



**F U N D A Ç Ã O  
GETULIO VARGAS**

---

**EPGE**

Escola de Pós-Graduação  
em Economia

## Ensaio Econômico

Escola de

Pós-Graduação

em Economia

da Fundação

Getúlio Vargas

Nº 465

ISSN 0104-8910

### Pobreza, Ativos e Saúde no Brasil

Marcelo Cortes Neri, Wagner Lopes Soares

Dezembro de 2002

URL: <http://hdl.handle.net/10438/601>

Os artigos publicados são de inteira responsabilidade de seus autores. As opiniões neles emitidas não exprimem, necessariamente, o ponto de vista da Fundação Getulio Vargas.

ESCOLA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA

Diretor Geral: Renato Fragelli Cardoso

Diretor de Ensino: Luis Henrique Bertolino Braido

Diretor de Pesquisa: João Victor Issler

Diretor de Publicações Científicas: Ricardo de Oliveira Cavalcanti

Cortes Neri, Marcelo  
Pobreza, Ativos e Saúde no Brasil/ Marcelo Cortes Neri,  
Wagner Lopes Soares - Rio de Janeiro : FGV,EPGE, 2010  
(Ensaio Econômico; 465)

Inclui bibliografia.

CDD-330

# POBREZA, ATIVOS E SAÚDE NO BRASIL

Marcelo Neri<sup>1</sup>

Wagner L Soares<sup>2</sup>

**Resumo:** Esse artigo estuda a relação entre pobreza e distribuição de recursos no Brasil, tendo como principal objetivo a ajuda na implementação de políticas de reforço de capital dos pobres. A estratégia usada foi comparar o acesso a diferentes ativos, relacionados à saúde, ao longo da distribuição de renda, bem como o comportamento dos décimos de rendimento em função de medidas de necessidades e uso de cuidados médicos. Os dados foram extraídos de pesquisas domiciliares do IBGE (PNAD 1996/1998 e PME 1997), e fornecem condições inéditas no caso brasileiro para traçar um perfil de acesso dos pobres. Em geral, observou-se que os indivíduos nos primeiros décimos da distribuição de renda têm pior acesso a ativos de saúde, adoecem mais e consomem menos serviços de saúde, agravando, assim, a desigualdade de renda. É nesse sentido, que reforços no portfólio de ativos (capital físico, humano e saúde) são políticas estruturais de alívio à pobreza, uma vez que geram uma melhor saúde e, conseqüentemente, maiores rendimentos.

**Descritores:** equidade em saúde; equidade no consumo dos serviços de saúde; posse de ativos; pobreza

---

<sup>1</sup> Professor na EPGE/FGV e Chefe do Centro de Políticas Sociais (CPS) no IBRE/FGV.

<sup>2</sup> Departamento de Economia da Universidade Federal Fluminense (UFF).

# POBREZA, ATIVOS E SAÚDE NO BRASIL

## 1 – Introdução

O Brasil é um importante caso para se estudar pobreza, não somente porque possui uma grande parte da população pobre da América Latina, mas também porque apresenta um grande potencial para erradicar a pobreza. O relativamente alto PIB per capita brasileiro combinado com o alto grau de desigualdade da renda observado gera condições favoráveis para o desenho de políticas redistributivas. Esse potencial é exemplificado pela alta sensibilidade dos índices de desigualdade e pobreza à mudanças em certos instrumentos de política (por exemplo, mudanças no salário mínimo e nas taxas de inflação). Por outro lado, talvez devido a instabilidades anteriores, o Brasil não tenha avançado muito na implementação de políticas estruturais de alívio de pobreza, como o reforço do portfólio de ativos dos pobres.

Em termos de políticas de alívio de pobreza, deve-se separar políticas de transferência de renda compensatória (e.g. programa de impostos de renda negativa, previdência e seguro desemprego) daqueles que aumentam a renda per capita permanente dos indivíduos pela transferência de capital produtivo (e.g. provisão pública de educação, políticas de micro crédito, reforma agrária). A avaliação das taxas de retorno e utilização dos diferentes tipos de ativos pode ajudar no desenho de políticas reforço de capital para redução da pobreza.

A iniquidade social tem como base relações sociais que determinam o processo pelo qual os indivíduos obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do seu uso. Esse artigo estuda a relação entre pobreza e distribuição de recursos, tendo como principal objetivo a ajuda na implementação de políticas de reforço de capital dos pobres. Os ativos de saúde serão o foco do estudo, uma vez que sem saúde as políticas de combate à pobreza não surtem os efeitos desejados. É nesse sentido que optamos pela estratégia de comparar o acesso a diferentes ativos, relacionados à saúde, ao longo da distribuição de renda. A análise da posse de recursos será estruturada em quatro grandes grupos:

- Capital Físico (bens duráveis, qualidade da moradia, serviços públicos)
- Capital Humano (escolaridade, educação técnica, idade, experiência)

- Saúde (plano de saúde, plano de assistência ao servidor público, valor da mensalidade, tipo de cobertura e plano odontológico).

A disponibilidade de novas fontes de dados fornece condições inéditas no caso brasileiro para traçar um perfil de acesso dos pobres. A conjuntura de diferentes pesquisas de domicílio abre a possibilidade de se ter uma ampla visão da posse desses ativos durante 1996 e 1998. Sabe-se que alguns bens duráveis (filtro, geladeira), qualidade da moradia, serviços públicos, escolaridade, idade, ou seja, condições materiais básicas, são necessárias à boa saúde, além de por si próprio, serem potenciais instrumentos de geração de renda. Da mesma forma, deve-se pensar que os indivíduos com menor posse de ativos tem mais necessidades de serviços de saúde e, por sua vez, tendem a consumir menos esses serviços, devido à dificuldade de acesso. Uma forma de verificar o impacto potencial da posse de ativos é observar suas conseqüências para a saúde, ou seja, as probabilidades de adquirir morbidade e de consumo dos serviços de saúde.

Antes de qualquer coisa, é importante distinguir os conceitos de equidade em saúde e no consumo de saúde. O primeiro avalia as diferentes chances de extratos populacionais distintos adquirirem morbidade ou mortalidade, enquanto que o conceito de equidade no consumo ou uso dos serviços de saúde, analisa as diferentes condições de acesso e qualidade dos serviços de saúde. Embora existem outros determinantes a serem considerados, o consumo ou uso dos serviços de saúde são importantes fatores na desigualdade em saúde.

Na constituição de 1988 a questão de equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, uma vez que garantiu a univesalidade da cobertura e do atendimento, com o propósito de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as mesmas necessidades. Entretanto, a sustentabilidade desse sistema depende de aportes financeiros que estão além da capacidade de financiamento do setor, o que faz com que a paridade do poder de compra dos serviços de saúde seja a favor dos indivíduos de maior poder aquisitivo. O baixo padrão de qualidade no atendimento do Sistema Único de Saúde abre espaço para que o principal ativo relacionado à saúde passe a ser o plano de saúde, pois proporciona um atendimento diferenciado as necessidades.

Os indivíduos cobertos por planos de saúde apresentam uma estrutura de consumo diferente daqueles não cobertos. Travassos et al. (2000), ao avaliar a estrutura de consumo de serviços de saúde

entre diferentes extratos de renda, verificou desigualdade<sup>3</sup> a favor dos indivíduos mais privilegiados. Em geral, a desigualdade a favor dos mais ricos também prevalece entre os indivíduos que detém algum plano de saúde, ou seja, pessoas com menor rendimento apresentam maiores necessidades dos serviços de saúde, gastam proporcionalmente uma maior parcela da renda com seguro saúde e, mesmo assim, seus contratos tendem a ser mais restritos quanto à cobertura dos serviços. Mesmo havendo desigualdade entre os possuidores de plano de saúde em relação à qualidade do tratamento recebido, os indivíduos cujo portfólio de ativos contém o seguro de saúde estariam mais preparados a absorver choques adversos em saúde, uma vez que a demanda em saúde é irregular, imprevisível e se comporta de maneira diferenciada em relação à demanda de outro bem qualquer.

## **2 - Metodologia e Dados**

Primeiramente avalia-se o acesso a diferentes ativos necessários a boa saúde (capital físico e humano) entre a população pobre e não-pobre<sup>4</sup> e, numa análise similar, faz-se o mesmo para os ativos estritamente de saúde, observando a distribuição desses ativos por décimos de renda (plano de saúde, plano de assistência ao servidor público, valor da mensalidade, cobertura do plano e plano odontológico). Em seguida, procura-se avaliar a existência de desigualdade na necessidade e uso dos serviços de saúde, por meio das razões de chances não condicionadas entre décimos de renda, bem como o papel do ciclo de vida no processo de geração de saúde.

Os dados de capital físico e humano foram extraídos, respectivamente, da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) e da Pesquisa Mensal de Emprego (PME), ambas realizadas no ano de 1996. Os dados que permitem avaliar as condições de saúde, foram obtidos do suplemento saúde da PNAD, para o ano de 1998. Os décimos de renda segundo as medidas de saúde foram avaliados com base no total da população brasileira para esse mesmo ano, e as variáveis de saúde foram divididas em três grupos:

**Ativos de saúde** – Plano de saúde, plano de assistência ao servidor público, valor da mensalidade, cobertura do plano e plano odontológico;

---

<sup>3</sup> tempo de espera para o atendimento, gasto privado com plano de saúde e estabelecimento de saúde (clínica e consultório privado).

