



**TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 445**

**EQUIDADE NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO  
COMPARATIVO ENTRE AS REGIÕES BRASILEIRAS NO PERÍODO 1998-2008**

**Mônica Viegas Andrade  
Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha  
Renata de Miranda Menezes  
Michelle Nepomuceno Souza  
Carla de Barros Reis  
Diego Resende Martins  
Lucas Gomes**

**Agosto de 2011**

Ficha catalográfica

E63  
2011

Equidade na utilização dos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras no período 1998-2008 / Mônica Viegas Andrade ...[et al.]. – Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2011.  
22 p. : il. - (Texto para discussão; 445)

Inclui bibliografia.

1. Serviços de saúde – Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Andrade, Mônica Viegas. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. III. Título. IV. Série.

CDD: 614.981

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG – NMM062/2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL**

**EQUIDADE NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO  
COMPARATIVO ENTRE AS REGIÕES BRASILEIRAS NO PERÍODO 1998-2008**

**Mônica Viegas Andrade**

Cedeplar/UFMG

**Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha**

Cedeplar/UFMG

**Renata de Miranda Menezes**

Cedeplar/UFMG

**Michelle Nepomuceno Souza**

Cedeplar/UFMG

**Carla de Barros Reis**

Cedeplar/UFMG

**Diego Resende Martins**

Cedeplar/UFMG

**Lucas Gomes**

Cedeplar/UFMG

**CEDEPLAR/FACE/UFMG**

**BELO HORIZONTE**

**2011**

## **SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. METODOLOGIA .....	7
Base de Dados .....	7
Variáveis .....	8
Índice e Curva de Concentração .....	8
3. RESULTADOS .....	9
Análise descritiva.....	9
Curvas e Índices de Concentração .....	10
Índices de Concentração.....	14
4. DISCUSSÃO .....	17
REFERÊNCIAS .....	20

## **RESUMO**

O Brasil é um país caracterizado pela presença de desigualdades socioeconômicas fortes, tanto entre regiões quanto entre indivíduos. Diversos estudos empíricos buscam analisar os determinantes dessa desigualdade bem como o seu efeito sobre indicadores relacionados ao bem estar social, como a saúde. Nesse trabalho investigamos a evolução da equidade na utilização dos serviços de saúde no Brasil entre 1998 e 2008, com base nos dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD). A análise se baseia na construção de índices e curvas de concentração – IC e CC – que permitem considerar diferenças ao longo de toda a distribuição de renda, e é realizada para o país como um todo e desagregando pelas cinco regiões geográficas. Os resultados são robustos e evidenciam uma tendência consistente de melhora nos 10 anos analisados, principalmente na área do cuidado primário. Os maiores ganhos são percebidos entre os indivíduos sem plano de saúde sugerindo uma melhora na cobertura dos serviços ofertados pelo SUS. A estimação das CC e IC sugere presença de desigualdade de pequena magnitude na utilização do cuidado ambulatorial e hospitalar. O indicador de serviços odontológicos é o único dentre as variáveis de utilização que apresenta iniquidade favorável aos grupos mais ricos com magnitude relevante. Já a análise do indicador de dificuldade de acesso aponta tanto para a presença de demanda reprimida, em especial na população sem plano de saúde, como para concentração dessa demanda entre os grupos mais pobres. O presente estudo avança na literatura empírica sobre equidade em saúde uma vez que analisa a equidade no SUS nos últimos dez anos considerando as diferenças entre grupos socioeconômicos e entre regiões do Brasil.

*Palavras-Chaves:* Equidade em saúde. Sistema Único de Saúde. Regiões brasileiras.

## **ABSTRACT**

Brazil presents severe socioeconomic inequalities among regions and individuals. Several studies analyze the determinants of these inequalities and its effects on social welfare indicators, such as health. This paper measures the socioeconomic inequalities in healthcare utilization in Brazil and in Brazilian regions over the period 1998-2008, using the Brazilian household survey, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Health concentration curves and indexes – CC and CI – were estimated. This methodology takes into account differences throughout the income distribution. The results show a consistent improvement during the period. These improvements were largest among individuals without health insurance, suggesting an improvement at Brazilian Health System (SUS) services. The estimation of CC and IC suggests a small magnitude of inequality in outpatient and hospital services. The dental service is the only one, among the healthcare utilization variables, with relevant magnitude of inequality favoring of the richest groups. The analysis of healthcare access suggests the presence of constrained demand more concentrated among the poorest groups, especially for the population without health insurance. This study moves forward in the health equity literature since it analyzes equity at SUS in the last ten years considering differences among socioeconomic groups and Brazilian regions.

*Key-Words:* Healthcare inequalities. Brazilian Health System. Brazilian regions.

*JEL Classification:* I10, I14, P24

## **1. INTRODUÇÃO**

O estado de saúde afeta o bem estar individual direta e indiretamente o que resulta na classificação dos serviços de saúde como “bens meritórios” na maior parte das economias desenvolvidas e em desenvolvimento (MUSGRAVE, 1959). A consideração dos serviços de saúde como bens meritórios abre a investigação acerca do desenho institucional de sistema de saúde adequado para garantir o financiamento e o provimento desses bens e serviços para a população. A despeito da relevância do tema e da enormidade de investigações presentes na literatura de economia da saúde, não existe um consenso sobre o desenho “ótimo” de sistema de saúde e o que se verifica empiricamente são arranjos muito diversos (PARIS, DEVAUX e WEI, 2010).

Embora as diferenças e particularidades de cada sistema sejam mantidas, nas economias onde prevalece o sistema igualitário, um aspecto chama a atenção como objeto de política pública: a busca pela equidade do acesso aos serviços de saúde e em alguma medida da equidade do estado de saúde quando são considerados grupos populacionais específicos. No Brasil, com a criação do SUS em 1988, o estado brasileiro assumiu a responsabilidade pelo provimento e financiamento de todos os serviços de saúde. Desde então, diversas políticas têm sido implementadas e operacionalizadas buscando garantir um provimento mais eficiente e equitativo (VICTORA *et al.*, 2011). Em 2008 o SUS completou 20 anos e desde sua criação o sistema tem se caracterizado por um ritmo muito intenso de regulamentação e operacionalização. Uma possível cronologia da história do SUS classificaria os seus primeiros anos 1988/95 como anos de normatização e operacionalização dos princípios propostos pelo sistema sendo os anos seguintes caracterizados pela formulação e proposição de políticas no âmbito da saúde. O período de 1996 em diante é marcado pela implementação de diversos mecanismos que foram colocados em prática. Nesse período a iniciativa mais significativa é a política de atenção primária que tem na Estratégia de Saúde da Família o seu pilar mais importante (MÉDICE, 2011).

Nesse trabalho investigamos a evolução da equidade na utilização e acesso os serviços de saúde no Brasil entre 1998 e 2008. A análise é realizada para o país como um todo e desagregando pelas cinco regiões geográficas. O Brasil é caracterizado pela presença de desigualdades socioeconômicas fortes, tanto entre regiões quanto entre indivíduos. Diversos estudos empíricos buscam analisar os determinantes dessa desigualdade bem como o seu efeito sobre indicadores relacionados ao bem estar social, como a saúde. O sistema de saúde brasileiro foi formulado em 1988 na perspectiva de acesso universal e igualdade no que diz respeito às necessidades de saúde da população. Entretanto, por se tratar de um sistema misto, seu desenho institucional parece alimentar a desigualdade na utilização e no acesso aos serviços de saúde.

