempo de espera foi considerada pró-pobre em 1998, mas pró-rica nos anos que se seguiram, enquanto a falta de serviços e equipamentos apresentou contração pró-pobre ao longo de todo o período. Para estas duas declarações, os CIs apresentaram baixos níveis de significância, mas, as Curvas de Concentração apresentaram níveis de desigualdade maiores que aqueles observados para as duas primeiras causas citadas.

O não atendimento por incapacidade de pagamento apresentou concentração pró-rica em 2003, com significância apenas ao nível de 10% e não apresentou resultado significativo nos demais anos. Devido a uma pequena amostra, para esta causa também não foi gerado um gráfico com as Curvas de Concentração de Lorenz. Para as demais causas, a concentração das declarações foi pró-rica em 1998 e 2003, e diminuiu ao longo do tempo, como expresso pelas Curvas de Concentração que continuaram se aproximando da linha de igualdade, ainda que os CIs não tenham sido significativos nos últimos anos pesquisados.

Como pode ser visto no Gráfico 47, as Linhas de Concentração apresentaram, uma baixa concentração desse motivo de não atendimento em todos os anos estudados.

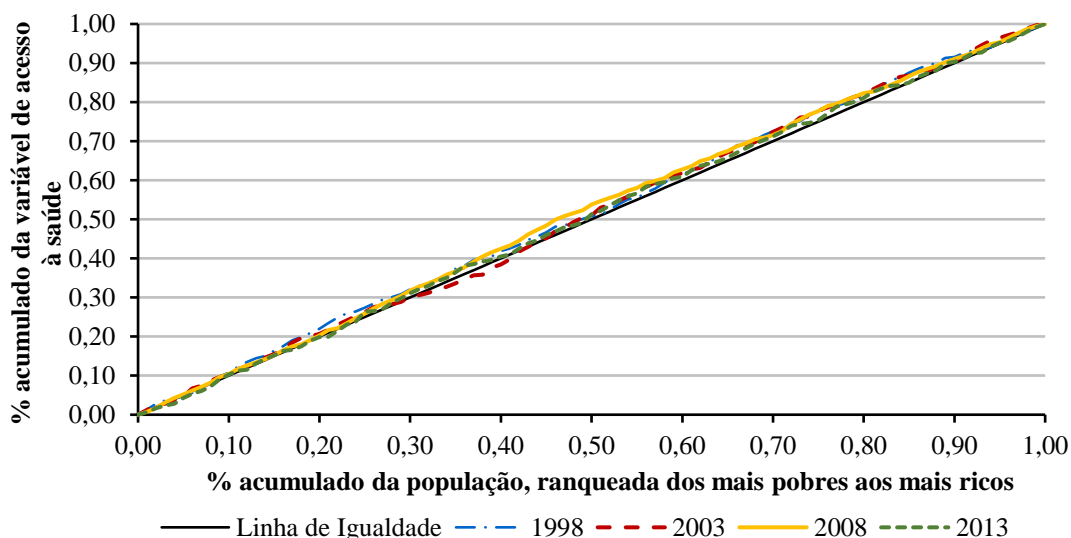
Gráfico 47 – Curva de Concentração de Lorenz para o Motivo de Não Acesso – Vaga, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

No Gráfico 48, as curvas para todos os anos ficaram acima da linha de igualdade, indicando uma possível concentração pró-pobre, ainda que pequena para esta causa nos demais anos.

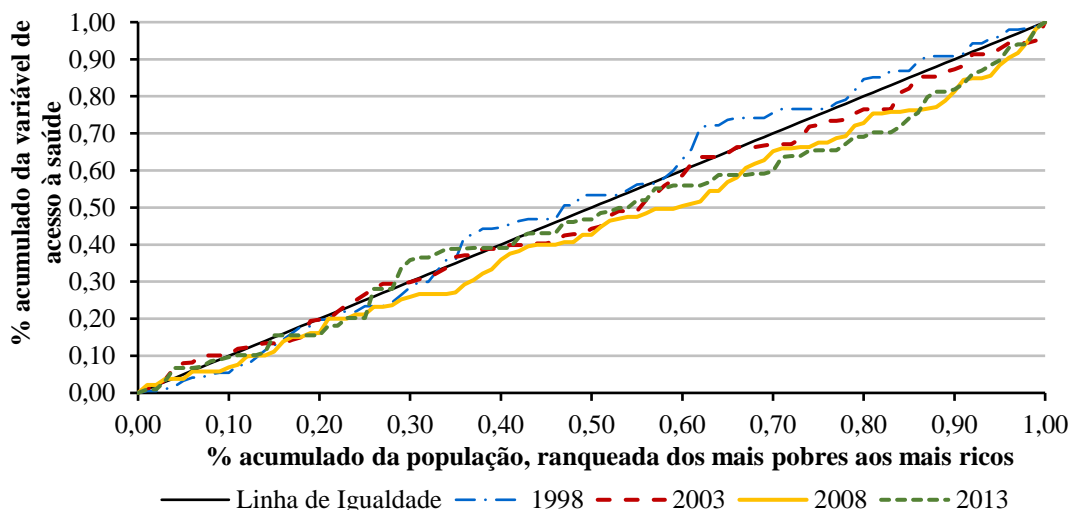
Gráfico 48 – Curva de Concentração de Lorenz para o Motivo de Não Acesso – Falta de Profissional Qualificado, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

De acordo com o Gráfico 49, apenas em 1998 a concentração foi considerada pró-pobre para o não atendimento por causa do tempo de espera. A desigualdade da concentração também foi maior nessa causa do que nas anteriormente apresentadas.

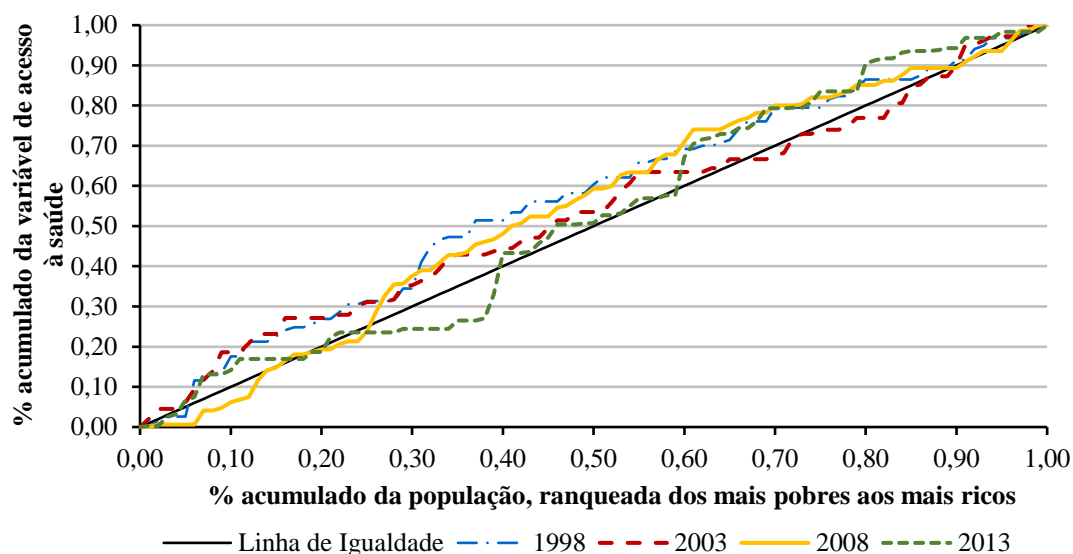
Gráfico 49 – Curva de Concentração de Lorenz para o Motivo de Não Acesso – Espera Muito Longa, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

No Gráfico 50, é possível perceber uma concentração pró-pobre do não acesso por falta de serviços ou equipamentos. Em 2003 e 2013, as linhas se encontram dos dois lados da linha de equidade, o que pode estar associado à maiores concentrações dessa declaração em algumas das classes acima do 3º quintil de renda.

Gráfico 50 – Curva de Concentração de Lorenz para o Motivo de Não Acesso – Falta de Serviço ou Equipamento, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013

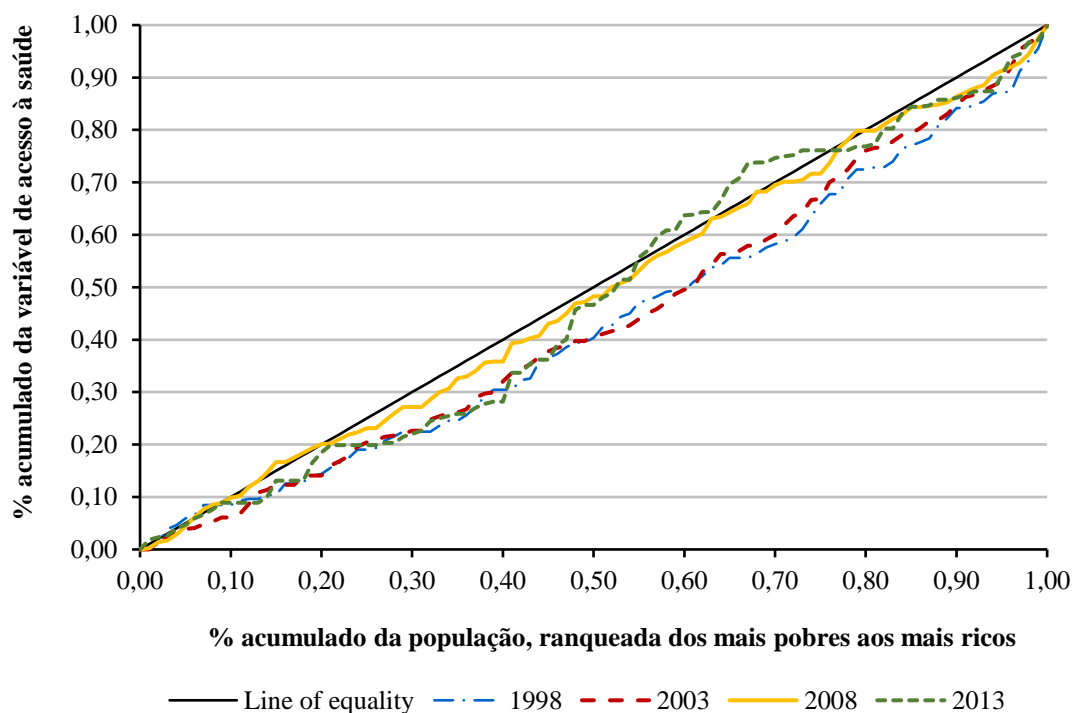


Fonte: Elaboração própria (2018).

A concentração para a declaração de não atendimento por causa da incapacidade de pagamento foi pró-rica em 2003, não apresentou resultado significativo nos demais anos. Devido a uma amostra muito pequena, um gráfico para esta categoria não foi gerado pelo ADePT.

As outras causas apresentaram Índice de Concentração positivo e crescente em 1998 e 2003, mas que não foi significativo nos anos que se seguiram. No entanto, em 2008 e 2013, foi verificada uma redução nas declarações de não atendimento por outras causas nos maiores quintis de renda, o que condiz com a distribuição visual das Curvas de Concentração de Lorenz no Gráfico 51, que, nesses anos, se aproxima da linha de equidade.

Gráfico 51 – Curva de Concentração de Lorenz para o Motivo de Não Acesso – Outros Motivos, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

As Tabelas 35, 36, 37 e 38 trazem a decomposição dos Índices de Concentração dos motivos que dificultaram o acesso aos atendimentos de saúde em cada um dos anos estudados. Com exceção da causa falta de vagas, que apresentou sempre uma desigualdade com concentração pró-pobre e crescente segundo o conjunto das variáveis relacionadas as necessidades de saúde. Para as demais causas, os fatores considerados justos não contribuiu para um padrão de concentração ao longo do tempo. Para a falta de profissionais, a contribuição foi pró-pobre em 1998, mas o CI mudou de sinal a partir de 2003. Para a falta de equipamentos foi observada a relação contrária, a concentração era pró-rica, mas nos anos seguintes se tornou pró-pobre. O não atendimento por incapacidade de pagar somente apresentou desigualdade em 1998. Nesse conjunto de variáveis de necessidade, idade e cor apresentaram maiores contribuições para a desigualdade em 1998 e 2003, mas, a partir de 2008 também foram observadas significativas contribuições do gênero.

Para o conjunto de variáveis de não necessidade, a desigualdade no não acesso por falta de vagas foi pró-pobre e decrescente até 2008 e, em 2013, tornou-se pró-rica. A desigualdade no não acesso por falta de profissionais e equipamentos e serviços oscilaram ao longo do tempo, não evidenciando um padrão. O tempo de espera apresentava um alto nível de desigualdade em pró-rica em 2003, mas tornou-se pró-pobre a partir de 2008. A incapacidade de pagamento

apresentou desigualdade somente em 1998 e as outras causas apresentaram concentração pró-rica em todos os anos. Entre as variáveis de não necessidade que mais contribuíram para as desigualdades dos motivos de acesso podem ser apontadas a educação, a quantidade de moradores no domicílio e a posse de plano de saúde, a região de moradia e, em 1998 e 2008, variáveis associadas ao saneamento básico.

Tabela 35 – TU7: Decomposição do Índice de Concentração de utilização de saúde: Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, modelo não linear, no Brasil, em 1998

	1998					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>VARIAVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>						
Gênero	0,001	0,000	-0,001	-0,008	-0,002	-0,003
Idade	-0,002	0,002	-0,004	0,016	-0,003	0,003
Cor	0,000	-0,005	0,016	0,004	0,011	-0,009
<b>SUBTOTAL</b>	<b>-0,001</b>	<b>-0,003</b>	<b>0,011</b>	<b>0,012</b>	<b>0,006</b>	<b>-0,009</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>						
Ocupados	-0,003	0,006	0,003	-0,006	0,000	-0,008
<b>EDUCAÇÃO</b>						
Fundamental	0,000	-0,006	0,010	0,000	-0,006	0,010
Médio	-0,009	0,008	0,003	0,001	0,000	0,017
Superior	-0,009	0,004	-0,012	0,000	0,000	0,019
Q_Moradores	-0,005	0,008	0,011	-0,051	0,009	0,002
Plano	0,001	-0,009	-0,007	0,000	-0,001	0,038
<b>REGIÃO</b>						
Norte	0,003	-0,003	-0,008	0,007	0,000	0,003
Nordeste	0,010	-0,003	-0,036	0,015	0,003	-0,014
Sul	0,000	0,000	0,001	-0,013	-0,001	0,001
Centro-Oeste	-0,002	-0,001	0,010	-0,002	0,000	0,009
Urbano	0,001	0,004	-0,016	0,000	0,000	-0,009
TipoDom	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Canalização	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Água Tratada	-0,003	0,000	0,013	0,000	0,000	0,002
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	0,006	-0,009	0,031	-0,051	0,007	-0,010
Lixo	0,005	-0,008	0,008	0,018	0,000	-0,010
Energia Elétrica	-0,002	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>-0,038</b>	<b>0,022</b>	<b>0,021</b>	<b>-0,090</b>	<b>0,013</b>	<b>0,085</b>
Residual: erro na regressão	-0,004	0,034	-0,081	-0,077	0,236	0,047
Residual: dados não declarados	0,058	-0,078	0,025	0,030	-0,384	0,028
Desigualdade (total)	0,016	-0,025	-0,024	-0,124	-0,129	0,151
Desigualdade injustificada	-0,042	0,056	-0,060	-0,167	0,249	0,132

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 36 – TU7: Decomposição do Índice de Concentração de utilização de saúde: Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, modelo não linear, no Brasil, em 2003

	2003					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>VARIAVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>						
Gênero	0,000	0,001	0,004	0,007	0,000	-0,005
Idade	0,001	0,010	-0,018	-0,016	0,000	-0,012
Cor	-0,007	0,016	0,010	-0,005	0,000	-0,021
<b>SUBTOTAL</b>	<b>-0,006</b>	<b>0,027</b>	<b>-0,004</b>	<b>-0,015</b>	<b>0,000</b>	<b>-0,037</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>						
Ocupados	-0,008	0,011	-0,014	0,008	0,000	0,009
<b>EDUCAÇÃO</b>						
Fundamental	-0,003	0,001	0,011	0,004	0,000	0,001
Médio	-0,002	0,003	-0,024	0,007	0,000	0,012
Superior	-0,007	-0,005	0,004	0,011	0,000	0,026
Q_Moradores	-0,002	-0,034	0,072	0,062	0,000	0,038
Plano	-0,001	-0,016	0,026	0,014	0,000	-0,001
<b>REGIÃO</b>						
Norte	0,002	-0,004	0,004	-0,001	0,000	-0,002
Nordeste	0,020	-0,034	0,047	-0,028	0,000	-0,027
Sul	-0,010	0,010	-0,020	-0,003	0,000	0,029
Centro-Oeste	-0,002	0,003	0,001	0,003	0,000	0,001
Urbano	-0,002	0,002	0,007	0,000	0,000	-0,006
TipoDom	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Canalização	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Água Tratada	-0,001	0,001	0,000	0,000	0,000	0,003
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	0,000	0,002	-0,006	0,005	0,000	-0,002
Lixo	0,002	-0,002	-0,006	-0,003	0,000	0,003
Energia Elétrica	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
<b>SUBTOTAL</b>	<b>-0,021</b>	<b>-0,053</b>	<b>0,107</b>	<b>0,083</b>	<b>0,000</b>	<b>0,090</b>
Residual: erro na regressão	-0,021	0,025	0,010	0,024	-0,008	0,094
Residual: dados não declarados	0,035	-0,014	-0,072	-0,149	0,140	-0,015
Desigualdade (total)	-0,013	-0,015	0,041	-0,057	0,132	0,132
Desigualdade injustificada	-0,042	-0,028	0,117	0,107	-0,008	0,184

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 37 – TU7: Decomposição do Índice de Concentração de utilização de saúde: Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, modelo não linear, no Brasil, em 2008

	2008				
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	OUT
<b>VARIAVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>					
Gênero	-0,043	0,020	-0,031	-0,272	0,039
Idade	-0,091	0,039	-0,171	0,070	0,162
Cor	0,000	0,000	0,000	0,004	-0,012
Exercício	-0,013	-0,009	-0,054	0,000	0,000
Tabaco	-0,005	0,004	0,126	0,018	-0,017
<b>SUBTOTAL</b>	<b>-0,151</b>	<b>0,054</b>	<b>-0,130</b>	<b>-0,181</b>	<b>0,172</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>					
Ocupados	-0,024	0,030	-0,270	-0,044	0,236
<b>EDUCAÇÃO</b>					
Fundamental	-0,013	0,011	-0,069	-0,089	0,000
Médio	0,006	-0,011	0,000	0,000	-0,101
Superior	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Q_Moradores	0,011	-0,025	0,080	0,183	0,679
Plano	-0,017	-0,053	0,000	0,000	0,014
Veículo	0,014	0,024	0,000	0,136	0,000
PSF	-0,002	0,009	-0,111	-0,090	-0,206
<b>REGIÃO</b>					
Norte	-0,006	-0,127	0,053	0,014	0,010
Nordeste	0,000	0,189	0,000	0,000	0,003
Sul	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Centro-Oeste	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Urbano	0,003	0,007	-0,285	-0,059	-0,346
TipoDom	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000
Canalização	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Água Tratada	0,000	0,000	-0,019	-0,711	-0,011
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	0,000	0,001	0,000	0,000	-0,015
Lixo	0,013	-0,001	-0,014	-0,254	0,066
Energia Elétrica	0,000	-0,006	0,032	-0,034	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>-0,010</b>	<b>0,111</b>	<b>-0,376</b>	<b>-0,933</b>	<b>0,249</b>
Residual: erro na regressão	0,136	-0,124	0,141	1,100	0,039
Residual: dados não declarados	0,049	-0,072	0,480	-0,070	-0,424
Desigualdade (total)	0,025	-0,030	0,114	-0,084	0,035
Desigualdade injustificada	0,126	-0,012	-0,235	0,167	0,287

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 38 – TU7: Decomposição do Índice de Concentração de utilização de saúde: Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, modelo não linear, no Brasil, em 2013

	2013				
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	OUT
<b>VARIAVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>					
Gênero	-0,026	-0,003	0,006	0,003	0,024
Idade	-0,031	-0,002	0,021	0,004	0,043
Cor	-0,007	0,011	0,002	-0,005	-0,007
Exercício	-0,008	0,012	0,005	-0,003	-0,007
Tabaco	0,000	-0,002	0,001	-0,001	0,004
Álcool	-0,011	0,003	-0,003	-0,001	0,012
<b>SUBTOTAL</b>	<b>-0,083</b>	<b>0,020</b>	<b>0,031</b>	<b>-0,003</b>	<b>0,070</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>					
Ocupados	0,001	0,000	-0,004	0,000	0,008
<b>EDUCAÇÃO</b>					
Fundamental	0,009	-0,006	-0,005	0,000	-0,003
Médio	0,004	-0,002	-0,002	0,000	0,000
Superior	0,002	-0,011	0,003	0,002	0,012
<b>Q_Moradores</b>					
Plano	0,057	-0,045	-0,033	0,001	0,078
Veículo	-0,009	-0,021	0,013	-0,002	0,022
PSF	-0,016	0,014	0,003	0,003	-0,014
	0,015	-0,024	0,027	0,001	-0,018
<b>REGIÃO</b>					
Norte	0,011	-0,013	0,000	-0,001	0,008
Nordeste	0,012	-0,022	0,010	-0,001	0,004
Sul	-0,002	0,019	-0,012	0,002	-0,017
Centro-Oeste	-0,003	0,003	0,002	0,000	0,006
<b>Urbano</b>					
TipoDom	0,000	0,001	0,000	0,000	-0,007
	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
<b>Canalização</b>					
Água Tratada	0,018	-0,003	-0,019	0,000	-0,011
Banheiro	-0,004	0,009	-0,008	0,001	-0,005
Escoadouro	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Lixo	0,000	-0,001	0,000	0,000	0,001
Energia Elétrica	0,000	0,015	-0,011	0,000	-0,013
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,153</b>	<b>-0,122</b>	<b>-0,047</b>	<b>0,003</b>	<b>0,083</b>
Residual: erro na regressão	-0,038	0,015	-0,025	-0,011	0,136
Residual: dados não declarados	0,045	0,135	0,216	0,077	-0,150
Desigualdade (total)	0,077	0,047	0,176	0,065	0,138
Desigualdade injustificada	0,115	-0,107	-0,072	-0,008	0,219

Fonte: Elaboração própria (2018).

A desigualdade total para a falta de vagas apresentou concentração pró-pobre somente em 2003, nos demais anos foi pró-rica e crescente, considerando fatores injustos, a desigualdade foi considerada pró-pobre em 2003 e 2008 – de mesma magnitude, mas voltou a ser pró-rica em 2013. A desigualdade total para a falta de profissionais foi mais concentrada entre pobres até 2008, considerando fatores injustos, no entanto, a concentração pró-pobre desta causa foi observada em todo o período, exceto em 2003.

A desigualdade total para o tempo de espera apresentou concentração pró-pobre em 1998, mas pró-rica em todos os demais anos, se tornando cada vez mais concentrada, no



entanto, considerando fatores injustos, a concentração se torna pró-pobre ao longo do período e, em 2013, apresenta a maior desigualdade injusta se desconsiderada a categoria de causas não especificadas. A desigualdade para a falta de serviços e equipamentos apresentou concentração pró-pobre até 2008 e pró-rica em 2013, mas considerando os fatores considerados injustos, a desigualdade é pró-pobre somente em 1998 e 2003.

A desigualdade para a incapacidade de pagar era pró-pobre em 1998, mas pró-rica em 2003 e não foi verificada nos demais anos, se considerado os fatores injustos, no entanto, uma pequena desigualdade pró-pobre é observada em 2008. Para as demais causas não especificadas, a desigualdade total e para fatores de injustiça foi sempre pró-rica.

#### *6.2.2.1.3. Quantidade média de Atendimentos de Saúde e Internações realizados nos 12 meses anteriores à pesquisa*

Nesta seção serão apresentadas as características do acesso aos atendimentos de saúde e às internações por meio das variáveis que indicam a quantidade de atendimentos e internações realmente efetivados nos 12 meses anteriores às pesquisas. A Tabela 39 apresenta o valor médio da quantidade de atendimentos e internações realizadas por um indivíduo nos últimos 12 meses anteriores às pesquisas segundo as características familiares. Os resultados encontrados foram significativos ao nível de 1% de significância.

Em todos os anos estudados, o número médio de atendimentos de saúde foi maior na área urbana do que na área rural, no entanto, a diferença se reduziu ao longo do tempo, mais devido a um aumento do número de atendimentos nas áreas rurais, do que a uma redução dessa média nas áreas urbanas. A média da quantidade de internações foi aproximadamente a mesma nas áreas urbanas e rurais em todo o período, com um distanciamento das médias ao longo do tempo.

As regiões Sudeste e Sul apresentaram as maiores médias para o número de atendimentos realizados em um ano, em todo o período pesquisado. A menor média, em todo o período, ocorreu na região Norte. Todas as regiões apresentaram um crescimento do número de atendimentos realizados até 2008, contudo, em 2013, a média se reduziu em todas as cinco regiões. Nas regiões Sudeste e Sul o número médio de atendimentos foi menor do que aquele observado em 1998.

Tabela 39 – TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Quantidade de Atendimentos e Internações realizadas nos últimos 12 meses, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	<u>Q_ATEND</u>	<u>Q_INTERN</u>	<u>Q_ATEND</u>	<u>Q_INTERN</u>	<u>Q_ATEND</u>	<u>Q_INTERN</u>	<u>Q_ATEND</u>	<u>Q_INTERN</u>
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>								
Urbana	4,038	1,371	4,124	1,381	4,237	1,440	3,866	1,475
Rural	3,239	1,367	3,475	1,397	3,718	1,466	3,477	1,430
<b>REGIÃO</b>								
Norte	3,096	1,372	3,380	1,355	3,606	1,475	3,206	1,596
Nordeste	3,425	1,354	3,712	1,375	3,894	1,443	3,753	1,448
Sudeste	4,311	1,361	4,381	1,353	4,416	1,416	3,924	1,365
Sul	3,971	1,393	4,035	1,433	4,265	1,473	3,953	1,611
Centro-Oeste	3,415	1,413	3,613	1,471	3,929	1,491	3,682	1,590
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quartil mais baixo	3,612	1,360	3,819	1,351	3,999	1,458	3,427	1,454
2°	3,667	1,417	3,842	1,409	3,972	1,451	3,936	1,467
3°	3,922	1,416	3,996	1,392	4,126	1,455	3,857	1,438
4°	4,008	1,357	4,170	1,459	4,281	1,456	3,976	1,611
Quartil mais alto	4,189	1,291	4,288	1,310	4,370	1,400	3,849	1,372
<b>TOTAL</b>	<b>3,904</b>	<b>1,370</b>	<b>4,040</b>	<b>1,383</b>	<b>4,161</b>	<b>1,444</b>	<b>3,815</b>	<b>1,469</b>

Fonte: Elaboração própria (2018).

Em relação ao número de internações, até 2003, a região Centro-Oeste apresentou a maior média anual, seguida da região Sul. Em 2008, a região Centro-Oeste também apresentou a maior média de internação para um indivíduo, mas o segundo lugar passou a ser ocupado pela região Norte e, em 2013, esta região superou a região Centro-Oeste. Desta forma, em 2013 a região Norte apresentou o maior número médio de internações em 12 meses. As regiões Sudeste e Nordeste apresentaram os menores valores médios de internação para um indivíduo no período de um ano, praticamente em todo o período estudado. Entre 1998 e 2013 foi observado um aumento da média de internações por indivíduo em todas as regiões, sendo a região Sudeste a que apresentou a menor variação.

Foi observada uma associação positiva entre o número médio de atendimentos de saúde e a renda até o ano de 2008, contudo, a diferença entre as classes reduziu ao longo do tempo. A média de atendimentos cresceu para todas as classes entre 1998 e 2008, no entanto, no ano de 2013 foi verificada uma redução para todas elas. Essa redução foi mais intensa nos extremos da distribuição de renda familiar. Por causa disso, em 2013, as classes centrais apresentaram maiores médias de atendimento do que os 20% mais pobres e os 20% mais ricos.