**Necessidades de cuidados de saúde** – Auto-avaliação do estado de saúde (bom, muito bom, regular, ruim e muito ruim), esteve acamado nas duas últimas semanas, tem doença crônica (coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, problema renal, depressão e tuberculose, tendinite, cirrose);

**Uso dos serviços de saúde** – Procurou serviços de saúde nas duas últimas semanas, qual o motivo principal da procura.

Esse último grupo representa o consumo efetivo de serviços de saúde, e não necessariamente se traduz na demanda por saúde, uma vez que existem fatores que restringem o seu acesso (distância, períodos de espera, tempo, custo privado do tratamento etc.). O consumo efetivo (usos dos serviços) também não necessariamente equivale às necessidades de cuidados de saúde, pois com ou sem necessidade a pessoa pode consumir serviços de saúde. A posse de ativos de saúde (seguro saúde) pode induzir o uso desnecessário dos serviços de saúde (exames, procedimentos médicos, consultas, internações).

Outro fato importante a considerar é que a medida de necessidade de saúde com base em morbidades representa o perfil epidemiológico e, conseqüentemente, as necessidades de financiamento do setor. Estudos de avaliação das necessidades de recursos para saúde são freqüentemente realizados com base em dados de mortalidade, que tem o inconveniente de não refletirem a ampla gama de morbidades que um indivíduo pode apresentar no transcurso de sua vida. Apesar de serem incipientes no Brasil, os estudos de necessidade de saúde baseadas nas medidas de morbidade tem a vantagem de captar as diferenças na qualidade de vida dos indivíduos, em vez de considerar apenas a causa de morte.

O estado de saúde dos indivíduos, representado pelas variáveis de necessidade de saúde, depende de outros fatores que não sejam socioeconômicos, ou seja, fatores exógenos aos indivíduos. Dentre os quais, pode-se citar: acidentes, fatores genéticos e fatores relacionados ao ciclo de vida dos indivíduos. Sabe-se que o desenvolvimento de câncer de mama e a incidência de problemas de osteoporose são mais comuns nas mulheres em relação aos homens, e os indivíduos com idade mais avançada tendem a desenvolver maiores problemas de saúde, em função do processo de

---

<sup>4</sup> A distribuição de renda entre pobres e não-pobre segundo uma maior variedade de ativos (acesso à moradia, (alugada ou própria), fogão, telefone, rádio, televisão a cores, televisão, freezer, maquina de lavar, tempo de transporte – domicílio ao trabalho).

envelhecimento natural. Dessa forma, se avaliou o impacto do ciclo de vida na presença de algumas doenças. Outros trabalhos<sup>5</sup> na literatura de desigualdade em saúde sugerem uma padronização por sexo e idade, que tem a finalidade de impor uma mesma distribuição etária e de gênero para cada extrato de renda, fazendo com que as distribuições passem somente captar as desigualdades sociais em saúde. Apesar desse procedimento não ser incorporado nas análises das distribuições, procurou-se analisar separadamente as distribuições de idades segundo as diferentes medidas de saúde.

Quanto à população analisada, utilizou-se o rendimento do chefe de família em função das externalidades de saúde que esta proporciona. Caso fosse utilizada a renda individual, crianças e pessoas sem rendimento, e que vivem em função do chefe de família, estariam no pior extrato da distribuição, mas poderiam ter desigualdade em saúde a seu favor, uma vez que compartilham dos benefícios de um melhor portfólio de ativos, mantido pelo chefe de família (plano de saúde familiar, melhores condições de moradia e alimentação).

Na última etapa, procurou-se avaliar o impacto da posse de ativos no processo de geração de saúde por meio de duas regressões logísticas, que estimaram a probabilidade e as chances de necessitar e consumir os serviços de saúde. As variáveis endógenas das regressões foram a auto-avaliação do estado de saúde (bom ou muito bom) e a procura de serviços de saúde nas duas semanas anteriores a pesquisa. As variáveis explicativas utilizadas foram extraídas da PNAD 1998: sexo; idade (0 a 24, 25 a 44, 45 a 64 e mais de 64 anos de idade); escolaridade (1 a 4, 4 a 8, 8 a 12 e mais de 12 anos de estudo); cor; imigração (até 9 anos, à mais de 10 anos, não imigrou); deslocamento até o trabalho (até 30 minutos, de 30 min. até 1 hora, mais de uma hora, não vai direto para o trabalho); acesso a plano de saúde; acesso a plano de assistência ao servidor público; valor da mensalidade do plano (até R\$50, de R\$50 a R\$100, R\$100 ou mais); cobertura médica (direito a consulta médica); presença de doença crônica; densidade populacional (capital metropolitana, periferia metropolitana, urbano grande, urbano médio, urbano pequeno, rural); Unidade da Federação; acesso a serviços públicos (água, esgoto, coleta de lixo, luz elétrica).

### **3 – Revisão da Literatura**

---

<sup>5</sup> Noronha & Viegas (2001), Pereira (1995), Tavares et al. (2000).



Estudos na literatura são mais frequentes no sentido de avaliar equidade em saúde, e não equidade no consumo de serviços de saúde. Existe um consenso geral em que os socialmente menos privilegiados tendem adoecer mais precocemente. House et al. (1990) avaliou que algumas doenças crônico-degenerativas se desenvolvem aproximadamente 30 anos com antecedência nos indivíduos na base da pirâmide social quando comparados com aqueles que se encontram no topo.

Outros estudos sugerem a construção de um índice de concentração em saúde com base em variáveis de necessidades de saúde (auto-avaliação da saúde, presença de doenças crônicas e restrição de alguma atividade)<sup>6</sup>. Os índices de concentração estimados para países desenvolvidos variaram entre 0,03 para a Suíça e 0,11 e 0,13 para Reino Unido e Estados Unidos, respectivamente<sup>7</sup>. Vale ressaltar que, um índice positivo, cada vez mais próximo de 1 refletirá uma maior desigualdade em saúde em favor dos grupos de renda mais elevada. Os índices estimados por Pereira (1995), para o sistema de saúde de Portugal, variaram entre 0,05 (variável utilizada: doença e mal estar) e 0,15 (pessoas acamadas).

No Brasil, um recente trabalho utilizando os dados da PNAD 1998, estimou o índice de concentração em saúde para as unidades federativas do país (Noronha & Viegas, 2001). O índice para o país quando se considerou saúde auto-avaliada (boa ou muito boa) foi de 0,015, e quando se avaliou o indivíduo acamado, - 0,08, indicando que a desigualdade nesse item específico favorece aos socialmente menos privilegiados. Quanto à análise regional, observou-se que os estados de maior desigualdade social em favor dos ricos foram o Distrito Federal e o Rio Grande do Sul, ao passo que os de menor desigualdade foram São Paulo e Rio de Janeiro.

Travassos et al. (2000), utilizando dados da Pesquisa de Padrões de Vida (PPV 1997) e da PNAD 1989, estimou razões de chance entre grupos sócios econômicos segundo as variáveis de necessidades de saúde (morbidades) e de consumo ou uso dos serviços de saúde. Em síntese, verificou que extratos populacionais de menor renda per capita teriam maior chance de adoecer e utilizavam menos serviços de saúde, embora proporcionalmente a sua renda, gastassem mais com seguro saúde. Verificou-se também que a desigualdade tanto em saúde quanto em consumo ou uso dos serviços de saúde reproduzia-se em todas as regiões do país. Quando se analisou a auto-avaliação do estado de

---

<sup>6</sup> Noronha & Viegas (2001), Pereira (1995), Travassos et al. (2000).

<sup>7</sup> Wagstaff et al (1991), Doorslaer et al. (1997)

saúde (regular e ruim) na região nordeste, a razão de chance entre o primeiro e o terceiro tercil de renda foi de 3,07, enquanto que na região sudeste esse número chegou a 2,06. O gasto médio com plano de saúde foi similar nas regiões, tendendo diminuir com a renda, ou seja, quanto menor a renda, maior é a importância desse tipo de despesa no orçamento domiciliar. As taxas de utilização dos serviços de saúde para os indivíduos com morbidade foram mais elevadas do que aquelas obtidas para as pessoas sem problema de saúde.

## 4 – Distribuição de Ativos

### 4.1 – Capital físico

A literatura sobre o acesso dos pobres a diferentes tipos de capital físico é quase nula no Brasil. Tentar-se-á discutir as relações entre renda e taxas de acesso à moradia, bens duráveis e serviços públicos (ver tabela 1). Ressalta-se que os indicadores considerados, tanto de capital físico quanto de capital humano, estão estritamente associados à boa saúde.

Tabela 1: Perfil de posse de ativos - População pobre e não-pobre (em %)

<b>CAPITAL FÍSICO</b>	<i>pobre</i>	<i>não-pobre</i>
<b><i>qualidade da moradia</i></b>		
acesso a construção	95,62	99,19
acesso a banheiro	92,14	97,98
número de indivíduos no domicílio	4,05	3,03
densidade do dormitório	0,58	0,37
densidade do cômodo	1,43	1,04
<b><i>acesso a bens duráveis</i></b>		
filtro	57,42	71,44
geladeira	84,97	97,56
freezer	9,12	26,93
máquina de lavar	22,71	56,69
<b><i>acesso a serviços públicos</i></b>		
abastecimento de água	90,24	97,76
rede de esgoto	73,65	89,33
eletricidade	99,49	99,89
coleta de lixo	80,2	94,12
<b>CAPITAL HUMANO</b>		
<b><i>anos de estudo</i></b>		
chefe	7,70	7,16
cônjuge	4,59	7,05
<b><i>idade média</i></b>		
chefe	41,47	44,91
cônjuge	37,87	40,52
<b><i>escolaridade estritamente superior</i></b>		
<b><i>chefe</i></b>		
ao pai	36,03	42,19
à mãe	38,10	45,50
<b><i>capital humano específico</i></b>		
fez curso técnico equivalente ao 2º grau	8,26	17,23

Fonte: CPS/FGV a partir dos Microdados da PNAD/IBGE (1996) e da PME/IBGE (1996)

## **Qualidade da Moradia**

A tabela 1 compara a qualidade de moradia em ambos os segmentos: 95% dos pobres (99% da população não-pobre) têm acesso a construção; 92% dos pobres (98% da população não-pobre) têm acesso a banheiro dentro de suas casas; a densidade média de cômodos é de 0,58 entre pobres (0,37 da população não-pobre); e a densidade média dos membros de família por dormitórios é de 1,43 entre os pobres (1,12 na população não-pobre). As diferenças entre essas duas últimas estatísticas podem ser explicadas pelo fato de os pobres terem famílias maiores que a população não-pobre – cerca de quatro e três membros, respectivamente. Desse modo, a densidade de cômodos e de dormitórios é aproximadamente proporcional ao número de indivíduos na casa.