No Brasil, diversos estudos mostram a presença de iniquidades na saúde. Essa iniquidade é percebida tanto na cobertura e acesso aos serviços de saúde como na utilização principalmente de cuidados ambulatoriais (TRAVASSOS *et al.*, 2000; NORONHA, 2001; NUNES *et al.*, 2001; NERI e SOARES, 2002; TRAVASSOS *et al.*, 2006). Almeida *et al.* (2000), com base na PNSN de 1989, estimam para cada quintil de renda uma taxa de utilização dos serviços de saúde. Essas taxas são padronizadas por sexo e idade e obtidas separadamente para os indivíduos doentes e saudáveis. A utilização dos serviços de saúde é bastante desigual entre as classes socioeconômicas, favorecendo as camadas de renda mais elevada. Cerca de 45% dos indivíduos pertencentes ao primeiro quintil e que têm atividades restritas por motivo de doença utilizam os serviços de saúde. Esse percentual se eleva

para 69,22% quando são considerados os grupos de renda mais elevada. Para a amostra de indivíduos saudáveis, o quinto quintil apresenta uma taxa de utilização 50% maior que a classe de menor renda.

Travassos *et al.* (2000) estimam razões de chance para três grupos de renda, utilizando a PPV de 1996/199739. Os autores mostram que há no país uma desigualdade social na distribuição de cuidado médico favorável às classes sociais privilegiadas. As chances de um indivíduo do primeiro tercil utilizar os serviços de saúde é 37% menor no nordeste e 35% menor no sudeste em comparação aos indivíduos do terceiro tercil. As chances de utilização são também mais elevadas entre os indivíduos cobertos com plano de saúde vis a vis os sem cobertura (66% mais elevadas no Nordeste e 73% no Sudeste).

Viacava *et al.* (2001), a partir dos dados da PNAD98, testam a existência da desigualdade social na utilização de serviços de saúde por gênero. O método empregado também se baseia na estimativa de razões de chance. Os autores observam que os indivíduos com maior escolaridade, os empregadores ou os assalariados com carteira assinada e os brancos apresentam chances mais elevadas de procurar os serviços de saúde, tanto preventivos quanto curativos, indicando uma desigualdade social no consumo desses serviços favorável aos grupos sociais mais privilegiados.

Para o cuidado hospitalar não há evidências de desigualdades sociais favoráveis aos mais ricos nem na chance de obter o cuidado nem no tempo de permanência no hospital (NORONHA e ANDRADE, 2005). Pelo contrário, se existirem desigualdades sociais estas são percebidas favoráveis aos grupos socioeconômicos menos favorecidos. Em parte esse resultado se deve à diferença de severidade com que os grupos sociais procuram os serviços hospitalares. Os indivíduos mais pobres, por terem menos acesso aos serviços preventivos, chegam ao sistema de saúde com estado de saúde mais precário, e apresentam, portanto, maior necessidade de internação vis-à-vis os indivíduos mais ricos.

Os estudos empíricos existentes para o Brasil sugerem a presença de uma desigualdade social no acesso aos serviços de saúde. Nosso estudo avança nessa literatura empírica uma vez que analisa a equidade no SUS nos últimos dez anos considerando as diferenças entre grupos socioeconômicos e entre regiões do Brasil. A metodologia proposta é a construção de índices e curvas de concentração que permite considerar diferenças ao longo de toda a distribuição de renda e não apenas verificar razões de chances entre estratos específicos. Além disso, o índice de concentração tem a vantagem de ser um indicador sintético.

## **2. METODOLOGIA**

### **Base de Dados**

A base de dados utilizada é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os anos de 1998 e 2008, que contém um suplemento especial sobre saúde. A PNAD é uma pesquisa domiciliar com periodicidade anual, e ampla cobertura nacional. Na região Norte, para o ano de 1998 a PNAD abrange apenas a área urbana, exceto em Tocantins. Para esta análise, a fim de obter compatibilidade do universo amostral, foram excluídos os domicílios localizados na área rural da região Norte.

## **Variáveis**

A variável socioeconômica utilizada é a renda familiar *per capita*. As medidas de utilização de serviços de saúde incluem a realização de consulta médica e número de consultas realizadas nos últimos 12 meses; realização de consulta odontológica nos últimos 2 anos e recebimento de internação hospitalar nos últimos 12 meses. Do ponto de vista de política pública é extremamente importante o entendimento do acesso aos serviços de saúde. Usualmente uma forma de mensurar o acesso é através de indicadores de utilização. Nesse trabalho propomos, além dos indicadores de utilização, analisar o acesso aos serviços de saúde, utilizando uma variável de **acesso propriamente dito**. A vantagem dessa variável é que permite captar as dificuldades de acesso que antecedem à utilização. Ao mensurar o acesso através dos indicadores de utilização podemos estar incorrendo no erro de subestimação uma vez que esse tipo de variável não incorpora os indivíduos que não conseguiram utilizar os serviços de saúde. Para construir a variável de acesso utilizamos três perguntas disponibilizadas na pesquisa da PNAD. A primeira pergunta indaga se o indivíduo procurou serviço de saúde nos últimos 15 dias. A segunda variável indaga para os indivíduos que procuraram serviços de saúde nos últimos 15 dias se estes foram atendidos. A terceira variável indaga para os indivíduos que não procuraram acerca do motivo pelo qual o indivíduo não procurou atendimento nas últimas duas semanas.

As variáveis de controle incluem idade, sexo, presença de plano de saúde e medidas de estado de saúde auto reportadas (presença de doenças crônicas e auto avaliação do estado de saúde).

## **Índice e Curva de Concentração**

O Índice de Concentração (IC) é derivado da literatura de distribuição de renda e fornece uma medida sintética da extensão da desigualdade social em saúde. O IC mede a relação entre a proporção acumulada da população ordenada de forma crescente pelo nível sócio econômico contra a proporção acumulada de indivíduos de acordo com utilização ou acesso a serviços de saúde (O'DONNELL *et al.*, 2008). Os valores do IC variam entre -1 e 1. Um valor igual a zero indica ausência de desigualdade social enquanto valor igual a 1 ou -1 indica que somente os indivíduos mais ricos ou mais pobres, respectivamente, apresentam o atributo de saúde analisado. Portanto, IC positivo indica que a utilização dos serviços está concentrada entre os indivíduos mais ricos e IC negativo indica concentração entre os mais pobres.

A representação gráfica do IC é a Curva de Concentração (CC). Similarmente à curva de Lorenz, a área delimitada pela curva e pela diagonal mede o IC. A diagonal representa perfeita igualdade na distribuição dos serviços de saúde entre os grupos socioeconômicos. Se a CC posiciona-se abaixo da diagonal, o IC é positivo. Se a CC posiciona-se acima da diagonal, o IC é negativo. Quando a CC coincide com a diagonal, o IC é zero. A Curva de Concentração pode também cruzar a diagonal. Quando isso ocorre, a área acima da diagonal pode compensar a área abaixo da diagonal resultando em um índice de concentração que subestima a iniquidade. Nesse caso é importante analisar o comportamento do IC conjuntamente ao gráfico da CC. Testes de dominância entre as curvas de concentração foram realizados para verificar se as distribuições de utilização de serviços de saúde são estatisticamente diferentes entre as regiões e temporalmente.