Em relação as internações, a média não apresentou tendência crescente ou decrescente com a renda em nenhum dos anos estudados, contudo, o menor número de internações foi declarado pelo maior quintil de renda em todo o período estudado. E, apesar do crescimento do número médio de internações não ter sido constante ao longo do tempo, em 2013, ele aumentou para todas as classes em relação a 1998.

O número de atendimentos para o total da população apresentou um aumento de 6,60% na primeira década do período estudado, mas uma redução entre 2008 e 2013. O número médio de internações no Brasil apresentou um crescimento em todo o período, sendo o maior aumento observado entre 2003 e 2008. No período entre 1998 e 2013 o número médio de internações no período de um ano cresceu 7,2%.

Na Tabela 40, a seguir, serão apresentados as médias de atendimentos e internações segundo as características individuais. Todos os resultados apresentados nesta Tabela também foram significativos ao nível de 1% de significância. Os resultados apontam que, o número médio de atendimentos das mulheres foi maior que o dos homens em todos os anos observados. O número de atendimentos aumentou para ambos os gêneros até 2008, sendo o maior crescimento observado para os homens. No entanto, como já apontado, foi verificada uma redução entre 2008 e 2013 e, também, foi maior para os homens do que para as mulheres. O resultado final do período entre 1998 e 2013, foi uma redução de 2,3% no número de atendimento de saúde para os homens e de 1,8% para as mulheres.

Tabela 40 – TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Quantidade de Atendimento e Internações realizadas nos últimos 12 meses, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN
<b>GÊNERO</b>								
Homem	3,455	1,420	3,572	1,405	3,720	1,484	3,374	1,465
Mulher	4,227	1,342	4,378	1,370	4,485	1,419	4,150	1,472
<b>IDADE</b>								
0-5	4,040	1,350	4,284	1,338	4,571	1,404	4,405	1,387
6-14	2,862	1,308	2,934	1,318	3,024	1,401	2,839	1,478
15-19	3,102	1,196	3,132	1,247	3,323	1,306	2,833	1,386
20-24	3,574	1,189	3,576	1,233	3,730	1,292	3,210	1,310
25-29	3,749	1,242	3,793	1,257	3,753	1,304	3,444	1,299
30-34	3,677	1,285	3,695	1,277	3,823	1,312	3,570	1,416
35-39	3,789	1,295	3,847	1,308	3,906	1,347	3,627	1,524
40-44	4,025	1,375	4,152	1,381	4,066	1,433	3,780	1,353
45-49	4,291	1,564	4,485	1,498	4,433	1,483	3,905	1,369
50-54	4,725	1,533	4,718	1,549	4,875	1,570	4,219	1,481
55-59	4,939	1,548	5,096	1,476	4,984	1,560	4,457	1,505
60-64	4,961	1,516	5,244	1,507	5,313	1,596	4,618	1,493
65+	5,285	1,618	5,694	1,650	5,706	1,703	5,128	1,743
<b>COR</b>								
Não Branco	3,701	1,389	3,865	1,397	4,041	1,453	3,739	1,461
Branco	4,055	1,355	4,186	1,371	4,279	1,436	3,896	1,478
<b>EDUCACÃO</b>								
Menos de 4 anos	4,124	1,529	4,205	1,471	4,263	1,512	3,924	1,607
Fundamental	3,873	1,311	3,909	1,346	4,019	1,369	3,446	1,381
Médio	3,897	1,228	3,898	1,296	3,926	1,328	3,619	1,359
Superior ou mais	3,994	1,199	4,177	1,175	4,322	1,309	3,728	1,285
<b>OCUPADOS</b>								
Desocupados	3,797	1,237	3,760	1,332	4,425	1,537	3,454	1,318
Ocupados	3,523	1,288	3,648	1,285	3,809	1,352	3,390	1,322
<b>TOTAL</b>	3,904	1,370	4,040	1,383	4,161	1,444	3,815	1,469

Fonte: Elaboração própria (2018).

O número de internações foi maior para os homens entre 1998 e 2008, mas em 2013, a diferença entre os gêneros não só diminuiu, como o número médio de internações das mulheres superou o número de internações masculinas no ano. Ao longo do tempo, o número de internações entre homens aumentou 3,2%, mas esse crescimento não foi regular; enquanto para as mulheres, foi verificado um aumento em todos os anos em relação à pesquisa anterior. O número médio de internações em um ano para as mulheres aumentou 9,7%.

Em relação à idade, em todos os anos foi observada uma variação positiva entre o número de atendimentos de saúde e o avanço da idade a partir da faixa etária de 6 a 14 anos até os mais idosos. O número de atendimentos para crianças entre 0 e 5 anos foi aproximadamente igual o número de atendimentos realizados por pessoas mais velhas.

Entre 1998 e 2003, foi verificado um aumento do número de atendimentos em todas as faixas etárias e foi mais expressivo para aqueles acima de 60 anos e menores de 5 anos. Entre 2003 e 2008, os maiores crescimentos foram observados entre crianças e jovens, de 0 até 24 anos; para as demais classes foi observada uma variação positiva pequena e, em alguns casos, negativa. No período entre a pesquisa de 2008 e 2013, a diminuição do número médio de atendimentos de saúde ocorreu em todas as classes de idade. Desta forma, o número de atendimentos em 12 meses somente apresentou crescimento entre 1998 e 2013 para crianças menores de 5 anos.

Em relação ao número médio de internações, foi observada uma tendência de aumento com a idade apenas nos anos entre 1998 e 2008 e, a partir da faixa etária de 15 a 19 anos. O número médio de internações no ano para crianças e adolescentes entre 0 e 14 anos foi maior do que entre jovens e adultos até 39 anos, se igualando ao número médio de internações das faixas etárias superiores. Em 2013, não foi observada uma tendência crescente ou decrescente com a idade, as maiores médias foram observadas entre 35 e 39 anos e para as faixas etárias a partir de 50 anos. A menor média de internações ocorreu entre jovens de 20 a 29 anos.

Entre 1998 e 2013, o número médio de internações se reduziu para as faixas etárias entre 40 e 64 anos e aumentou para todas as demais. A maior redução ocorreu para aqueles entre 45 e 49 anos. O maior aumento do número médio de internações foi observado para aqueles entre 35 e 39 anos.

Entre as raças, pessoas brancas sempre realizaram mais atendimentos de saúde ao longo de um ano do que pessoas negras, pardas, indígenas e amarelas, mas a diferença se reduziu ao longo do tempo. O número de atendimentos realizados por pessoas não brancas cresceu mais ao longo do tempo. A redução entre 2008 e 2013 também foi menor para os não, o que permitiu

a aproximação das médias ao longo do período. O saldo final da variação entre 1998 e 2013 foi positivo para os não brancos (1,0%) e negativo para aqueles que se declararam brancos (-3,9%).

O número de internações no ano não apresentou diferença tão significativa entre as raças ao longo dos anos estudados, mas foi superior para os não brancos entre 1998 e 2008 e diminuiu nesse período. Entre 1998 e 2013, o número médio de internações cresceu para pessoas brancas, fazendo com que a média de internações de pessoas brancas superasse a de não brancas em 2013.

Não foi observada uma tendência crescente ou decrescente do número de atendimentos de saúde em relação ao tempo de estudo dos indivíduos. As maiores médias de atendimentos no ano foram observadas nos extremos dos níveis de educação – menos de 4 anos e ensino superior completo – em todos os anos pesquisados, sendo maior para aqueles com menos de 4 anos de educação do que para aqueles com ensino superior, com exceção de 2008.

No período em que foi observado aumento do número de atendimentos de saúde, entre 1998 e 2008, ele ocorreu para todas as categorias de educação, sendo maior para aqueles com ensino superior e menor para aqueles com ensino médio. No entanto, a redução entre 2008 e 2013 foi mais intensa para aqueles com ensino fundamental. Isso provocou um distanciamento do número de atendimentos realizados pelos extremos dos níveis de educação em relação às categorias centrais, a média dos extremos era 4,5% superior à média das classes centrais em 1998 e, em 2013, foi 8,3% superior.

Para o número médio de internações foi verificada uma relação inversa ao número de anos estudados, em todo o período pesquisado. A diferença entre a maior e a menor média de internações vinha diminuindo ao longo do tempo, mas, em 2013, voltaram a se afastar. Entre 1998 e 2013, o número de internações no ano cresceu mais para indivíduos com ensino médio.

Em relação à condição de ocupação no mercado de trabalho, pessoas não ocupadas apresentaram maior número médio de atendimentos de saúde em 12 meses do que pessoas que estavam ocupadas e a diferença diminuiu em 2013 em relação às pesquisas anteriores. No período entre 1998 e 2013, foi observada uma redução maior na quantidade de atendimentos realizados por pessoas não ocupadas. A quantidade de internações foi maior para pessoas ocupadas somente em 2003 e 2008. Em todo o período pesquisado, o número de internações realizadas em 12 meses aumentou mais para pessoas não ocupadas do que para pessoas ocupadas.

Na Tabela 41 foram apresentados os resultados médios da quantidade de atendimentos e internações segundo os quintis de renda de forma padronizada para todos os anos pesquisados e os Índices de Concentração para estas variáveis.

Tabela 41 – TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para a Quantidade de Atendimentos e Internações realizadas nos últimos 12 meses, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

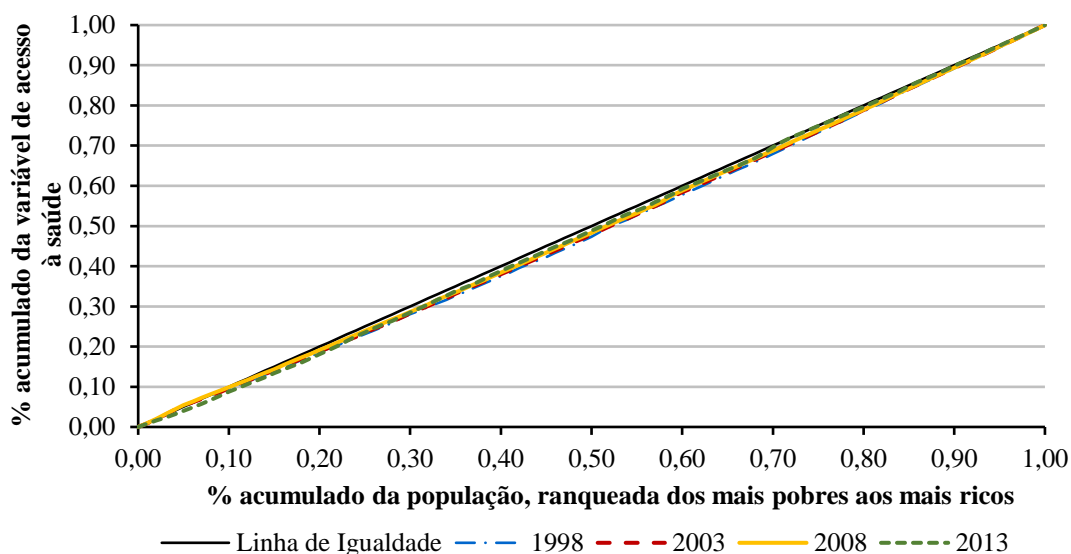
	1998		2003	
	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN
<b>RENDA PER CAPITA</b>				
Quintil mais baixo	3,699	1,279	3,801	1,325
2°	3,553	1,352	3,607	1,348
3°	3,554	1,308	3,628	1,246
4°	3,611	1,266	3,643	1,304
Quintil mais alto	3,763	1,215	3,828	1,250
<b>TOTAL</b>	<b>3,652</b>	<b>1,274</b>	<b>3,710</b>	<b>1,287</b>
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,013	-0,016	0,010	-0,015
CI(3)	0,017	-0,020	0,012	-0,019
CI(4)	0,019	-0,019	0,013	-0,021
	2008		2013	
	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN
<b>RENDA PER CAPITA</b>				
Quintil mais baixo	4,089	1,322	3,749	1,250
2°	3,537	1,427	3,552	1,145
3°	3,809	1,433	3,565	1,481
4°	3,902	1,381	3,620	1,219
Quintil mais alto	4,098	1,319	3,652	1,290
<b>TOTAL</b>	<b>3,860</b>	<b>1,374</b>	<b>3,622</b>	<b>1,312</b>
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	-0,010	0,019	0,016	-0,020
CI(3)	-0,024	0,033	0,021	-0,037
CI(4)	-0,032	0,044	0,025	-0,051

Fonte: Elaboração própria (2018).

Em relação ao número de atendimentos de saúde e internações efetivamente realizados, a análise indica uma baixa concentração pró-rica da quantidade de atendimentos, em todos os anos, e uma também baixa concentração, no entanto, pró-pobre da quantidade de internações, porém, mais concentrada. Para essas variáveis de acesso, a iniquidade vinha decrescendo entre 1998 e 2003, em 2008 os resultados não foram significativos, mas em 2013, foi possível verificar um aumento na concentração da quantidade de atendimentos de saúde realizados, indicando maior nível de iniquidade. Para a quantidade de internações o CI não foi significativo em 2013.

As Curvas de Concentração de Lorenz para a quantidade de atendimentos de saúde e internações realizadas no período de um ano foram apresentadas respectivamente nos Gráficos 52 e 53. Para a quantidade de atendimentos de saúde, embora seja possível perceber que as curvas se encontram abaixo da curva de igualdade em todos os anos, a distância é muito pequena, indicando uma concentração muito pequena dos atendimentos de saúde.

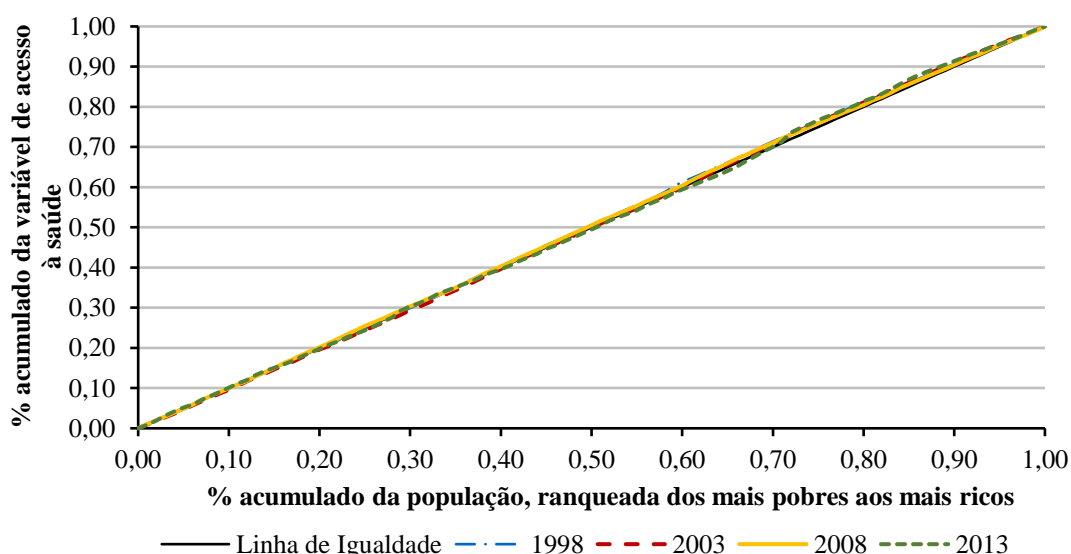
Gráfico 52 – Curva de Concentração de Lorenz para a Quantidade de Atendimentos por indivíduo nos últimos 12 meses, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

As Curvas de Concentração para a quantidade de internação são ainda mais próximas da curva de igualdade e não apresentam nenhum padrão de concentração nos anos estudados. Dessa forma, não foi verificada desigualdade renda relacionada na quantidade de internações realizadas no período de 12 meses.

Gráfico 53 – Curva de Concentração de Lorenz para a Quantidade de Internações por indivíduo nos últimos 12 meses, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).



As Tabelas 42 e 43, a seguir trazem a decomposição dos Índices de Concentração de Gini da quantidade de atendimentos e internações segundo os Determinantes Sociais de Saúde elencados para este trabalho. Além disso, trazem as desigualdades total e injusta para a na distribuição das variáveis de utilização de serviços de saúde estudadas.

Tabela 42 – TU7: Decomposição do Índice de Concentração de utilização de saúde: Quantidade de Atendimentos e Internações realizadas nos últimos 12 meses, modelo não linear, no Brasil, para os anos de 1998 e 2003

	1998		2003	
	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN
<b>VARIÁVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>				
Gênero	-0,002	0,000	-0,001	0,000
Idade	0,007	0,005	0,010	0,004
Cor	-0,003	-0,003	-0,001	-0,003
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,003</b>	<b>0,002</b>	<b>0,008</b>	<b>0,001</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>				
Ocupados	-0,003	0,000	-0,003	-0,002
<b>EDUCAÇÃO</b>				
Fundamental	0,002	0,004	0,005	0,004
Médio	-0,006	-0,007	-0,007	-0,004
Superior	-0,008	-0,007	-0,009	-0,010
Q_Moradores	-0,001	0,000	0,001	0,001
Plano	0,023	-0,005	0,026	0,003
<b>REGIÃO</b>				
Norte	0,001	0,000	0,001	0,000
Nordeste	0,004	0,000	0,002	0,000
Sul	0,000	0,000	-0,001	0,000
Centro-Oeste	0,000	0,000	0,000	0,000
Urbano	0,000	0,000	0,001	0,002
TipoDom	0,000	0,000	0,000	0,000
Canalização	0,000	0,000	0,000	0,000
Água Tratada	-0,001	0,000	-0,001	0,000
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	0,001	0,002	0,000	0,000
Lixo	0,002	-0,002	0,001	-0,002
Energia Elétrica	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,018</b>	<b>-0,013</b>	<b>0,018</b>	<b>-0,010</b>
Residual: erro na regressão	-0,006	-0,003	-0,008	-0,005
Residual: dados não declarados	0,019	0,007	0,011	0,014
Desigualdade (total)	0,034	-0,007	0,028	0,000
Desigualdade injustificada	0,012	-0,016	0,009	-0,015

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 43 – TU7: Decomposição do Índice de Concentração de utilização de saúde: Quantidade de Atendimentos e Internações realizadas nos últimos 12 meses, modelo não linear, no Brasil, para os anos de 2008 e 2013

	2008		2013	
	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN
<b>VARIAVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>				
Gênero	-0,007	-0,001	-0,017	0,002
Idade	0,024	0,015	0,007	-0,001
Cor	-0,001	-0,002	0,002	-0,006
Exercício	0,000	0,001	-0,001	-0,001
Tabaco	0,000	0,000	0,000	-0,001
Álcool			-0,007	-0,004
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,017</b>	<b>0,013</b>	<b>-0,015</b>	<b>-0,011</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>				
Ocupados	-0,003	-0,001	-0,001	0,004
<b>EDUCAÇÃO</b>				
Fundamental	0,000	0,001	0,002	0,004
Médio	0,002	0,002	0,001	0,003
Superior	0,000	0,000	-0,009	-0,014
Q_Moradores	0,005	0,005	0,006	-0,001
Plano	0,000	0,000	0,025	-0,010
Veículo	-0,001	-0,002	-0,001	0,001
PSF	-0,002	-0,001	-0,002	-0,002
<b>REGIÃO</b>				
Norte	-0,001	0,000	0,001	0,001
Nordeste	0,003	0,000	-0,002	0,000
Sul	0,000	0,001	0,000	0,000
Centro-Oeste	0,000	0,001	0,000	0,000
Urbano	0,002	-0,002	0,001	0,007
TipoDom	0,000	-0,001	0,000	0,000
Canalização	0,000	0,000	-0,001	0,004
Água Tratada	0,000	0,003	-0,003	0,001
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	-0,001	-0,002	0,001	0,001
Lixo	0,001	0,004	0,000	-0,006
Energia Elétrica	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,001</b>	<b>0,006</b>	<b>0,019</b>	<b>-0,010</b>
Residual: erro na regressão	-0,010	0,013	-0,003	-0,010
Residual: dados não declarados	0,014	-0,038	0,076	0,062
Desigualdade (total)	0,022	-0,006	0,077	0,032
Desigualdade injustificada	-0,009	0,019	0,016	-0,020

Fonte: Elaboração própria (2018).

A decomposição do índice mostrou que, em 1998 e 2003, os fatores de necessidade apresentaram baixas contribuições para a desigualdade, mas em 2008 e 2013, os valores se tornaram mais significativos, sendo que a concentração para a quantidade de atendimentos foi sempre maior do que para a quantidade de internações. Até 2008 a contribuição tinha sido pró-rica, tanto para atendimentos quanto para internações, sendo a idade o maior fator de contribuição. Em 2013, no entanto, a contribuição das variáveis de necessidade se tornou pró-pobre em ambos os casos e a variável gênero a que mais contribuiu para a concentração de

atendimentos de saúde e as variáveis cor e consumo de álcool as que apresentaram maior contribuição para a concentração da quantidade de internações.

O conjunto de variáveis de não necessidade contribuíram, em todos os anos, para maiores desigualdades na quantidade de atendimentos e internações efetivamente realizados, sendo que, com exceção de 2008, as concentrações sempre foram maiores para a quantidade de atendimentos e foi pró-rica, enquanto a concentração da quantidade de internações era pró-pobre. A concentração permaneceu praticamente constante ao longo do tempo, em ambos os casos e os fatores que apresentaram as maiores contribuições foram o nível de educação e a posse de plano de saúde.

A desigualdade total para o número médio de atendimentos apresentou concentração pró-rica e vinha decrescendo até 2008, mas voltou a aumentar em 2013. Considerando fatores injustos, esse mesmo padrão foi observado e a concentração até passou a ser pró-pobre em 2008, mas voltou a aumentar no último ano. Para as internações, a desigualdade total apontou uma concentração pró-pobre em 1998 e 2008, mas pró-rica e mais concentrada em 2013. Para fatores injustos, a concentração foi considerada pró-rica somente em 2008 e aumentou ao longo dos anos.

#### 6.2.2.2. Formas de Custeio do Acesso aos Atendimentos de Saúde

A seguir, serão apresentadas as formas de acesso e custeio por parte dos indivíduos aos atendimentos de saúde por meio de quatro variáveis que se referem à realização desse atendimento por meio do setor público ou privado de saúde e as formas de custeio foram: cobertura por plano privado, pagamento realizado diretamente pelo indivíduo ou atendimento realizado pelo SUS. Todas as variáveis são binárias e, no caso da variável que se refere ao tipo de atendimento, foi atribuído valor 1 para atendimentos realizados pelo setor privado e 0 para o setor público. Desta forma, como expresso nas Tabelas, um aumento do percentual dessa variável implica necessariamente um aumento dos atendimentos privados e uma redução dos atendimentos públicos.

A Tabela 44 apresenta o percentual dessas variáveis para as características consideradas familiares. Todos os resultados foram estaticamente significativos ao nível de 1% de significância.

Tabela 44 – TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Setor do Atendimento (Setor Público ou Privado) e Forma de Custeio (Plano de Saúde, Desembolso, pelo SUS), no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998				2003				2008				2013			
	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>																
Urbana	0,464	0,303	0,160	0,482	0,419	0,287	0,150	0,560	0,443	0,292	0,192	0,536	0,411	0,324	0,151	0,574
Rural	0,259	0,067	0,149	0,711	0,212	0,060	0,139	0,771	0,213	0,061	0,154	0,781	0,172	0,059	0,132	0,814
<b>REGIÃO</b>																
Norte	0,332	0,151	0,144	0,604	0,271	0,149	0,107	0,688	0,291	0,149	0,137	0,679	0,269	0,184	0,115	0,701
Nordeste	0,295	0,168	0,100	0,661	0,264	0,148	0,104	0,714	0,296	0,160	0,140	0,692	0,291	0,183	0,120	0,694
Sudeste	0,502	0,346	0,146	0,436	0,456	0,332	0,133	0,525	0,476	0,333	0,181	0,500	0,435	0,359	0,137	0,554
Sul	0,478	0,254	0,255	0,512	0,456	0,268	0,244	0,540	0,449	0,261	0,270	0,536	0,401	0,289	0,215	0,584
Centro-Oeste	0,426	0,216	0,225	0,492	0,398	0,229	0,220	0,566	0,415	0,242	0,249	0,563	0,388	0,301	0,192	0,589
<b>RENDA PER CAPITA</b>																
Quintil mais baixo	0,218	0,100	0,077	0,742	0,160	0,082	0,058	0,817	0,212	0,114	0,103	0,771	0,274	0,199	0,104	0,713
2º	0,193	0,068	0,081	0,774	0,152	0,059	0,075	0,833	0,178	0,084	0,099	0,810	0,366	0,307	0,127	0,624
3º	0,299	0,140	0,133	0,659	0,276	0,147	0,121	0,708	0,318	0,173	0,159	0,666	0,215	0,138	0,112	0,767
4º	0,481	0,308	0,175	0,455	0,433	0,273	0,175	0,550	0,440	0,266	0,210	0,541	0,359	0,256	0,152	0,633
Quintil mais alto	0,793	0,572	0,266	0,156	0,777	0,593	0,259	0,199	0,769	0,556	0,311	0,202	0,616	0,489	0,220	0,363
<b>TOTAL</b>	0,433	0,268	0,158	0,515	0,394	0,259	0,148	0,585	0,413	0,262	0,187	0,567	0,383	0,292	0,149	0,603

Fonte: Elaboração própria (2018).

Nos centros urbanos, em 1998, a proporção de atendimentos de saúde realizados pelo setor privado de saúde era maior do que nas áreas rurais e, apesar de diminuírem ao longo dos anos, em ambas as áreas, a redução foi maior na área rural do que na área urbana. Essas transformações implicam um crescimento dos atendimentos realizados pelo setor público, que foi maior nas áreas rurais. Em 1998, o número de atendimentos de saúde realizados pelo setor público de saúde já era maior na zona rural.

Entre as regiões, os atendimentos privados sempre foram maiores nas regiões Sudeste e Sul, sendo que, ao longo do tempo, a proporção de atendimentos privados se reduziu mais na região Sul e no Sudeste. As regiões com menor percentual de atendimentos privados, e conseqüentemente, maior proporção de atendimentos públicos foram sempre as regiões Norte e Nordeste. A região Nordeste apresentou a menor proporção de atendimentos privados em 1998 e 2003, mas, a partir de 2008, essa posição passou ocupada pela região Norte. Nesse período, a proporção de atendimentos públicos cresceu mais na região Sul e menos na região Nordeste.

Nos quintis de renda, entre 1998 e 2008, foi verificada uma relação crescente entre o nível de renda e a proporção de atendimentos privados e, conseqüentemente, inversa para a proporção de atendimentos públicos. Entre 1998 e 2008, a proporção de atendimentos privados vinha decrescendo em todos os quintis, exceto no 3º quintil, que apresentou um crescimento. Paralelamente, a proporção de atendimentos públicos crescia e o maior aumento foi observado no quintil de renda mais alta.

Em 2013, o total de atendimentos privados de saúde decresceu no 5º quintil de renda, ou seja, a proporção de atendimentos públicos aumentou. O 3º quintil superou a proporção de atendimentos públicos do 1º e do 2º quintil. Ou seja, houve um decréscimo da proporção de atendimentos públicos no 1º e no 2º quintil de renda entre 2008 e 2013, e um aumento nos demais quintis. No quintil de renda mais alta, a proporção de atendimentos públicos cresceu 66,2% entre 2008 e 2013.

No total da população, a proporção de atendimentos privados decresceu de 43,3% em 1998, para 38,3% em 2013. O total de atendimentos públicos cresceu de 56,7% para 61,7%, o maior percentual observado nas quatro pesquisas.

Entre as formas de custeio, a proporção da cobertura do atendimento por plano de saúde foi sempre maior nas áreas urbanas do que nas áreas rurais e as diferenças aumentaram ao longo do tempo. A proporção de pagamento realizado diretamente pelo indivíduo também apresentou este perfil, embora, para esta segunda categoria a diferença tenha sido menor. Nas áreas urbanas a cobertura por plano de saúde superou o pagamento direto, em todo o período, enquanto nas

áreas rurais, o pagamento direto foi superior à cobertura por plano de saúde. Entre 1998 e 2013, a proporção de atendimentos realizados pelo SUS sempre foi maior nas áreas rurais.