### **Bens duráveis**

Observa-se que diferença na posse de ativos duráveis entre pobres e não-pobres se acentua em relação aos bens de luxo, ou seja, freezer (27% não-pobres contra 9% para a população de pobres) e máquina de lavar roupa (56% não pobres contra 22% para a população de pobres), enquanto que o filtro, bem básico ligado à boa saúde, destaca-se no seu diferente contingente de possuidores pobres (57%) e não-pobres (71%).

### **Serviços públicos**

De acordo com a PNAD 1996, o acesso a serviços é mais evidente entre a população não-pobre: 98% a água canalizada, 89% a esgoto, 100% a eletricidade e 94% a coleta de lixo. O acesso a população pobre é: 90% a água canalizada, 74% a esgoto, 99% a eletricidade e 80% a coleta de lixo. Existe um aumento monotônico na falta de acesso desses índices à medida que se caminha do primeiro para o último décimo da distribuição da renda. O aumento do primeiro para o último décimo para cada uma das taxas de acesso a esses serviços públicos é: água canalizada (73% para 99%); esgoto (73% para 98%); eletricidade (99,5% para 100%); e coleta de lixo (80% para 90%).

## **4.2 – Capital Humano**

### **Anos completo de estudo**

O número médio de anos completos de estudo dos chefes pobres e não pobres da população corresponde a 4,7 e 6,6 anos, respectivamente. Similarmente, os cônjuges das famílias pobres apresentam também uma média de dois anos a menos de escolaridade do que os cônjuges na população não pobre – 4,6 e 6,5 anos, respectivamente. O coeficiente de variação de anos completos de estudo entre os chefes e cônjuges pobres é maior nos segmentos pobres da sociedade – 24,6% e 25,4% - do que no total da população – 20,9% e 20,7%, respectivamente. Esse ponto é digno de nota já que os anos completados de estudos são provavelmente a melhor aproximação para renda permanente encontrada nas pesquisas de domicílio.

### **Idade e Experiência**

Uma aproximação comum para a experiência usada nas pesquisas de domicílio é a idade, cujo objetivo foi tentar captar os efeitos do ciclo de vida na pobreza. De acordo com a PNAD de 1996, a média de idade do chefe e do cônjuge nas famílias pobres é de 44 e 30 anos, respectivamente. Essa diferença de dois a três anos pode indicar uma tendência decrescente da pobreza medida pela proporção de pobres ao longo do ciclo de vida. Quer dizer, quando as famílias adquirem mais experiências ou acumulam outro tipo de capital, a probabilidade de escapar da pobreza aumenta.

### **4.3 - Ativos de saúde**

A tabela 2 mostra a distribuição dos décimos de renda segundo a posse de ativos relacionados à saúde. Observa-se que aproximadamente 25% da população brasileira tem direito a algum plano de saúde, sendo que desses, 25% são detentores de plano de assistência ao servidor público. Percebe-se que cerca de 75% dos indivíduos são excluídos de gozar de serviços de saúde diferenciados.

**Tabela 2: Perfil da posse de ativos de saúde segundo décimos da distribuição de renda**

Ativos de Saúde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	total
Tem Direito a Algum Plano de Saúde	2.9	4.6	18.6	7.3	13.0	17.9	26.2	35.5	50.4	74.4	25.1
Plano de Assistência ao Servidor Público	27.9	56.8	40.5	31.9	25.1	22.1	25.1	24.0	23.5	21.3	25.2
Valor do Plano de Saúde Até 50 Reais	43.1	74.6	39.0	85.6	78.2	74.6	61.7	53.8	42.3	20.7	44.0
De 50 até 100 reais	24.2	21.1	16.9	26.6	10.5	16.7	15.6	22.0	25.0	27.4	25.2
De 100 até 200 reais	21.0	20.5	6.5	19.7	5.2	4.7	7.7	11.7	15.3	20.2	30.4
De 200 até 300 reais	7.1	8.1	0.6	8.7	1.2	0.3	1.0	2.1	3.2	5.4	12.1
De 300 até 500 reais	3.5	7.8	0.0	3.8	1.3	0.4	0.2	0.6	0.9	2.2	6.6
Mais de 500 reais	1.1	3.3	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.3	2.5
Plano de Saúde com Direito a Exames Complementares	96.8	91.7	91.8	93.8	93.4	93.2	95.7	96.7	97.2	98.0	96.1
Plano de Saúde com Direito a Internações Hospitalares	93.1	91.0	94.2	84.2	86.7	87.4	90.6	92.1	94.6	97.7	93.4
Tem Algum Plano de Saúde Apenas para Assistência Odontológica	2.6	2.0	2.5	0.5	2.6	3.3	4.5	3.6	4.4	4.5	3.9

Fonte: CPS/FGV a partir dos Microdados do Suplemento PNAD/IBGE (1998)

Dos 10% mais pobres, cerca de 2,8% possuem algum plano de saúde, enquanto que dos 10% mais ricos esse número chega a 74%. Observa-se um aumento quase que monotônico à medida que se encaminha para o topo da distribuição, com exceção do terceiro decil de renda, cujo contingente de indivíduos com plano de saúde é de 18%. Um destaque também é para a razão entre os 20% mais ricos e os 20% mais pobres, uma vez que a posse de plano de saúde é 16 vezes mais freqüente na parcela socialmente privilegiada da distribuição de renda. Quanto à posse de algum plano odontológico, observa-se que o consumo desse tipo de seguro não é muito comum no Brasil, apesar de sua presença ser mais freqüente nos 40% mais ricos da população brasileira.

Com relação aos valores pagos mensalmente pelos indivíduos, verifica-se que quase a metade (44%) da população possuidora de plano de saúde paga até R\$50,00, enquanto que 25% (R\$50,00 a R\$100,00), 30% (R\$100,00 a R\$200,00), 12% (R\$200,00 a R\$300,00), 6% (R\$300,00 a R\$500,00), e apenas 2%, mais de R\$500,00. Observa-se que o primeiro e o segundo décimo da distribuição de renda apresentam a maior proporção relativa de indivíduos que pagam as maiores mensalidades de planos de saúde (mais de R\$200,00), o que evidencia que a parcela de gastos com seguro saúde é maior no contingente de menor poder aquisitivo. Verifica-se que a razão entre os 20% mais ricos e pobres é extremamente expressiva nas categorias de maior valor de mensalidade, ou seja, de 300 a 500 reais (3,7) e mais de 500 reais (13,1). O mesmo se verifica em relação à razão entre os 40% mais ricos e pobres, uma vez que esses valores representaram 3,3 e 9, respectivamente.

Além de desigualdade na posse de seguros de saúde, verifica-se desigualdade entre aqueles que possuem planos de saúde, ou seja, em relação à cobertura do plano. Observa-se um aumento quase que monotônico ao longo da distribuição de renda em relação à cobertura dos exames complementares, com exceção no extrato mais pobre da população brasileira (10% mais pobres). Quanto aos direitos de internações hospitalares, cerca de 93% dos que detêm algum plano de saúde admitiram terem cobertura de internação, sendo que esse número entre os 10% mais ricos chega a 98%.

## **5 – Saúde**

As análises das distribuições de renda foram divididas segundo a necessidade e uso dos serviços de saúde e o papel do ciclo de vida na incidência das morbidades.

### **5.1 - Necessidades dos serviços de saúde**

O conceito de necessidade em saúde está diretamente ligado a questão da informação, ou seja, ao acesso do verdadeiro estado de saúde do indivíduo. Segundo Iunes (1995), a necessidade de uso dos serviços de saúde é determinada por especialistas e não pela própria pessoa. Desse modo, os itens de saúde auto-avaliada e a presença de doença crônica na PNAD (saúde auto-relatada) podem não refletir a necessidade de serviços de saúde da população brasileira, uma vez que muito dos indivíduos da pesquisa não responderam os questionários com base num laudo médico sobre seu próprio estado de saúde, ou seja, muitas pessoas podem ter problemas de saúde, mas os desconhecem em virtude da falta de informação médica. Mesmo com esses problemas, esse item permite municiar o planejador em saúde, com normas e metas a serem alcançadas, bem como a difusão dos investimentos em saúde entre os diversos subgrupos da sociedade brasileira (número de médicos por mil habitantes, número de leitos, consulta e ambulatórios). A tabela 2 mostra uma série de indicadores que podem servir como aproximação das necessidades dos serviços de saúde no Brasil.