### **3. RESULTADOS**

#### **Análise descritiva**

Nessa seção apresentamos análise descritiva das principais variáveis utilizadas nesse artigo. Como a análise proposta envolve comparação temporal e regional, todos os indicadores são padronizados para considerar diferenças da estrutura demográfica (idade e sexo) entre as populações. A estrutura etária e de sexo padrão é a população observada no Brasil em 1998.

No período 1998-2008 notou-se diminuição da desigualdade socioeconômica no Brasil, captada pelo coeficiente de Gini e pela melhora verificada nas variáveis de renda familiar *per capita* e escolaridade. O coeficiente de Gini do Brasil passou de 0,600 em 1998 para 0,548 em 2008. O Sul é a região com menor desigualdade no Brasil tanto em 1998 quanto em 2008. Já o Centro-Oeste é a região mais desigual em 2008, ultrapassando o Nordeste, que apresentava o maior coeficiente de Gini no começo do período analisado (IPEADATA, 2011). A renda familiar *per capita* média do brasileiro, em valores de 2008, aumentou 11% nesta década, no entanto, este crescimento foi heterogêneo entre as regiões. A região Sudeste foi a que apresentou menor aumento de renda, enquanto o Nordeste, apesar de continuar sendo a região com a menor renda familiar *per capita* do país, apresentou o maior acréscimo de renda da década. Desagregando a população de acordo com a presença ou não de plano de saúde privado, percebe-se claramente que a população sem plano de saúde teve um aumento de renda muito maior que o observado para a população com plano em todas as regiões. Pode-se concluir, portanto, que, houve uma diminuição da desigualdade entre as populações com e sem plano de saúde na década analisada. Em relação à proporção da população coberta por plano de saúde privado, percebe-se um acréscimo da prevalência para o Brasil e para todas as regiões, com exceção do Norte. As regiões Sudeste e Sul têm a maior parte da população coberta e o Norte e Nordeste tem a menor cobertura de plano de saúde nos dois anos de análise.

O indicador de dificuldade de acesso pode ser interpretado como termômetro das mudanças ocorridas no período, principalmente relativas ao cuidado primário com a introdução da Estratégia de Saúde da Família. A tabela 1 evidencia uma melhora no acesso aos serviços de saúde em todas as regiões brasileiras, tanto para a população com plano quanto para a população sem plano. As regiões Sul e Sudeste apresentam menos dificuldade de acesso. Indivíduos sem cobertura privada têm maior probabilidade de apresentarem dificuldades no acesso aos serviços de saúde, comparados àqueles que possuem plano.

A análise dos indicadores de utilização aponta também mudanças significativas no período analisado (tabela 1). Os resultados são bastante robustos e assinalam uma intensa melhora em todas as variáveis analisadas, principalmente para a população sem plano de saúde. Indivíduos sem cobertura privada têm menor probabilidade de utilizarem os serviços de saúde. No entanto, a análise temporal revela um maior acréscimo nessa probabilidade entre os indivíduos sem plano de saúde. A proporção de indivíduos que consultaram o médico aumentou consideravelmente entre 1998 e 2008. Muito embora a probabilidade de se consultar o médico seja menor entre os indivíduos sem cobertura privada, a análise temporal revela um aumento mais expressivo nessa probabilidade entre os indivíduos desse grupo para todas as regiões brasileiras. No que diz respeito às desigualdades

regionais observa-se uma redução expressiva no período resultando em taxas de utilização convergentes tanto para a população coberta por plano de saúde como para a população sem cobertura.

Os indicadores referentes ao número médio de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses e proporção de indivíduos internados também apresentam melhora no período (tabela 1). O número médio de consultas é maior para a população do Sudeste que também apresenta menor proporção de indivíduos internados. Em relação à consulta odontológica, a análise temporal evidencia uma vez mais uma melhora em todas as regiões (tabela 1). Observa-se um diferencial de utilização desses serviços por presença de cobertura privada de plano de saúde, entretanto temporalmente, maiores mudanças foram observadas para a população sem cobertura. A comparação regional aponta o Nordeste e o Norte como as regiões que apresentam taxas de utilização inferiores para a população sem cobertura.

**TABELA 1**  
**Estatísticas descritivas das variáveis de Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, 1998 e 2008**

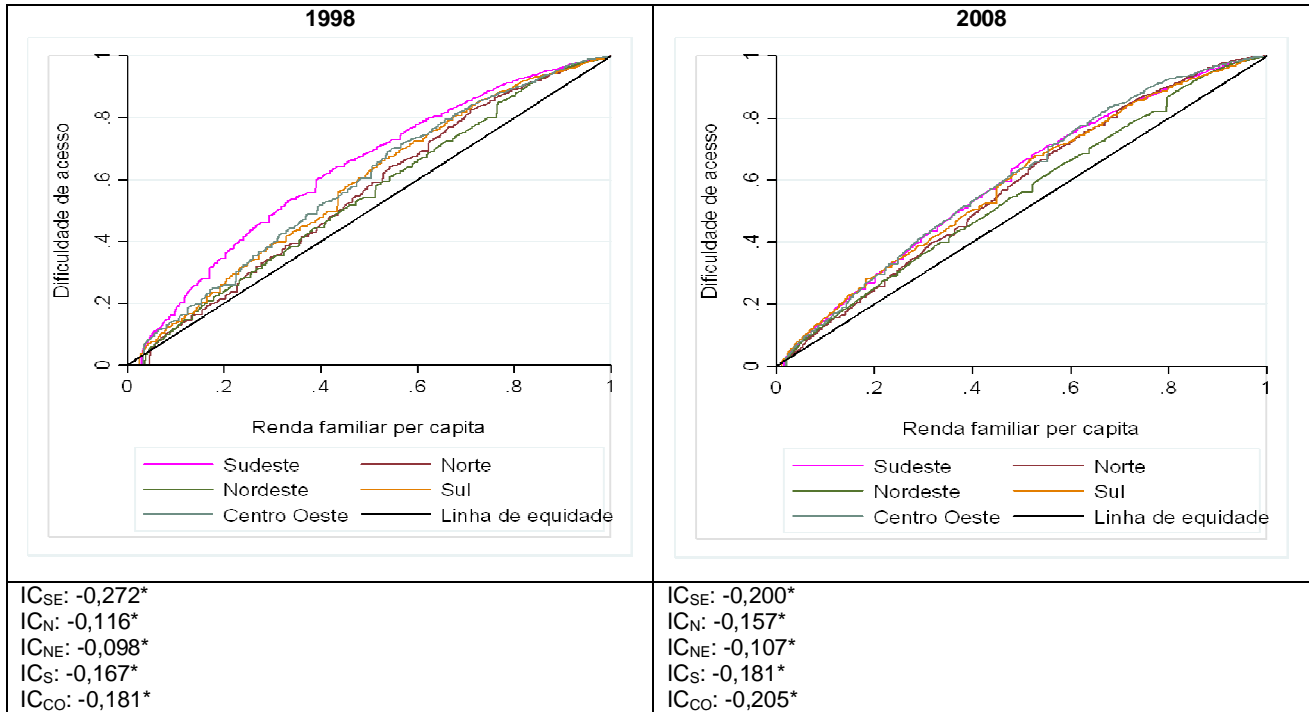
	Consultou médico (%)		Número médio de consultas		Esteve internado (%)		Consultou dentista (%)		Dificuldade de acesso (%)	
	1998	2008	1998	2008	1998	2008	1998	2008	1998	2008
<b>Sem plano</b>										
Brasil	49.63	63.19	3.38	3.76	6.68	6.62	44.76	52.96	4.75	3.97
Sudeste	51.33	65.47	3.65	3.97	5.78	5.87	48.60	55.05	3.48	2.82
Norte	48.87	60.93	2.90	3.47	7.46	7.69	43.42	49.08	6.43	5.09
Nordeste	47.01	61.23	3.06	3.58	6.76	6.66	35.61	47.43	6.62	5.68
Sul	50.89	63.53	3.57	3.82	7.95	6.95	53.92	61.69	3.20	2.45
Centro-Oeste	52.43	62.56	3.11	3.58	8.26	8.27	50.07	55.67	5.83	4.20
<b>Com plano</b>										
Brasil	70.55	78.88	4.09	4.34	7.69	7.48	73.10	76.38	1.48	1.12
Sudeste	69.96	79.07	4.18	4.38	6.99	7.04	71.97	75.50	1.11	0.94
Norte	66.74	78.19	3.46	4.23	9.14	8.31	67.22	71.29	3.35	1.48
Nordeste	73.72	80.53	4.02	4.33	8.04	7.63	73.75	76.02	2.36	1.85
Sul	70.64	77.89	4.06	4.31	8.79	7.70	77.95	80.36	1.37	0.85
Centro-Oeste	70.42	76.55	3.73	4.15	9.71	9.69	72.96	77.34	2.28	1.45