Entre 1998 e 2003, o percentual de atendimentos financiados por plano de saúde e pagamentos diretos se reduziram, tanto nas áreas urbanas como nas áreas rurais, sendo a maior intensidade observada no campo, para ambas as categorias. Enquanto, a proporção de atendimentos realizados pelo SUS cresceu e o crescimento foi maior nas áreas urbanas. Entre 2003 e 2008, no entanto, foi observado um crescimento do custeio por plano de saúde e pagamento direto, em ambas as áreas. O custeio por plano de saúde cresceu mais no campo do que nas cidades e o pagamento direto cresceu mais nas cidades, embora, em ambas as zonas, o crescimento do pagamento direto tenha sido maior. Entre 2003 e 2008, os atendimentos realizados pelo SUS decresceram nas zonas urbanas, mas continuaram a aumentar nas zonas rurais.

Entre 2008 e 2013, o crescimento do custeio por plano de saúde cresceu nas cidades, mas se reduziu no campo, mais do que havia crescido no período anterior. O pagamento direto apresentou decréscimo em ambas as áreas e a proporção de atendimentos realizados pelo SUS aumentou. O resultado líquido do período, foi um crescimento de 6,7% na declaração de cobertura por plano de saúde nas cidades e um decréscimo de 13,1% no campo; uma redução de 5,6% do pagamento direto nas cidades e 11,8% no campo e, um crescimento de 19,1% dos atendimentos realizados pelo SUS nas cidades e de 14,5% nas áreas rurais.

Entre as regiões, em 1998, a cobertura dos atendimentos por plano de saúde foi maior na região Sudeste e menor na região norte. Entre 1998 e 2003, esse percentual decresceu nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste e cresceu nas demais regiões, mas, nos anos que se seguiram, foi observado um aumento para todas as regiões. Apesar disso, a maior cobertura continuou sendo observada no Sudeste e as menores, nas regiões Norte e Nordeste.

O custeio por pagamento direto em todo o período foi maior nas regiões Sul e Centro-Oeste e menor nas regiões Norte e Nordeste. Os percentuais para esta categoria oscilaram entre 1998 e 2013, em todas as regiões. A variação líquida do período indica uma redução desta forma de custeio, em todas as regiões.

Os atendimentos realizados pelo SUS foram mais frequentes nas regiões Nordeste e Norte, em todo o período e menos observados na região Sudeste. Houve um crescimento expressivo desses percentuais entre 1998 e 2003, em todas as regiões, mas, entre 2003 e 2008, esses percentuais voltaram a se reduzir, no último período houve um crescimento, menor do que o observado anteriormente. No período entre 1998 e 2013, foi verificado crescimento da proporção de atendimentos realizados pelo SUS em todas as regiões.

Embora, em todo o período, os atendimentos pelo SUS tenha representado o maior percentual, em todas as regiões, a proximidade dos percentuais de cobertura por plano e pagamento direto em relação ao percentual de atendimentos realizados pelo SUS foi maior nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste do que nas regiões Norte e Nordeste. Em 1998, na região Nordeste, a proporção de atendimentos realizados pelo SUS chegou a ser 6,6 vezes maior do que aqueles custeados por pagamento direto, enquanto nas regiões Sul e Centro-Oeste foi cerca de 2 vezes maior. O custeio por plano de saúde foi 4 vezes menor do que os atendimentos realizados pelo SUS tanto na região Nordeste como na Norte, enquanto na região Sudeste, era cerca de 1,3 vezes menor. E essas disparidades se mantiveram, durante todo o período.

Entre 1998 e 2008, para os percentuais de custeio de atendimentos de saúde por plano e pagamento direto foi observada uma relação positiva com o nível de renda familiar *per capita*, ainda que mais pessoas no 1º quintil tenham seus atendimentos cobertos por plano de saúde do que aqueles no 2º quintil. Para os atendimentos realizados pelo SUS, a relação de declaração foi inversamente proporcional ao nível de renda nesse período. Em 2013, essas relações não foram observadas.

Entre 1998 e 2003, somente houve crescimento da cobertura por plano de saúde no 3º e 5º quintis. Entre 2003 e 2008, foi verificado crescimentos nos três primeiros quintis e decréscimo entre os 40% mais ricos. No último período, o crescimento foi verificado apenas entre os 20% mais pobres.

Em 1998, com exceção do 2º quintil de renda, o pagamento direto foi menor do que a cobertura por atendimento de saúde em todos os níveis de renda. Entre 1998 e 2003, houve um decréscimo nas proporções dessa categoria em todos os quintis de renda, maiores para os três primeiros quintis. Entre 2003 e 2008, no entanto, foi verificado um aumento na proporção de atendimentos pagos diretamente, em todos os níveis de renda. Entre 2008 e 2013, o percentual de pagamento por atendimento de saúde continuou crescendo para aqueles no 1º e 2º quintil e passou a reduzir para os demais. Assim, a relação de crescimento com a renda não foi mais observada.

Entre 1998 e 2008, a proporção de atendimentos realizados pelo SUS foi maior no 2º e no 1º quintil e decrescia com a renda. Nesse período, enquanto o SUS foi a principal forma de realização dos atendimentos para os quatro primeiros quintis de renda, o percentual de atendimento pelo SUS para o 5º quintil foi inferior às demais formas de custeio. Entre 1998 e 2003, esse percentual cresceu para todos os quintis. Entre 2003 e 2008, o percentual cresceu

somente no 5º quintil e decrescia para os demais. E entre 2008 e 2013, foi verificado um decréscimo para o 1º e para o 2º quintil de renda e um aumento nos demais.

No total da população, houve um aumento de atendimentos cobertos por plano de saúde de 26,8% para 29,2%. O número de atendimentos custeados pelo pagamento direto aumentou de 15,8% para 18,7% entre 1998 e 2008, mas reduziu-se para 14,9% em 2013. E o percentual de atendimentos pelo SUS cresceu, ao longo do período, de 51,5% para 60,3%.

A Tabela 45 apresenta os mesmos resultados para as características do indivíduo. Todos os resultados encontrados foram significativos ao nível de 1% de significância. Os atendimentos privados foram maiores para os homens, em todo o período, contudo, as diferenças observadas foram pequenas. O percentual de atendimentos de saúde realizados pelo setor privado reduziu mais para os homens, entre 1998 e 2013.

Em relação à idade, em 1998 e 2003, a relação entre a proporção de pessoas na faixa etária que realizou atendimento de saúde pelo setor privado e a idade tendia a crescer entre 0 e 34 anos e passava a decrescer a partir de 35 anos. Em 2008, o crescimento proporcional à idade foi observado entre 0 e 29 anos, o percentual de utilização do setor privado foi aproximadamente igual entre 25 e 44 anos e depois apresentava uma tendência de queda. Em 2013, a tendência de crescimento com a idade foi observada entre 0 e 39 anos e, a partir dos 50, voltou a decrescer. No entanto, em todo o período, o percentual de atendimentos de saúde por meio realizado pelo setor privado foi maior entre idosos com mais de 65 anos em relação aos demais adultos a partir de 45 anos.

Ou seja, adultos de idade avançada e crianças e adolescentes apresentaram ao longo de todo o período uma maior proporção de atendimentos realizados pelo setor público de saúde. Os maiores percentuais foram observados entre crianças e adolescentes de 0 a 14 anos. E, o maior percentual de atendimentos de saúde realizados pelo setor privado ocorreu entre jovens e adultos de 25 a 44 anos. Com exceção da faixa etária de 0 a 5 anos de idade, entre 1998 e 2013, foi observado um aumento do percentual de atendimentos realizados pelo setor público de saúde em todas as demais classes de idade. Os maiores crescimentos foram verificados entre jovens de 15 a 19 anos e adultos entre 50 e 54 anos. O menor crescimento ocorreu entre adultos de 35 a 39 anos.

Os atendimentos de saúde realizados pelo setor privado de saúde foram sempre maiores entre brancos do que não brancos, porém, a diferença diminuiu ao longo do tempo. Mas, houve uma redução da proporção de atendimentos privados para ambas as categorias. Em 1998, a proporção dos atendimentos realizados pelo setor público era 1,5 vezes maior para não brancos em relação aos brancos, em 2013, essa diferença havia se reduzido para 1,3 vezes.



Tabela 45 – TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Setor do Atendimento (Setor Público ou Privado) e Forma de Custeio (Plano de Saúde, Desembolso, pelo SUS), no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998				2003				2008				2013			
	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS
<b>GÊNERO</b>																
Homem	0,439	0,258	0,162	0,510	0,398	0,248	0,154	0,581	0,415	0,257	0,188	0,563	0,392	0,292	0,153	0,593
Mulher	0,430	0,275	0,156	0,518	0,392	0,266	0,145	0,587	0,412	0,265	0,187	0,570	0,377	0,292	0,146	0,609
<b>IDADE</b>																
0-5	0,325	0,231	0,095	0,609	0,285	0,208	0,081	0,698	0,316	0,249	0,100	0,669	0,337	0,294	0,109	0,652
6-14	0,386	0,222	0,148	0,556	0,327	0,206	0,132	0,649	0,332	0,194	0,165	0,649	0,328	0,262	0,103	0,665
15-19	0,429	0,221	0,184	0,515	0,381	0,210	0,176	0,587	0,421	0,216	0,223	0,567	0,337	0,245	0,138	0,646
20-24	0,453	0,238	0,191	0,499	0,425	0,247	0,178	0,551	0,445	0,249	0,217	0,532	0,392	0,269	0,172	0,589
25-29	0,480	0,283	0,183	0,480	0,462	0,283	0,180	0,525	0,486	0,289	0,219	0,500	0,433	0,330	0,173	0,549
30-34	0,498	0,300	0,190	0,467	0,461	0,299	0,171	0,522	0,462	0,295	0,203	0,524	0,435	0,337	0,193	0,553
35-39	0,488	0,306	0,188	0,465	0,450	0,295	0,180	0,525	0,451	0,287	0,195	0,534	0,443	0,345	0,151	0,540
40-44	0,476	0,313	0,160	0,470	0,444	0,289	0,166	0,539	0,466	0,287	0,221	0,510	0,407	0,326	0,139	0,578
45-49	0,455	0,294	0,162	0,488	0,422	0,294	0,157	0,557	0,427	0,275	0,195	0,549	0,380	0,297	0,152	0,595
50-54	0,458	0,304	0,162	0,492	0,406	0,283	0,145	0,571	0,419	0,262	0,194	0,563	0,375	0,289	0,131	0,603
55-59	0,437	0,294	0,143	0,518	0,399	0,279	0,140	0,586	0,409	0,275	0,178	0,565	0,363	0,280	0,138	0,625
60-64	0,436	0,285	0,155	0,504	0,369	0,267	0,128	0,608	0,397	0,259	0,190	0,577	0,369	0,257	0,151	0,621
65+	0,454	0,285	0,161	0,505	0,413	0,281	0,153	0,571	0,421	0,286	0,194	0,554	0,395	0,280	0,178	0,596
<b>COR</b>																
Não Branco	0,304	0,173	0,108	0,643	0,270	0,159	0,107	0,705	0,310	0,180	0,148	0,670	0,293	0,209	0,120	0,692
Branco	0,524	0,335	0,193	0,428	0,490	0,337	0,180	0,494	0,506	0,336	0,223	0,475	0,468	0,371	0,176	0,518
<b>EDUCAÇÃO</b>																
Menos de 4 anos	0,259	0,114	0,104	0,711	0,247	0,147	0,093	0,738	0,283	0,165	0,139	0,700	0,246	0,165	0,117	0,746
Fundamental	0,444	0,261	0,174	0,504	0,367	0,221	0,152	0,613	0,427	0,246	0,207	0,559	0,330	0,221	0,149	0,661
Médio	0,727	0,522	0,248	0,215	0,653	0,473	0,233	0,320	0,612	0,410	0,258	0,360	0,497	0,402	0,177	0,478
Superior ou mais	0,893	0,628	0,313	0,067	0,901	0,707	0,283	0,075	0,858	0,642	0,333	0,120	0,782	0,649	0,243	0,196
<b>OCUPADOS</b>																
Desocupados	0,365	0,227	0,141	0,555	0,294	0,191	0,099	0,674	0,364	0,234	0,168	0,615	0,232	0,169	0,129	0,742
Ocupados	0,504	0,294	0,197	0,451	0,472	0,298	0,189	0,507	0,482	0,292	0,225	0,499	0,454	0,349	0,176	0,527
<b>TOTAL</b>	0,433	0,268	0,158	0,515	0,394	0,259	0,148	0,585	0,413	0,262	0,187	0,567	0,383	0,292	0,149	0,603

Fonte: Elaboração própria (2018).

Em relação ao nível de educação, em todos os anos pesquisados a proporção de atendimentos realizados pelo setor privado de saúde aumentou com os anos de educação. Entre 1998 e 2003, houve uma redução do percentual de atendimentos privados para todas as categorias de educação, exceto para aqueles com nível superior, que apresentou um aumento. Entre 2003 e 2008, somente as duas categorias de educação mais baixas apresentaram crescimento e, entre 2008 e 2013, todas as classes apresentaram redução no percentual de atendimentos realizados pelo setor privado. No período entre 1998 e 2013, foi observado um decréscimo no percentual de atendimentos privados para todas as categorias de educação e, conseqüentemente, um aumento na proporção de atendimentos públicos.

Em relação à ocupação no mercado de trabalho, a proporção de atendimentos realizados pelo setor privado foi maior entre pessoas ocupadas, em todos os anos, e a diferença aumentou ao longo do tempo. E a proporção de atendimentos realizados pelo setor público de saúde cresceu para ambas as categorias, mas o aumento foi maior para não ocupados.

Em relação às formas de pagamento, para homens e mulheres, o maior percentual de atendimentos foi realizado pelo SUS, em todos os anos, a segunda forma mais frequente de custeio foram os planos de saúde e, por fim, pagamentos diretos. No entanto, os percentuais de pagamento direto foram sempre maiores entre os homens do que entre as mulheres e a cobertura por plano de saúde e atendimentos realizados pelo SUS foram maiores entre mulheres, ainda que as diferenças tenham sido pequenas.

O percentual de atendimentos custeados por plano de saúde cresceu mais para os homens no período de 1998 a 2013. E o percentual de atendimentos custeados por pagamento direto, apesar de ter aumentado em 2008 em relação aos anos anteriores, apresentou uma variação negativa ao longo de todo o período e o decréscimo foi maior entre mulheres. A proporção de atendimento realizados pelo SUS aumentou para ambos os gêneros, mais para as mulheres.

Entre as formas de pagamento, em 1998 e 2003, os percentuais de atendimentos cobertos por plano de saúde foram semelhantes para indivíduos de 0 a 24 anos e foram os menores percentuais observados entre todas as faixas etárias. Nesses anos, os maiores percentuais para esta categoria de custeio foram observados entre indivíduos de 30 a 59 anos (1998) e entre 30 e 49 anos (2003). Jovens entre 25 e 29 anos, adultos de idade mais avançada e idosos apresentaram cobertura mediana em ambos os anos.

A partir de 2008, o percentual de cobertura dos atendimentos de crianças de 0 a 5 anos passou a crescer mais de forma mais acelerada do que o percentual de cobertura entre aqueles abaixo de 24 anos, mas ainda integrava o grupo das menores taxas de cobertura de atendimento

por plano privado, mas, em 2013, passou a integrar o grupo de taxas medianas. Nesse ano, as menores coberturas foram observadas entre indivíduos de 6 a 24 anos e idosos de 60 a 64 anos.

Em 2008, também foi possível perceber uma redução da idade daqueles que apresentaram as maiores taxas de cobertura de atendimentos de saúde por plano privado, ficando entre 25 e 44 anos, em ambas as pesquisas. Em 2008 ainda foi observada uma elevação da taxa de cobertura entre idoso acima de 65 anos.

Ao longo de todo o período, a cobertura dos atendimentos de saúde por plano privado cresceu para indivíduos entre 0 e 49 anos e decresceu para aqueles acima de 50 anos. O maior crescimento foi observado na faixa etária de 0 a 5 anos e a maior redução entre idosos de 60 a 64 anos.

Para os atendimentos custeados por pagamento direto, as discrepâncias entre as faixas etárias foram menores do que as observadas para a cobertura por plano de saúde. As menores taxas de pagamento por atendimento de saúde foram observadas entre indivíduos de 0 a 14 anos, em todos os anos, e as maiores taxas de pagamento direto foram observadas nas faixas etárias de 15 a 39 anos, em 1998 e 2003, e de 15 a 34 anos, em 2008 e 2013. Em 2008, indivíduos entre 40 e 44 anos também apresentaram taxas mais altas de pagamento direto e, em 2013, a taxa também foi alta para idosos acima de 65 anos. Assim como na cobertura por plano de saúde, adultos e idosos apresentaram taxas intermediárias de pagamento por atendimento de saúde.

Em 2003, foi verificado um decréscimo da taxa de pagamento em todas as faixas etárias. Entre 2003 e 2008, o crescimento das taxas foi mais acelerado e os percentuais superaram aqueles observados em 1998. Em 2013, foi verificada uma redução no percentual de pagamento direto aos atendimentos de saúde em relação à pesquisa de 2008, contudo, o decréscimo foi mais intenso nas faixas etárias centrais.

O resultado líquido da variação entre 1998 e 2013 indicou uma redução do pagamento por atendimentos de saúde em quase todas as faixas etárias. Nesse período foi registrado crescimento do percentual entre crianças de 0 a 5 anos, adultos de 30 a 34 anos e idosos acima de 65 anos.

Os atendimentos realizados pelo SUS apresentou, em todos os anos, uma tendência decrescente com a idade entre crianças e adultos, mas que voltava a crescer novamente entre os mais velhos. Em 1998, a maior taxa de atendimentos realizados pelo SUS ocorreu entre crianças de 0 a 5 anos e o ponto de inflexão ficou entre 30 e 44 anos, o maior percentual entre aqueles acima de 45 anos ocorreu na faixa etária de 55 a 59 anos. Em 2003, o maior percentual de atendimentos realizados pelo SUS ocorreu na faixa etária de 0 a 5 anos e decrescia até as faixas

etárias entre 25 e 39 anos, voltando a crescer a partir de então, o maior percentual foi novamente observado entre idosos de 60 a 64 anos.

Em 2008, a cobertura do SUS para atendimentos de saúde foi maior entre crianças menores de 5 anos e decrescia até indivíduos de 25 a 44 anos, a partir de 45 anos voltava a crescer. E, em 2013, o maior percentual de atendimentos de saúde pelo SUS ocorreu entre crianças e adolescentes de 6 a 14 anos, a menor taxa ocorreu entre adultos de 35 a 39 anos e voltava a crescer. Entre 1998 e 2013, foi observado um crescimento da proporção de atendimentos realizados pelo SUS em todas as faixas etárias. Os maiores crescimentos foram observados entre 15 e 19 anos e entre adultos de 40 a 64 anos.

Entre brancos e não brancos, os atendimentos realizados pelo SUS foram predominantes, em todos os anos, seguidos de cobertura dos atendimentos por plano de saúde e, por último, pagamento direto. No entanto, a diferença na cobertura de plano de saúde foi maior do que para pagamentos diretos ou utilização do SUS.

A cobertura dos atendimentos de saúde por plano privado cresceu mais no período entre não brancos. O pagamento direto por atendimentos de saúde apresentou uma diferença menor ao longo do período e cresceu mais entre indivíduos brancos. A utilização do SUS foi maior entre não brancos, em todos os anos e a diferença diminuiu ao longo do tempo. E no período o crescimento dessa forma de realização de atendimentos cresceu mais entre não brancos.

A proporção de cobertura por plano de saúde dos atendimentos foi diretamente proporcional ao nível de educação dos indivíduos, em todos os anos, assim como a proporção de pagamentos diretos, mas, o percentual de atendimentos realizados pelo SUS decresceu em relação ao número de anos estudados.

O percentual de atendimentos custeados pelo pagamento direto só superou o percentual de atendimentos realizados pelo SUS na categoria de educação superior. Ao longo do tempo, atendimentos cobertos por plano de saúde cresceram mais para aqueles com menos de 4 anos de educação. A proporção de atendimentos custeados com pagamento cresceu apenas para pessoas com menos de 4 anos de educação e decresceu para as demais categorias. Os atendimentos realizados pelo SUS cresceram em todas as categorias e cresceu mais para aqueles com maior nível de educação.

Atendimentos cobertos por plano de saúde ou custeados por pagamento direto foram maiores entre pessoas ocupadas e atendimentos realizados pelo SUS foram maiores entre pessoas não ocupadas no mercado de trabalho, em todo o período. As diferenças cresceram ao longo do tempo para o percentual de atendimentos cobertos por plano de saúde. Entre 1998 e 2013, o percentual de atendimentos cobertos por plano de saúde decresceu para não ocupados

e aumentou para ocupados, fazendo com que a proporção de pessoas ocupadas fosse maior que o percentual de atendimentos cobertos entre não ocupados em 2013.

Para atendimentos custeados por pagamento, apesar da proporção ter sido maior para ocupados em 1998 e ter crescido em 2003, o decréscimo total do período foi maior para pessoas ocupadas. Assim, em 2013, o percentual de atendimentos custeados por pagamento direto ainda foi superior entre pessoas ocupadas. A proporção de atendimentos realizados pelo SUS foi maior para pessoas não ocupadas em 1998. No período entre 1998 e 2013, esse percentual cresceu para ambas as categorias, mais para não ocupados, o que distanciou ainda mais a proporção de atendimentos realizados pelo SUS entre pessoas ocupadas e não ocupadas no mercado de trabalho.

Na Tabela 46 foram apresentados os resultados padronizados das variáveis discutidas nesta seção para os quintis de renda e os respectivos Índices de Concentração.

Tabela 46 – TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para o Setor do Atendimento (Setor Público ou Privado) e a Forma de Custeio (Plano de Saúde, Desembolso, pelo SUS), no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

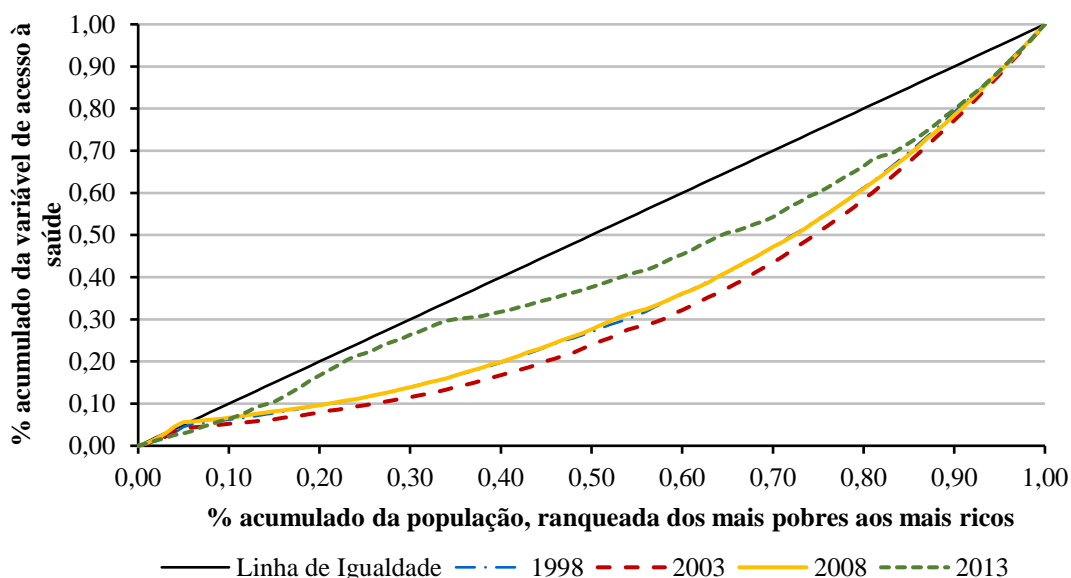
	1998				2003			
	PRIV_A	COBER_A	PAG_A	SUS_A	PRIV_A	COBER_A	PAG_A	SUS_A
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,358	0,178	0,147	0,582	0,271	0,149	0,106	0,700
2º	0,265	0,089	0,122	0,711	0,203	0,073	0,105	0,786
3º	0,353	0,157	0,172	0,612	0,317	0,158	0,144	0,667
4º	0,510	0,300	0,203	0,432	0,472	0,284	0,199	0,510
Quintil mais alto	0,799	0,565	0,276	0,147	0,782	0,579	0,274	0,196
<b>TOTAL</b>	0,536	0,328	0,207	0,413	0,490	0,317	0,192	0,489
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,226	0,323	0,167	-0,293	0,269	0,362	0,211	-0,268
CI(3)	0,316	0,453	0,240	-0,408	0,377	0,497	0,310	-0,373
CI(4)	0,357	0,511	0,282	-0,454	0,428	0,553	0,364	-0,418
	2008				2013			
	PRIV_A	COBER_A	PAG_A	SUS_A	PRIV_A	COBER_A	PAG_A	SUS_A
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,109	0,019	0,083	0,874	0,224	0,173	0,096	0,784
2º	0,110	0,007	0,089	0,883	0,292	0,157	0,123	0,721
3º	0,174	0,060	0,118	0,795	0,223	0,147	0,103	0,764
4º	0,179	0,038	0,116	0,810	0,377	0,266	0,157	0,613
Quintil mais alto	0,355	0,108	0,231	0,618	0,593	0,477	0,226	0,389
<b>TOTAL</b>	0,137	0,028	0,100	0,847	0,437	0,331	0,175	0,550
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,141	0,284	0,088	-0,024	0,223	0,265	0,186	-0,174
CI(3)	0,170	0,291	0,100	-0,030	0,319	0,381	0,268	-0,248
CI(4)	0,178	0,236	0,098	-0,031	0,374	0,445	0,315	-0,288

Fonte: Elaboração própria (2018).

Entre as formas de acesso foi possível altos níveis de iniquidade. A busca por atendimento no setor privado de saúde apresentou concentração pró-rica ao longo de todo o período, cresceu entre 1998 e 2003, e apesar de ter apresentado uma queda em 2008, voltou a crescer no último ano estudado. atendimentos realizados por plano de saúde apresentaram os maiores Índices de Concentração entre todas as formas de acesso e a concentração foi pró-rica em todos os anos. Essa forma de acesso também apresentou maior nível de iniquidade em 2003 em relação a 1998, mas apresentou tendência de queda até 2013. atendimentos custeados por pagamento direto evidenciaram um menor nível de iniquidade, tanto em relação aos atendimentos cobertos por plano de saúde, quanto em relação àqueles realizados pelo SUS, e a concentração foi pró-rica em todos os anos. atendimentos realizados pelo SUS apresentaram concentração pró-pobre durante todo o período e uma tendência de queda dessa concentração desde 1998.

No Gráfico 54, é possível perceber que todas as curvas estão concentradas abaixo e afastadas da linha de igualdade, indicando altos níveis de desigualdade.

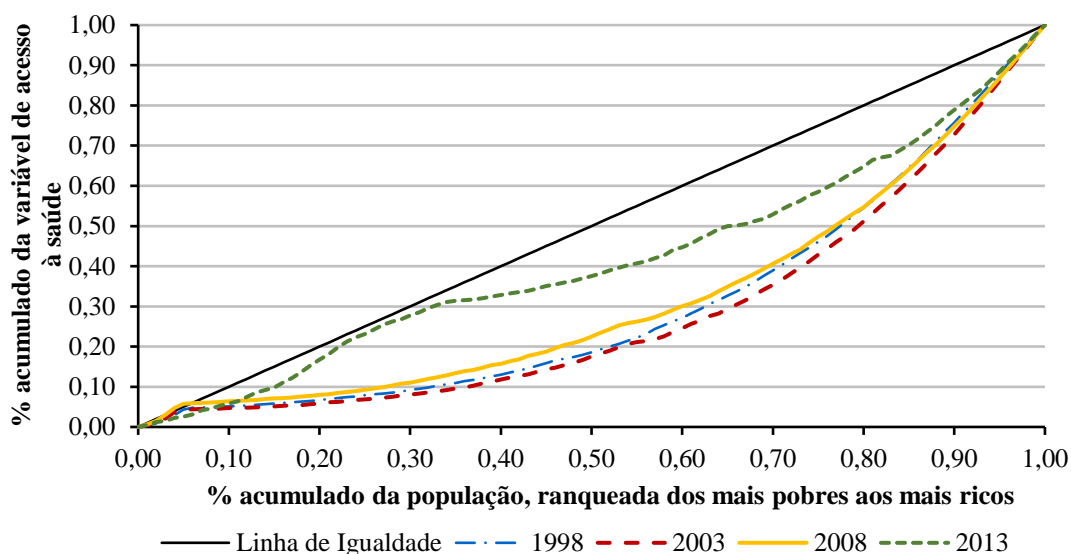
Gráfico 54 – Curva de Concentração de Lorenz para os Atendimentos Privados, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

Assim como apontam os CIs para os atendimentos de saúde cobertos por plano de saúde, as Linhas de Concentração de Lorenz, no Gráfico 55, evidenciam uma desigualdade pró-rica e maior em 2003 do que em 1998, mas, também, uma desigualdade que passou a decrescer até 2013 e se tornou menor do que a observada no início do período.