**Tabela 3: Necessidades dos serviços de saúde, segundo os décimos de rendimento da população brasileira**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
<b>medida de necessidade</b>											
Considera Seu Estado de Saúde Bom ou Muito Bom	64,56	57,74	62,33	61,36	66,32	65,36	69,68	72,64	76,25	83,40	67,96
Tem Doença de Coluna ou Costas	40,78	44,02	37,40	34,98	33,16	32,12	28,88	27,39	26,18	22,47	32,74
Tem Artrite ou Reumatismo	18,91	23,32	17,87	17,47	13,73	15,28	12,36	11,60	9,73	8,26	14,85
Tem Câncer	0,13	0,23	0,29	0,39	0,28	0,42	0,38	0,50	0,57	0,56	0,37
Tem Diabetes	1,44	2,52	3,26	3,20	3,45	4,20	3,72	4,46	4,84	5,15	3,62
Tem Bronquite ou Asma	2,41	3,59	3,62	4,58	4,22	5,23	3,97	3,75	3,22	3,24	3,78
Tem Hipertensão	13,94	20,33	21,92	20,75	19,42	20,99	21,04	21,65	20,58	19,70	20,03
Tem Doença do Coração	3,60	6,29	7,36	8,51	7,24	8,25	7,83	6,92	7,06	6,90	6,99
Tem Doença Renal Crônica	6,28	5,60	5,37	6,56	5,85	5,21	4,28	3,86	3,77	2,80	4,96
Tem Depressão	6,03	6,76	8,12	8,06	6,64	7,33	7,25	6,67	6,46	6,11	6,94
Tem Tuberculose	0,28	0,24	0,24	0,34	0,12	0,22	0,13	0,08	0,07	0,08	0,18
Tem Tendinite ou Tenossinovite	2,32	2,65	2,71	2,95	2,53	2,87	2,65	2,65	3,05	3,91	2,83
Tem Cirrose	0,25	0,30	0,52	0,43	0,40	0,21	0,32	0,27	0,20	0,23	0,31
Esteve Acamado nas Duas Últimas Semanas	5,96	6,19	6,01	6,00	4,93	4,84	3,82	3,87	3,52	3,31	4,84

Fonte: CPS/FGV a partir dos Microdados do Suplemento PNAD/IBGE (1998)

Embora não represente um exame quanto à presença física ou mental de doenças, a auto-avaliação do estado de saúde aponta para características que extrapolam o significado de saúde no sentido estrito e ganha representatividade quanto ao bem-estar do indivíduo. Quando o entrevistado auto-avalia seu estado de saúde, inúmeras variáveis consideradas subjetivas (ansiedade, mal-estar, autocontrole, vitalidade e etc.) são contempladas em sua resposta. Por essa razão, a hipótese de observar os resultados como uma escala ajustada de bem-estar geral não é muito forte, tendo em vista os componentes que cada indivíduo, de maneira diferente, ponderam ao se auto-avaliarem. Na PNAD são cinco as categorias de auto-avaliação do estado de saúde do trabalhador, dicotomizadas da seguinte forma: “normal” (bom e muito bom); “irregular” (regular, ruim e muito ruim).

Observa-se que cerca de 64% dos indivíduos que se encontram no primeiro décimo da distribuição auto-avaliaram seu estado de saúde normal (bom ou muito bom), ao passo que, esse número entre os 10% mais ricos, chega a 83%. Verifica-se que existe uma tendência do aumento das proporções de indivíduos com saúde auto-avaliada “normal” à medida que se encaminha para extratos populacionais de maior rendimento. As chances dos indivíduos do primeiro décimo de renda auto-avaliarem o seu estado de saúde como “irregular” (regular ou ruim ou muito ruim) são 139% maiores quando comparadas a aqueles que se encontram no topo da distribuição de renda (OR: 2,39, IC: 2,39

– 2,40). A tabela 3 apresenta as razões de chance entre os extratos mais e menos pobres da distribuição de renda, segundo as diferentes medidas de necessidade de saúde.

**Tabela 3: Odds ratio entre extratos mais e menos pobres da distribuição de renda**

	Odds Ratio (95% confiança)		
	10%+ e 10%-	20%+ e 20%-	40%+ e 40%-
<b>auto-avaliação do estado de saúde (irregular<sup>a</sup>)</b>	2,39 (2,39 - 2,40)	2,30 (2,29 - 2,30)	1,86 (1,85 - 1,87)
<b>presença de morbidade*</b>	1,14 (1,14 - 1,15)	1,23 (1,23 - 1,24)	1,22 (1,22 - 1,23)
<b>esteve acamado nas duas últimas semanas</b>	1,75 (1,74 - 1,77)	1,71 (1,70 - 1,72)	1,63 (1,62 - 1,63)

<sup>a</sup> regular, ruim ou muito ruim

\* doenças relacionadas na PNAD

Fonte: CPS/FGV a partir dos Microdados do Suplemento PNAD/IBGE (1998)

A razão de chances de auto-avaliação “irregular” entre os 20% mais e menos pobres da distribuição de renda é de 2,30, enquanto que os 40% mais pobres têm 86% a mais de chance de auto-avaliar seu estado de saúde irregular se comparados com os 40% mais ricos. Observa-se que as chances tendem ficarem menores à medida que se diminui o hiato "desigualdade de renda", evidenciando desigualdade em saúde a favor dos mais ricos. Apesar dessa medida ser *proxy* de bem-estar individual, apresenta alguma limitação quanto medida de necessidade de saúde, uma vez que indivíduos de menor rendimento tendem a não conhecer seu verdadeiro estado de saúde pelas diferentes oportunidades de acesso a serviços de saúde, potencializadas, como visto na seção anterior, pelos distintos portfólios dos ativos de saúde entre pobres e não-pobres.

O mesmo problema se dá em relação a medida de necessidade de saúde que contempla a presença ou não de alguma morbidade. Noronha & Viegas (2001) afirmam que existe uma subestimação da proporção de indivíduos doentes nas classes de menor poder aquisitivo, em decorrência da falta de acesso a informação sobre o seu estado de saúde. Esse seria o principal motivo pelo qual verificaram a existência de desigualdade em saúde a favor dos pobres, quando o indicador de saúde utilizado era a presença de alguma morbidade avaliada na PNAD. Nesse caso, o simples indicador da presença ou não de alguma das afecções, não importando qual seja, daria o mesmo tratamento analítico aos diferentes tipos de morbidade presentes nos inquéritos da PNAD. Sabe-se que o conhecimento da presença de doenças como a diabetes, o câncer e doenças do coração



necessitam de diagnóstico médico, ao passo que doenças como dores de coluna, asma e artrite ou reumatismo são facilmente identificadas pelos próprios indivíduos. Desse modo, nesse artigo resolveu-se analisar os decimos dessas morbidades separadamente, na tentativa de captar os efeitos diferenciados de cada doença.

Numa análise agregada, observa-se que as chances de obter uma dessas afecções são 14% maiores para os 10% mais pobres se comparadas com os 10% menos pobres. Já os *odds ratio* entre a população 20% (40%) mais pobre e 20% (40%) menos pobre é 1,23 (1,22). As morbidades facilmente diagnosticadas pelos indivíduos (dor nas costas, asma, artrite ou reumatismo) apresentam uma leve tendência decrescente ao longo da distribuição de renda. A presença de dores nas costas se apresenta monotonicamente decrescente, ao desconsiderar o primeiro extrato da distribuição de renda. As chances de presença de doenças de coluna ou costas são 107% maiores no décimo mais pobre quando comparado com o mais rico (OR: 2,07; IC: 2,07 – 2,08), o que, em parte, pode ser justificado pela atividade de trabalho ao longo da vida ativa. Indivíduos socialmente menos privilegiados tendem a exercer atividades de trabalho que demandam maior esforço físico, potencializando os problemas de doenças de coluna ou costas.

Doenças não facilmente diagnosticadas, e que necessitam de informação médica para sua constatação, se apresentam de forma bastante curiosa nos diferentes extratos de renda. Afecções como diabetes e câncer apresentam um crescimento monotônico ao longo da distribuição de renda. As chances para os indivíduos no primeiro décimo da distribuição de obter diabetes e câncer são 70% e 76% menores se comparadas ao último décimo, respectivamente. Quanto às doenças do coração, observa-se que entre os 10% mais pobres cerca de 3,6% afirmaram sofrer esse tipo de problema, enquanto que dos 10% mais ricos esse número chega a 6,9%. As chances de doenças do coração para os 20% (40%) mais pobres se comparadas com os 20% (40%) menos pobres são 31% (11%) menores. Para essas doenças, observa-se que a desigualdade em saúde favorece aos mais pobres, uma vez que esses tendem a apresentar menores chances de adquirir tais afecções.

Outras morbidades como tendinite ou tenossinovite e depressão devem apresentar problemas conceituais, uma vez que são afecções não comuns na população, e as respostas podem depender do conhecimento do entrevistado sobre essas doenças. São muitos os estudos que correlacionam anos de estudo com retornos de rendimento (Menezes-Filho et al. (1995), Lam & Levinson (1998)). Nesse

caso, pessoas com maior escolaridade tenderiam a situar-se nos extratos mais elevados da distribuição e, conseqüentemente, teriam a condição de avaliar a presença ou não dessas doenças, em virtude de saberem identifica-las corretamente. Observa-se que problemas de depressão não apresentam diferenças marcantes na proporção dos doentes ao longo da distribuição de renda, talvez pelo fato do seu conceito ser confundido com “loucura” ou “fraqueza” entre pessoas menos esclarecidas, o que levaria a subestimação desse tipo de afecção entre os indivíduos com menor instrução. O mesmo se observa para tendinite ou tenossinovite, apesar do último décimo apresentar ligeiro aumento na proporção de doentes em relação ao primeiro décimo da distribuição.