Fonte: Elaboração dos autores a partir de dados das PNAD's de 1998 e 2008.

### **Curvas e Índices de Concentração**

O gráfico 1 ilustra a curva de concentração para o indicador de acesso. As curvas acima da diagonal mostram iniquidades favoráveis aos grupos socioeconômicos mais ricos uma vez que a presença de dificuldades de acesso está concentrada nos indivíduos mais pobres. Em 1998 a região com maior desigualdade de acesso era o Sudeste e a com menor, Nordeste. A análise temporal indica diminuição importante nas iniquidades somente na região Sudeste: o índice de concentração se reduz de -0,27 para -0,20. Para as demais regiões verifica-se pequeno aumento dos índices de concentração. Em 2008 o Centro-Oeste é a região com maiores iniquidades de acesso, enquanto o Nordeste e o Norte se mantêm como as regiões com menores iniquidades.

**GRÁFICO 1**  
**Curvas de Concentração para dificuldade de acesso à serviços de saúde, 1998 e 2008**

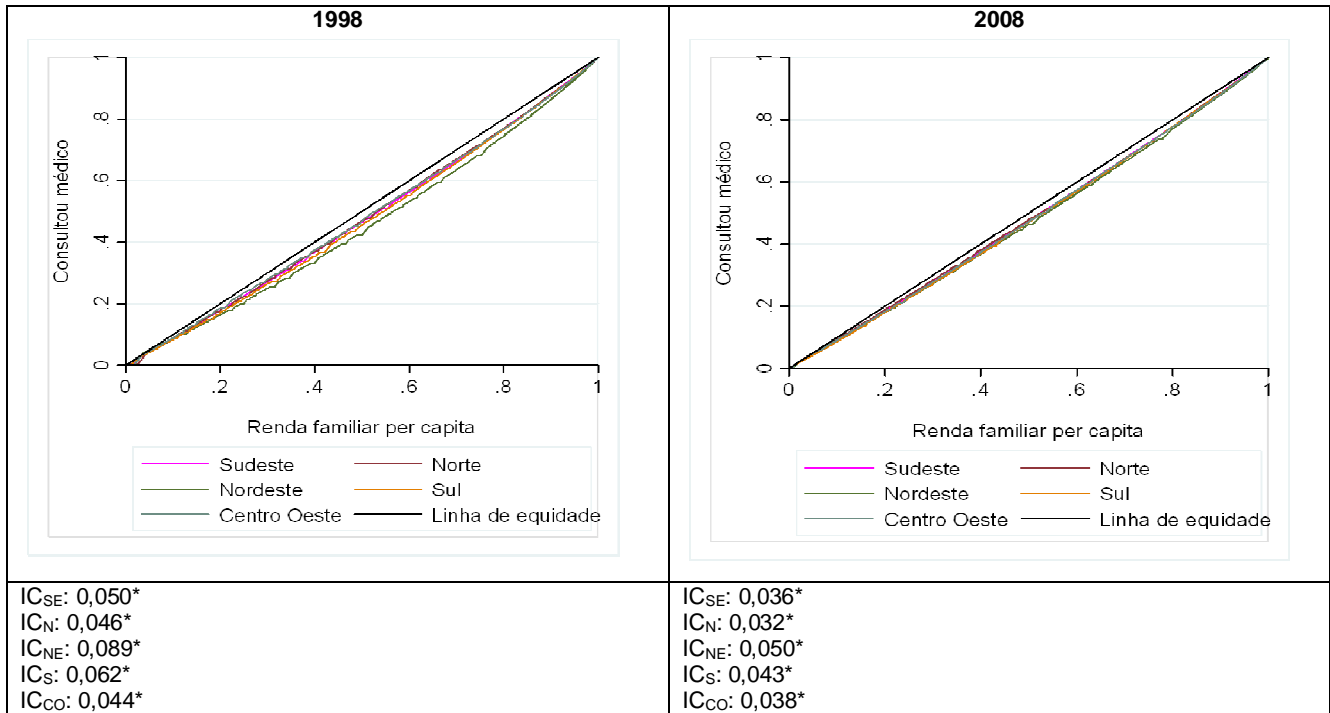


\*p<0,05

Os gráficos 2 e 3 se referem às curvas de concentração para as medidas de utilização dos serviços médicos ambulatoriais: probabilidade de consultar o médico e número médio de consultas realizadas. As curvas e os índices de concentração sugerem presença de iniquidade nos dois anos analisados em todas as regiões brasileiras, mas de magnitude bastante pequena tanto para a probabilidade de receber consulta médica como para o montante de consultas realizado. Ao longo do período observa-se redução dessas iniquidades. Os índices de concentração em 2008 são inferiores a 0,05 para probabilidade de consultar o médico e inferiores a 0,04 para o número de consultas. A maior redução para a probabilidade de consultar o médico é observada para a região Nordeste onde o IC reduz de 0,089 para 0,05. No caso de montante de consultas médicas ocorre redução para todas as regiões exceto a Centro-Oeste. A maior redução ocorre na região Sul onde a desigualdade inverte passando a ser favorável aos mais pobres.