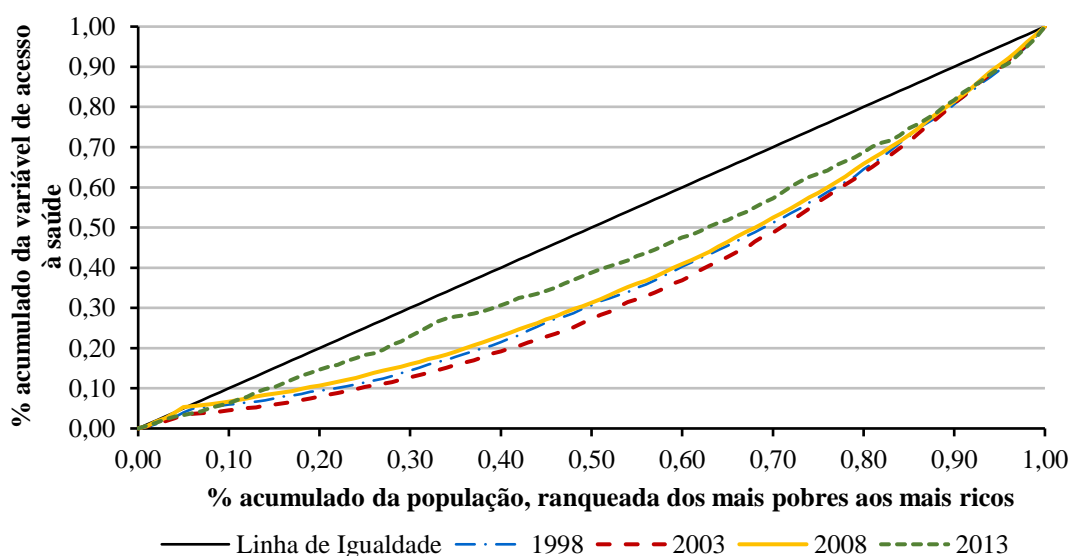
Gráfico 55 – Curva de Concentração de Lorenz para os Atendimentos Cobertos por Plano de Saúde, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

A desigualdade observada para os atendimentos custeados por pagamento direto também foi pró-rica, mas menor do que a desigualdade da cobertura por plano de saúde. Isso é evidenciado por menores Índices de Concentração e por curvas mais próximas da linha de igualdade, como mostra o Gráfico 56.

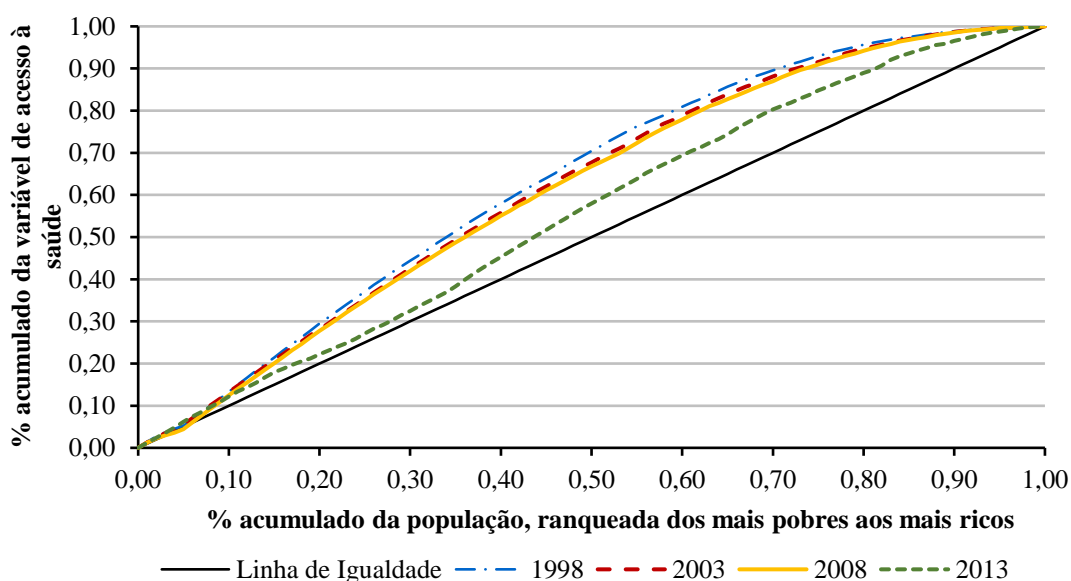
Gráfico 56 – Curva de Concentração de Lorenz para os Atendimentos realizados por meio de Desembolso, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

A desigualdade na realização de atendimentos pelo SUS foi pró-pobre em todo o período, como mostram as curvas acima da linha de igualdade no Gráfico 57 e os CIs. A concentração pró-pobre desse tipo de atendimento decresceu entre 1998 e 2008 se tornando consideravelmente pequena em relação aos dois primeiros anos pesquisados, mas voltou a crescer em 2013, ainda que tenha permanecido menos desigual do que no início do período.

Gráfico 57 – Curva de Concentração de Lorenz para os Atendimentos realizados pelo SUS, no Brasil, para os anos 1998, 2003, 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria (2018).

As Tabelas 47 e 48 trazem os Índices de Concentração decompostos por fatores de padronização e normalização, o total da desigualdade que incorpora fatores não apresentados no trabalho e o total da desigualdade considerada injusta. A decomposição do Índice de concentração evidenciou que, com exceção dos atendimentos cobertos por plano de saúde, as demais formas de acesso aos atendimentos de saúde apresentaram, tanto para o conjunto de variáveis de necessidade como para o de variáveis de não necessidade, o mesmo perfil da concentração da desigualdade total. Porém, as desigualdades geradas por fatores de não necessidade foram muito superiores às observadas para fatores de necessidade. Para o acesso realizado por plano de saúde, fatores de necessidade não apresentaram desigualdade em 1998 e fatores de não necessidade apresentaram uma contribuição pequena e pró-pobre; em 2008, a desigualdade foi pró-pobre para fatores de necessidade e inexistente para os fatores de não necessidade; e, em 2013, fatores de necessidade também não estiveram associados a um padrão de desigualdade.



Entre as variáveis de necessidade de saúde, as maiores contribuições para a iniquidade das formas de acesso foram associadas à cor e à idade dos indivíduos e, entre os fatores de não necessidade, as maiores contribuições foram observadas para o nível de educação e a posse de plano de saúde.

Tabela 47 – TU7: Decomposição do Índice de Concentração de utilização de saúde: Setor do atendimento (Setor Público ou Privado) e Forma de Custeio (Plano de Saúde, Desembolso, pelo SUS), modelo não linear, no Brasil, para os anos de 1998 e 2003

	1998				2003			
	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS
<b>VARIÁVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>								
Gênero	0,000	0,000	0,000	-0,001	0,001	0,000	0,001	-0,001
Idade	-0,002	0,001	-0,002	0,001	-0,002	0,001	-0,001	0,002
Cor	0,008	-0,001	0,014	-0,007	0,013	0,002	0,016	-0,012
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,007</b>	<b>0,000</b>	<b>0,012</b>	<b>-0,007</b>	<b>0,012</b>	<b>0,003</b>	<b>0,016</b>	<b>-0,010</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>								
Ocupados	0,006	0,000	0,006	-0,004	0,009	0,000	0,014	-0,007
<b>EDUCAÇÃO</b>								
Fundamental	-0,009	-0,004	-0,020	0,014	-0,009	-0,007	-0,023	0,012
Médio	0,027	0,002	0,045	-0,039	0,026	0,001	0,043	-0,029
Superior	0,039	-0,001	0,065	-0,057	0,055	0,016	0,055	-0,061
Q_Moradores	0,008	0,002	0,009	-0,005	0,019	0,001	0,024	-0,017
Plano	0,145	0,000	-0,025	-0,195	0,179	0,000	0,004	-0,190
<b>REGIÃO</b>								
Norte	0,000	0,001	-0,002	0,001	-0,001	0,000	-0,001	0,001
Nordeste	0,004	0,000	0,003	-0,005	-0,003	0,000	-0,004	0,003
Sul	0,000	0,000	0,003	0,000	0,003	0,000	0,011	-0,003
Centro-Oeste	0,000	0,000	-0,001	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000
Urbano	-0,003	0,000	-0,004	0,005	-0,001	0,000	-0,005	0,001
TipoDom	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Canalização	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Água Tratada	0,004	0,001	0,006	-0,005	0,000	0,000	0,002	-0,001
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	-0,001	-0,001	-0,002	-0,001	0,006	0,001	0,000	-0,006
Lixo	0,001	0,001	-0,007	-0,002	0,001	0,001	0,001	-0,001
Energia Elétrica	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,226</b>	<b>-0,001</b>	<b>0,087</b>	<b>-0,309</b>	<b>0,289</b>	<b>0,015</b>	<b>0,127</b>	<b>-0,306</b>
Residual: erro na regressão	-0,003	0,012	0,079	0,018	-0,024	0,016	0,082	0,041
Residual: dados não declarados	0,074	0,395	0,091	0,038	0,075	0,407	0,077	0,040
Desigualdade (total)	0,305	0,407	0,270	-0,260	0,351	0,442	0,302	-0,235
Desigualdade injustificada	0,224	0,012	0,167	-0,291	0,265	0,031	0,209	-0,265

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 48 – TU7: Decomposição do Índice de Concentração de utilização de saúde: Setor do Atendimento (Setor Público ou Privado) e Forma de Custeio (Plano de Saúde, Desembolso, pelo SUS), modelo não linear, no Brasil, para os anos de 2008 e 2013

	2008				2013			
	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS
<b>VARIAVEIS DE PADRONIZAÇÃO</b>								
Gênero	0,004	0,001	0,004	-0,001	0,005	0,002	0,001	-0,004
Idade	0,032	-0,021	0,055	-0,004	-0,008	-0,010	-0,010	0,008
Cor	-0,003	0,000	-0,001	0,001	0,009	0,010	0,007	-0,006
Exercício	0,000	0,000	0,000	0,000	0,006	-0,005	0,009	-0,004
Tabaco	0,001	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Álcool					0,006	0,002	0,004	-0,004
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,034</b>	<b>-0,020</b>	<b>0,059</b>	<b>-0,004</b>	<b>0,019</b>	<b>0,000</b>	<b>0,010</b>	<b>-0,009</b>
<b>VARIÁVEIS DE CONTROLE</b>								
Ocupados	0,005	0,001	0,007	-0,001	0,007	0,000	0,010	-0,006
<b>EDUCAÇÃO</b>								
Fundamental	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,005	0,002	-0,006	0,002
Médio	0,002	0,000	0,004	0,000	-0,002	-0,002	-0,002	0,002
Superior	0,000	0,000	0,000	0,000	0,053	0,029	0,028	-0,042
Q_Moradores	0,016	-0,020	0,003	-0,002	0,021	-0,016	0,068	-0,012
Plano	0,019	0,013	-0,002	-0,004	0,149	0,200	0,019	-0,123
Veículo	0,008	-0,005	0,010	-0,002	0,007	0,006	0,012	-0,006
PSF	0,005	0,001	0,004	-0,001	0,015	0,004	0,018	-0,014
<b>REGIÃO</b>								
Norte	0,002	0,000	0,004	-0,001	-0,001	-0,002	0,000	0,002
Nordeste	-0,019	0,001	-0,018	0,003	-0,006	0,001	0,010	0,005
Sul	0,004	0,005	0,004	0,000	0,001	0,001	0,001	-0,002
Centro-Oeste	-0,001	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Urbano	-0,004	-0,001	-0,003	0,001	-0,005	-0,005	-0,010	0,004
TipoDom	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Canalização	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	-0,004	-0,006	-0,001
Água Tratada	0,000	0,000	0,001	0,000	0,010	0,013	0,015	-0,010
Banheiro	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Escoadouro	-0,002	0,000	-0,001	0,000	0,005	0,008	-0,012	-0,006
Lixo	0,002	0,000	0,001	0,000	0,000	0,003	0,002	0,001
Energia Elétrica	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0,070</b>	<b>0,000</b>	<b>0,046</b>	<b>-0,014</b>	<b>0,254</b>	<b>0,254</b>	<b>0,142</b>	<b>-0,211</b>
Residual: erro na regressão	0,075	0,279	0,054	-0,011	-0,040	0,011	0,043	0,040
Residual: dados não declarados	0,123	0,118	0,090	-0,192	0,000	-0,019	0,044	0,115
Desigualdade (total)	0,303	0,377	0,248	-0,222	0,233	0,246	0,240	-0,065
Desigualdade injustificada	0,145	0,278	0,099	-0,026	0,214	0,265	0,186	-0,171

Fonte: Elaboração própria (2018).

O total da desigualdade apresentou concentração pró-rica para os atendimentos privados de saúde, que decresceu entre 2003 e 2013. Considerando fatores injustos, também foi possível perceber uma redução em 2013 em relação a 1998. Para a cobertura por plano de saúde e pagamentos diretos a desigualdade total apresentou o mesmo perfil, mas quando considerados fatores injustos a desigualdade pró-rica da cobertura por plano de saúde tornou-se crescente e foi estável para pagamentos diretos. Atendimentos realizados pelos SUS apresentaram desigualdade pró-pobre e decrescente, tanto para o total como para fatores injustos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi realizado a fim de fomentar uma discussão acerca da relação entre os padrões de distribuição da renda, os determinantes sociais de saúde e o Estado de Bem-Estar Social da população brasileira, considerando os conceitos de igualdade, equidade e justiça social. Porém, dada a extensa dimensão desses assuntos e a amplitude da discussão, esse trabalho concentrou-se na análise da equidade de acesso à saúde e da igualdade horizontal nos resultados de saúde, por entender que estes dois aspectos são expressões diretas da interação entre os determinantes sociais de saúde e o Estado de Bem-Estar Social, que incorpora aspectos de distribuição de renda e outros recursos sociais, e ainda considera os conceitos de justiça social, equidade e igualdade.

Assim, esta ideia foi expressa por meio do seguinte objetivo principal “*Compreender a dinâmica entre as alterações no cenário econômico, social e político brasileiro e nas diretrizes para saúde e as alterações no nível de equidade de acesso à saúde e no nível de igualdade horizontal dos resultados de saúde da população, entre os estratos sociais no Brasil entre 1998, 2003, 2008 e 2013*”. Para isso, como indicado na metodologia, foi realizada uma apresentação das alterações dos perfis demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população por meio da síntese dos dados históricos presentes nos Planos Nacionais de Saúde e dos Relatórios das Pesquisas de saúde realizadas entre 1998 e 2013. Além disso, foi elaborado um conjunto de indicadores composto pelo Índice de Concentração de Gini padrão e estendido com parâmetros de aversão à desigualdade, pelas Curvas de Concentração de Lorenz e pela decomposição do Índice pelos Determinantes Sociais de Saúde, para assim, ser possível mensurar as variações no nível de equidade de acesso e igualdade horizontal nos resultados de saúde entre os anos de 1998 e 2013.

A análise estatística foi dividida em grupos de variáveis que expressassem os resultados de saúde e o acesso aos serviços de saúde utilizando os microdados dos Suplementos de Saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio de 1998, 2003 e 2008 e da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. A primeira parte se referiu à análise da igualdade horizontal nos resultados de saúde e incorporou a autoavaliação do estado de saúde, a presença de doenças crônicas e deficiências, bem como as limitações de atividades decorrentes dessas doenças e deficiências.

Para os resultados de saúde, entre 1998 e 2013, houve um aumento da concentração pró-rica das declarações de saúde muito boa e boa e pró-pobre da declaração de saúde como regular, enquanto as piores declarações se tornaram mais igualitárias. As doenças crônicas foram

consideradas mais concentradas entre ricos e as limitações foram mais pró-pobres até 2008, mas levando em conta fatores injustos, ambas as concentrações foram pró-pobres nos dois primeiros anos estudados. A partir de 2008, a desigualdade considerada injusta passou a ser pró-rica para as doenças crônicas e crescente, e as demais variáveis analisadas apresentaram concentração pró-pobre, sendo que a concentração das limitações foi decrescente.

A desigualdade total foi pró-rica para todas as deficiências, sendo mais concentrada para a deficiência auditiva. No entanto, a desigualdade total foi pró-pobre para todas as limitações e também foi mais concentrada para aquelas geradas por deficiências auditivas. Quando considerados somente os fatores injustos, a desigualdade total tornou-se pró-pobre para as deficiências intelectuais e visuais e as desigualdades para as limitações se tornaram mais intensas.

Apresentados os resultados da primeira parte da análise proposta, a segunda parte se dedicou a análise da equidade no acesso aos serviços de saúde. Esta seção contou com a análise da equidade na busca por atendimentos de saúde nos 12 meses e nos 15 dias anteriores às pesquisas e avaliou a equidade no acesso na primeira e última busca; além disso, foram verificados os motivos que dificultaram ou impediram o acesso e o nível de equidade na quantidade média de atendimentos e internações realizados em 12 meses; por fim, foi analisada a equidade nas formas de custeio aos atendimentos de saúde.

A desigualdade total apresentou, em todos os anos, uma concentração pró-rica da demanda por atendimentos de saúde, sendo maior para a demanda de curto prazo. A desigualdade considerada injusta apontou o mesmo perfil. Para o acesso, na primeira busca por atendimento a desigualdade total apresentou uma concentração pró-rica durante todo o período e aumentou em 2013 em relação aos anos anteriores; para a última busca, a desigualdade apresentou concentração pró-pobre apenas em 2008. A desigualdade que considera fatores injustos era pró-rica para o acesso na primeira busca, mas decrescente entre 1998 e 2008, para a última busca a concentração foi pró-pobre em 1998 e 2008 e pró-rica em 2003 e 2013.

Entre os motivos de não acesso, a desigualdade total para a falta de vagas apresentou concentração pró-rica e crescente, considerando fatores injustos, a desigualdade foi considerada pró-pobre somente em 2003 e 2008. A desigualdade total para a falta de profissionais foi mais concentrada entre pobres até 2008, considerando fatores injustos, no entanto, a concentração pró-pobre desta causa foi observada em todo o período. A desigualdade total para o tempo de espera apresentou concentração pró-pobre em 1998, mas pró-rica em todos os demais anos, se tornando cada vez mais concentrada, no entanto, considerando fatores injustos, a concentração

se torna pró-pobre ao longo do período e, em 2013, apresenta a maior desigualdade injusta se desconsiderada a categoria de causas não especificadas.

A desigualdade para a falta de serviços e equipamentos apresentou concentração pró-pobre até 2008 e pró-rica em 2013, mas considerando os fatores considerados injustos, a desigualdade é pró-pobre somente em 1998 e 2003. A desigualdade para a incapacidade de pagar era pró-pobre em 1998, mas pró-rica em 2003 e não foi verificada nos demais anos, se considerado os fatores injustos, no entanto, uma pequena desigualdade pró-pobre é observada em 2008. Para as demais causas não especificadas, a desigualdade total e para fatores de injustiça foi sempre pró-rica.

A desigualdade total para o número médio de atendimentos efetivamente realizados apresentou concentração pró-rica, mas decrescente até 2008 e voltou a aumentar em 2013. Considerando fatores injustos, esse mesmo padrão foi observado e a concentração até passou a ser pró-pobre em 2008, mas voltou a aumentar no último ano. Para as internações, a desigualdade total apontou uma concentração pró-pobre em 1998 e 2008, mas pró-rica e mais concentrada em 2013. Para fatores injustos, a concentração foi considerada pró-rica somente em 2008 e aumentou ao longo dos anos.

O total da desigualdade apresentou concentração pró-rica para os atendimentos privados de saúde, que decresceu entre 2003 e 2013. Considerando fatores injustos, também foi possível perceber uma redução em 2013 em relação a 1998. Para a cobertura por plano de saúde e pagamentos diretos a desigualdade total apresentou o mesmo perfil, mas quando considerados fatores injustos a desigualdade pró-rica da cobertura por plano de saúde tornou-se crescente e foi estável para pagamentos diretos. Atendimentos realizados pelos SUS apresentaram desigualdade pró-pobre e decrescente, tanto para o total como para fatores injustos.

Mullachery, Silver e Macinko (2016) afirmam que é importante destacar que, maiores níveis de equidade no acesso aos serviços de saúde não se traduzem imediatamente em maiores níveis de igualdade horizontal nos resultados de saúde e que, embora alguns aspectos da equidade em saúde tenham mostrado avanços, geralmente considera-se que essas melhorias resultam tanto de mudanças nas condições socioeconômicas quanto no acesso aos serviços de saúde apropriados.

Neste trabalho, parte dos resultados se dedicaram a apresentação da evolução dessas condições. Entre os aspectos demográficos, foi possível verificar que o Brasil experimentou, desde o final do século XX, um contínuo aumento da expectativa de vida e uma redução da taxa de fecundidade, com algumas diferenças regionais e entre os gêneros. As regiões Norte e

Nordeste, por exemplo, sempre apresentaram expectativas de vida abaixo da média nacional, mas, entre 2008 e 2013, o Nordeste apresentou avanço um avanço, se afastando Norte.

Além disso, foi observado um aumento da urbanização e transformações no formato das famílias brasileiras, devido a um crescimento no nível de educação das mulheres e sua inserção no mercado trabalho. Houve um aumento na razão de dependência de idosos e uma redução dessa taxa para os jovens.

Considerando os aspectos socioeconômicos, foi possível observar que, após a estabilização e recuperação econômica durante a década de 1990, o Brasil conseguiu acentuar a redução da desigualdade econômica e da pobreza extrema, que diminuiu de quase 16% em 1998 para 4,7% em 2008. Autores como Lusting, Lopez-Calva e Ortiz-Juarez (2012) atribuem cerca de 50% a 60% dessa melhora à redução das desigualdades de renda, que impactaram as diferenças sociais. Ainda assim, a concentração pobreza ainda é maior nas zonas rurais, principalmente na região Nordeste, entre pessoas jovens e que não têm acesso a boas condições de saneamento e infraestrutura.

A redução das desigualdades também foi atribuída a outros fatores como à diminuição das taxas de analfabetismo, ao aumento da frequência escolar, ao aumento da taxa de conclusão na escolaridade primária, secundária e terciária desde 1995 e à melhoria da saúde e da nutrição infantil. O Ministério da Saúde (2004) associou essas melhoras nas taxas educação a melhores condições de saúde e redução das desigualdades, destacando a educação como um dos principais determinantes das condições de saúde e do processo de planejamento e avaliação das políticas de saúde. Resultado que pode ser comprovado pela de composição dos Índices de Concentração.

Em relação a taxa de emprego e desemprego, o período de 1998 e 2013 apresentou uma forte expansão do número de pessoas empregadas e significativa redução da taxa de desocupação, passando de 9,4% em 2001 para 6,3% em 2012. Em geral, essa melhora nas condições de emprego foi verificada em todas as regiões, mas as taxas de desemprego nas regiões Norte e Nordeste se reduziram menos do que nas demais regiões.

A proporção de indivíduos pobres diminuiu de 43% para 31% no Brasil, entre 2001 a 2008, e em 2012, chegou a 29,2%. Nesse ano, entre as regiões, os maiores percentuais de indivíduos pobres foram observados nas regiões Nordeste (49,5%) e Norte (45,5%) e o menor, na região Sul (15,5%). No período estudado, o indicador de razão de renda evidenciou a maior diminuição da desigualdade de renda ocorreu justamente na região Sul e a menor, na região Norte.

A análise descritiva deste trabalho ainda destacou alguns aspectos relacionados ao setor de saúde que tiveram impacto na diminuição das desigualdades de saúde. Pode ser destacada a ampliação da Estratégia Saúde da Família que foi um instrumento importante na fortificação do atendimento primário de saúde. Essa estratégia contou com a ampliação da mão de obra qualificada derivada tanto dos investimentos em educação superior e técnica – que ampliaram as vagas nos cursos de qualificação e o número de egressos profissionais de saúde – como do Programa Mais Médicos.

A região Nordeste contou com a maior cobertura pela ESF. Em 2007, a cobertura média na região era de 74,6%, cerca de 35 pontos percentuais à frente da região Sudeste, que contava com a menor cobertura. Em dezembro de 2010, a ESF estava presente em mais de 95% dos municípios e cobria, aproximadamente, 52% da população, priorizando as áreas mais pobres, onde foram observadas as maiores necessidades de saúde.

Os impactos dessas mudanças na utilização dos serviços de saúde foram um aumento do percentual de indivíduos que declarou fazer uso regular de um atendimento de saúde. Isso foi observado, principalmente entre mulheres. Postos e centros de atendimento público foram os locais onde essa demanda regular por atendimentos de saúde mais ocorreram, em todos os anos, o percentual ficou acima de 40%. Além de mulheres, a demanda por saúde foi, geralmente, maior entre crianças e idosos que moravam em áreas urbanas, nas regiões Sul e Sudeste.

Em relação ao acesso aos atendimentos de saúde, sempre foram observadas altas taxas, mas, em 2013, foi verificada queda. Houveram poucas diferenças regionais nessa redução, destacando apenas que ela foi mais intensa na região Norte. A falta de vagas e profissionais foram as causas mais apontadas em todos os anos, sendo que, nas regiões Norte e Nordeste prevaleceu a falta profissionais.

Entre os atendimentos efetivados foi verificado um aumento, em todas as regiões, daqueles realizados pelo setor públicos de saúde, sendo as maiores taxas observadas nas regiões Norte e Nordeste. O percentual de atendimentos custeados por pagamento direto não chegou a 30% do total, em nenhuma região do país, e a taxa de cobertura por plano de saúde ficou abaixo de 40% na região Sudeste e próxima de 20% nas regiões Norte e Nordeste. Atendimentos realizados pelo SUS foram superiores a 60% nas regiões Norte e Nordeste.

Mullachery, Silver e Macinko (2016) afirmam que as desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil não são tão grandes quanto se poderia esperar dadas as persistentes desigualdades sociais no país. Os resultados encontrados neste trabalho estão de acordo com o que os autores já haviam destacado, mas verificou um aumento das desigualdades

tanto nos resultados de saúde como no acesso aos serviços de saúde em 2013 em relação ao período de 1998 e 2008. A tendência para uma maior equidade horizontal nos resultados de saúde e uma maior equidade no acesso aos serviços de saúde são um indicador potencial de sucesso nos esforços para melhorar o acesso aos cuidados, especialmente entre os mais pobres, mas é preciso que este padrão seja mantido para que os resultados sejam prolongados ao longo do tempo.

Apesar dos resultados encontrados serem condizentes com a literatura, este estudo tem limitações. Existem algumas incompatibilidades nas bases de dados, como a observada na variável de declaração de doenças crônicas. Além disso, a avaliação do estado de saúde é baseada no autorrelato dos indivíduos, o que pode não dificultar uma análise comparada entre indivíduos. Outra limitação importante, é a construção da variável que se refere ao nível de renda familiar *per capita* baseada na renda antes da tributação, questão debatida e criticada por Morgan (2017). Apesar dessas limitações, a metodologia do trabalho incorpora todas as recomendações de O'Donnell *et al.* (2008) e foi utilizada anteriormente por outros trabalhos dos autores.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, N. Research on Health Inequities. In: **NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health: Behavioral and Social Sciences Research Contributions**, 2006, Bethesda. Maryland: NIH; 2006.

ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. D. S.; BORDIN, R.; ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. D. S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 115-128, 2017.

ALMEIDA, G.; SARTI, F. M.; FERREIRA, F. F.; DIAZ, M. D. M.; CAMPINO, A. C. C. *Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008*. **Revista panamericana de salud pública**, v. 33, n. 2, p. 90-7, 2013.

ALVES, C. G.; MORAIS NETO, O. L. D. *Trends in premature mortality due to chronic non-communicable diseases in Brazilian federal units*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 641-654, 2015.