Doenças como cirrose e enfisema pulmonar estão estritamente ligadas com as preferências dos indivíduos, ao passo que doenças como tuberculose, esquistossomose, cólera e tifo, estão fortemente ligadas com as condições socioeconômicas. Os hábitos comportamentais, ou seja, as preferências individuais podem ser potenciais fatores de risco a algumas doenças. Os indivíduos sabem que o fumo e o consumo de bebidas alcoólicas são fatores de risco para a presença de enfisema pulmonar e cirrose, respectivamente, e, mesmo assim, preferem fazer uso por lhe gerar alguma utilidade. Quanto à presença de tuberculose, essa se associa a qualidade de vida (alimentação, condições de moradia) que, por sua vez, se relaciona fortemente com renda. A distribuição dessas duas afecções se apresentam da seguinte forma: a proporção de indivíduos com cirrose se mantém ao longo da distribuição de renda, não apresentando diferenças marcantes entre os décimos de rendimento; a proporção de indivíduos com tuberculose é maior nos indivíduos de baixa renda. As chances de indivíduos do primeiro décimo de renda de obter tuberculose são 316% maiores se comparada às chances daqueles que se encontram no topo da distribuição de renda.

Outra medida de necessidade de saúde é a pergunta “esteve acamado nas duas últimas semanas”. Essa medida, apesar de não apresentar os problemas das medidas de auto-avaliação e morbidade, apresenta o inconveniente de compreender apenas as morbidades presentes nas duas semanas que antecedem a pesquisa, bem como aquelas que somente incapacitam o indivíduo temporariamente, impedindo a sua mobilidade física. Observa-se que a proporção de indivíduos acamados decresce monotonicamente ao longo da distribuição de renda. As chances de ficar acamado nas duas semanas anteriores a pesquisa diminuem à medida que se analisa extratos populacionais mais

representativos. Entre os 10% mais pobres e ricos as chances são 75% maiores, ao passo que entre os 20% (40%) mais pobres e ricos as chances diminuem para 71% (65%).

## 5.2 - Uso dos serviços de saúde

O uso dos serviços de saúde ao longo da distribuição de renda pode ser observado na tabela 4. A pergunta base presente na PNAD 1998, que permite avaliar o uso dos serviços de saúde, é “procurou serviços de saúde nas duas últimas semanas”. Observa-se que a proporção de indivíduos aumenta quase que monotonicamente ao longo da distribuição de renda, onde no primeiro décimo é 8,5% e no último é 17,4%. As chances dos 10% mais pobres procurarem serviços de saúde nas duas semanas que antecedem a pesquisa são 57% menores (OR:0,43) em relação às chances dos que se encontram no topo da distribuição de renda.

**Tabela 4: Usos dos serviços de saúde, segundo décimos de rendimento da população brasileira**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Procurou Serviço de Saúde nas Duas Últimas Semanas	8,5	11,0	12,2	11,5	12,4	13,1	12,3	13,4	14,1	17,4	12,6
Procurou Serviço de Saúde Para Exames de Rotina ou Prevenção	33,6	34,3	36,9	33,1	33,4	36,7	38,5	36,8	39,7	40,8	37,1
Procurou Serviço de Saúde Por Doença	41,8	45,6	40,1	39,9	37,3	34,7	33,5	31,0	26,9	20,7	32,9
Procurou Serviço de Saúde Por Tratamento ou Reabilitação	13,0	8,0	5,8	8,9	13,3	12,9	15,5	13,1	15,6	14,6	14,1
Procurou Serviço de Saúde Por Acidente ou Lesão	5,8	7,5	5,6	4,8	6,5	6,7	6,0	5,6	5,7	5,7	5,4

Fonte: CPS/FGV a partir dos Microdados do Suplemento PNAD/IBGE (1998)

Percebe-se que, apesar de necessitarem mais dos serviços de saúde, os indivíduos de menor poder aquisitivo tendem a consumir menos esses serviços. Dos motivos da procura pelo serviço de saúde destacam-se: exames de rotina ou prevenção (37%); doença (32%); tratamento ou reabilitação (14,4%); e acidente ou lesão (5,4%). Observa-se que a proporção de indivíduos que procuram serviços de saúde por motivo de exames de rotina e prevenção tende a ser mais elevada nos últimos décimos da distribuição de renda. Dos indivíduos que procuraram serviços de saúde, e que se encontram no último décimo da distribuição, cerca de 40% afirmaram fazê-lo por motivo de prevenção ou exame de rotina, ao passo que esse número chega a 33% no décimo menos privilegiado da distribuição de renda. Dos que procuraram serviços de saúde, as chances do motivo ser prevenção ou exame de rotina são 27% menores para os 10% mais pobres, se comparadas às chances dos 10% mais ricos (OR: 0,73). Esse

resultado, em parte, pode ser justificado pelo fato dos indivíduos com maior rendimento terem em seu portfólio mais ativos de saúde em relação a aqueles com menor poder aquisitivo, uma vez que o seguro saúde gera um custo marginal por serviços de saúde nulo, quando se abstrai os custos com tempo, gasto com transporte e o desconforto de alguns exames e consultas.

A distribuição de renda segundo a procura de serviços de saúde por motivo de doença é monotonicamente decrescente da base para o topo da distribuição de renda. Os indivíduos mais pobres tendem a procurar mais os serviços de saúde por problemas de doença, e não por motivo de prevenção ou exames de rotina, como verificado no contingente de maior poder aquisitivo. Dos indivíduos que procuraram serviços de saúde, as chances por motivo de doença aumentam 175% (OR: 2,75 IC: 0,8179 – 1,2074) para aqueles do primeiro décimo, se comparadas às chances dos que se encontram no último décimo da distribuição.

As distribuições de renda segundo os motivos “tratamento ou reabilitação” e “acidentes ou lesão” não apresentaram um comportamento que se evidencia desigualdade a favor de algum extrato social. Em ambos os casos, deve-se pensar que a renda não muito se associa com a procura dos serviços de saúde, uma vez fatores de natureza exógena, como a disponibilidade de tempo, hábitos comportamentais e atividades de trabalho arriscadas podem ser preponderantes na decisão de consumir os serviços médicos. Nesse dois casos, o fator acesso (posse de ativos de saúde) também é determinante na demanda desses serviços específicos, mas seu efeito (via rendimento) não se mostrou evidente, uma vez que as distribuições de renda não apresentaram um comportamento padronizado.

### **5.3 - O papel do ciclo da vida nas medidas de saúde**

Conforme citado na primeira seção, fatores relacionados ao ciclo de vida são potenciais fatores de risco para a presença de algumas doenças, em virtude do processo natural do envelhecimento. Alguns trabalhos de desigualdade em saúde com base no nível de renda per capita constróem índices de concentração de saúde padronizados por idade e gênero, buscando captar apenas os efeitos socioeconômicos. O efeito idade pode determinar o rendimento dos indivíduos, prevalecendo o contingente de alguma idade específica em determinados extratos sociais. Por exemplo, observa-se proporcionalmente a presença de indivíduos mais jovens nos extratos mais baixos da distribuição de

renda que, por sua vez, teriam menores chances de contrair morbidade. Essa característica pode viesar a análise dos décimos de rendimento segundo as medidas de saúde. Apesar de não utilizar distribuições padronizadas por idade, esse artigo procurou verificar o efeito do ciclo de vida na posse de ativos de saúde e nas variáveis de necessidades e uso dos serviços médicos.

A tabela 5 apresenta a distribuição das medidas de saúde segundo as classes de idade. Observa-se que as medidas de necessidades de saúde (auto-avaliação do estado de saúde, esteve acamado nas duas últimas semanas e presença de alguma morbidade) apresentam um comportamento bastante padronizado. A auto-avaliação de saúde (bom e muito bom) tem proporções monotonicamente decrescentes à medida que o indivíduo ganha anos de vida, ao passo que as outras medidas, ou seja, esteve acamado e a presença de morbidade, apresentam um comportamento monotonicamente crescente em função dos anos de vida.

**Tabela 5: Distribuição das medidas de saúde segundo faixa etária (população brasileira)**

medidas de saúde	faixa etária (anos de idade)												
	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60	61 a 65	66 a 70	Mais de 70
Considera Seu Estado de Saúde Bom ou Muito Bom	79,63	87,25	87,09	84,94	83,11	78,86	72,95	66,79	59,50	51,39	46,93	40,47	34,00
Esteve Acamado nas Duas Últimas Semanas	4,08	3,04	3,12	2,91	3,14	3,11	3,95	4,87	5,25	6,66	7,30	9,38	10,35
Presença de alguma morbidade*	2,82	2,62	2,90	3,46	4,23	5,37	6,90	8,61	10,54	12,74	14,03	15,65	16,81
Tem Direito a Algum Plano de Saúde	4,83	13,35	16,05	20,34	25,68	26,93	27,17	27,90	26,59	24,39	24,81	24,95	22,24
Plano de Assistência ao Servidor Público	65,92	20,41	20,96	21,93	22,14	23,01	25,25	26,78	28,73	27,37	27,97	27,22	28,15
Valor do Plano de Saúde Até 50 Reais		82,71	75,11	67,59	54,31	48,87	43,25	39,03	33,54	33,87	30,96	27,58	27,37
Plano de Saúde com Direito a Exames Complementares		90,43	96,25	95,46	96,05	96,51	95,81	96,65	96,85	95,92	96,99	95,55	93,77
Plano de Saúde com Direito a Internações Hospitalares		89,14	89,83	90,55	92,55	92,63	93,58	93,68	94,43	95,83	94,73	95,20	95,63
Procurou Serviço de Saúde nas Duas Últimas Semanas	9,63	9,01	8,19	8,44	9,40	9,91	10,83	12,70	13,62	16,91	18,03	20,00	21,54
Procurou Serviço de Saúde Para Exames de Rotina ou Prevenção	0,00	14,82	12,92	12,15	9,89	6,54	7,88	4,97	3,66	4,24	3,26	2,43	3,08

\* Doenças relacionadas na PNAD

Fonte: CPS/FGV a partir dos Microdados do Suplemento PNAD/IBGE

A posse de ativos de saúde (plano saúde) também tem um comportamento monotonicamente crescente, haja vista a probabilidade aumentada dos indivíduos de maior idade necessitarem de serviços de saúde. Quanto ao valor do seguro saúde, observa-se que a proporção de indivíduos que gastam até R\$50,00 com plano de saúde diminui à medida que o indivíduo ganha mais idade. Nesse caso, sabe-se que o valor das mensalidades é proporcional a idade, uma vez que a probabilidade de morte ou doença aumenta com os anos de vida.