**GRÁFICO 2**

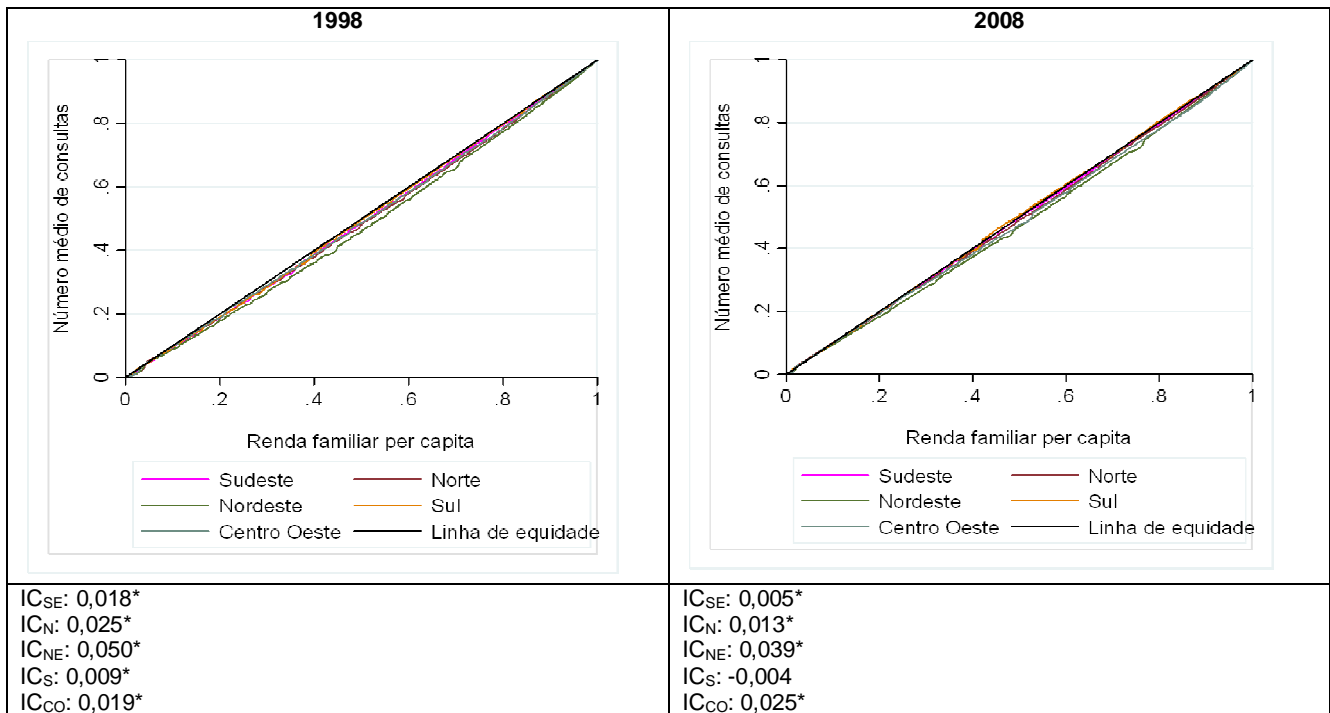
**Curvas de Concentração para a proporção de indivíduos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses, 1998 e 2008**



\*p<0,05

**GRÁFICO 3**

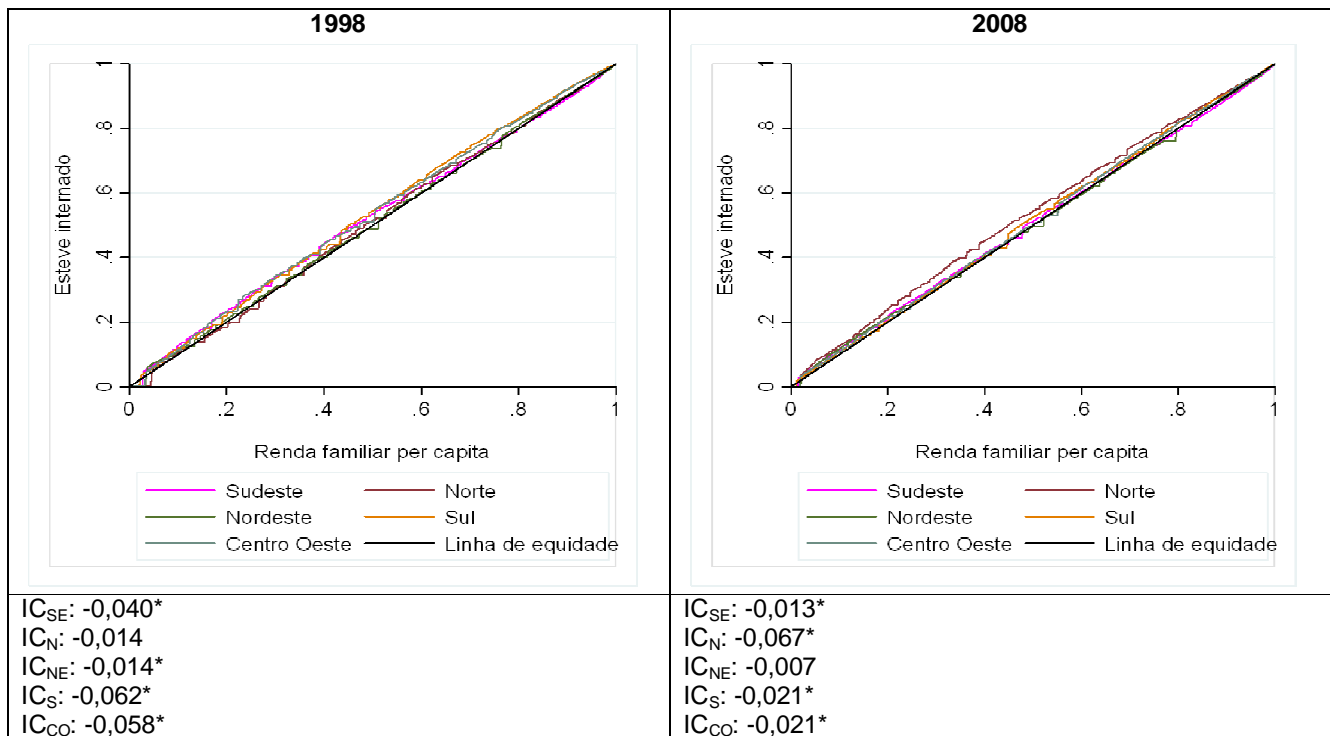
**Curvas de Concentração para o número médio de consultas realizadas nos últimos 12 meses, 1998 e 2008**



\*p<0,05

As curvas de concentração atinentes à utilização de serviços hospitalares são representadas no gráfico 4. Análogo ao observado para serviços ambulatoriais, a magnitude da iniquidade é pouco expressiva nos dois anos analisados e em todas as regiões. Apesar da pequena magnitude ressalta-se a direção da desigualdade na utilização desse tipo de cuidado é favorável aos grupos socioeconômicos mais pobres em todas as regiões analisadas.

**GRÁFICO 4**  
**Curvas de Concentração para a proporção de indivíduos que estiveram internado nos últimos 12 meses, 1998 e 2008**