ANDERSEN, R. M. *A behavioral model of families' use of health services. A behavioral model of families' use of health services*, n. 25, 1968.

\_\_\_\_\_. *Health status indices and access to medical care*. **AJPH**, v. 68, n. 5, p. 458-63, 1978.

\_\_\_\_\_. *Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?.* **Source Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

AZEVEDO, J.; INCHAUSTE, G.; SANFELICE, V. *Decomposing the decline in income inequality in Latin America*. Mimeo, The World Bank. 2011

BANCO MUNDIAL. *Prosperidad compartida y fin de la pobreza en América Latina y el Caribe*. Washington: Banco Mundial, 2017.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. Desigualdades sociais no acesso a serviços odontológicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 205-208, 2012.

\_\_\_\_\_. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista Usp**, n. 51, p. 138-145, 2001.

BARR, N. A. *The welfare state as piggy bank: information, risk, uncertainty, and the role of the state*. Oxford; New York: Oxford University Press, 2001.

BARROS, F. P. C. D.; SOUSA, M. F. D. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 9-18, 2016.

BARROS, R.; DE CARVALHO, M.; FRANCO, S.; MENDON; XC; A, R. *Markets, the State, and the Dynamics of Inequality in Brazil. Declining Inequality in Latin America*, Editora: Brookings Institution Press, p. 134-174, 2010.

BERGOLO SOSA, M. *Impacto distributivo de las transferencias públicas en la década de 2000: la experiencia de los países del Cono Sur*. 2011. Dissertação (Mestrado em Economia) – Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS), *Facultad de Ciencias Económicas, Buenos Aires*.

BEVERIDGE, W. *Social insurance and allied services - Report by Sir William Beveridge*. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 78, n. 6, p. 847-855, 1942.

BINDER, M. C. P.; CORDEIRO, R. *Under registration of occupational accidents in Sao Paulo, Brazil*. 1997. *Revista de saúde pública*, v. 37, n. 4, p. 409-416, 2003.

BISHOP, J. A.; CHOW, K. V.; FORMBY, J. P. *Testing for Marginal Changes in Income Distributions with Lorenz and Concentration Curves*. *International Economic Review*, v. 35, n. 2, p. 479-479, 1994.

BLUM, H. L. *Planning for health; development and application of social change theory*. New York: Human Sciences Press, 1974.

BOWLES, S.; GINTIS, H. *Efficient redistribution: New rules for markets, states, and communities*. *Politics and Society*, v. 24, n. 4, p. 307-342, 1999.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE). **Plano Nacional de Saúde 2004-2007**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Saúde 2008-2011**. Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2008. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015**. Brasília, DF, 2012.

\_\_\_\_\_. **Asis - Análise de Situação de Saúde**. Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Saúde 2016-2020**. Brasília, DF, 2016.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS**. 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia>>.

\_\_\_\_\_. **Indicadores e Dados Básicos**. 2018. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia>>.

BREILH, J. *La inequidad y la perspectiva sin poder: construcción y del género*. *Cuerpos, diferencias y desigualdades*, p. 130-141, 1998.

\_\_\_\_\_. *Las três "S" de la determinación de la vida y el triángulo de la política*. **Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, p. 19-20, 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: O longo caminho**. Editora: Civilização Brasileira, 2001.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

CRUCES, Guillermo; DOMENECH, C. García; GASPARINI, Leonardo. *Inequality in education: evidence for Latin America. Falling inequality in Latin America. Policy changes and lessons*, p. 318-339, 2014.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies, 1991.

DARDANONI, V.; FORCINA, A. *Inference for Lorenz curve orderings*. *Econometrics Journal*, n. 2, p. 49-75, 1999.

DAVIDSON, R.; DUCLOS, J.-Y. *Statistical Inference for the Measurement of the Incidence of Taxes and Transfers*. *Econometrica*, v. 65, n. 6, p. 1453-1465, 1997.

DEVER, G. E. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. Trad. São Paulo: PROHASA/Pioneira, 1988.

DICIONÁRIO DE DIREITOS HUMANOS. *Online*. Disponível em: <<http://escola.mpu.mp.br/dicionario/tiki-index.php>>.

DIDERICHSEN, F.; EVANS, T.; WHITEHEAD, M. *The social basis of disparities in health. Challenging inequities in health: From ethics to action*, v. 1, p. 12-23, 2001.

DIDERICHSEN, F.; HALLQVIST, J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In: **Arve-Parès B, editors. Inequality in Health: a Swedish Perspective**. Stockholm: Swedish Council for Social Research, 1998. p. 25-39.

DRAIBE, S. M. Estado de bem-estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. **Hochman G, organizador. Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 27-64, 2007.

FERREIRA, F. H. G.; WALTON, M.; WORLD BANK. *Inequality of opportunity and economic development. Policy research working paper 3816*. Washington, D.C.: World Bank, 2006.

FRANÇA. *Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social*. Paris, 2009.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Acesso em 08 de julho de 2017, disponível em FUNASA: <<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>>.

GALBRAITH, J. K. *The culture of contentment*. Boston: Houghton Mifflin Co., 1992.

GINI, C. *Variabilità e mutabilità*. 1912.

GOLDBAUM, M. A epidemiologia em busca da equidade em saúde. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**, 1997.

GRANJA, G. F.; ZABOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 21, p. 3759-3764, 2013.

HERTZMAN, C.; SIDDIQI, A. *Health and rapid economic change in the late twentieth century*. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 6, p. 809-819, 2000.

HOWES, S. **A New Test for Inferring Dominance from Sample Data**. Mimeo. World Bank, Washington, DC, 1996.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e a construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998**, Rio de Janeiro, 2000. Suplemento: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003**, Rio de Janeiro, 2005. Suplemento: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008**, Rio de Janeiro, 2010. Suplemento: Um Panorama da Saúde no Brasil.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**, Rio de Janeiro, 2015.

\_\_\_\_\_. **Sidra: Banco de Tabelas Estatísticas**. 2018. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/home/pnadcm>>

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Ipea apresenta dados de vulnerabilidade social por cor, sexo e domicílio**. Brasília: Ipea; 2018.

*International Encyclopedia of the Social Sciences*. Direção geral de David L. Sills e Robert K. Merton. Detroit: Gale, 1961.

JENKINS, S. *Calculating income distribution indices from micro-data*. **National Tax Journal**, v. 41, n. 1, p. 139-142, 1988.

KAKWANI, N. C. *Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison*. **MEASUREMENT OF TAX PROGRESSIVITY: AN INTERNATIONAL COMPARISON**. *Source: The Economic Journal* **The Economic Journal**, v. 87, n. 87, p. 7-80, 1977.

\_\_\_\_\_. **Income inequality and poverty: methods of estimation and policy applications**. New York: *Published for the World Bank by Oxford University Press*, 1980.

KAKWANI, N.; WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. *Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference. Journal of Econometrics*, v. 77, n. 1, p. 87-103, 1997.

KERSTENETZKY, C. L. **O Estado do bem-estar social na idade da razão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KLEINERT, S.; HORTON, R. **Brazil: Towards sustainability and equity in health**. 377: 1721-1722 p. 2011.

KRIEGER, N. *Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. International journal of epidemiology*, v. 30, n. 4, p. 668-677, 2001.

KWON, H.-J.; MKANDAWIRE, T.; PALME, J. *Introduction: social policy and economic development in late industrializers. International Journal of Social Welfare*, v. 18, p. S1-S11, 2009.

LABONTÉ, R.; STUCKLER, D. *The rise of neoliberalism: How bad economics imperils health and what to do about it. Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 70, n. 3, p. 312-318, 2016.

LAFRAMBOISE, H. L. *Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. Canadian Medical Association Journal*, v. 108, n. 3, p. 388-391, 1973.

LAMARCA, G.; VETTORE, M. **Atenção à saúde: indicadores de atenção preventiva**. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil, 2012.

LE GRAND, J. *The strategy of equality: redistribution and the social services*. Allen & Unwin, London, UK, 1982.

\_\_\_\_\_. *Equity, health, and health care. Social Justice Research*, v. 1, n. 3, p. 257-274, 1987a.

\_\_\_\_\_. *Inequalities in health. Some international comparisons. European Economic Review*, v. 31, n. 1-2, p. 182-191, 1987b.

LERMAN, R. I.; YITZHAKI, S. *Improving the accuracy of estimates of Gini coefficients. Journal of Econometrics*, v. 42, n. 1, p. 43-47, 1989.

LIMA, J. D. C. **HISTÓRIA DAS LUTAS SOCIAIS POR SAÚDE NO BRASIL. Trabalho Necessário**, v. 4, n. 4, p. 1-33, 2006.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. **A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil**. In: **Reforma Sanitária Em Perspectiva Histórica**. 2005. p.27-58.

LORENZ, M. O. *Methods of measuring the concentration of wealth. Publications of the American statistical association*, v. 9, n. 70, p. 209-219, 1905.

LUSTIG, N.; LOPEZ-CALVA, L. F.; ORTIZ-JUAREZ, E. *Declining Inequality in Latin America in the 2000s: The Cases of Argentina, Brazil, and Mexico. World Development*, v. 44, p. 129-141, 2013.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; ANDRADE, C. L. *Federal funding of health policy in Brazil:*

*trends and challenges. Cad Saúde Publica*, v. 30, n. 1, p. 187-200, 2014.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. *Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. International Journal for Equity in Health*, v. 11, n. 1, 2012.

MACINKO, J. A.; STARFIELD, B. *Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001*. 1: 1-20 p. 2002.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Perspectivas e Desafios da Gestão Pública no SUS. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 16, n. 1, p. 35-39, 2014.

MENICUCCI, T. M. G. A. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2007.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: **AGIR EM SAÚDE: um desafio para o público**, 1997. p.78-78.

MESA-LAGO, C. O sistema de saúde brasileiro: seu impacto na pobreza e na desigualdade. **ABACO Revista de Cultura y Ciencias Sociales**, v. 41, n. 115.31, 2007.

MONTEIRO, M. F. Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: BARATA, RB., et al., orgs. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 260 p. *Epidemiológica series*, nº1.

MOONEY, G. H. *Equity in health care: confronting the confusion. Effective Health Care*, v. 1, n. 4, p. 179-85, 1983.

\_\_\_\_\_. **Economics, medicine, and health care**. Brighton, Sussex. Atlantic Highlands, N.J.: Wheatsheaf Books; Humanities Press, 1986.

MORGAN, M. *Income Inequality, Growth and Elite Taxation in Brazil: New Evidence Combining Survey and Fiscal Data, 2001–2015. IPC-IG Working Paper. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth (forthcoming)*, 2017.

\_\_\_\_\_. Desigualdade no Brasil é escolha política. [24 de setembro, 2017]. Brasília: **Jornal Folha de São Paulo**. Entrevista concedida a Mariana Carneiro e Flavia Lima.

MÚJICA, O. J.; VÁZQUEZ, E.; DUARTE, E. C.; CORTEZ-ESCALANTE, J. J.; MOLINA, J.; DA SILVA JUNIOR, J. *Socioeconomic inequalities and mortality trends in {BRICS}, 1990-2010. Bull. World Health Organ.*, v. 92, n. 6, p. 405-412, 2014.

MULLACHERY, P.; SILVER, D.; MACINKO, J. *Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. International Journal for Equity in Health*, v. 15, n. 1, 2016.

NAVARRO, V.; SHI, L. *The political context of social inequalities and health. Social Science & Medicine*, v. 52, n. 3, p. 481-491, 2001.

NEGRI, B.; GIOVANNI, G.; GONZÁLES, A. J. S. V. S. **Brasil: Radiografia da saúde**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, 2001.

NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B.; VIANNA, S. M. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, 2001.

OAXACA, R. *Male-Female Wage Differentials in Urban Labor Markets*. *International Economic Review*, v. 14, n. 3, p. 693-693, 1973.

OCKÉ-REIS, C. O. **A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: Uma promessa não cumprida pelo SUS?** Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). 2009.

O'DONNELL, O.; DOORSLAER, E. V. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*. 2008.

OKUN, A. M. *Equality and Efficiency: The Big Tradeoff*. Editora A Brookings Classic, 1975.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Ottawa charter for health promotion*. *Health Promotion International*, v. 1, n. 4, p. 405-405, 1986.

\_\_\_\_\_. **DIMINUINDO DIFERENÇAS: A Prática das Políticas sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro: OMS, 2011.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The *Brazilian health system: History, advances, and challenges*. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. (sup), p. 1819-1830, 2007.

PEREIRA, E. M. **O controle social no SUS: análise da capacidade democrática dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.

PERELMAN, C. **ÉTICA E DIREITO**. Tradução MARIA ERMANTINA GALVÃO G. PEREIRA. São Paulo: tAarims Fontes, 1996.

PIRES, M.; DEMO, P. Políticas de saúde e crise do estado de bem-estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. *Saúde soc.*, v. 15, n. 2, p. 56-71, 2006.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Human Development Report 2016: Human Development for Everyone**. *United Nations Development Programme*, 2017.

RAWLS, J. *Justice as fairness: a restatement*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1997.

\_\_\_\_\_. *A theory of justice*. Original. Cambridge, Mass.: Belknap Press, 2003.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde.**, p. 28-49, 2003.

SAHN, D. E.; YOUNGER, S. D. *Expenditure Incidence in Africa: Microeconomic Evidence*. *Fiscal Studies*, v. 21, n. 3, p. 329-347, 2000.

SAHN, D. E.; YOUNGER, S. D.; SIMLER, K. R. *Dominance testing of transfers in Romania. Review of Income and Wealth*, v. 46, n. 3, p. 309-327, 2000.

SANTOS, E. G. **Uma avaliação comparativa da eficiência dos gastos públicos com saúde nos municípios brasileiros.** 2008.

SANTOS, W. G. D. **Décadas de espanto e uma apologia democrática.** Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

SEN, A. *Why health equity?*. *Health Economics*. n. 11, p.659-666, 2002.

\_\_\_\_\_. **A ideia de justiça.** Editora Companhia das Letras, 2011.

SILVA, J. B. D.; BARROS, M. B. A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 12, p. 375-383, 2002.

SILVA, C. L.; ROTTA, C. V. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Textos & Contextos*, p. 333-345, 2012.

SOLAR, O.; IRWIN, A. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. p.45-45. 2010.

STOPA, S. R.; CARVALHO, D.; II, M.; NASCIMENTO, C.; III, M.; LANDMANN, C.; IV, S.; GOLDBAUM, M.; GALVÃO, C. L.; VI, C. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Inquéritos Artigo Original Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1-11, 2017.

STUCKLER, D.; BASU, S. The Body Economic: *Why Austerity Kills*. *The New York Times*, 2013.

SUGDEN, R. *Who cares?: an economic and ethical analysis of private charity and the welfare state*. London: Institute of Economic Affairs, 1983.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. D. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, p. 215-243, 2012.

VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?**. IPEA: Texto para Discussão. 2016.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Implicações do contingenciamento de despesas do Ministério da Saúde para o financiamento federal do sistema Único de Saúde.** IPEA: Texto para Discussão. 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. **Eqüidade em saúde: uma análise crítica de conceitos.** *Cad. Saúde Pública*[online]. 2009, vol.25, suppl.2, pp.s 217-s226. VYAS, S.; KUMARANAYAKE, L. *Constructing socio-economic status indices: How to use principal components analysis.* *Health Policy and Planning*, v. 21, n. 6, p. 459-468, 2006.

VYAS, S.; KUMARANAYAKE, L. *Constructing socio-economic status indices: how to use principal components analysis.* *Health policy and planning*, v. 21, n. 6, p. 459-468, 2006.



WAGSTAFF, A. *Poverty and health sector inequalities. Bulletin of the world health organization*, v. 80, p. 97-105, 2002.

\_\_\_\_\_. *The bounds of the concentration index when the variable of interest is binary, with an application to immunization inequality. Health Economics*, v. 14, n. 4, p. 429-432, 2005.

WAGSTAFF, A.; PACI, P.; VAN DOORSLAER, E. *On the measurement of inequalities in health. Social Science and Medicine*, v. 33, n. 5, p. 545-557, 1991.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E.; PACI, P. *Equity in the finance and delivery of health care: Some tentative cross-country comparisons. Oxford Review of Economic Policy*, v. 5, n. 1, p. 89-112, 1989.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E.; WATANABE, N. *On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. Journal of Econometrics*, v. 112, n. 1, p. 207-223, 2003.

WALTON, M.; FERREIRA, F. H. G. *Inequality of opportunity and economic development. The World Bank*, 2006.

WEBB, B. *The report of the poor law commission. Public Health*, v. 22, n. C, p. 197-198, 1908.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health. Health Promotion International*, v. 6, n. 3, p. 217-228, 1991.

\_\_\_\_\_. *The concepts and principles of equity in health. Int. Journ. Health Serv.*, v. 22, p. 429-445, 1992.

ZIMMERN, A. OLIVER WENDELL HOLMES COLLECTION (LIBRARY OF CONGRESS). *Quo vadimus?: a public lecture delivered on 5 February, 1934*. London: Oxford University Press, Humphrey Milford, 1934.

## **APÊNDICE 1 – LISTA DE OBJETIVOS TRAÇADOS PARA O SETOR DE SAÚDE ENTRE 2004 E 2015**

### **OBJETIVOS DE 2004**

#### **1. Em relação às linhas de atenção básica**

1.1 – Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo a saúde da família – e promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade de atenção à saúde

1.2 – Reorganizar a atenção especializada, visando garantir a integralidade da atenção, com a redefinição do papel dos hospitais na rede assistencial, combinando o critério de pagamento por procedimento com outros critérios – como o de agravos prioritários –, a estruturação de rede de atenção às urgências e o incremento do sistema nacional de transplantes

1.3 – Regionalizar a oferta de tecnologia de maior complexidade, regulando a sua incorporação a partir de critérios de necessidades, eficiência, eficácia e efetividade e qualidade técnico-científica, e garantir o acesso universal a sua utilização

1.4 – Promover o acesso à assistência farmacêutica e aos insumos estratégicos, nos diversos níveis da atenção à saúde, observando as especificidades e as prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS e adotando medidas que favoreçam a redução dos custos e preços

#### **2. Em relação às condições de saúde**

2.1 – Fortalece a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em saúde, nas três esferas do governo, no que se refere à vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de forma a ampliar a sua capacidade de análise de situação de saúde e de resposta às necessidades da população

2.2 – Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, levando em conta as diversidades locais e regionais – em particular a região amazônica –, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos

2.3 – Promover a atenção à saúde de grupos populacionais mais vulneráveis – em especial os povos indígenas –, de portadores de patologias e de deficiências, mediante a adoção de medidas que contribuam para a sua qualidade de vida

2.4 – Integrar a rede do SUS de forma intersetorial e transversal, aproveitando a capilaridade desta rede para apoiar o Fome Zero e outros programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

### **3. Em relação à gestão em saúde**

3.1 – Aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão descentralizada, de modo a efetivar o comando único do Sistema em cada esfera de governo e aprimorar os processos de negociação e pactuação, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas regionais e locais

3.2 – Fortalecer a gestão democrática do SUS, reforçando as instâncias formais, ampliando a participação e a capacitação dos diversos segmentos da sociedade para o exercício do controle social e implantando mecanismos de defesa dos direitos da população no Sistema

3.3 – Estimular a cultura de paz e não violência, visando contribuir para a sua disseminação no Brasil e no mundo, considerando a sua importância para a promoção e proteção da saúde

3.4 – Garantir a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços, assegurando a sua valorização profissional, fortalecendo a democracia nas relações de trabalho e promovendo a regulação das profissões, para a efetivação da atuação solidária, humanizada e de qualidade, e implementando uma política nacional para os trabalhadores do SUS, segundo os princípios e diretrizes aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde

3.5 – Implementar uma política de educação permanente para o SUS, em conjunto com o Ministério da Educação, os demais entes federados e as instituições formadoras, enfocando a mudança na formação superior e técnica das profissões da saúde e sua educação contínua, de acordo com as necessidades de saúde e do SUS; os serviços de saúde como locais de ensino-aprendizagem; a inserção da temática da saúde na escola; o trabalho na equipe de saúde; e a realização de educação constante para a gestão das políticas sociais

3.6 – Estabelecer a política nacional de informação em saúde voltada à construção de uma rede de informações qualificadas, capaz de subsidiar e fortalecer os processos de gestão, de comunicação social, de produção e difusão do conhecimento, da organização da atenção à saúde e de controle social, e de promover a elevação da consciência sanitária da população

3.7 – Formular e implementar política de comunicação social, buscando ampla divulgação do SUS quanto aos seus princípios, diretrizes e avanços

3.8 – Fortalecer a capacidade de gestão pública no âmbito da saúde, de forma potencializar e otimizar aplicação de recursos empregados na prestação de serviços e na aquisição de materiais

e insumos, utilizados nos processos desenvolvidos no SUS, visando a qualidade da atenção à população

3.9 – Fortalecer a atuação internacional do Ministério da Saúde, contribuindo com a estratégia de inserção, autonomia, solidariedade e soberania do Brasil e estimulando a integração regional em saúde

#### **4. Em relação ao setor saúde**

4.1 – Fomentar ações de saneamento ambiental voltadas à prevenção e ao controle de doenças

4.2 – Formular e implementar a política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, orientada por padrões éticos, buscando a equidade e a regionalização, com valorização de tecnologias nacionais

4.3 – Garantir a devida segurança, eficácia e qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública, bem como combater adulterações de produtos, concorrências desleais e disfunções técnicas, visando a proteção da saúde da população

4.4 – Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando e fiscalizando as operadoras do setor, bem como as suas relações com prestadores, trabalhadores e usuários, em articulação e integração com o SUS

#### **5. Em relação ao investimento em saúde**

5.1 – Gerir a política nacional de investimento em saúde, articulando a política social à política industrial e tecnológica, buscando promover a autonomia do país na produção dos insumos estratégicos

### **OBJETIVOS DE 2008**

#### **1. Em relação às condições de saúde**

1.1 – Prevenir e controlar doenças, outros agravos e riscos à saúde da população decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços

1.2 – Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde

#### **2. Em relação à gestão em saúde**

2.1 – Fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população

### **3. Em relação aos determinantes e condicionantes de saúde**

3.1 – Promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população

#### **OBJETIVOS DE 2012**

1. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada
2. Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção
3. Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade
4. Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas
5. Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção
6. Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais
7. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
8. Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS
9. Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde
10. Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde
11. Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS
12. Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável

13. Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS

14. Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira

Incorpora-se a esses objetivos, outros dois objetivos transversais:

15. Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento

16. Contribuir para erradicar a extrema pobreza no País.

**APÊNDICE 2 – TABELAS DE ERRO-PADRÃO E SIGNIFICÂNCIA PARA VARIÁVEIS DE RESULTADO DE ESTADO DE SAÚDE**

Tabela 2.1 – Erros padrões da TH1: Indicador de saúde por características familiares: Autoavaliação da Saúde, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998					2003					2008					2013				
	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>																				
Urbana	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0008	0,0010	0,0007	0,0003	0,0002	0,0015	0,0019	0,0016	0,0007	0,0003
Rural	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0017	0,0022	0,0018	0,0008	0,0004	0,0022	0,0038	0,0034	0,0018	0,0007
<b>REGIÃO</b>																				
Nordeste	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0014	0,0015	0,0011	0,0005	0,0003	0,0025	0,0032	0,0025	0,0010	0,0004
Norte	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0018	0,0025	0,0020	0,0009	0,0004	0,0021	0,0036	0,0032	0,0015	0,0006
Sudeste	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0012	0,0015	0,0013	0,0006	0,0003	0,0016	0,0029	0,0026	0,0013	0,0005
Sul	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0019	0,0022	0,0018	0,0008	0,0004	0,0035	0,0045	0,0037	0,0015	0,0009
Centro-Oeste	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0021	0,0024	0,0019	0,0008	0,0004	0,0027	0,0038	0,0031	0,0015	0,0007
<b>RENDA PER CAPITA</b>																				
Quintil mais baixo	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0016	0,0019	0,0015	0,0007	0,0003	0,0029	0,0036	0,0027	0,0011	0,0004
2º	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0015	0,0019	0,0016	0,0007	0,0003	0,0032	0,0039	0,0029	0,0011	0,0005
3º	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0016	0,0020	0,0016	0,0007	0,0004	0,0023	0,0039	0,0035	0,0016	0,0007
4º	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0017	0,0020	0,0016	0,0008	0,0004	0,0026	0,0041	0,0036	0,0017	0,0008
Quintil mais alto	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0019	0,0020	0,0014	0,0005	0,0003	0,0033	0,0041	0,0033	0,0013	0,0007
<b>TOTAL</b>	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0007	0,0009	0,0007	0,0003	0,0002	0,0013	0,0018	0,0015	0,0006	0,0003

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.2 – Significância da TH1: Indicador de saúde por características familiares: Autoavaliação da Saúde, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

ÁREA DE RESIDÊNCIA	1998					2003					2008					2013					
	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	
Urbana	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Rural	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>REGIÃO</b>																					
Nordeste	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Norte	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Sudeste	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Sul	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Centro-Oeste	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>RENDA PER CAPITA</b>																					
Quintil mais baixo	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
2º	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
3º	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
4º	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Quintil mais alto	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).