No que diz respeito à diferença dos serviços prestados pelos seguros de saúde, se observa um comportamento semelhante quanto a distribuição das proporções entre as diferentes classes de idades. Tanto a distribuição proporcional das coberturas de exames complementares quanto para internação não apresentaram significativas diferenças entre os subgrupos populacionais, não existindo um padrão na distribuição que exprima desigualdade na qualidade dos planos de saúde segundo as classes de idade.

As variáveis que permitem avaliar o uso dos serviços de saúde, apresentam um comportamento interessante. Como era de se esperar, o consumo por serviços de saúde é crescente com o passar dos anos de idade, haja vista que pessoas com idade mais elevada tendem a apresentar maiores problemas de saúde. Um fato curioso, é que a procura por serviços de saúde para exames de rotina e prevenção decresce à medida que se ganha mais anos de idade. Tal comportamento deve em parte se dar pelo fato que aqueles mais próximos de completar o ciclo de vida tendem a se conformar mais, caso uma doença inesperada se estabeleça, em relação aos indivíduos com esperança de vida mais elevada, ou seja, que teriam um custo de oportunidade maior no caso de uma doença.

## **6 – Políticas de Geração de Saúde e Renda**

Essa seção procura avaliar os impactos da posse de ativos relacionados à saúde, a presença de doença crônica e alguns determinantes demográficos nas medidas de necessidade e de consumo dos serviços médicos. Foram estimadas duas regressões logísticas com variável endógena “saúde normal” e “procurou serviços de saúde nas duas últimas semanas”. Com isso, pode se avaliar qual fator é mais importante nas medidas de necessidades e uso dos cuidados de médicos, ou seja, os indivíduos procuram serviços médicos pelo fato de terem acesso ou por motivo de doença? Por outro lado, esse tipo de análise permite avaliar as conseqüências da posse de ativos na geração de rendimentos, uma vez que uma melhor saúde tende a gerar um melhor rendimento. A questão central adotada nesta parte é o papel desempenhado pela acumulação de capital no potencial do pobre gerar saúde e, conseqüentemente, renda, procurando ajudar o direcionamento dos tipos de políticas de aumento de capitais a serem implementadas.

Os impactos tanto da posse de ativos quanto de uma boa saúde no processo de geração de renda podem ser verificados por meio da estimação da equação de rendimentos dos indivíduos em função dessas variáveis. O problema de se estimar essa equação está na endogeneidade da variável saúde e posse de ativos, uma vez que uma melhor saúde e posse de ativos gera um melhor rendimento e vice-versa. Nesse caso, preferiu-se nesse artigo não estimar a equação de rendimentos, e apenas avaliar os impactos da posse de ativos no processo de geração de saúde. A tabela 6 apresenta as regressões logísticas com variável endógena “considera seu estado de saúde normal” e “procurou serviço de saúde nas duas últimas semanas”.

Observa-se que ser homem aumenta as chances de considerar o estado de saúde “normal” (bom ou muito bom) em 16% em relação às mulheres, ao passo que esse mesmo atributo diminui as chances de procurar serviços de saúde nas duas últimas semanas. Os indivíduos com menor idade apresentam chances aumentadas de considerar o estado de saúde “normal” quando comparados com aqueles com mais de 64 anos: 519% maiores (0 a 24 anos); 194% (25 a 44 anos); e 59% (45 a 64 anos), enquanto que as chances de procurar de serviços de saúde diminuem em: 10% (0 a 24 anos); 9% (25 a 44 anos); e 6% (45 a 64 anos). Quanto à escolaridade, verifica-se um crescimento monotônico das chances de auto-avaliação “normal” à medida que o indivíduo ganha anos de escolaridade, sendo esta uma *proxy* da renda permanente dos indivíduos. Já, as chances de procurar serviços de saúde, quando comparadas à categoria “nenhum ano de estudo”, diminuem em 28% (1 a 4 anos), 30 (4 a 8 anos), 28% (8 a 12 anos) e 21% (mais de 12 anos de estudo).

**Tabela 6: Regressões logísticas - Análise dos parâmetros estimados**

Universo : População Total		modelo 1			modelo 2		
		Considera Seu Estado de Saúde "Normal"			"procurou serviço de saúde nas duas últimas semanas"		
		Estimativa	teste t	Razão de Chances	Estimativa	teste t	Razão de Chances
Sexo	Homem	0,155	**	1,167	-0,397	**	0,673
Idade	De 0 e 24 Anos	1,824	**	6,198	-0,105	**	0,900
	De 25 e 44 Anos	1,060	**	2,943	-0,100	**	0,905
	De 45 e 64 Anos	0,466	**	1,594	-0,062	**	0,940
Escolaridade	1 a 4 anos	0,159	**	1,172	-0,324	**	0,723
	4 a 8 anos	0,290	**	1,336	-0,353	**	0,703
	8 a 12 anos	0,628	**	1,874	-0,320	**	0,726
	Mais de 12 anos	1,249	**	3,486	-0,235	**	0,791
Cor	Branca	0,123	**	1,131	0,034	**	1,035
	Até 9 Anos	0,096	**	1,101	-0,015	**	0,985
Imigração	Não Imigrou	0,198	**	1,219	-0,087	**	0,917
	Até 30 Min.	0,045	**	1,046	-0,019	**	0,981
Deslocamento Até o Trabalho	De 30 Min. Até 1 Hora	0,053	**	1,054	-0,052	**	0,949
	Ocupados que Não Vão Direto ao Trabalho	0,023	**	1,024	0,095	**	1,100
	Tempo Não Declarado	-0,210	**	0,811	-82,609	**	0,000
	Resto da População	-0,255	**	0,775	0,215	**	1,239
Acesso a Plano de Saúde	Tem Plano de Saúde	14,609	**	2210214,22	1,710	**	5,529
	Tem Plano de Assistência	-0,024	**	0,976	-0,068	**	0,934
Acesso a Plano de Assistência ao Servidor Público	De 50 a 100 Reais	0,090	**	1,095	0,096	**	1,101
	100 Reais ou Mais	0,045	**	1,046	0,292	**	1,339
	Sem Declarar	0,185	**	1,203	0,001	**	1,001
Cobertura Médica	Direito a Consulta Médica	0,180	**	1,197	0,067	**	1,069
Doenças	Tem Algum Tipo de Doença Crônica	-1,876	**	0,153	0,939	**	2,557
	Capital Metropolitana	-0,214	**	0,807	0,390	**	1,477
Densidade Populacional	Periferia Metropolitana	-0,191	**	0,826	0,154	**	1,167
	Urbano Grande	-0,081	**	0,922	0,193	**	1,213
	Urbano Médio	-0,060	**	0,942	0,150	**	1,162
	Urbano Pequeno	-0,090	**	0,914	0,154	**	1,166
Unidade da Federação	Acre	-0,981	**	0,375	0,071	**	1,073
	Alagoas	-0,212	**	0,809	0,083	**	1,086
	Amazonas	-0,222	**	0,801	-0,003	**	0,997
	Amapá	-0,820	**	0,440	-0,251	**	0,778
	Bahia	-0,135	**	0,874	-0,107	**	0,899
	Ceará	-0,161	**	0,851	-0,130	**	0,878
	Distrito Federal	-0,287	**	0,750	-0,034	**	0,967
	Espírito Santo	-0,410	**	0,664	0,243	**	1,276
	Goiás	-0,271	**	0,763	0,100	**	1,105
	Maranhão	-0,713	**	0,490	-0,045	**	0,956
	Minas Gerais	-0,092	**	0,912	0,024	**	1,025
	Mato Grosso do Sul	-0,133	**	0,876	0,193	**	1,213
	Mato Grosso	-0,335	**	0,715	0,048	**	1,049
	Pará	-0,703	**	0,495	0,100	**	1,105
	Paraíba	-0,404	**	0,668	0,012	**	1,012
	Pernambuco	-0,419	**	0,658	0,027	**	1,027
	Piauí	-0,371	**	0,690	-0,101	**	0,904
	Paraná	-0,217	**	0,805	0,174	**	1,191
	Rio de Janeiro	0,126	**	1,134	-0,130	**	0,878
	Rio Grande do Norte	-0,364	**	0,695	0,240	**	1,271
	Rondônia	-0,333	**	0,717	0,079	**	1,082
	Roraima	-0,360	**	0,698	-0,336	**	0,715
	Rio Grande do Sul	-0,055	**	0,946	0,042	**	1,043
	Santa Catarina	-0,375	**	0,687	-0,026	**	0,975
	Sergipe	-0,483	**	0,617	0,084	**	1,088
	Tocantins	-0,806	**	0,447	0,076	**	1,079
	Acesso a Serviços Públicos	Água	0,039	**	1,040	0,079	**
Esgoto		0,119	**	1,126	0,037	**	1,038
Coleta de Lixo		0,010	**	1,010	0,064	**	1,066
Luz Elétrica		-0,148	**	0,863	0,142	**	1,153

Modelo 1 - Número de Observações : 342248 ; Log Likelihood : -59352749.81 ; Pearson  $\chi^2$  : 150000 ; Value : 72945980,42 ; value/DF : 4.966.163  
 Modelo 2 - Número de Observações : 45148 ; Log Likelihood : -532367.5926 ; Pearson  $\chi^2$  : 33000 ; Value : 13749672 ; value/DF : 480.75