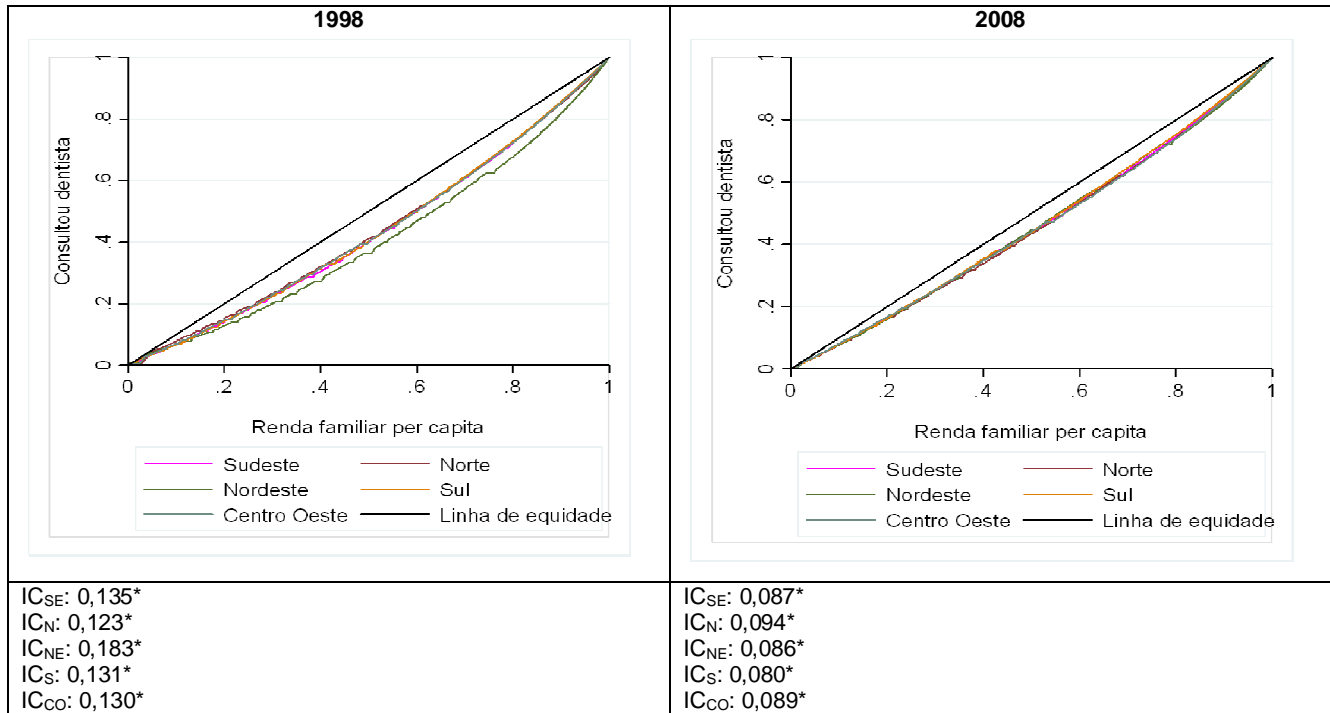


\*p<0,05

O gráfico 5 apresenta as curvas de concentração para a proporção de indivíduos que consultou o dentista nos últimos 2 anos. Esse é o único indicador dentre as variáveis de utilização que apresenta presença de iniquidade favorável aos grupos mais ricos com magnitude relevante. A análise temporal das curvas e dos índices de concentração revela uma redução significativa da iniquidade em todas as regiões resultando em uma redução da desigualdade inter-regional.

**GRÁFICO 5**

**Curvas de Concentração para a proporção de indivíduos que consultaram o dentista nos últimos 2 anos, 1998 e 2008**



\*p<0,05

### Índices de Concentração

Essa seção apresenta a estimação dos índices de concentração controlando por alguns fatores importantes no contexto brasileiro para a determinação da utilização de serviços de saúde. Um elemento importante é a diferença na composição demográfica entre os grupos socioeconômicos. A utilização de serviços de saúde tem um componente forte de ciclo de vida e em geral são percebidas diferenças na longevidade entre grupos socioeconômicos. O segundo elemento refere-se ao estado de saúde. Indivíduos mais pobres em geral apresentam estado de saúde mais precário do que indivíduos mais favorecidos determinando condições muito diferenciadas de necessidades de cuidados. Nesse sentido, a estimação de um índice de concentração que não considera essas diferenças pode subestimar as desigualdades. Por fim, no contexto brasileiro a cobertura privada tem um papel relevante no provimento dos serviços de saúde, sendo importante entender em que medida a presença de cobertura privada é o elemento gerador dessas iniquidades. No caso do indicador de dificuldade de acesso consideramos relevante apenas o controle por cobertura de plano de saúde uma vez que a própria definição da variável é realizada condicionada ao indivíduo ter tido necessidade de obter o cuidado. A tabela 2 reporta os índices de concentração, com os controles, por indicador analisado para a média do Brasil e para cada região brasileira em 1998 e 2008.

A comparação entre os índices de concentração mostrados na tabela 2 com os anteriores evidencia efeitos importantes para os diferentes indicadores. A padronização por sexo e idade diminui

as iniquidades na utilização de serviços médicos ambulatoriais as quais já eram pouco expressivas. Entretanto na utilização de serviços hospitalares e odontológicos observa-se um aumento.

Ao controlar por estado de saúde observa-se aumento da iniquidade em todas as regiões para os indicadores de utilização de serviços médicos ambulatoriais. Por outro lado, para o indicador de internações este controle reduz a iniquidade. A padronização por estado de saúde não foi realizada para realização de serviços odontológicos uma vez que o a decisão dos indivíduos em consultar um dentista não é alterada pelo estado de saúde individual.

A padronização por plano de saúde diminui as iniquidades presentes no acesso e na utilização de serviços médicos ambulatoriais e de serviços odontológicos e aumenta a iniquidade favorável aos grupos socioeconômicos mais pobres no que diz respeito às internações.

**TABELA 2**  
**Índices de Concentração, com controle, 1998 e 2008**

	Brasil		Sudeste		Norte		Nordeste		Sul		Centro-Oeste													
	1998	2008	1998	2008	1998	2008	1998	2008	1998	2008	1998	2008												
<b>Consultou médico</b>																								
Sexo e idade	0.062	*	0.039	*	0.042	*	0.028	*	0.039	*	0.026	*	0.076	*	0.042	*	0.055	*	0.034	*	0.038	*	0.032	*
+Estado de Saúde	0.071	*	0.043	*	0.053	*	0.034	*	0.048	*	0.031	*	0.081	*	0.044	*	0.065	*	0.041	*	0.048	*	0.038	*
+Plano de Saúde	0.029	*	0.018	*	0.010	*	0.010	*	0.021	*	0.010	*	0.043	*	0.023	*	0.029	*	0.019	*	0.016	*	0.016	*
<b>Número médio de consultas</b>																								
Sexo e idade	0.023	*	0.001		0.000	*	-0.016	*	0.015	*	-0.012		0.033	*	0.013	*	-0.005	*	-0.023	*	0.007	*	0.007	*
+Estado de Saúde	0.047	*	0.023	*	0.030	*	0.011	*	0.031	*	0.004		0.046	*	0.027	*	0.025	*	0.007		0.029	*	0.028	*
+Plano de Saúde	0.015	*	-0.004		0.000	*	-0.012	*	0.009	*	-0.023	*	0.010	*	0.003		-0.002	*	-0.016	*	0.000	*	0.003	*
<b>Esteve internado</b>																								
Sexo e idade	-0.084	*	-0.064	*	-0.085	*	-0.064	*	-0.051	*	-0.102	*	-0.068	*	-0.054	*	-0.103	*	-0.073	*	-0.094	*	-0.055	*
+Estado de Saúde	-0.051	*	-0.037	*	-0.049	*	-0.027	*	-0.021	*	-0.079	*	-0.054	*	-0.039	*	-0.069	*	-0.036	*	-0.063	*	-0.027	*
+Plano de Saúde	-0.103	*	-0.080	*	-0.111	*	-0.082	*	-0.049	*	-0.101	*	-0.089	*	-0.066	*	-0.114	*	-0.068	*	-0.104	*	-0.066	*
<b>Consultou dentista</b>																								
Sexo e idade	0.190	*	0.134	*	0.160	*	0.120	*	0.141	*	0.122	*	0.212	*	0.128	*	0.151	*	0.109	*	0.146	*	0.115	*
+Estado de Saúde	-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-	
+Plano de Saúde	0.158	*	0.104	*	0.134	*	0.092	*	0.117	*	0.102	*	0.159	*	0.095	*	0.129	*	0.088	*	0.127	*	0.093	*
<b>Dificuldade de acesso</b>																								
Sexo e idade	-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-	
+Estado de Saúde	-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-		-	
+Plano de Saúde	-0.186	*	-0.157	*	-0.215	*	-0.119	*	-0.089	*	-0.111	*	-0.056	*	-0.062	*	-0.120	*	-0.114	*	-0.141	*	-0.153	*

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados das PNAD's de 1998 e 2008.