Tabela 2.3 – Erros padrões da TH2: Indicador de saúde por características individuais: Autoavaliação de Saúde, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998					2003					2008					2013					
	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	
<b>GÊNERO</b>																					
Homem	0,0012	0,0013	0,0010	0,0004	0,0002	0,0011	0,0013	0,0009	0,0004	0,0002	0,0011	0,0013	0,0009	0,0004	0,0002	0,0019	0,0025	0,0020	0,0009	0,0004	
Mulher	0,0012	0,0013	0,0010	0,0005	0,0002	0,0011	0,0012	0,0010	0,0004	0,0002	0,0010	0,0012	0,0010	0,0004	0,0002	0,0018	0,0024	0,0021	0,0009	0,0004	
<b>IDADE</b>																					
0-5	0,0027	0,0028	0,0014	0,0004	0,0002	0,0026	0,0027	0,0015	0,0004	0,0002	0,0028	0,0030	0,0016	0,0005	0,0002	0,0054	0,0059	0,0036	0,0010	0,0002	
6-14	0,0021	0,0022	0,0010	0,0003	0,0002	0,0020	0,0021	0,0011	0,0003	0,0001	0,0021	0,0022	0,0011	0,0003	0,0001	0,0038	0,0043	0,0026	0,0008	0,0002	
15-19	0,0028	0,0028	0,0015	0,0005	0,0003	0,0026	0,0028	0,0015	0,0005	0,0002	0,0027	0,0029	0,0017	0,0005	0,0002	0,0048	0,0055	0,0036	0,0009	0,0004	
20-24	0,0030	0,0031	0,0019	0,0007	0,0003	0,0026	0,0028	0,0018	0,0006	0,0002	0,0027	0,0029	0,0018	0,0006	0,0002	0,0047	0,0058	0,0041	0,0014	0,0004	
25-29	0,0031	0,0034	0,0023	0,0008	0,0003	0,0028	0,0031	0,0021	0,0007	0,0003	0,0026	0,0030	0,0020	0,0007	0,0003	0,0050	0,0060	0,0044	0,0015	0,0007	
30-34	0,0030	0,0034	0,0025	0,0009	0,0004	0,0028	0,0032	0,0023	0,0008	0,0004	0,0027	0,0031	0,0023	0,0008	0,0004	0,0050	0,0061	0,0046	0,0017	0,0007	
35-39	0,0031	0,0035	0,0027	0,0011	0,0005	0,0028	0,0033	0,0026	0,0010	0,0004	0,0027	0,0033	0,0026	0,0010	0,0005	0,0048	0,0063	0,0051	0,0020	0,0009	
40-44	0,0031	0,0037	0,0032	0,0013	0,0006	0,0028	0,0035	0,0029	0,0012	0,0005	0,0025	0,0033	0,0028	0,0012	0,0006	0,0047	0,0066	0,0057	0,0024	0,0012	
45-49	0,0032	0,0042	0,0037	0,0017	0,0008	0,0029	0,0038	0,0033	0,0015	0,0007	0,0026	0,0036	0,0032	0,0015	0,0007	0,0042	0,0071	0,0064	0,0030	0,0011	
50-54	0,0032	0,0046	0,0044	0,0023	0,0010	0,0030	0,0041	0,0038	0,0019	0,0009	0,0025	0,0038	0,0035	0,0018	0,0009	0,0043	0,0074	0,0070	0,0033	0,0013	
55-59	0,0032	0,0051	0,0050	0,0029	0,0014	0,0031	0,0047	0,0045	0,0024	0,0011	0,0027	0,0043	0,0041	0,0022	0,0011	0,0046	0,0080	0,0076	0,0041	0,0016	
60-64	0,0033	0,0055	0,0056	0,0035	0,0015	0,0031	0,0051	0,0051	0,0029	0,0014	0,0028	0,0048	0,0047	0,0027	0,0014	0,0050	0,0089	0,0087	0,0044	0,0021	
65+	0,0018	0,0036	0,0039	0,0027	0,0013	0,0018	0,0033	0,0035	0,0023	0,0011	0,0017	0,0031	0,0032	0,0021	0,0012	0,0027	0,0061	0,0061	0,0036	0,0020	
<b>COR</b>																					
Não Branco	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0010	0,0012	0,0010	0,0004	0,0002	0,0016	0,0023	0,0020	0,0009	0,0004	
Branco	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0012	0,0013	0,0010	0,0004	0,0002	0,0021	0,0027	0,0022	0,0009	0,0004	
<b>EDUCACÃO</b>																					
Menos de 4 anos	0,0014	0,0018	0,0016	0,0009	0,0004	0,0012	0,0014	0,0011	0,0006	0,0003	0,0009	0,0011	0,0009	0,0005	0,0002	0,0017	0,0026	0,0023	0,0012	0,0005	
Fundamental	0,0014	0,0015	0,0011	0,0004	0,0002	0,0012	0,0014	0,0011	0,0004	0,0002	0,0020	0,0023	0,0018	0,0006	0,0003	0,0033	0,0045	0,0038	0,0014	0,0005	
Médio	0,0027	0,0028	0,0018	0,0006	0,0003	0,0021	0,0022	0,0014	0,0004	0,0002	0,0017	0,0019	0,0013	0,0004	0,0002	0,0028	0,0035	0,0027	0,0009	0,0004	
Superior ou mais	0,0050	0,0051	0,0028	0,0009	0,0005	0,0043	0,0044	0,0025	0,0008	0,0004	0,0035	0,0037	0,0023	0,0007	0,0004	0,0054	0,0059	0,0037	0,0011	0,0004	
<b>OCUPADOS</b>																					
Desocupados	0,0041	0,0045	0,0033	0,0012	0,0005	0,0035	0,0040	0,0030	0,0010	0,0004	0,0011	0,0013	0,0011	0,0005	0,0003	0,0085	0,0107	0,0087	0,0026	0,0007	
Ocupados	0,0013	0,0014	0,0011	0,0004	0,0002	0,0011	0,0013	0,0010	0,0004	0,0001	0,0010	0,0013	0,0010	0,0004	0,0002	0,0019	0,0026	0,0021	0,0007	0,0003	
<b>TOTAL</b>	0,0009	0,0009	0,0007	0,0003	0,0001	0,0008	0,0009	0,0007	0,0003	0,0001	0,0007	0,0009	0,0007	0,0003	0,0002	0,0013	0,0018	0,0015	0,0006	0,0003	

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.4 – Significância da TH2: Indicador de saúde por características individuais: Autoavaliação de Saúde, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998					2003					2008					2013				
	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR
<b>GÊNERO</b>																				
Homem	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Mulher	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>IDADE</b>																				
0-5	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
6-14	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
15-19	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
20-24	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
25-29	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
30-34	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
35-39	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
40-44	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
45-49	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
50-54	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
55-59	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
60-64	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
65+	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>COR</b>																				
Não Branco	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Branco	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>EDUCACÃO</b>																				
Menos de 4 anos	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Fundamental	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Médio	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Superior ou mais	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>OCUPADOS</b>																				
Desocupados	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Ocupados	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.5 – Erros padrões da TH5: Desigualdade da saúde, padronização indireta para a Autoavaliação de Saúde, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998					2003					2008					2013				
	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR
<b>RENDA PER CAPITA</b>																				
Quintil mais baixo	0,0038	0,0044	0,0033	0,0013	0,0006	0,0031	0,0038	0,0030	0,0012	0,0005	0,0052	0,0077	0,0069	0,0032	0,0013	0,0240	0,0330	0,0295	0,0063	0,0006
2°	0,0031	0,0038	0,0030	0,0012	0,0005	0,0026	0,0033	0,0026	0,0010	0,0004	0,0065	0,0091	0,0080	0,0038	0,0014	0,0187	0,0245	0,0211	0,0062	0,0018
3°	0,0027	0,0033	0,0025	0,0010	0,0004	0,0023	0,0029	0,0022	0,0008	0,0003	0,0081	0,0117	0,0100	0,0053	0,0015	0,0051	0,0085	0,0075	0,0031	0,0010
4°	0,0026	0,0030	0,0022	0,0007	0,0004	0,0023	0,0027	0,0020	0,0007	0,0003	0,0089	0,0155	0,0142	0,0078	0,0033	0,0054	0,0078	0,0066	0,0022	0,0013
Quintil mais alto	0,0027	0,0029	0,0019	0,0006	0,0003	0,0025	0,0027	0,0017	0,0005	0,0002	0,0221	0,0318	0,0274	0,0182	0,0058	0,0058	0,0070	0,0051	0,0017	0,0009
<b>TOTAL</b>	0,0013	0,0015	0,0011	0,0004	0,0002	0,0012	0,0013	0,0010	0,0004	0,0001	0,0034	0,0049	0,0043	0,0022	0,0008	0,0032	0,0043	0,0035	0,0012	0,0006
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,0029	0,0016	0,0035	0,0114	0,0285	0,0028	0,0014	0,0031	0,0102	0,0256	0,0141	0,0055	0,0089	0,0268	0,0771	0,0118	0,0042	0,0090	0,0268	0,0596
CI(3)	0,0043	0,0025	0,0055	0,0186	0,0468	0,0042	0,0021	0,0049	0,0169	0,0435	0,0216	0,0084	0,0136	0,0402	0,1194	0,0173	0,0065	0,0144	0,0440	0,0920
CI(4)	0,0054	0,0031	0,0070	0,0239	0,0606	0,0052	0,0027	0,0063	0,0220	0,0575	0,0271	0,0107	0,0170	0,0499	0,1531	0,0213	0,0083	0,0186	0,0567	0,1140

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.6 – Significância da TH5: Desigualdade da saúde, padronização indireta para a Autoavaliação de Saúde, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998					2003					2008					2013				
	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR	MB	B	RG	R	MR
<b>RENDA PER CAPITA</b>																				
Quintil mais baixo	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	**
2°	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
3°	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
4°	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	*	***	***	***	***	***
Quintil mais alto	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	***		***	***	***	***		***	***	***	***	***	***	*		***	*	***	***	
CI(3)	***	*	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	**		***	***	***	***	
CI(4)	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	*	**		***	***	***	***	

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.7 – Erros padrões da TH1: Indicadores de saúde por características familiares: Presença de Doenças Crônicas, Limitações e Dias de Limitação, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

ÁREA DE RESIDENCIA	1998			2003			2008			2013		
	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS
Urbana	0,0010	0,0005	0,0373	0,0009	0,0005	0,0422	0,0009	0,0005	0,0316	0,0015	0,0010	0,0742
Rural	0,0019	0,0010	0,0745	0,0019	0,0011	0,0908	0,0019	0,0012	0,0690	0,0027	0,0020	0,1396
<b>REGIAO</b>												
Nordeste	0,0030	0,0018	0,0916	0,0022	0,0014	0,1038	0,0021	0,0014	0,0698	0,0019	0,0016	0,1348
Norte	0,0015	0,0008	0,0562	0,0013	0,0008	0,0593	0,0014	0,0009	0,0461	0,0020	0,0016	0,0994
Sudeste	0,0015	0,0007	0,0616	0,0014	0,0007	0,0763	0,0015	0,0008	0,0536	0,0025	0,0016	0,1349
Sul	0,0022	0,0011	0,0793	0,0021	0,0012	0,0851	0,0021	0,0013	0,0738	0,0035	0,0025	0,1499
Centro-Oeste	0,0025	0,0014	0,0843	0,0023	0,0013	0,0792	0,0023	0,0014	0,0756	0,0026	0,0020	0,1528
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	0,0018	0,0010	0,0684	0,0016	0,0010	0,0891	0,0016	0,0011	0,0566	0,0020	0,0017	0,1302
2º	0,0019	0,0010	0,0677	0,0017	0,0010	0,0764	0,0017	0,0011	0,0575	0,0026	0,0020	0,1590
3º	0,0020	0,0011	0,0707	0,0018	0,0010	0,0669	0,0018	0,0011	0,0636	0,0029	0,0021	0,1360
4º	0,0020	0,0010	0,0819	0,0020	0,0010	0,0772	0,0020	0,0011	0,0680	0,0034	0,0022	0,1489
Quintil mais alto	0,0021	0,0010	0,0863	0,0020	0,0009	0,1220	0,0020	0,0011	0,0761	0,0035	0,0021	0,1566
<b>TOTAL</b>	<b>0,0009</b>	<b>0,0005</b>	<b>0,0333</b>	<b>0,0008</b>	<b>0,0004</b>	<b>0,0384</b>	<b>0,0008</b>	<b>0,0005</b>	<b>0,0288</b>	<b>0,0013</b>	<b>0,0009</b>	<b>0,0663</b>

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.8 – Significância da TH1: Indicadores de saúde por características familiares: Presença de Doenças Crônicas, Limitações e Dias de Limitação, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

ÁREA DE RESIDENCIA	1998			2003			2008			2013		
	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS
Urbana	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Rural	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>REGIAO</b>												
Nordeste	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Norte	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Sudeste	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Sul	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Centro-Oeste	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
2º	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
3º	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
4º	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Quintil mais alto	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.9 – Erros padrões da TH2: Indicadores de saúde por características individuais: Presença de Doenças Crônicas, Limitações e Dias de Limitação, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998			2003			2008			2013		
	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS
<b>GÊNERO</b>												
Homem	0,0012	0,0006	0,0517	0,0011	0,0006	0,0594	0,0011	0,0007	0,0453	0,0018	0,0012	0,1086
Mulher	0,0013	0,0007	0,0435	0,0012	0,0007	0,0501	0,0012	0,0007	0,0368	0,0020	0,0013	0,0832
<b>IDADE</b>												
0-5	0,0016	0,0013	0,0715	0,0016	0,0015	0,1109	0,0017	0,0017	0,0639	0,0024	0,0032	0,1555
6-14	0,0012	0,0009	0,0727	0,0012	0,0010	0,0838	0,0013	0,0011	0,0544	0,0022	0,0021	0,1529
15-19	0,0020	0,0011	0,1208	0,0018	0,0011	0,1680	0,0019	0,0013	0,1033	0,0026	0,0023	0,2282
20-24	0,0025	0,0013	0,1296	0,0022	0,0012	0,1491	0,0021	0,0013	0,1097	0,0030	0,0024	0,2574
25-29	0,0030	0,0015	0,1243	0,0026	0,0013	0,1154	0,0024	0,0015	0,1081	0,0033	0,0027	0,2093
30-34	0,0032	0,0015	0,1308	0,0029	0,0015	0,1210	0,0028	0,0016	0,1110	0,0038	0,0029	0,2685
35-39	0,0034	0,0016	0,1332	0,0032	0,0016	0,1211	0,0031	0,0018	0,1087	0,0044	0,0031	0,2304
40-44	0,0037	0,0019	0,1294	0,0034	0,0018	0,1385	0,0033	0,0019	0,1075	0,0052	0,0034	0,2573
45-49	0,0041	0,0022	0,1339	0,0038	0,0020	0,1323	0,0036	0,0021	0,1107	0,0059	0,0039	0,2417
50-54	0,0045	0,0026	0,1411	0,0041	0,0024	0,1843	0,0038	0,0024	0,1128	0,0066	0,0042	0,2486
55-59	0,0047	0,0032	0,1453	0,0045	0,0028	0,1373	0,0041	0,0028	0,1215	0,0076	0,0049	0,2520
60-64	0,0050	0,0036	0,1575	0,0048	0,0033	0,1739	0,0043	0,0031	0,1380	0,0086	0,0053	0,2797
65+	0,0031	0,0028	0,0985	0,0029	0,0024	0,1319	0,0026	0,0023	0,0858	0,0061	0,0040	0,1746
<b>COR</b>												
Não Branco	0,0012	0,0007	0,0454	0,0011	0,0006	0,0491	0,0011	0,0007	0,0370	0,0017	0,0012	0,0863
Branco	0,0012	0,0006	0,0484	0,0012	0,0006	0,0588	0,0012	0,0007	0,0447	0,0021	0,0014	0,1024
<b>EDUCACÃO</b>												
Menos de 4 anos	0,0018	0,0010	0,0566	0,0013	0,0008	0,0534	0,0011	0,0007	0,0344	0,0021	0,0015	0,0917
Fundamental	0,0014	0,0007	0,0581	0,0013	0,0007	0,0670	0,0021	0,0012	0,0837	0,0031	0,0022	0,1768
Médio	0,0027	0,0012	0,1235	0,0021	0,0009	0,1020	0,0018	0,0009	0,0758	0,0025	0,0017	0,1538
Superior ou mais	0,0048	0,0022	0,2272	0,0043	0,0018	0,2572	0,0036	0,0018	0,1485	0,0048	0,0027	0,2485
<b>OCUPADOS</b>												
Desocupados	0,0041	0,0020	0,1521	0,0036	0,0018	0,1347	0,0013	0,0008	0,0429	0,0061	0,0039	0,3490
Ocupados	0,0014	0,0006	0,0514	0,0012	0,0006	0,0559	0,0012	0,0007	0,0432	0,0019	0,0012	0,0964
<b>TOTAL</b>	<b>0,0009</b>	<b>0,0005</b>	<b>0,0333</b>	<b>0,0008</b>	<b>0,0004</b>	<b>0,0384</b>	<b>0,0008</b>	<b>0,0005</b>	<b>0,0288</b>	<b>0,0013</b>	<b>0,0009</b>	<b>0,0663</b>

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.10 – Significância da TH2: Indicadores de saúde por características individuais: Presença de Doenças Crônicas, Limitações e Dias de Limitação, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998			2003			2008			2013		
	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS
<b>GÊNERO</b>												
Homem	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Mulher	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>IDADE</b>												
0-5	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
6-14	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
15-19	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
20-24	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
25-29	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
30-34	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
35-39	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
40-44	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
45-49	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
50-54	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
55-59	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
60-64	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
65+	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>COR</b>												
Não Branco	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Branco	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>EDUCAÇÃO</b>												
Menos de 4 anos	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Fundamental	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Médio	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Superior ou mais	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>OCUPADOS</b>												
Desocupados	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Ocupados	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.11 – Erros padrões da TH5: Desigualdade da saúde, padronização indireta para a Presença de Doenças Crônicas, Limitações e Dias de Limitação, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998			2003			2008			2013		
	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	0,380	0,060	5,119	0,324	0,066	5,108	0,310	0,101	5,382	0,147	0,062	6,147
2º	0,395	0,062	5,062	0,339	0,068	5,116	0,313	0,090	5,383	0,170	0,069	7,239
3º	0,381	0,057	5,018	0,338	0,061	5,070	0,322	0,081	5,269	0,142	0,079	5,576
4º	0,357	0,050	5,274	0,335	0,052	5,214	0,316	0,071	5,532	0,157	0,073	5,395
Quintil mais alto	0,321	0,045	5,168	0,327	0,046	5,315	0,349	0,070	6,095	0,168	0,070	5,282
<b>TOTAL</b>	0,360	0,053	5,138	0,333	0,056	5,172	0,315	0,090	5,397	0,158	0,073	5,469
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	-0,039	-0,058	0,005	0,000	-0,082	0,008	0,012	-0,049	-0,006	0,043	-0,008	-0,020
CI(3)	-0,050	-0,081	0,009	0,006	-0,115	0,012	0,018	-0,065	-0,018	0,057	-0,022	-0,031
CI(4)	-0,050	-0,087	0,012	0,013	-0,128	0,014	0,024	-0,069	-0,030	0,064	-0,031	-0,040

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.12 – Significância da TH5: Desigualdade da saúde, padronização indireta para a Presença de Doenças Crônicas, Limitações e Dias de Limitação, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998			2003			2008			2013		
	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS	CRONICA	LIMIT	DIAS
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
2º	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
3º	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
4º	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Quintil mais alto	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	***	***			***			***		***		
CI(3)	***	***		*	***			**		***		
CI(4)	***	***		***	***			*		***		

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.13 – Erros padrões da TH1: Indicadores de saúde por características familiares: Presença de Deficiências e suas Limitações, no Brasil em 2013

	INTELECTUAL	FISICA	AUDITIVA	VISUAL	LIMIT_INTELEC	LIMIT_FISICA	LIMIT_AUDIT	LIMIT_VISUAL
<b>AREA DE RESIDENCIA</b>								
Urbana	0,0003	0,0005	0,0006	0,0008	0,011	0,011	0,014	0,010
Rural	0,0008	0,0009	0,0012	0,0019	0,021	0,018	0,025	0,016
<b>REGIAO</b>								
Nordeste	0,0006	0,0007	0,0009	0,0014	0,030	0,021	0,031	0,018
Norte	0,0005	0,0008	0,0008	0,0011	0,016	0,014	0,021	0,014
Sudeste	0,0006	0,0008	0,0009	0,0012	0,019	0,020	0,023	0,017
Sul	0,0008	0,0010	0,0014	0,0024	0,025	0,029	0,028	0,019
Centro-Oeste	0,0007	0,0010	0,0010	0,0015	0,022	0,016	0,027	0,020
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,0007	0,0006	0,0006	0,0008	0,021	0,017	0,047	0,025
2º	0,0009	0,0008	0,0007	0,0014	0,021	0,037	0,041	0,025
3º	0,0007	0,0010	0,0011	0,0017	0,018	0,015	0,025	0,017
4º	0,0007	0,0012	0,0015	0,0018	0,024	0,019	0,024	0,016
Quintil mais alto	0,0004	0,0010	0,0015	0,0020	0,030	0,024	0,022	0,016
<b>TOTAL</b>	0,0003	0,0004	0,0005	0,0007	0,010	0,010	0,013	0,009

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.14 – Significância da TH1: Indicadores de saúde por características familiares: Presença de Deficiências e suas Limitações, no Brasil em 2013

	INTELECTUAL	FISICA	AUDITIVA	VISUAL	LIMIT_INTELEC	LIMIT_FISICA	LIMIT_AUDIT	LIMIT_VISUAL
<b>AREA DE RESIDENCIA</b>								
Urbana	***	***	***	***	***	***	***	***
Rural	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>REGIAO</b>								
Nordeste	***	***	***	***	***	***	***	***
Norte	***	***	***	***	***	***	***	***
Sudeste	***	***	***	***	***	***	***	***
Sul	***	***	***	***	***	***	***	***
Centro-Oeste	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	***	***	***	***	***	***	***	***
2º	***	***	***	***	***	***	***	***
3º	***	***	***	***	***	***	***	***
4º	***	***	***	***	***	***	***	***
Quintil mais alto	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “”.

Fonte: Elaboração própria (2018).



Tabela 2.15 – Erros padrões da TH2: Indicadores de saúde por características individuais: Presença de Deficiências e suas Limitações, no Brasil em 2013

	INTELECTUAL	FISICA	AUDITIVA	VISUAL	LIMIT_INTELEC	LIMIT_FISICA	LIMIT_AUDIT	LIMIT_VISUAL
<b>GÊNERO</b>								
Homem	0,0005	0,0007	0,0008	0,0010	0,0114	0,0137	0,0177	0,0129
Mulher	0,0004	0,0005	0,0006	0,0010	0,0175	0,0141	0,0180	0,0114
<b>IDADE</b>								
0-5	0,0007	0,0007	0,0007	0,0006	0,0669	0,0995	0,1973	0,1071
6-14	0,0009	0,0007	0,0006	0,0012	0,0227	0,0401	0,0634	0,0405
15-19	0,0011	0,0008	0,0008	0,0014	0,0422	0,0275	0,0816	0,0432
20-24	0,0012	0,0008	0,0010	0,0016	0,0235	0,0853	0,0757	0,0414
25-29	0,0011	0,0012	0,0013	0,0016	0,0411	0,0626	0,0836	0,0408
30-34	0,0010	0,0013	0,0012	0,0018	0,0375	0,0598	0,0625	0,0443
35-39	0,0013	0,0013	0,0013	0,0021	0,0131	0,0253	0,0655	0,0410
40-44	0,0009	0,0013	0,0013	0,0024	0,0057	0,0292	0,0515	0,0333
45-49	0,0011	0,0020	0,0020	0,0030	0,0160	0,0244	0,0490	0,0279
50-54	0,0013	0,0022	0,0023	0,0035	0,0273	0,0316	0,0474	0,0275
55-59	0,0015	0,0027	0,0026	0,0042	0,0533	0,0239	0,0442	0,0266
60-64	0,0013	0,0030	0,0033	0,0052	0,0204	0,0316	0,0413	0,0265
65+	0,0012	0,0023	0,0038	0,0043	0,0379	0,0183	0,0182	0,0153
<b>COR</b>								
Não Branco	0,0004	0,0005	0,0006	0,0009	0,014	0,011	0,017	0,011
Branco	0,0005	0,0006	0,0009	0,0011	0,014	0,018	0,018	0,012
<b>EDUCACÃO</b>								
Menos de 4 anos	0,0006	0,0007	0,0009	0,0012	0,0106	0,0113	0,0144	0,0105
Fundamental	0,0005	0,0009	0,0011	0,0017	0,0347	0,0247	0,0378	0,0250
Médio	0,0003	0,0007	0,0008	0,0012	0,0388	0,0298	0,0335	0,0192
Superior ou mais	0,0003	0,0012	0,0013	0,0020	0,1030	0,0497	0,0475	0,0282
<b>OCUPADOS</b>								
Desocupados	0,0012	0,0011	0,0018	0,0028	0,1033	0,0901	0,1148	0,0617
Ocupados	0,0001	0,0005	0,0006	0,0010	0,0471	0,0256	0,0220	0,0136
<b>TOTAL</b>	0,0003	0,0004	0,0005	0,0007	0,0100	0,0100	0,0127	0,0085

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.16 – Significância da TH2: Indicadores de saúde por características individuais: Presença de Deficiências e suas Limitações, no Brasil em 2013

	INTELECTUAL	FISICA	AUDITIVA	VISUAL	LIMIT_INTELEC	LIMIT_FISICA	LIMIT_AUDIT	LIMIT_VISUAL
<b>GÊNERO</b>								
Homem	***	***	***	***	***	***	***	***
Mulher	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>IDADE</b>								
0-5	***	***	**	***	***	***	***	***
6-14	***	***	***	***	***	***	***	***
15-19	***	***	***	***	***	***	***	***
20-24	***	***	***	***	***	***	***	***
25-29	***	***	***	***	***	***	***	***
30-34	***	***	***	***	***	***	***	***
35-39	***	***	***	***	***	***	***	***
40-44	***	***	***	***	***	***	***	***
45-49	***	***	***	***	***	***	***	***
50-54	***	***	***	***	***	***	***	***
55-59	***	***	***	***	***	***	***	***
60-64	***	***	***	***	***	***	***	***
65+	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>COR</b>								
Não Branco	***	***	***	***	***	***	***	***
Branco	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>EDUCAÇÃO</b>								
Menos de 4 anos	***	***	***	***	***	***	***	***
Fundamental	***	***	***	***	***	***	***	***
Médio	***	***	***	***	***	***	***	***
Superior ou mais	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>OCUPADOS</b>								
Desocupados	***	***	***	***	***	***	***	***
Ocupados	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”, p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.17 – Erros padrões da TH5: Desigualdade da saúde, padronização indireta para a Presença de Deficiências e suas Limitações, no Brasil em 2013

	INTELECTUAL	FISICA	AUDITIVA	VISUAL	LIMIT_INTELEC	LIMIT_FISICA	LIMIT_AUDIT	LIMIT_VISUAL
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,0050	0,0027	0,0047	0,0070	0,0782	0,0871	0,1208	0,1420
2º	0,0022	0,0039	0,0081	0,0095	0,5387	0,2318	0,1827	0,0876
3º	0,0005	0,0017	0,0018	0,0035	0,1766	0,0524	0,0627	0,0435
4º	0,0002	0,0016	0,0021	0,0028	0,1747	0,0643	0,0691	0,0366
Quintil mais alto	0,0002	0,0013	0,0018	0,0030	0,2301	0,0600	0,0444	0,0305
<b>TOTAL</b>	<b>0,0002</b>	<b>0,0008</b>	<b>0,0011</b>	<b>0,0017</b>	<b>0,1185</b>	<b>0,0368</b>	<b>0,0331</b>	<b>0,0203</b>
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,1332	0,0530	0,0404	0,0248	0,0891	0,0281	0,0388	0,0257
CI(3)	0,2321	0,0755	0,0588	0,0384	0,1449	0,0412	0,0605	0,0404
CI(4)	0,3112	0,0898	0,0723	0,0485	0,1916	0,0516	0,0770	0,0513

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 2.18 – Significância da TH5: Desigualdade da saúde, padronização indireta para a Presença de Deficiências e suas Limitações, no Brasil em 2013

	INTELECTUAL	FISICA	AUDITIVA	VISUAL	LIMIT_INTELEC	LIMIT_FISICA	LIMIT_AUDIT	LIMIT_VISUAL
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	**	***	***	***	***	***	*	***
2º		**	***	***		***	***	***
3º	***	***	***	***	**	***	***	***
4º	**	***	***	***	***	***	***	***
Quintil mais alto	**	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	***			*		*		***
CI(3)	***			*		**		***
CI(4)	***			*		**		***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

**APÊNDICE 3 – TABELAS DE ERRO-PADRÃO E SIGNIFICÂNCIA PARA VARIÁVEIS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Tabela 3.1 – Erros padrões da TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Busca de Atendimento nos últimos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>								
Urbana	0,0010	0,0007	0,0009	0,0007	0,0009	0,0007	0,0017	0,0015
Rural	0,0021	0,0012	0,0022	0,0014	0,0021	0,0014	0,0036	0,0026
<b>REGIÃO</b>								
Norte	0,0033	0,0022	0,0025	0,0017	0,0025	0,0015	0,0036	0,0021
Nordeste	0,0016	0,0010	0,0015	0,0010	0,0015	0,0010	0,0028	0,0020
Sudeste	0,0016	0,0011	0,0014	0,0011	0,0014	0,0011	0,0028	0,0025
Sul	0,0023	0,0016	0,0021	0,0016	0,0021	0,0016	0,0040	0,0035
Centro-Oeste	0,0026	0,0018	0,0024	0,0017	0,0023	0,0017	0,0036	0,0027
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,0020	0,0013	0,0019	0,0013	0,0019	0,0013	0,0034	0,0025
2º	0,0020	0,0013	0,0019	0,0013	0,0019	0,0013	0,0035	0,0030
3º	0,0021	0,0014	0,0019	0,0014	0,0019	0,0014	0,0037	0,0028
4º	0,0021	0,0015	0,0019	0,0015	0,0018	0,0015	0,0036	0,0031
Quintil mais alto	0,0021	0,0016	0,0018	0,0016	0,0017	0,0016	0,0033	0,0033
<b>TOTAL</b>	0,0009	0,0006	0,0009	0,0006	0,0008	0,0006	0,0016	0,0013