\*Estatisticamente significativa ao Nível de Confiança de 90% \*\*Estatisticamente significativa ao Nível de Confiança de 95%

Obs.: Variáveis Omitidas em ordem: mulher, mais de 65 anos, 0 anos de estudo, não-brancos, imigrou à mais de 10 anos, mais de 1 hora de deslocamento até o trabalho não tem plano saúde, não tem plano de assistência ao servidor público, valor do plano até 50 reais, não direita a consulta médica, não tem doenças crônicas, rural, São Paulo, não tem acesso a água, não tem acesso a esgoto, não tem acesso a coleta de lixo, não tem luz elétrica  
 Fonte : Suplemento de Saúde da PNAD 98 Elaboração : CPS/IBRE/FGV

Ser de cor branca aumenta as chances de auto-avaliação positiva e de procurar serviços de saúde em 13% e 3%, respectivamente. O que se observa é que brancos tendem a ter uma melhor auto-avaliação do seu estado de saúde e procurar mais serviços de saúde se comparados aos não-brancos, o que em parte pode se dar pela melhor oportunidade de acesso aos cuidados médicos dos brancos. Não imigrantes têm cerca de 33% a menos de chances de auto-avaliação positiva se comparadas com aqueles que imigraram a mais de 10 anos, ao passo que os que imigraram a menos de 10 anos



apresentam suas chances diminuídas em cerca de 12%. Os indivíduos que imigraram menos de 9 anos têm 2% a menos de chances de procurar serviço de saúde nas duas últimas semanas, ao passo que os não imigrantes têm 9% a menos de chances. Observa-se que imigrantes tendem a considerar ser estado de saúde melhor e procurar mais serviços de saúde se comparados aos não imigrantes. Já, o tempo de deslocamento do percurso domicílio-trabalho, em parte, reflete o efeito *stress*, uma vez que os indivíduos que gastam mais tempo para chegar ao trabalho apresentam chances diminuídas de considerar seu estado de saúde “normal”.

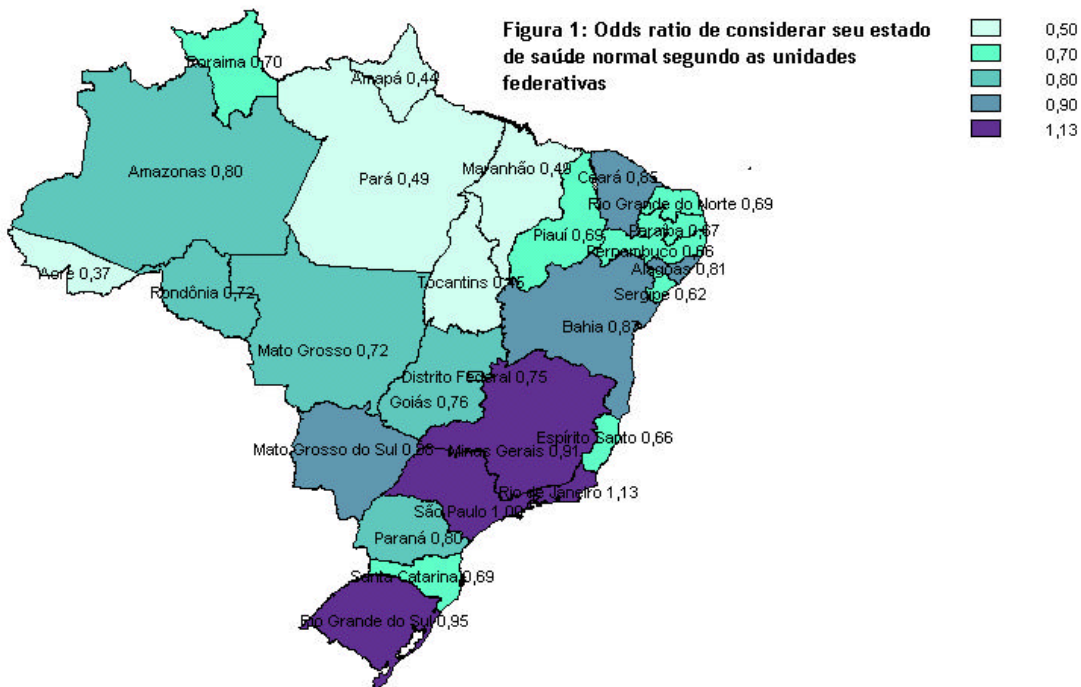
Quanto aos ativos de saúde, os indivíduos que possuem seguro de saúde têm 452% a mais de chance de procurar serviço de saúde. Sabe-se que embora o acesso ao serviço público de saúde seja estendido a toda população, os indivíduos que detêm plano de saúde tendem a procurar mais serviços de saúde, o que mostra que o acesso aos serviços públicos não é tão universal assim. Um fator que deve inibir a procura dos serviços públicos de saúde é a dificuldade de atendimento, ou seja, tempo de espera para obter os cuidados médicos. Já, o acesso a plano de assistência ao servidor público diminui as chances de procura de considerar o estado de saúde “normal” e procura serviços médicos em 3% e 7%, respectivamente. Se comparadas com aqueles indivíduos cujo plano de saúde custa menos de R\$50, as chances dos que gastam R\$50 a R\$100 de considera seu estado de saúde “normal” e de procurar serviços de saúde aumentam em 9% e 10%, respectivamente. O mesmo acontece para aqueles que gastam mais de R\$100 com plano de saúde, uma vez que as chances aumentam em 4% e 33%, respectivamente. O aumento das chances de procura dos serviços médicos para os indivíduos que gastam mais com seguro de saúde deve se dar pelo fato que esses tendem a ter mais idade, pois a mensalidade é mais elevada em função da maior probabilidade de adquirir morbidade. O mesmo acontece aos indivíduos cuja cobertura do plano de saúde dá o direito a consulta médica, uma vez que as chances de auto-avaliar o estado de saúde “normal” e procurar serviço de saúde aumenta em 19% e 6%, respectivamente.

Como era de se esperar, os indivíduos que afirmaram ter alguma das doenças crônicas listadas na PNAD apresentam 85% a menos de chances de considerar seu estado de saúde bom ou muito bom se comparados com aqueles que não relataram a presença de alguma afecção. Também se observa que os indivíduos doentes apresentam 155% a mais de chance de procurar serviços de saúde nas duas últimas semanas, e viu-se que as chances daqueles que possuem seguro saúde são cerca de 552 vezes

maiores. Nesse caso, verifica-se que a procura de serviço de saúde se deve mais pelo fato do indivíduo possuir plano de saúde do que estar com alguma morbidade, ou seja, o principal determinante seria a questão de acesso e não a doença, pois o coeficiente da regressão logística é mais elevado para a variável plano de saúde.

No que diz respeito à densidade populacional, verifica-se as chances de considerar o estado de saúde normal, se comparadas com a área rural, são diminuídas à medida que a população aumenta: urbano pequeno (9% menores); urbano médio (6% menores); urbano grande (8% menores); periferia metropolitana (18% menores); e capital metropolitana (20% menores). O efeito qualidade de vida deve ser um importante determinante para observar essa tendência, uma vez regiões com menor densidade demográfica tendem a apresentar menores níveis de *stress*, violência e poluição. Conforme já salientado essa variável seria uma medida geral de bem-estar, pois não só avalia a presença ou não de morbidade, mas sim variáveis subjetivas como o autocontrole, vitalidade, ansiedade, cansaço físico etc. Uma tendência no sentido contrário pode ser observada para as chances de procurar serviços de saúde, pois são aumentadas para áreas de maior densidade populacional.

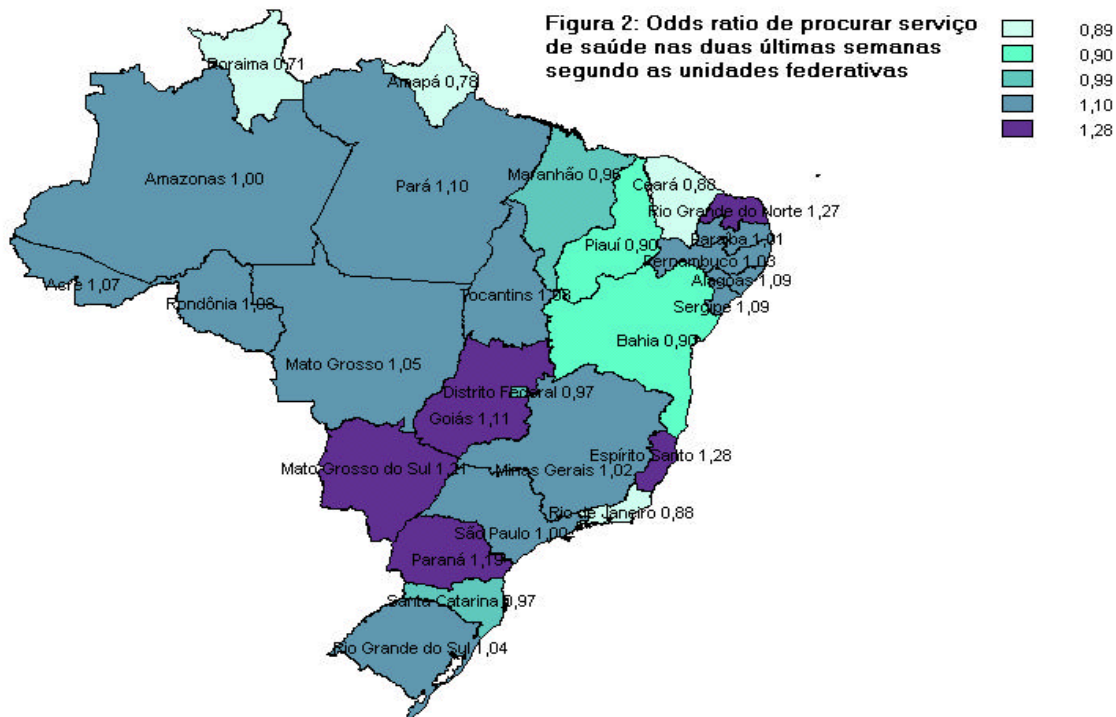
Quanto às chances de considerar seu estado de saúde “normal” e de procurar serviços de saúde, essas são aumentadas segundo o acesso à água (3% e 8%, respectivamente); esgoto (12% e 3%); coleta de lixo (1% e 6%). Já à questão regional, observa-se na figura 1 e 2 os *odds ratio* de considerar seu estado de saúde normal e procurar serviços de saúde, respectivamente, segundo as unidades federativas (categoria de referência “São Paulo”).