\*p<0,05



#### **4. DISCUSSÃO**

A análise da utilização dos serviços de saúde no Brasil no período 1998-2008 evidencia resultados robustos sugerindo uma tendência consistente de melhora nos 10 anos analisados, principalmente na área do cuidado primário. Chama a atenção o aumento das taxas de utilização principalmente do cuidado ambulatorial tanto em relação à chance de realizar consulta médica como consulta odontológica. Os maiores ganhos são percebidos entre os indivíduos sem plano de saúde sugerindo uma melhora na cobertura dos serviços ofertados pelo SUS. No Brasil, as políticas públicas têm contribuído para um melhor acesso aos serviços de saúde especialmente entre os pobres (PAIM *et al.*, 2011). Os esforços do governo têm sido feitos para aumentar a cobertura de cuidados primários. Este esforço tem sido implementado principalmente através da Estratégia de Saúde da Família, criada em 1994, a fim de melhorar o acesso aos serviços de prevenção e cuidado primário (CONASS, 2011a). A estratégia é centrada na família e enfatiza o atendimento ambulatorial em detrimento da lógica hospitalocêntrica, historicamente experimentada no Brasil (MENDES, 2009). A cobertura do Programa Saúde da Família é consideravelmente alta, principalmente em áreas rurais e pobres do país em grande parte contribuindo para a redução das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde no Brasil (ROCHA e SOARES, 2008; MARQUES e MENDES, 2003; SENNA, 2002). Essa redução das desigualdades é percebida através da comparação inter-regional principalmente para o indicador de chance de realizar consulta médica.

O aumento do número médio de consultas médicas é também um indicador que corrobora a melhora no atendimento primário observado no Brasil. Os dados apresentados no artigo mostram um incremento de praticamente 0,5 consulta em média para a população que utilizou os serviços públicos. Essa cifra é construída considerando fixa a estrutura etária da população, ou seja, diz respeito a um aumento puro da utilização que não decorre de mudanças na estrutura etária da população que impactam diretamente na demanda. O melhor entendimento do incremento no número médio de consultas médicas pode ser percebido considerando o indicador por grupo etário específico, uma vez que a política de saúde não é uniforme entre os grupos etários. O grupo referente às crianças abaixo de 1 ano sem seguro de saúde privado é o que apresenta o maior incremento no número médio de consultas médicas que passa de 3,75 em 1998 para 4,83 em 2008. Esse grupo etário é um dos grupos alvo das políticas de saúde no Brasil (MS, 2011; PNUD, 2000).

Em relação ao cuidado hospitalar não ocorrem alterações importantes no nível de cobertura no período analisado considerando a composição etária constante. Esse resultado reflete a política de financiamento do cuidado hospitalar no Brasil que fixa o orçamento em função de um percentual da população pré-estabelecido (CONASS, 2011b).

Os resultados obtidos com a estimação das curvas e índices de concentração sugerem presença de desigualdade de pequena magnitude na utilização do cuidado ambulatorial, mensurado através da probabilidade de realização de consulta médica e número de consultas realizadas. Adicionalmente observa-se uma redução nessa desigualdade durante os 10 anos analisados. No Brasil, o IC relativo à probabilidade de consultar o médico reduz-se de 0,07 para 0,04, redução substancial de cerca de 50%. Cabe mencionar os resultados do IC quando são incluídos os controles. A inclusão dos controles de idade e sexo reduz a desigualdade favorável aos ricos uma vez que os indivíduos de maior renda são

mais envelhecidos e, portanto têm maior necessidade de utilização de consultas médicas. Por outro lado a inclusão das medidas que controlam para o estado de saúde determina um aumento da desigualdade reforçando o argumento de que indivíduos mais pobres têm piores condições de saúde.

Para o cuidado hospitalar a desigualdade é também de magnitude pequena mas favorável aos mais pobres. Esse resultado se mantém para todas as regiões analisadas. Temporalmente, para o Brasil ocorre uma diminuição do IC, que passa de -0,04 para -0,014. Vale notar que a direção dessa redução é favorável aos mais ricos. A inclusão dos controles de idade e sexo aumenta a desigualdade favorável aos mais pobres uma vez que indivíduos de maior renda são mais envelhecidos e têm maior probabilidade de internar. No caso da inclusão do estado de saúde individual, observa-se um comportamento oposto, ou seja, a desigualdade favorável aos pobres se reduz o que mostra que a maior internação entre esses indivíduos decorre da maior necessidade por esses cuidados.

O resultado para cuidado ambulatorial pode estar subestimado na medida em que considera apenas os indivíduos que procuraram e obtiveram atendimento. A variável de utilização de consultas médicas é resultado tanto da decisão individual de procurar o serviço de saúde como da disponibilidade do serviço, não permitindo mensurar a demanda não atendida por cuidado ambulatorial. A análise do indicador de dificuldade de acesso aos serviços de saúde é uma forma de avançar no entendimento da presença de desigualdades associadas a essa demanda não atendida. Os resultados obtidos apontam tanto para a presença de demanda reprimida, em especial na população sem plano de saúde, como para concentração dessa demanda entre os grupos mais pobres. Interessante notar que ao controlar o índice de concentração para a presença de plano de saúde, a desigualdade na dificuldade de acesso se reduz consideravelmente. Essa evidência sugere que a desigualdade no acesso aos serviços de saúde no Brasil tem origem no arranjo institucional que permite duplo acesso ao sistema para os indivíduos que tem capacidade de pagamento. A evidência empírica internacional corrobora a presença de maiores iniquidades em sociedades que optam por sistemas de saúde mistos no financiamento (PARIS, DEVAUX e WEI, 2010).

Especificamente, em relação ao cuidado hospitalar, os indicadores apontam para uma desigualdade de pequena magnitude e favorável aos indivíduos mais pobres. Nos países desenvolvidos em geral não são observadas iniquidades no cuidado hospitalar (NORONHA, 2005). Uma possível explicação para os resultados do Brasil refere-se aos mecanismos de financiamento e organização da oferta dos serviços de saúde. Historicamente, a oferta de serviços de saúde no Brasil foi organizada priorizando o cuidado hospitalar, principalmente tratamento de eventos agudos e cuidados emergenciais. Esse arranjo institucional é relativamente exitoso para atender a demanda efetiva para cuidados emergências e eventos agudos, negligenciando, entretanto, a demanda eletiva para cuidado hospitalar (MENDES, 2009). A importância da participação do setor de seguro saúde privado no Brasil é uma evidência que aponta para a falta de cuidados preventivos e eletivos no SUS. Apenas recentemente, principalmente após meados dos anos 90, ocorre uma mudança na política de saúde que passa a preconizar de forma substantiva o cuidado primário. Adicionalmente, há que se mencionar que as variáveis de saúde disponíveis na PNAD não são suficientes para considerar a gravidade do estado de saúde e o tipo de serviço demandado. Os indivíduos mais pobres, por terem menos acesso aos serviços preventivos, chegam ao sistema de saúde com estado de saúde mais precário, e apresentam, portanto, maior necessidade de internação vis-à-vis os indivíduos mais ricos. Os resultados obtidos na

estimação que controla para o estado de saúde reforçam essa hipótese dos grupos mais pobres no Brasil apresentarem pior estado de saúde e, portanto terem maior necessidade de cuidado hospitalar.