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.2 – Significância da TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Busca de Atendimento nos últimos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>								
Urbana	***	***	***	***	***	***	***	***
Rural	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>REGIÃO</b>								
Norte	***	***	***	***	***	***	***	***
Nordeste	***	***	***	***	***	***	***	***
Sudeste	***	***	***	***	***	***	***	***
Sul	***	***	***	***	***	***	***	***
Centro-Oeste	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quartil mais baixo	***	***	***	***	***	***	***	***
2º	***	***	***	***	***	***	***	***
3º	***	***	***	***	***	***	***	***
4º	***	***	***	***	***	***	***	***
Quartil mais alto	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.3 – Erros padrões da TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Busca de Atendimento nos últimos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM
<b>GÊNERO</b>								
Homem	0,0013	0,0008	0,0013	0,0008	0,0012	0,0008	0,0024	0,0017
Mulher	0,0013	0,0010	0,0011	0,0010	0,0011	0,0009	0,0020	0,0020
<b>IDADE</b>								
0-5	0,0026	0,0020	0,0023	0,0022	0,0024	0,0023	0,0040	0,0049
6-14	0,0021	0,0012	0,0021	0,0013	0,0022	0,0013	0,0043	0,0029
15-19	0,0028	0,0016	0,0028	0,0016	0,0029	0,0018	0,0058	0,0035
20-24	0,0032	0,0019	0,0029	0,0018	0,0029	0,0019	0,0060	0,0041
25-29	0,0034	0,0022	0,0030	0,0020	0,0029	0,0020	0,0059	0,0042
30-34	0,0034	0,0022	0,0031	0,0022	0,0030	0,0021	0,0057	0,0044
35-39	0,0035	0,0023	0,0032	0,0023	0,0031	0,0023	0,0059	0,0045
40-44	0,0037	0,0026	0,0033	0,0025	0,0031	0,0024	0,0060	0,0050
45-49	0,0041	0,0030	0,0035	0,0029	0,0032	0,0027	0,0062	0,0055
50-54	0,0045	0,0035	0,0038	0,0032	0,0033	0,0030	0,0061	0,0060
55-59	0,0049	0,0041	0,0042	0,0039	0,0037	0,0035	0,0066	0,0066
60-64	0,0052	0,0046	0,0045	0,0044	0,0039	0,0039	0,0068	0,0075
65+	0,0034	0,0032	0,0028	0,0031	0,0025	0,0028	0,0042	0,0055
<b>COR</b>								
Não Branco	0,0013	0,0009	0,0012	0,0008	0,0011	0,0008	0,0021	0,0017
Branco	0,0013	0,0009	0,0012	0,0009	0,0012	0,0010	0,0023	0,0021
<b>EDUCAÇÃO</b>								
Menos de 4 anos	0,0018	0,0012	0,0013	0,0010	0,0011	0,0008	0,0024	0,0020
Fundamental	0,0015	0,0010	0,0014	0,0010	0,0023	0,0016	0,0043	0,0032
Médio	0,0028	0,0020	0,0021	0,0016	0,0018	0,0014	0,0032	0,0027
Superior ou mais	0,0047	0,0039	0,0037	0,0034	0,0029	0,0028	0,0047	0,0047
<b>OCUPADOS</b>								
Desocupados	0,0045	0,0029	0,0040	0,0027	0,0012	0,0010	0,0106	0,0073
Ocupados	0,0014	0,0009	0,0013	0,0009	0,0012	0,0009	0,0024	0,0019
<b>TOTAL</b>	<b>0,0009</b>	<b>0,0006</b>	<b>0,0009</b>	<b>0,0006</b>	<b>0,0008</b>	<b>0,0006</b>	<b>0,0016</b>	<b>0,0013</b>

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.4 – Significância da TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Busca de Atendimento nos últimos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM
<b>GÊNERO</b>								
Homem	***	***	***	***	***	***	***	***
Mulher	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>IDADE</b>								
0-5	***	***	***	***	***	***	***	***
6-14	***	***	***	***	***	***	***	***
15-19	***	***	***	***	***	***	***	***
20-24	***	***	***	***	***	***	***	***
25-29	***	***	***	***	***	***	***	***
30-34	***	***	***	***	***	***	***	***
35-39	***	***	***	***	***	***	***	***
40-44	***	***	***	***	***	***	***	***
45-49	***	***	***	***	***	***	***	***
50-54	***	***	***	***	***	***	***	***
55-59	***	***	***	***	***	***	***	***
60-64	***	***	***	***	***	***	***	***
65+	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>COR</b>								
Não Branco	***	***	***	***	***	***	***	***
Branco	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>EDUCAÇÃO</b>								
Menos de 4 anos	***	***	***	***	***	***	***	***
Fundamental	***	***	***	***	***	***	***	***
Médio	***	***	***	***	***	***	***	***
Superior ou mais	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>OCUPADOS</b>								
Desocupados	***	***	***	***	***	***	***	***
Ocupados	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.5 – Erros padrões da TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para a Busca de Atendimento nos últimos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,0043	0,0028	0,0037	0,0025	0,0074	0,0050	0,0293	0,0206
2º	0,0036	0,0023	0,0032	0,0021	0,0087	0,0054	0,0220	0,0179
3º	0,0032	0,0021	0,0028	0,0019	0,0113	0,0075	0,0081	0,0061
4º	0,0029	0,0019	0,0026	0,0019	0,0149	0,0102	0,0068	0,0058
Quintil mais alto	0,0028	0,0020	0,0024	0,0020	0,0296	0,0236	0,0057	0,0053
<b>TOTAL</b>	<b>0,0015</b>	<b>0,0010</b>	<b>0,0013</b>	<b>0,0009</b>	<b>0,0047</b>	<b>0,0031</b>	<b>0,0038</b>	<b>0,0032</b>
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,0016	0,0047	0,0012	0,0040	0,0047	0,0166	0,0030	0,0116
CI(3)	0,0024	0,0070	0,0019	0,0059	0,0073	0,0250	0,0048	0,0176
CI(4)	0,0031	0,0086	0,0024	0,0074	0,0093	0,0312	0,0061	0,0219

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.6 – Significância da TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para a Busca de Atendimento nos últimos 12 meses e nos 15 dias anteriores à pesquisa, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM	BUSC_ANO	BUSC_SEM
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	***	***	***	***	***	***	***	***
2º	***	***	***	***	***	***	***	***
3º	***	***	***	***	***	***	***	***
4º	***	***	***	***	***	***	***	***
Quintil mais alto	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>***</b>
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	***	***	***	***	**		***	***
CI(3)	***	***	***	***	*		***	***
CI(4)	***	***	***	***			***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).



Tabela 3.7 – Erros padrões da TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Acesso na Primeira e na Última Busca, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	CONS_I	CONS_U	CONS_I	CONS_U	CONS_I	CONS_U	CONS_I	CONS_U
<b>AREA DE RESIDENCIA</b>								
Urbana	0,001	0,016	0,001	0,014	0,001	0,016	0,002	0,029
Rural	0,003	0,035	0,002	0,046	0,003	0,046	0,005	0,056
<b>REGIAO</b>								
Norte	0,004	0,042	0,003	0,033	0,003	0,038	0,006	0,062
Nordeste	0,002	0,028	0,002	0,023	0,002	0,025	0,004	0,039
Sudeste	0,001	0,027	0,001	0,026	0,001	0,029	0,003	0,050
Sul	0,002	0,029	0,002	0,032	0,002	0,041	0,004	0,061
Centro-Oeste	0,003	0,036	0,003	0,039	0,003	0,041	0,005	0,050
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,003	0,030	0,002	0,027	0,002	0,029	0,005	0,060
2º	0,003	0,030	0,002	0,025	0,002	0,030	0,004	0,059
3º	0,002	0,028	0,002	0,030	0,002	0,033	0,005	0,050
4º	0,002	0,035	0,002	0,031	0,002	0,036	0,004	0,056
Quintil mais alto	0,001	0,049	0,001	0,047	0,001	0,055	0,003	0,070
<b>TOTAL</b>	0,001	0,015	0,001	0,013	0,001	0,015	0,002	0,026

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.8 – Significância da TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Acesso na Primeira e na Última Busca, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	CONS_I	CONS_U	CONS_I	CONS_U	CONS_I	CONS_U	CONS_I	CONS_U
<b>AREA DE RESIDENCIA</b>								
Urbana	***	***	***	***	***	***	***	***
Rural	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>REGIAO</b>								
Norte	***	***	***	***	***	***	***	***
Nordeste	***	***	***	***	***	***	***	***
Sudeste	***	***	***	***	***	***	***	***
Sul	***	***	***	***	***	***	***	***
Centro-Oeste	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	***	***	***	***	***	***	***	***
2º	***	***	***	***	***	***	***	***
3º	***	***	***	***	***	***	***	***
4º	***	***	***	***	***	***	***	***
Quintil mais alto	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.9 – Erros padrões da TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Acesso na Primeira e na Última Busca, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U
<b>GÊNERO</b>								
Homem	0,0014	0,0272	0,0013	0,0220	0,0013	0,0267	0,0026	0,0429
Mulher	0,0012	0,0176	0,0011	0,0170	0,0012	0,0188	0,0026	0,0322
<b>IDADE</b>								
0-5	0,0021	0,0400	0,0021	0,0316	0,0022	0,0431	0,0065	0,0827
6-14	0,0028	0,0503	0,0025	0,0401	0,0023	0,0430	0,0053	0,0899
15-19	0,0039	0,0546	0,0038	0,0551	0,0039	0,0459	0,0080	0,0811
20-24	0,0035	0,0431	0,0031	0,0494	0,0036	0,0566	0,0093	0,1023
25-29	0,0036	0,0472	0,0032	0,0480	0,0034	0,0481	0,0089	0,0889
30-34	0,0036	0,0470	0,0033	0,0544	0,0031	0,0620	0,0068	0,0999
35-39	0,0045	0,0441	0,0035	0,0472	0,0034	0,0507	0,0083	0,0843
40-44	0,0038	0,0559	0,0033	0,0525	0,0038	0,0518	0,0082	0,0840
45-49	0,0042	0,0507	0,0033	0,0499	0,0033	0,0613	0,0070	0,0858
50-54	0,0037	0,0760	0,0035	0,0566	0,0036	0,0559	0,0070	0,0974
55-59	0,0040	0,0695	0,0037	0,0529	0,0036	0,0625	0,0055	0,0989
60-64	0,0042	0,0786	0,0036	0,0496	0,0037	0,0740	0,0072	0,1032
65+	0,0025	0,0600	0,0021	0,0455	0,0021	0,0509	0,0039	0,0872
<b>COR</b>								
Não Branco	0,002	0,021	0,001	0,018	0,001	0,019	0,003	0,034
Branco	0,001	0,021	0,001	0,021	0,001	0,026	0,002	0,038
<b>EDUCACÃO</b>								
Menos de 4 anos	0,0020	0,0263	0,0013	0,0190	0,0012	0,0194	0,0028	0,0365
Fundamental	0,0017	0,0230	0,0015	0,0214	0,0026	0,0372	0,0059	0,0633
Médio	0,0022	0,0523	0,0017	0,0436	0,0018	0,0369	0,0040	0,0588
Superior ou mais	0,0018	0,0513	0,0019	0,0617	0,0020	0,0963	0,0038	0,0643
<b>OCUPADOS</b>								
Desocupados	0,0059	0,0566	0,0057	0,0500	0,0013	0,0225	0,0143	0,1179
Ocupados	0,0015	0,0231	0,0013	0,0220	0,0013	0,0228	0,0030	0,0403
<b>TOTAL</b>	0,0009	0,0148	0,0008	0,0135	0,0009	0,0154	0,0019	0,0261

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.10 – Significância da TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Acesso na Primeira e na Última Busca, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U
<b>GÊNERO</b>								
Homem	***	***	***	***	***	***	***	***
Mulher	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>IDADE</b>								
0-5	***	***	***	***	***	***	***	***
6-14	***	***	***	***	***	***	***	***
15-19	***	***	***	***	***	***	***	***
20-24	***	***	***	***	***	***	***	***
25-29	***	***	***	***	***	***	***	***
30-34	***	***	***	***	***	***	***	***
35-39	***	***	***	***	***	***	***	***
40-44	***	***	***	***	***	***	***	***
45-49	***	***	***	***	***	***	***	***
50-54	***	***	***	***	***	***	***	***
55-59	***	***	***	***	***	***	***	***
60-64	***	***	***	***	***	***	***	***
65+	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>COR</b>								
Não Branco	***	***	***	***	***	***	***	***
Branco	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>EDUCACÃO</b>								
Menos de 4 anos	***	***	***	***	***	***	***	***
Fundamental	***	***	***	***	***	***	***	***
Médio	***	***	***	***	***	***	***	***
Superior ou mais	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>OCUPADOS</b>								
Desocupados	***	***	***	***	***	***	***	***
Ocupados	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.11 – Erros padrões da TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para o Acesso na Primeira e na Última Busca, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,0052	0,0562	0,0050	0,0536	0,0132	0,1101	0,0129	0,1730
2º	0,0060	0,0550	0,0045	0,0436	0,0117	0,1634	0,0457	0,1890
3º	0,0042	0,0411	0,0033	0,0441	0,0139	0,1450	0,0132	0,0910
4º	0,0031	0,0450	0,0027	0,0442	0,0236	0,0000	0,0087	0,0694
Quintil mais alto	0,0015	0,0754	0,0015	0,0620	0,0813	0,0000	0,0039	0,1147
<b>TOTAL</b>	0,0015	0,0236	0,0013	0,0215	0,0078	0,0845	0,0045	0,0639
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,0009	0,0185	0,0008	0,0183	0,0055	0,0671	0,0027	0,0832
CI(3)	0,0014	0,0280	0,0013	0,0283	0,0076	0,1079	0,0046	0,1420
CI(4)	0,0019	0,0348	0,0017	0,0361	0,0092	0,1374	0,0061	0,1898

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.12 – Significância da TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para o Acesso na Primeira e na Última Busca, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U	CONS_1	CONS_U
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	***	***	***	***	***	***	***	
2º	***	***	***	***	***	***	***	
3º	***	***	***	***	***	***	***	***
4º	***	***	***	***	***	***	***	***
Quintil mais alto	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	***	***	***	***			***	*
CI(3)	***		***				***	
CI(4)	***		***				***	

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.13 – Erros padrões da TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998						2003					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>												
Urbana	0,0142	0,0133	0,0062	0,0051	0,0031	0,0082	0,0126	0,0116	0,0061	0,0035	0,0022	0,0079
Rural	0,0329	0,0322	0,0154	0,0111	0,0060	0,0200	0,0355	0,0345	0,0117	0,0113	0,0049	0,0234
<b>REGIÃO</b>												
Norte	0,0397	0,0407	0,0180	0,0164	0,0106	0,0160	0,0300	0,0298	0,0131	0,0130	0,0000	0,0194
Nordeste	0,0223	0,0225	0,0110	0,0083	0,0037	0,0125	0,0187	0,0185	0,0084	0,0064	0,0032	0,0115
Sudeste	0,0235	0,0214	0,0106	0,0089	0,0056	0,0132	0,0223	0,0195	0,0110	0,0043	0,0042	0,0145
Sul	0,0318	0,0287	0,0100	0,0086	0,0068	0,0225	0,0320	0,0292	0,0148	0,0106	0,0044	0,0215
Centro-Oeste	0,0342	0,0328	0,0169	0,0090	0,0051	0,0189	0,0329	0,0313	0,0156	0,0121	0,0000	0,0166
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	0,0282	0,0276	0,0122	0,0117	0,0068	0,0138	0,0239	0,0225	0,0115	0,0076	0,0039	0,0136
2º	0,0251	0,0235	0,0124	0,0098	0,0060	0,0144	0,0224	0,0213	0,0087	0,0058	0,0030	0,0122
3º	0,0264	0,0251	0,0121	0,0082	0,0022	0,0139	0,0258	0,0237	0,0122	0,0065	0,0055	0,0167
4º	0,0300	0,0280	0,0115	0,0093	0,0061	0,0194	0,0288	0,0247	0,0146	0,0093	0,0057	0,0199
Quintil mais alto	0,0447	0,0400	0,0176	0,0134	0,0134	0,0323	0,0404	0,0368	0,0220	0,0076	0,0000	0,0303
<b>TOTAL</b>	0,0130	0,0123	0,0058	0,0046	0,0028	0,0076	0,0119	0,0110	0,0056	0,0033	0,0020	0,0075
	2008						2013					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>												
Urbana	0,0123	0,0124	0,0055	0,0043	0,0014	0,0066	0,0213	0,0228	0,0085	0,0086	0,0030	0,0146
Rural	0,0310	0,0323	0,0139	0,0120	0,0049	0,0143	0,0431	0,0450	0,0301	0,0134	0,0000	0,0149
<b>REGIÃO</b>												
Norte	0,0330	0,0337	0,0109	0,0140	0,0000	0,0136	0,0465	0,0475	0,0283	0,0103	0,0016	0,0240
Nordeste	0,0172	0,0180	0,0072	0,0077	0,0021	0,0098	0,0285	0,0312	0,0090	0,0175	0,0000	0,0119
Sudeste	0,0217	0,0218	0,0105	0,0066	0,0021	0,0113	0,0387	0,0407	0,0175	0,0076	0,0067	0,0279
Sul	0,0351	0,0340	0,0135	0,0086	0,0078	0,0184	0,0500	0,0555	0,0292	0,0262	0,0000	0,0368
Centro-Oeste	0,0310	0,0312	0,0150	0,0094	0,0038	0,0158	0,0413	0,0410	0,0167	0,0127	0,0022	0,0248
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	0,0218	0,0222	0,0091	0,0080	0,0000	0,0109	0,0462	0,0451	0,0182	0,0121	0,0095	0,0234
2º	0,0221	0,0234	0,0095	0,0089	0,0028	0,0129	0,0453	0,0469	0,0274	0,0087	0,0000	0,0166
3º	0,0244	0,0242	0,0109	0,0087	0,0032	0,0124	0,0324	0,0402	0,0134	0,0225	0,0004	0,0352
4º	0,0287	0,0279	0,0103	0,0073	0,0044	0,0145	0,0450	0,0459	0,0138	0,0139	0,0062	0,0199
Quintil mais alto	0,0370	0,0388	0,0228	0,0145	0,0066	0,0211	0,0463	0,0547	0,0244	0,0106	0,0091	0,0278
<b>TOTAL</b>	0,0114	0,0116	0,0051	0,0041	0,0014	0,0060	0,0192	0,0205	0,0086	0,0075	0,0025	0,0126

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.14 – Significância da TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998						2003					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>												
Urbana	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Rural	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>REGIÃO</b>												
Norte	***	***	***	**		**	***	***	***	***		***
Nordeste	***	***	***	***	*	***	***	***	***	***	*	***
Sudeste	***	***	***	***	***	***	***	***	***	**	**	***
Sul	***	***	***	**		***	***	***	***	**	*	***
Centro-Oeste	***	***	***	**		***	***	***	***	***		***
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	***	***	***	***	**	***	***	***	***	***		***
2º	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***		***
3º	***	***	***	***		***	***	***	***	***	**	***
4º	***	***	***	***		***	***	***	***	***		***
Quintil mais alto	***	***	***	*		***	***	***	***			***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
	2008						2013					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>												
Urbana	***	***	***	***	**	***	***	***	***	***	*	***
Rural	***	***	***	***		***	***	***	***	**		***
<b>REGIÃO</b>												
Norte	***	***	***	***		***	***	***	***	***		***
Nordeste	***	***	***	***	*	***	***	***	***	***		***
Sudeste	***	***	***	***		***	***	***	***	***	**	***
Sul	***	***	***	*		***	***	***	***	**		***
Centro-Oeste	***	***	***	***		***	***	***	***	**		***
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	***	***	***	***		***	***	***	***	***		***
2º	***	***	***	***		***	***	***	**	**		***
3º	***	***	***	***	*	***	***	***	***	***		***
4º	***	***	***	**		***	***	***	***	***		***
Quintil mais alto	***	***	***	**		***	***	***	***	*		***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	**	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.15 – Erros padrões da TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, no Brasil, em 1998 e 2003

	1998						2003					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>GÊNERO</b>												
Homem	0,0228	0,0216	0,0105	0,0078	0,0059	0,0150	0,0208	0,0194	0,0104	0,0064	0,0046	0,0124
Mulher	0,0159	0,0150	0,0069	0,0058	0,0030	0,0086	0,0145	0,0133	0,0066	0,0039	0,0020	0,0094
<b>IDADE</b>												
0-5	0,0354	0,0376	0,0163	0,0193	0,0049	0,0297	0,0351	0,0335	0,0168	0,0091	0,0000	0,0240
6-14	0,0410	0,0367	0,0219	0,0158	0,0000	0,0237	0,0361	0,0339	0,0150	0,0089	0,0088	0,0163
15-19	0,0447	0,0424	0,0182	0,0081	0,0154	0,0206	0,0406	0,0310	0,0217	0,0129	0,0080	0,0300
20-24	0,0425	0,0418	0,0192	0,0106	0,0053	0,0278	0,0419	0,0388	0,0192	0,0118	0,0134	0,0290
25-29	0,0450	0,0440	0,0202	0,0050	0,0173	0,0289	0,0400	0,0357	0,0149	0,0023	0,0000	0,0237
30-34	0,0454	0,0426	0,0214	0,0138	0,0141	0,0279	0,0423	0,0398	0,0249	0,0150	0,0070	0,0299
35-39	0,0413	0,0391	0,0196	0,0187	0,0073	0,0252	0,0408	0,0360	0,0214	0,0163	0,0073	0,0315
40-44	0,0465	0,0428	0,0209	0,0188	0,0057	0,0197	0,0425	0,0392	0,0190	0,0159	0,0000	0,0219
45-49	0,0503	0,0477	0,0194	0,0113	0,0158	0,0239	0,0438	0,0423	0,0174	0,0096	0,0000	0,0281
50-54	0,0589	0,0554	0,0264	0,0209	0,0000	0,0324	0,0507	0,0469	0,0283	0,0103	0,0131	0,0229
55-59	0,0628	0,0617	0,0386	0,0086	0,0000	0,0335	0,0539	0,0504	0,0260	0,0163	0,0000	0,0340
60-64	0,0665	0,0603	0,0245	0,0337	0,0000	0,0227	0,0598	0,0583	0,0307	0,0057	0,0055	0,0231
65+	0,0487	0,0457	0,0053	0,0199	0,0000	0,0255	0,0439	0,0422	0,0157	0,0103	0,0068	0,0286
<b>COR</b>												
Não Branco	0,0173	0,0166	0,0076	0,0066	0,0032	0,0099	0,0154	0,0142	0,0066	0,0050	0,0030	0,0092
Branco	0,0197	0,0184	0,0089	0,0065	0,0047	0,0116	0,0187	0,0172	0,0096	0,0042	0,0024	0,0125
<b>EDUCACÃO</b>												
Menos de 4 anos	0,0229	0,0217	0,0090	0,0084	0,0048	0,0119	0,0180	0,0173	0,0085	0,0051	0,0027	0,0108
Fundamental	0,0202	0,0189	0,0094	0,0062	0,0052	0,0100	0,0180	0,0159	0,0080	0,0045	0,0033	0,0110
Médio	0,0445	0,0428	0,0225	0,0102	0,0000	0,0338	0,0344	0,0315	0,0178	0,0122	0,0056	0,0265
Superior ou mais	0,0876	0,1504	0,0345	0,0000	0,0000	0,1528	0,1027	0,0767	0,0910	0,0485	0,0000	0,1011
<b>OCUPADOS</b>												
Desocupados	0,0498	0,0437	0,0191	0,0189	0,0000	0,0291	0,0402	0,0344	0,0246	0,0082	0,0047	0,0253
Ocupados	0,0203	0,0194	0,0089	0,0068	0,0058	0,0114	0,0190	0,0177	0,0088	0,0060	0,0038	0,0116
<b>TOTAL</b>	0,0130	0,0123	0,0058	0,0046	0,0028	0,0076	0,0119	0,0110	0,0056	0,0033	0,0020	0,0075

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.16 – Erros padrões da TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, no Brasil, em 2008 e 2013

	2008						2013					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>GÊNERO</b>												
Homem	0,0199	0,0205	0,0088	0,0074	0,0030	0,0112	0,0273	0,0350	0,0180	0,0110	0,0042	0,0266
Mulher	0,0140	0,0140	0,0062	0,0048	0,0015	0,0071	0,0245	0,0252	0,0095	0,0097	0,0031	0,0138
<b>IDADE</b>												
0-5	0,0396	0,0418	0,0137	0,0157	0,0000	0,0231	0,0661	0,0693	0,0342	0,0164	0,0000	0,0356
6-14	0,0373	0,0376	0,0125	0,0141	0,0000	0,0203	0,0563	0,0658	0,0056	0,0269	0,0169	0,0243
15-19	0,0405	0,0384	0,0261	0,0159	0,0000	0,0221	0,0701	0,0789	0,0276	0,0092	0,0000	0,0842
20-24	0,0395	0,0397	0,0172	0,0132	0,0000	0,0172	0,0808	0,0756	0,0351	0,0157	0,0160	0,0480
25-29	0,0397	0,0401	0,0061	0,0142	0,0027	0,0179	0,0738	0,0621	0,0565	0,0607	0,0000	0,0542
30-34	0,0455	0,0436	0,0299	0,0177	0,0082	0,0252	0,0782	0,0720	0,0350	0,0100	0,0000	0,0168
35-39	0,0423	0,0431	0,0202	0,0127	0,0000	0,0213	0,0563	0,0701	0,0196	0,0359	0,0014	0,0235
40-44	0,0365	0,0376	0,0171	0,0135	0,0047	0,0220	0,0586	0,0689	0,0247	0,0124	0,0141	0,0412
45-49	0,0426	0,0437	0,0184	0,0190	0,0000	0,0229	0,0643	0,0633	0,0148	0,0111	0,0148	0,0678
50-54	0,0413	0,0418	0,0198	0,0124	0,0084	0,0173	0,0749	0,0738	0,0376	0,0216	0,0000	0,0351
55-59	0,0460	0,0442	0,0145	0,0140	0,0097	0,0196	0,0552	0,0747	0,0389	0,0320	0,0000	0,0367
60-64	0,0520	0,0555	0,0209	0,0050	0,0112	0,0312	0,0881	0,0864	0,0066	0,0118	0,0000	0,0257
65+	0,0371	0,0388	0,0145	0,0136	0,0063	0,0238	0,0514	0,0624	0,0210	0,0229	0,0000	0,0379
<b>COR</b>												
Não Branco	0,0140	0,0145	0,0064	0,0055	0,0016	0,0074	0,0240	0,0263	0,0082	0,0084	0,0004	0,0184
Branco	0,0195	0,0192	0,0083	0,0059	0,0027	0,0103	0,0317	0,0327	0,0173	0,0138	0,0062	0,0154
<b>EDUCACÃO</b>												
Menos de 4 anos	0,0142	0,0146	0,0060	0,0051	0,0019	0,0078	0,0281	0,0288	0,0090	0,0113	0,0027	0,0170
Fundamental	0,0295	0,0288	0,0146	0,0090	0,0000	0,0122	0,0485	0,0489	0,0186	0,0194	0,0000	0,0383
Médio	0,0278	0,0276	0,0131	0,0113	0,0040	0,0149	0,0356	0,0455	0,0255	0,0172	0,0096	0,0292
Superior ou mais	0,0672	0,0724	0,0301	0,0167	0,0000	0,0428	0,0917	0,0952	0,0350	0,0225	0,0000	0,0275
<b>OCUPADOS</b>												
Desocupados	0,0167	0,0169	0,0078	0,0063	0,0023	0,0083	0,0804	0,0903	0,0249	0,0198	0,0000	0,0246
Ocupados	0,0168	0,0170	0,0073	0,0056	0,0020	0,0092	0,0293	0,0312	0,0110	0,0100	0,0050	0,0243
<b>TOTAL</b>	0,0114	0,0116	0,0051	0,0041	0,0014	0,0060	0,0192	0,0205	0,0086	0,0075	0,0025	0,0126

Fonte: Elaboração própria (2018).