Nota-se que os maiores *odds ratio* segundo a variável “considera seu estado de saúde normal” foram àqueles representados pelos estados mais desenvolvidos economicamente, ou seja, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Em seguida, destacam-se Bahia, Mato Grosso do Sul, Ceará, Alagoas e Paraná. Também se percebe que os residentes do Maranhão, Pará, Amapá e do Acre detêm as menores chances de considerar seu estado de saúde “normal”.

No que diz respeito à procura de serviços de saúde, observa-se que os estados onde os indivíduos possuem menores chances de procurar serviço de saúde foram Roraima, Amapá, Rio de Janeiro e Ceará. Nesse caso, deve-se pensar que os indivíduos do Rio de Janeiro e Ceará tendem a procurar mais serviços de saúde por causa de uma maior posse de ativos de saúde, uma vez que grande contingente de indivíduos desses estados consideram seu estado de saúde “normal”. No estado do Rio de Janeiro, as chances de procurar serviços de saúde por motivo de prevenção são 32% maiores se comparadas com São Paulo, enquanto que as chances de procurar serviço de saúde por motivo de doença são apenas 4% maiores. Já, os resultados obtidos por Roraima e Amapá podem refletir uma maior necessidades dos serviços de saúde, pois são estados de renda per capita relativamente baixa. As chances dos indivíduos do Amapá procurarem serviços de saúde por motivo de

doença são aumentadas em 163%, ao passo que as chances por motivo de prevenção são 70% menores.



Percebe-se que, nesse caso, o efeito da posse de ativos de saúde e a presença de doenças na determinação da procura dos serviços de saúde se encontram bastante diferenciados, podendo esse último ser mais forte dependendo da região. Convém admitir que estados mais desenvolvidos economicamente tendem a procurar mais serviços médicos devido a maior posse de ativos de saúde, ao passo que unidades federativas de menor renda per capita tendem a procurar mais serviços de saúde, devido à probabilidade aumentada de adquirir doença, ou seja, a maior necessidade de cuidados médicos. Observa-se no gráfico 1 que no estado do Rio Grande do Sul as pessoas tendem a considerar seu estado de saúde “normal”, mas, por outro lado, tem chances aumentadas em 4% de procurar serviços de saúde se comparadas a São Paulo. Nesse caso, deve-se pensar que a procura se dá pela maior posse de ativos e não pela presença de morbidade. O motivo inverso tende a aparecer no caso do Pará, Tocantins e Acre, cujas chances de considerar seu estado de saúde normal são diminuídas em 51%, 56% e 63%, respectivamente, enquanto que as chances de procurar serviços de saúde aumentam em 10%, 8% e 7%. Nesse caso, o efeito presença de morbidade deve prevalecer, uma vez que a

população com estado de saúde mais precário tende a procurar mais os serviços de saúde. As chances de procurar serviços de saúde por motivo de doença aumentam em 13% para o Pará e diminuem em 37% para Tocantins, ao passo que as chances da procura ser por motivo de prevenção são diminuídas 46% e 51% para o Pará e Tocantins, respectivamente.

## **7 – Conclusão**

Esse artigo tenta estabelecer uma pesquisa sobre a relação entre distribuição de ativos, pobreza e à saúde no Brasil. Observou-se uma sensível diferença na posse de ativos necessários à boa saúde entre pobres e não-pobres, evidenciando desigualdade em favor dos indivíduos que auferem maiores rendimentos. Numa perspectiva de universalização dos serviços de saúde, o principal ativo relacionado a essa questão passou a ser o plano de saúde, uma vez que permite atendimento diferenciado a indivíduos com mesma necessidade médica. Menores contingentes proporcionais de indivíduos que detém esse tipo de ativo foram observados nos subgrupos populacionais de menor rendimento. Também foi fácil notar que a parcela gasta da renda com plano de saúde diminui ao longo da distribuição de renda, apesar da cobertura de exames e internações (*proxy* da qualidade do seguro) apresentar uma tendência inversa à medida que se aproxima do topo da distribuição. Ou seja, os indivíduos socialmente menos privilegiados gastam, proporcionalmente a sua renda, mais com plano de saúde, embora tenham direito a uma menor cobertura do seguro. Por sua vez, sabe-se que a posse de seguro de saúde influencia, tanto na presença de doenças quanto no consumo dos serviços de saúde.

Verificou-se que doenças facilmente identificadas (não necessitam de exames médicos) estão mais presentes nos décimos que representam menor poder aquisitivo, ao passo que doenças que necessitam de um diagnóstico médico estariam mais presentes nos indivíduos com maiores rendimentos, ou seja, aqueles com mais acesso aos serviços médicos. Observou-se que a análise desagregada por tipo de morbidade ajuda esclarecer os resultados obtidos na literatura, cuja desigualdade em saúde favorece aos mais pobres, quando se utiliza a presença ou não de alguma morbidade, não a identificando (quando se agrega as morbidades da PNAD). Pode-se verificar a existência de uma subestimação do número de algumas afecções nos décimos mais pobres da distribuição de renda, uma

vez que existe a falta de informação sobre o verdadeiro estado de saúde devido à iniquidade de acesso aos serviços médicos.

Quanto ao consumo dos serviços de saúde, foi claramente possível notar desigualdade em favor dos mais privilegiados. Nesse caso, deve-se ressaltar que quando se avaliou o motivo da procura dos serviços médicos, percebeu-se nos décimos mais altos da distribuição uma maior procura dos serviços por motivo de prevenção e exames de rotina, ao passo que nos extratos de pior rendimento, uma representatividade maior por motivo de doença. Tal fato evidencia que o acesso a ativos de saúde (seguro saúde) tende a gerar uma maior demanda por serviços de saúde, uma vez que o custo marginal do consumo de saúde é praticamente nulo, é claro, abstraindo o tempo e outros inconvenientes que não sejam diretamente relacionados ao rendimento. Nesse caso, o indivíduo cujo portfólio de ativos contém o plano de saúde tende a procurar mais serviços médicos de prevenção, exames de rotina ou até mesmo desnecessariamente.

A análise das distribuições de renda segundo as medidas de saúde possibilitou traçar um perfil do acesso, das necessidades e uso dos serviços de saúde. Em síntese, verificou-se que os indivíduos mais pobres têm pior acesso a ativos de saúde, adoecem mais e consomem menos serviços de saúde, o que acaba por aprofundar o quadro de desigualdade dos rendimentos. Existe uma certa endogeneidade na equação de rendimentos dos indivíduos, ou seja, um pior rendimento gera uma saúde mais precária, e uma pior saúde, um menor rendimento. É nesse sentido que reforços dos portfólios de ativos (capital físico, humano e saúde) são políticas de combate a pobreza, uma vez que tende gerar uma melhor saúde e, como consequência, um maior rendimento.

### **Referências Bibliográficas:**

DOORSLAER, Eddy van, WAGSTAFF, Adam, BLEICHRODT, Han, CALONGE, Samuel, GERDTHAM, Ulf-G., GERFIN, Michael, GEURTS, José, GROSS, Lorna, HÄKKINEN, Unto, LEU, Robert E., O'DONNELL, Owen, PROPPER, Carol, PUFFER, Frank, RODRÍGUEZ, Marisol, SUNDBERG, Gun, WINKELHAKE, Olaf. Income – related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics*, vol 16, p. 93-112, 1997.

HOUSE, J; KESSELER, R C; REGULA, H A . Age, socioeconomic estatus and Helth. *The Milbank Quartely*, 3: 383 – 411.

IUNES, Roberto F. Demanda e Demanda em saúde.. In: PIOLA, Sergio Francisco; SOLON, Magalhães (orgs). Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995.

LAM, D; LEVINSON, D. Declining inequality of schooling in Brazil and its effects on inequality of wages. *Journal of Development Economics*, n. 37, p. 199 – 225, 1992.

MENEZES-FILHO, Naercio; FERNANDES, Reynaldo; PICCHETTI, Paulo. A evolução da distribuição de salários no Brasil: fatos estilizados para as décadas de 80 e 90. In: Henriques, Ricardo (orgs). Desigualdade e pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

NERI, Marcelo. Políticas estruturais de combate à pobreza no Brasil. In: Henriques, Ricardo (orgs). Desigualdade e pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

NORONHA, Kenya Valeria; VIEGAS, Mônica. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. *Revista econômica do nordeste*, 2001: 20p.

PEREIRA, João. Prestação de cuidados de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema de saúde português. In: PIOLA, Sergio Francisco; SOLON, Magalhães (orgs). Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995.

TRAVASSOS, Cláudia; VIACAVA, Francisco; FERNANDES, Cristiano; ALMEIDA, Célia Maria. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol 5 no 1, 2000.

WAGSTASFF, Adam; PACI, Pierella; DOORSLAER, Eddy van. On the measurement of inequalities in health. *Social Science Medicine*, vol. 33, n. 5, p. 545-557, 1991.