Por fim, em relação aos serviços odontológicos, muito embora tenham sido observadas melhoras tanto no nível de cobertura como na redução da desigualdade entre os indivíduos, ainda há espaço para a intervenção de políticas públicas. Em primeiro lugar a cobertura é baixa e bastante diferenciada entre a população com e sem plano de saúde. Importante notar que a variável de plano de saúde não é específica para a cobertura de serviços odontológicos. Além disso, é sabido que a cobertura privada de serviços odontológicos no Brasil é baixa, sugerindo, portanto que essa diferença na utilização se deve muito mais à capacidade de financiamento das famílias do que à presença do plano (ANS, 2011). Especificamente, Barros e Bertoldi (2002) analisando os dados da PNAD de 1998 constataram que o financiamento dos serviços odontológicos é distinto do observado para os serviços médicos, tendo o SUS e os planos privados de seguro saúde reduzida participação no financiamento desses serviços. Outro resultado que chama atenção são as diferenças regionais na cobertura de serviços odontológicos principalmente na população sem plano. A comparação com as diferenças observadas entre as regiões para a população com plano sugere que existe uma diferença regional na oferta de serviços odontológicos no SUS. Em relação à desigualdade socioeconômica, os índices de concentração apesar de apresentarem redução ao longo da década, ainda se encontram em patamares elevados.

Os resultados encontrados neste trabalho corroboram alguns achados já presentes na literatura empírica brasileira. Em trabalho recente, Szwarcwald *et al.* (2010) ao utilizar dados da Pesquisa Mundial de Saúde analisando a utilização do cuidado ambulatorial aponta o bom desempenho do sistema de saúde brasileiro na redução das desigualdades socioeconômicas quando a necessidade de cuidado é mais intensa. Além disso, nosso estudo mostra a necessidade de ampliação de cuidados preventivos e eletivos no SUS. Outros estudos também apontam falhas no provimento desses serviços no setor público. Carvalho e Gianini (2008) analisam e comparam disparidades no tempo de espera para realização de cirurgias eletivas em hospitais públicos e privados no município de Sorocaba, São Paulo. Segundo os autores observa-se maior tempo de espera nos hospitais públicos.

Um aspecto que merece ser ressaltado diz respeito à melhora nas condições de vida da população brasileira observada no período (VICTORA *et al.*, 2011b). O presente estudo mostra uma melhora evidente nos indicadores de utilização e nas medidas de iniquidade. Em parte essa melhora sem dúvida é creditada aos avanços recentes do Sistema de Saúde Brasileiro, mas não se pode negligenciar os efeitos que o desenvolvimento econômico pode ter causado nesses indicadores. Na literatura empírica internacional e nacional existem evidências robustas acerca da associação positiva entre desenvolvimento econômico e indicadores de saúde de modo geral (NORONHA, 2005; SACHS, 2001; DEATON, 2003). Certamente um avanço na literatura é investigar a contribuição do sistema expurgando o efeito do desenvolvimento econômico.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C *et al.* **Health sector reform in Brazil: a case study of inequity.** International Journal of Health Services, v30, n.1, 2000.
- BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. **Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional.** Rev. Ciênc. saúde coletiva, v.7, n.4, Rio de Janeiro. 2002.
- BRASIL. **Evolução do Credenciamento e Implantação da Estratégia Saúde da Família.** Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Básica. Atenção Básica. Saúde da Família. Acesso em 8 de Julho de 2011. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)>
- BRASIL. Instituto de Pesquisa de Economia Aplicada (IPEADATA). **Coefficiente de Gini.** Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/>>. Acesso: 04 de julho de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Saúde da Criança. **Programa Saúde Integral da Criança.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29865](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29865)>. Acesso: 11 de julho de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 2011.** Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET\\_TX.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_TX.def)>. Acesso: 11 de julho de 2011.
- BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Objetivo 4:** Reduzir a mortalidade infantil. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/odm/objetivo\\_4/](http://www.pnud.org.br/odm/objetivo_4/)> . Acesso: 11 julho de 2011.
- CARVALHO, T.C.; GIANINI, R.J. **Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP.** Revista Brasileira de Epidemiologia. 2008; 11(3):473-83.
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 3. Brasília, 2011a.
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.** Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 4. Brasília, 2011b.
- DEATON, A. **Health, Income, and Inequality.** The National Bureau of Economic Research. 2003.
- JOUMARD, I., ANDRÉ, C., NICQ, A. **Health Care Systems: Efficiency and Institutions.** OECD Economics Department Working Papers, n.769, OECD Publishing, 2010.
- MARQUES, R.M., MENDES, A. **Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?** Revista Ciência e Saúde Coletiva 8(2): 103:115, 2003.
- MÉDICI, A. **Propostas para Melhorar a Cobertura, a Eficiência e a Qualidade no Setor Saúde.** In: BACHA, E.L.; SCHWARTZMAN, S. et al. Brasil: A Nova Agenda Social. Rio de Janeiro: Editora LTC, 2011. 23-93.

- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública: ESP-MG, 2009.
- MUSGRAVE, A.R. **The Theory of Public Finance: a study in public economy**. McGraw-Hill Book Company, New York, Toronto, London, 1959.
- NERI, M.; SOARES, W. **Desigualdade social e saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v18:77-87. 2002.
- NORONHA, K.V.M.S. **Dois Ensaios sobre Desigualdade Social em Saúde**. Dissertação de mestrado, CEDEPLAR/UFMG, 2001.
- NORONHA, K.V.M.S.; ANDRADE, M.V. **Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina**. Revista Panamericana de Salud Publica. 2005;17(5/6):410-8.
- NUNES, A *et al.* **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2001.
- O'DONNELL, O. *et al.* **Analyzing Health Equity using Household Survey Data**. The World Bank. Washinton, D.C. 2008. 220p.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, Londres, 2011.
- PARIS, V., DEVAUX, M., WEI, L. **Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries**. OECD Health Working Papers, n.50, OECD Publishing, 2010.
- ROCHA, R. C. B. da; SOARES, R. R.. **Impacto de programas de saúde a nível familiar e comunitário: evidências do Programa Saúde da Família**. Encontro Nacional da ANPEC, Salvador, 2008.
- SACHS, J.D. **Macroeconomics and Health: investing in health for economic development**. Report of the commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization. December 2001.
- SENNA, M.C.M. **Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):203-211, 2002.
- SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JUNIOR, P. R.; DAMACENA, G. N. **Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the world health survey**. BMC Health Serv Res. 2010; 10:217.
- TRAVASSOS, C *et al.* **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003**. Revista Ciência e Saúde Coletiva 11(4): 975-986. 2006.
- TRAVASSOS, C *et al.* **Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva v.5 n.1. Rio de Janeiro. 2000.

TRAVASSOS,C.; CASTRO,M.S.M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde.** In: GIOVANELLA, L *et al.* Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 215-243.

VIACAVA, F *et al.* **Gênero e Utilização de Serviços de Saúde no Brasil.** 2001 (mimeogr.)

VICTORA, C.G *et al.* **Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil:** o caminho a percorrer. The Lancet, Londres, maio de 2011a.

VICTORA, C.G *et al.* **Saúde de mães e crianças no Brasil:** progressos e desafios. The Lancet, Londres, maio de 2011b.