Tabela 3.17 – Significância da TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, no Brasil, em 1998 e 2003

	1998						2003					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>GÊNERO</b>												
Homem	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	**	***
Mulher	***	***	***	***	**	***	***	***	***	***	**	***
<b>IDADE</b>												
0-5	***	***	***	***		***	***	***	***	**		***
6-14	***	***	***	***		***	***	***	***	**		***
15-19	***	***	***	**		***	***	***	***	**		***
20-24	***	***	***	**		***	***	***	***	**	*	***
25-29	***	***	***			***	***	***	*			***
30-34	***	***	**	*	*	***	***	***	***	*		***
35-39	***	***	***	***		***	***	***	***	**		***
40-44	***	***	***	**		**	***	***	**	***		***
45-49	***	***	**		*	***	***	***	**			***
50-54	***	***	*	*		***	***	***	*			***
55-59	***	***	**			***	***	***	*			***
60-64	***	***	*	**			***	***	***			*
65+	***	***		**		***	***	***	***			***
<b>COR</b>												
Não Branco	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	**	***
Branco	***	***	***	***	**	***	***	***	***	***	**	***
<b>EDUCACÃO</b>												
Menos de 4 anos	***	***	***	***	**	***	***	***	***	***	*	***
Fundamental	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	**	***
Médio	***	***	***	*		***	***	***	***	**		***
Superior ou mais	*	**				***	***	**	*			***
<b>OCUPADOS</b>												
Desocupados	***	***	**	**		***	***	***	***	**		***
Ocupados	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	**	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.18 – Significância da TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, no Brasil, em 2008 e 2013

	2008						2013					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>GÊNERO</b>												
Homem	***	***	***	***	*	***	***	***	***	***		***
Mulher	***	***	***	***	**	***	***	***	***	***	*	***
<b>IDADE</b>												
0-5	***	***	**	***		***	***	***	**	***		**
6-14	***	***	**	***		***	***	***	**	*		***
15-19	***	***	***	***		***	***	***	**			*
20-24	***	***	***	**		***	***	***	**	**		**
25-29	***	***	*	**		***	***	***		**		***
30-34	***	***	***	*		***	***	***	**			**
35-39	***	***	***	**		***	***	***	**	*		**
40-44	***	***	***	***		***	***	***	**			***
45-49	***	***	**	**		***	***	***		*		***
50-54	***	***	***	**		***	***	***	***	**		**
55-59	***	***	**	*		***	***	***	**	*		*
60-64	***	***	**			***	***	***	***			**
65+	***	***	***	**		***	***	***	**	**		***
<b>COR</b>												
Não Branco	***	***	***	***	**	***	***	***	***	***		***
Branco	***	***	***	***	*	***	***	***	***	***	**	***
<b>EDUCACÃO</b>												
Menos de 4 anos	***	***	***	***	**	***	***	***	***	***		***
Fundamental	***	***	***	***		***	***	***	***	**		***
Médio	***	***	***	***		***	***	***	***	**	*	***
Superior ou mais	***	***	*			***	***	***	**	**		***
<b>OCUPADOS</b>												
Desocupados	***	***	***	***	*	***	***	***	**			***
Ocupados	***	***	***	***	*	***	***	***	***	***	*	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	**	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.19 – Erros padrões da TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para os Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998						2003					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quartil mais baixo	0,0563	0,0485	0,0287	0,0182	0,0019	0,0308	0,0440	0,0401	0,0200	0,0088	0,0006	0,0262
2º	0,0458	0,0423	0,0255	0,0173	0,0131	0,0232	0,0367	0,0330	0,0139	0,0116	0,0024	0,0205
3º	0,0397	0,0379	0,0167	0,0130	0,0014	0,0210	0,0377	0,0351	0,0187	0,0078	0,0079	0,0216
4º	0,0433	0,0400	0,0157	0,0116	0,0127	0,0266	0,0409	0,0354	0,0237	0,0164	0,0103	0,0238
Quartil mais alto	0,0584	0,0565	0,0311	0,0167	0,0247	0,0411	0,0509	0,0482	0,0350	0,0133	0,0005	0,0406
<b>TOTAL</b>	<b>0,0212</b>	<b>0,0197</b>	<b>0,0099</b>	<b>0,0068</b>	<b>0,0053</b>	<b>0,0121</b>	<b>0,0186</b>	<b>0,0168</b>	<b>0,0096</b>	<b>0,0054</b>	<b>0,0031</b>	<b>0,0113</b>
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,0253	0,0348	0,0967	0,1395	0,2554	0,0725	0,0216	0,0328	0,0882	0,1349	0,1774	0,0636
CI(3)	0,0390	0,0526	0,1480	0,2106	0,3245	0,1067	0,0333	0,0504	0,1273	0,1960	0,1936	0,0926
CI(4)	0,0491	0,0653	0,1838	0,2600	0,3291	0,1340	0,0422	0,0637	0,1567	0,2346	0,1627	0,1145
	2008						2013					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quartil mais baixo	0,0803	0,0822	0,0494	0,0446	0,0000	0,0264	0,2120	0,1761	0,0155	0,1873	0,0000	0,0262
2º	0,1182	0,1205	0,0076	0,0841	0,0000	0,0364	0,2067	0,2580	0,0190	0,0038	0,0000	0,0611
3º	0,1154	0,1078	0,0067	0,0420	0,0000	0,0138	0,0721	0,0755	0,0372	0,0085	0,0000	0,0470
4º	0,1375	0,1822	0,0062	0,0102	0,0000	0,1457	0,0793	0,0695	0,0300	0,0214	0,0000	0,0288
Quartil mais alto	0,1106	0,1353	0,0151	0,0314	0,0000	0,0170	0,0715	0,0787	0,0283	0,0081	0,0000	0,0639
<b>TOTAL</b>	<b>0,0532</b>	<b>0,0577</b>	<b>0,0255</b>	<b>0,0281</b>	<b>0,0000</b>	<b>0,0225</b>	<b>0,0452</b>	<b>0,0447</b>	<b>0,0182</b>	<b>0,0090</b>	<b>0,0000</b>	<b>0,0247</b>
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,0986	0,0675	0,1813	0,1370	0,0000	0,3245	0,0626	0,0596	0,1298	0,1458	0,0000	0,1145
CI(3)	0,1513	0,0977	0,3582	0,2165	0,0000	0,3980	0,0990	0,0968	0,2063	0,2541	0,0000	0,1507
CI(4)	0,1887	0,1208	0,5224	0,2612	0,0000	0,4154	0,1253	0,1252	0,2611	0,3559	0,0000	0,1729

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.20 – Significância da TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para os Motivos de Não Acesso ao Atendimento de Saúde, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998						2003					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	***	***	**	**		***	***	***	***			***
2º	***	***	***	*		***	***	***	***	*		***
3º	***	***	***	**		***	***	***	***	*		***
4º	***	***	***			***	***	***	***	*		***
Quintil mais alto	***	***	*			***	***	***	***		***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	**	***	***	***	***	***	*	***
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	*					*	*				*	***
CI(3)		*									***	***
CI(4)		**									***	*
	2008						2013					
	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT	VAGA	PROFI	ESP	SERV.EQUIP	PAG	OUT
<b>RENDA PER CAPITA</b>												
Quintil mais baixo	***	***	*	*				**	*			*
2º	**	***				*	**		***			**
3º	***	***				***	***	***	**	*		***
4º	***	**					***	***	**	*		***
Quintil mais alto		***					***	***	*			***
<b>TOTAL</b>	***	***	*	**		**	***	***	***	*		***
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)			***					*				
CI(3)			**				*	*				
CI(4)			*				*	*				

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.21 – Erros padrões da TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Quantidade de Atendimentos e Internações realizadas nos últimos 12 meses, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN
<b>AREA DE RESIDENCIA</b>								
Urbana	0,0166	0,0087	0,0133	0,0081	0,0122	0,0105	0,0206	0,0284
Rural	0,0260	0,0154	0,0275	0,0204	0,0255	0,0280	0,0383	0,0466
<b>REGIAO</b>								
Norte	0,0314	0,0225	0,0298	0,0189	0,0240	0,0298	0,0306	0,0726
Nordeste	0,0181	0,0129	0,0176	0,0121	0,0176	0,0193	0,0305	0,0308
Sudeste	0,0273	0,0138	0,0220	0,0139	0,0195	0,0164	0,0328	0,0273
Sul	0,0291	0,0175	0,0272	0,0187	0,0291	0,0259	0,0328	0,0273
Centro-Oeste	0,0288	0,0221	0,0280	0,0228	0,0279	0,0249	0,0398	0,0555
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,0319	0,0168	0,0266	0,0145	0,0245	0,0247	0,0317	0,0378
2º	0,0317	0,0179	0,0258	0,0182	0,0234	0,0196	0,0407	0,0625
3º	0,0319	0,0178	0,0284	0,0184	0,0259	0,0202	0,0445	0,0336
4º	0,0328	0,0170	0,0268	0,0195	0,0252	0,0225	0,0486	0,0878
Quintil mais alto	0,0323	0,0150	0,0270	0,0137	0,0243	0,0226	0,0394	0,0323
<b>TOTAL</b>	0,0145	0,0076	0,0121	0,0076	0,0111	0,0099	0,0186	0,0254

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.22 – Significância da TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Quantidade de Atendimentos e Internações realizadas nos últimos 12 meses, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN
<b>AREA DE RESIDENCIA</b>								
Urbana	***	***	***	***	***	***	***	***
Rural	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>REGIAO</b>								
Norte	***	***	***	***	***	***	***	***
Nordeste	***	***	***	***	***	***	***	***
Sudeste	***	***	***	***	***	***	***	***
Sul	***	***	***	***	***	***	***	***
Centro-Oeste	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	***	***	***	***	***	***	***	***
2º	***	***	***	***	***	***	***	***
3º	***	***	***	***	***	***	***	***
4º	***	***	***	***	***	***	***	***
Quintil mais alto	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.23 – Erros padrões da TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Quantidade de Atendimentos e Internações realizadas nos últimos 12 meses, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN
<b>GÊNERO</b>								
Homem	0,0214	0,0139	0,0178	0,0122	0,0161	0,0170	0,0260	0,0278
Mulher	0,0195	0,0090	0,0164	0,0096	0,0151	0,0120	0,0259	0,0378
<b>IDADE</b>								
0-5	0,0350	0,0214	0,0303	0,0180	0,0318	0,0328	0,0567	0,0442
6-14	0,0306	0,0262	0,0216	0,0240	0,0209	0,0415	0,0356	0,0744
15-19	0,0394	0,0182	0,0356	0,0236	0,0320	0,0276	0,0443	0,0827
20-24	0,0400	0,0149	0,0354	0,0167	0,0362	0,0243	0,0519	0,0381
25-29	0,0536	0,0186	0,0438	0,0184	0,0349	0,0221	0,0637	0,0492
30-34	0,0488	0,0244	0,0373	0,0188	0,0367	0,0253	0,0602	0,0695
35-39	0,0577	0,0243	0,0443	0,0221	0,0389	0,0239	0,0637	0,1446
40-44	0,0619	0,0295	0,0499	0,0272	0,0416	0,0350	0,0742	0,0540
45-49	0,0674	0,0475	0,0606	0,0338	0,0476	0,0336	0,0788	0,0456
50-54	0,0820	0,0430	0,0607	0,0506	0,0537	0,0438	0,0806	0,0698
55-59	0,0847	0,0412	0,0764	0,0466	0,0590	0,0458	0,1002	0,0629
60-64	0,0844	0,0373	0,0737	0,0378	0,0680	0,0713	0,1058	0,0732
65+	0,0626	0,0281	0,0531	0,0288	0,0460	0,0341	0,0717	0,1076
<b>COR</b>								
Não Branco	0,0203	0,0117	0,0167	0,0105	0,0151	0,0131	0,0246	0,0243
Branco	0,0202	0,0101	0,0173	0,0108	0,0162	0,0148	0,0281	0,0461
<b>EDUCACÃO</b>								
Menos de 4 anos	0,0296	0,0168	0,0186	0,0133	0,0149	0,0141	0,0305	0,0502
Fundamental	0,0253	0,0109	0,0204	0,0111	0,0312	0,0213	0,0428	0,0465
Médio	0,0408	0,0148	0,0298	0,0177	0,0219	0,0189	0,0368	0,0309
Superior ou mais	0,0624	0,0326	0,0510	0,0158	0,0416	0,0271	0,0497	0,0378
<b>OCUPADOS</b>								
Desocupados	0,0788	0,0243	0,0554	0,0291	0,0180	0,0168	0,0997	0,1436
Ocupados	0,0207	0,0097	0,0166	0,0090	0,0149	0,0117	0,0257	0,0240
<b>TOTAL</b>	0,0145	0,0076	0,0121	0,0076	0,0111	0,0099	0,0186	0,0254

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.24 – Significância da TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Quantidade de Atendimentos e Internações realizadas nos últimos 12 meses, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN
<b>GÊNERO</b>								
Homem	***	***	***	***	***	***	***	***
Mulher	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>IDADE</b>								
0-5	***	***	***	***	***	***	***	***
6-14	***	***	***	***	***	***	***	***
15-19	***	***	***	***	***	***	***	***
20-24	***	***	***	***	***	***	***	***
25-29	***	***	***	***	***	***	***	***
30-34	***	***	***	***	***	***	***	***
35-39	***	***	***	***	***	***	***	***
40-44	***	***	***	***	***	***	***	***
45-49	***	***	***	***	***	***	***	***
50-54	***	***	***	***	***	***	***	***
55-59	***	***	***	***	***	***	***	***
60-64	***	***	***	***	***	***	***	***
65+	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>COR</b>								
Não Branco	***	***	***	***	***	***	***	***
Branco	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>EDUCACÃO</b>								
Menos de 4 anos	***	***	***	***	***	***	***	***
Fundamental	***	***	***	***	***	***	***	***
Médio	***	***	***	***	***	***	***	***
Superior ou mais	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>OCUPADOS</b>								
Desocupados	***	***	***	***	***	***	***	***
Ocupados	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.25 – Erros padrões da TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para a Quantidade de Atendimentos e Internações realizadas nos últimos 12 meses, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	0,0714	0,0236	0,0535	0,0268	0,1201	0,0453	0,3207	0,1312
2°	0,0597	0,0304	0,0424	0,0308	0,0808	0,0902	0,2064	0,0764
3°	0,0490	0,0243	0,0378	0,0177	0,1616	0,0866	0,1055	0,0887
4°	0,0469	0,0190	0,0336	0,0195	0,1949	0,1533	0,0927	0,0421
Quintil mais alto	0,0399	0,0183	0,0317	0,0152	0,3975	0,1200	0,0580	0,0508
<b>TOTAL</b>	0,0226	0,0101	0,0170	0,0093	0,0652	0,0375	0,0449	0,0333
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,0035	0,0046	0,0027	0,0040	0,0104	0,0143	0,0068	0,0169
CI(3)	0,0054	0,0066	0,0041	0,0065	0,0159	0,0208	0,0103	0,0265
CI(4)	0,0068	0,0082	0,0052	0,0082	0,0201	0,0250	0,0129	0,0340
Índice de Realização Padronizado	0,0255	0,0117	0,0193	0,0116	0,0781	0,0365	0,0546	0,0420
Índice de Realização com parâmetro de aversão-desigualdade= 3	0,0292	0,0133	0,0225	0,0136	0,0933	0,0379	0,0620	0,0526
Índice de Realização com parâmetro de aversão-desigualdade= 4	0,0326	0,0145	0,0253	0,0153	0,1061	0,0398	0,0674	0,0617

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.26 – Significância da TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para a Quantidade de Atendimentos e Internações realizadas nos últimos 12 meses, no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998		2003		2008		2013	
	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN	Q_ATEND	Q_INTERN
<b>RENDA PER CAPITA</b>								
Quintil mais baixo	***	***	***	***	***	***	***	***
2°	***	***	***	***	***	***	***	***
3°	***	***	***	***	***	***	***	***
4°	***	***	***	***	***	***	***	***
Quintil mais alto	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	***	***	***	***			**	
CI(3)	***	***	***	***			**	
CI(4)	***	**	*	**		*	*	
Índice de Realização Padronizado	***	***	***	***	***	***	***	***
Índice de Realização com parâmetro de aversão-desigualdade= 3	***	***	***	***	***	***	***	***
Índice de Realização com parâmetro de aversão-desigualdade= 4	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).



Tabela 3.27 – Erros padrões da TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Setor do Atendimento (Setor Público ou Privado) e Forma de Custeio (Plano de Saúde, Desembolso, pelo SUS), no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998				2003				2008				2013			
	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS
<b>AREA DE RESIDENCIA</b>																
Urbana	0,0029	0,0027	0,0021	0,0029	0,0025	0,0023	0,0018	0,0026	0,0025	0,0023	0,0020	0,0026	0,0051	0,0049	0,0037	0,0052
Rural	0,0061	0,0036	0,0049	0,0065	0,0056	0,0034	0,0047	0,0059	0,0054	0,0033	0,0047	0,0055	0,0087	0,0051	0,0075	0,0089
<b>REGIAO</b>																
Norte	0,0086	0,0063	0,0064	0,0092	0,0064	0,0048	0,0045	0,0068	0,0067	0,0047	0,0054	0,0069	0,0097	0,0081	0,0076	0,0101
Nordeste	0,0044	0,0034	0,0030	0,0047	0,0037	0,0028	0,0026	0,0038	0,0038	0,0029	0,0030	0,0039	0,0072	0,0059	0,0053	0,0073
Sudeste	0,0043	0,0041	0,0030	0,0043	0,0039	0,0037	0,0026	0,0040	0,0039	0,0037	0,0030	0,0039	0,0081	0,0079	0,0056	0,0082
Sul	0,0061	0,0051	0,0054	0,0061	0,0055	0,0048	0,0048	0,0055	0,0056	0,0048	0,0050	0,0056	0,0107	0,0098	0,0090	0,0107
Centro-Oeste	0,0072	0,0059	0,0061	0,0075	0,0067	0,0057	0,0057	0,0068	0,0066	0,0057	0,0058	0,0067	0,0104	0,0097	0,0087	0,0105
<b>RENDA PER CAPITA</b>																
Quintil mais baixo	0,0054	0,0040	0,0034	0,0059	0,0042	0,0033	0,0026	0,0045	0,0048	0,0038	0,0035	0,0049	0,0101	0,0090	0,0069	0,0101
2º	0,0049	0,0031	0,0033	0,0054	0,0039	0,0026	0,0029	0,0041	0,0042	0,0031	0,0033	0,0043	0,0109	0,0106	0,0073	0,0109
3º	0,0054	0,0041	0,0039	0,0057	0,0049	0,0039	0,0035	0,0050	0,0051	0,0042	0,0039	0,0051	0,0085	0,0073	0,0066	0,0088
4º	0,0059	0,0054	0,0043	0,0059	0,0052	0,0047	0,0039	0,0052	0,0052	0,0046	0,0042	0,0052	0,0102	0,0094	0,0076	0,0102
Quintil mais alto	0,0043	0,0053	0,0047	0,0039	0,0041	0,0048	0,0042	0,0039	0,0042	0,0049	0,0045	0,0040	0,0098	0,0100	0,0081	0,0097
<b>TOTAL</b>	0,0026	0,0024	0,0019	0,0027	0,0023	0,0021	0,0017	0,0024	0,0024	0,0021	0,0019	0,0024	0,0047	0,0044	0,0034	0,0047

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.28 – Significância da TU1: Utilização de serviços de saúde por características familiares: Setor do Atendimento (Setor Público ou Privado) e Forma de Custeio (Plano de Saúde, Desembolso, pelo SUS), no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998				2003				2008				2013			
	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS
<b>AREA DE RESIDENCIA</b>																
Urbana	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Rural	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>REGIAO</b>																
Norte	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Nordeste	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Sudeste	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Sul	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Centro-Oeste	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>RENDA PER CAPITA</b>																
Quintil mais baixo	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
2º	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
3º	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
4º	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Quintil mais alto	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.29 – Erros padrões da TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Setor do Atendimento (Setor Público ou Privado) e Forma de Custeio (Plano de Saúde, Desembolso, pelo SUS), no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998				2003				2008				2013			
	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS
<b>GÊNERO</b>																
Homem	0,0043	0,0038	0,0031	0,0044	0,0038	0,0034	0,0028	0,0039	0,0037	0,0034	0,0029	0,0038	0,0077	0,0073	0,0057	0,0077
Mulher	0,0033	0,0030	0,0024	0,0034	0,0030	0,0027	0,0021	0,0030	0,0030	0,0027	0,0024	0,0031	0,0059	0,0056	0,0042	0,0059
<b>IDADE</b>																
0-5	0,0065	0,0059	0,0040	0,0070	0,0060	0,0054	0,0035	0,0061	0,0068	0,0064	0,0042	0,0069	0,0152	0,0150	0,0103	0,0152
6-14	0,0076	0,0065	0,0055	0,0079	0,0068	0,0060	0,0049	0,0070	0,0070	0,0059	0,0055	0,0071	0,0152	0,0144	0,0092	0,0153
15-19	0,0097	0,0082	0,0076	0,0099	0,0092	0,0078	0,0072	0,0094	0,0095	0,0080	0,0080	0,0095	0,0187	0,0175	0,0136	0,0190
20-24	0,0097	0,0084	0,0076	0,0099	0,0087	0,0077	0,0066	0,0088	0,0090	0,0079	0,0074	0,0091	0,0188	0,0173	0,0145	0,0189
25-29	0,0097	0,0089	0,0075	0,0099	0,0089	0,0082	0,0068	0,0090	0,0088	0,0080	0,0072	0,0088	0,0189	0,0179	0,0147	0,0190
30-34	0,0097	0,0090	0,0076	0,0098	0,0091	0,0085	0,0067	0,0091	0,0091	0,0084	0,0072	0,0091	0,0175	0,0167	0,0145	0,0175
35-39	0,0100	0,0093	0,0079	0,0102	0,0091	0,0084	0,0069	0,0092	0,0091	0,0084	0,0072	0,0092	0,0178	0,0175	0,0122	0,0178
40-44	0,0101	0,0094	0,0073	0,0103	0,0090	0,0083	0,0067	0,0091	0,0090	0,0082	0,0074	0,0090	0,0183	0,0179	0,0127	0,0184
45-49	0,0105	0,0097	0,0076	0,0107	0,0092	0,0086	0,0066	0,0093	0,0088	0,0080	0,0071	0,0089	0,0174	0,0167	0,0131	0,0177
50-54	0,0116	0,0107	0,0084	0,0118	0,0097	0,0089	0,0068	0,0098	0,0089	0,0079	0,0071	0,0089	0,0174	0,0164	0,0110	0,0176
55-59	0,0119	0,0111	0,0083	0,0122	0,0103	0,0095	0,0072	0,0104	0,0096	0,0088	0,0074	0,0097	0,0175	0,0165	0,0119	0,0176
60-64	0,0129	0,0118	0,0093	0,0133	0,0108	0,0101	0,0073	0,0110	0,0107	0,0096	0,0084	0,0108	0,0190	0,0170	0,0137	0,0190
65+	0,0084	0,0077	0,0061	0,0086	0,0071	0,0065	0,0051	0,0072	0,0067	0,0062	0,0054	0,0068	0,0123	0,0112	0,0096	0,0123
<b>COR</b>																
Não Branco	0,0036	0,0030	0,0024	0,0039	0,0031	0,0026	0,0021	0,0032	0,0031	0,0026	0,0024	0,0032	0,0060	0,0054	0,0043	0,0060
Branco	0,0035	0,0034	0,0028	0,0035	0,0033	0,0031	0,0025	0,0033	0,0034	0,0032	0,0028	0,0034	0,0069	0,0068	0,0052	0,0070
<b>EDUCACÃO</b>																
Menos de 4 anos	0,0046	0,0034	0,0031	0,0049	0,0032	0,0027	0,0021	0,0033	0,0028	0,0024	0,0021	0,0029	0,0063	0,0055	0,0046	0,0063
Fundamental	0,0044	0,0039	0,0033	0,0045	0,0039	0,0034	0,0028	0,0040	0,0065	0,0058	0,0053	0,0066	0,0126	0,0112	0,0098	0,0126
Médio	0,0065	0,0074	0,0064	0,0061	0,0056	0,0059	0,0049	0,0055	0,0051	0,0052	0,0046	0,0051	0,0099	0,0098	0,0074	0,0099
Superior ou mais	0,0073	0,0116	0,0110	0,0060	0,0061	0,0093	0,0091	0,0054	0,0061	0,0084	0,0082	0,0057	0,0119	0,0137	0,0122	0,0114
<b>OCUPADOS</b>																
Desocupados	0,0130	0,0115	0,0093	0,0136	0,0107	0,0094	0,0068	0,0112	0,0034	0,0030	0,0027	0,0035	0,0241	0,0222	0,0190	0,0250
Ocupados	0,0042	0,0039	0,0033	0,0043	0,0037	0,0035	0,0029	0,0038	0,0035	0,0033	0,0029	0,0035	0,0074	0,0072	0,0057	0,0074
<b>TOTAL</b>	0,0026	0,0024	0,0019	0,0027	0,0023	0,0021	0,0017	0,0024	0,0024	0,0021	0,0019	0,0024	0,0047	0,0044	0,0034	0,0047

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.30 – Significância da TU2: Utilização de serviços de saúde por características individuais: Setor do Atendimento (Setor Público ou Privado) e Forma de Custeio (Plano de Saúde, Desembolso, pelo SUS), no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998				2003				2008				2013			
	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS
<b>GÊNERO</b>																
Homem	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Mulher	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>IDADE</b>																
0-5	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
6-14	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
15-19	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
20-24	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
25-29	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
30-34	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
35-39	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
40-44	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
45-49	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
50-54	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
55-59	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
60-64	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
65+	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>COR</b>																
Não Branco	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Branco	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>EDUCAÇÃO</b>																
Menos de 4 anos	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Fundamental	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Médio	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Superior ou mais	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>OCUPADOS</b>																
Desocupados	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Ocupados	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.31 – Erros padrões da TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para o Setor do Atendimento (Setor Público ou Privado) e a Forma de Custeio (Plano de Saúde, Desembolso, pelo SUS), no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998				2003				2008				2013			
	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS
<b>RENDA PER CAPITA</b>																
Quintil mais baixo	0,0128	0,0106	0,0092	0,0135	0,0102	0,0085	0,0069	0,0107	0,0142	0,0063	0,0123	0,0155	0,0565	0,0731	0,0412	0,0576
2°	0,0106	0,0070	0,0077	0,0112	0,0078	0,0051	0,0059	0,0081	0,0177	0,0034	0,0174	0,0182	0,0556	0,0491	0,0385	0,0556
3°	0,0094	0,0073	0,0073	0,0097	0,0079	0,0063	0,0058	0,0081	0,0287	0,0166	0,0252	0,0303	0,0197	0,0176	0,0149	0,0202
4°	0,0089	0,0081	0,0070	0,0089	0,0077	0,0070	0,0060	0,0077	0,0341	0,0144	0,0312	0,0347	0,0202	0,0188	0,0157	0,0204
Quintil mais alto	0,0060	0,0075	0,0067	0,0053	0,0054	0,0065	0,0059	0,0052	0,0991	0,0477	0,0989	0,0988	0,0171	0,0175	0,0148	0,0171
<b>TOTAL</b>	0,0043	0,0041	0,0035	0,0043	0,0037	0,0035	0,0029	0,0038	0,0106	0,0047	0,0096	0,0111	0,0112	0,0109	0,0089	0,0113
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	0,0046	0,0068	0,0095	0,0057	0,0043	0,0060	0,0083	0,0044	0,0468	0,1137	0,0580	0,0082	0,0141	0,0178	0,0274	0,0120
CI(3)	0,0071	0,0101	0,0138	0,0092	0,0066	0,0088	0,0121	0,0069	0,0681	0,1774	0,0834	0,0119	0,0212	0,0260	0,0390	0,0181
CI(4)	0,0091	0,0126	0,0170	0,0118	0,0084	0,0110	0,0148	0,0087	0,0843	0,2258	0,1030	0,0148	0,0263	0,0318	0,0469	0,0226

Fonte: Elaboração própria (2018).

Tabela 3.32 – Significância da TU5: Desigualdade na utilização de saúde, padronização indireta para o Setor do Atendimento (Setor Público ou Privado) e a Forma de Custeio (Plano de Saúde, Desembolso, pelo SUS), no Brasil, para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013

	1998				2003				2008				2013			
	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS	PRIV	COBER	PAG	SUS
<b>RENDA PER CAPITA</b>																
Quintil mais baixo	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	**	**	***
2°	***	***	***	***	***	***	***	***	***	*	***	***	***	***	***	***
3°	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
4°	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Quintil mais alto	***	***	***	***	***	***	***	***	***	**	**	***	***	***	***	***
<b>TOTAL</b>	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Índice de Concentração de Gini estendido, ECI(2)	***	***	***	***	***	***	***	***	***	**		***	***	***	***	***
CI(3)	***	***	***	***	***	***	***	***	**		**		***	***	***	***
CI(4)	***	***	***	***	***	***	***	***	**		**		***	***	***	***

Obs.: p-valor < 1% = “\*\*\*”; p-valor < 5% = “\*\*”; p-valor < 10% = “\*”; p-valor > 10% = “ ”.

Fonte: Elaboração própria (2018).