

DESIGUALDADE EM SAÚDE NAS REGIÕES BRASILEIRAS

ELIS BRAGA LICKS¹; PEDRO HENRIQUE SOARES LEIVAS²; ANDRESON MOREIRA ARISTIDES DOS SANTOS³; CESAR AUGUSTO OVIEDO TEJADA⁴

¹Universidade Federal de Pelotas- lickseli@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Pelotas – leivas.pedro@gmail.com

³Universidade Federal de Alagoas – anderson_moreira_aristides@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – cesaroviedotejada@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Há algum tempo que autores, agentes políticos e a população estão preocupados com o problema de desigualdade na saúde. Vários trabalhos como de LE GRAND (1987); WAGSTAFF et al. (1991); DOORSLAER et al. (1997); NORONHA et al. (2002); DIAZ (2003); KIPPERSLUIS et al. (2009); ATAGUBA et al. (2011) e MATIJASEVICH et al. (2012), discutem quais são os níveis socioeconômicos mais atingidos com essa falta de igualdade e também quais países mais sofrem com este problema.

Os estudos acerca da desigualdade em saúde têm procurado associar fatores sociais e econômicos tais como renda, escolaridade, habitação entre outros. Eles mostram que a desigualdade em saúde apresenta um forte gradiente social: pessoas menos favorecidas economicamente são as que apresentam piores indicadores de saúde (MARMOT, 1987).

O trabalho de DOORSLAER et al. (1997) fornece evidências sobre as diferenças internacionais das desigualdades na morbidade, utilizando a medida de saúde auto avaliada. Os resultados mostraram que em todos os países analisados havia desigualdade em favor dos mais ricos, corroborando com outros estudos como o de (ATAGUBA, 2011 e KAKWANI, 1997).

Já no Brasil também existem diversos estudos relacionados à desigualdade em saúde, como o de NORONHA (2002); DIAZ (2003); GIRALDES (2001) e MATIJASEVICH et al. (2012) onde também foi confirmada a hipótese de que há desigualdade em favor dos grupos sociais mais ricos.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é verificar a desigualdade em saúde no Brasil, construindo índices de concentração em saúde para as três dimensões do estado de saúde dos indivíduos, com dados das PNADs de 2003 e 2008. Serão gerados índices para cada uma das cinco regiões brasileiras (Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste), a fim de que se possa comparar a desigualdade entre os estados brasileiros.

2. MATERIAL E MÉTODOS

As bases de dados utilizadas no trabalho foram os suplementos de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para os anos de 2003 e 2008, realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tal pesquisa abrange todo o território nacional, com exceção apenas das áreas rurais de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá para o ano de 2003.

O instrumento utilizado para verificar a desigualdade em saúde no Brasil foi o índice de concentração como nos estudos de WAGSTAFF et al. (1991);

KAKWANI et al. (1997); MANNOR et al. (1997) e NORONHA et al. (2002). Este índice é oriundo da literatura de distribuição de renda e provê uma medida sintética da extensão da desigualdade social em saúde, onde os indivíduos são ordenados pelo *status* socioeconômico. Foi adotado um mecanismo de controle para as diferenças nas distribuições de gênero e idade. Isso porque a incidência de doenças entre os diferentes grupos de idade e sexo é bastante heterogênea. Assim, o índice de concentração foi padronizado por idade e sexo, pelo método de padronização indireta (KAKWANI et al., 1997; CARVALHO et al., 1994; NORONHA et al., 2002; ATAGUBA et al., 2011 e WAGSTAFF et al., 1991).

Em relação às variáveis utilizadas para classificar os indivíduos como saudáveis e não saudáveis, buscou-se contemplar três dimensões do estado de saúde dos mesmos BLAXTER (1989) e NORONHA et al. (2002): 1ª) Clínica, na qual a doença é definida como um desvio de uma norma fisiológica. Essa dimensão foi contemplada pela utilização da variável proporção de indivíduos com alguma doença crônica; 2ª) Funcional, onde a doença é definida como a dificuldade de realizar alguma tarefa considerada habitual. Assim, foi utilizada como indicador de morbidade física a proporção de indivíduos que normalmente tem dificuldade para realizar alguma tarefa habitual; 3ª) Subjetiva, na qual o estado de saúde é definido a partir da auto avaliação. Os indivíduos classificam-se como portadores de um estado de saúde: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim.

A variável socioeconômica empregada foi renda familiar per capita, na qual os indivíduos foram classificados em decis de renda em cada uma das cinco regiões do país. A escolha por tal variável – ao invés de renda individual, por exemplo – visou não considerar crianças e pessoas sustentadas por suas famílias como indivíduos sem rendimento, uma vez que, dessa forma, os mesmos seriam classificados num grupo socioeconômico que poderia não corresponder seu real padrão de vida.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

As Tabelas 1 e 2 apresentam os índices de concentração normalizados para os anos de 2003 e 2008, respectivamente, para as três dimensões do estado de saúde dos indivíduos. Cabe salientar que os índices foram calculados também sem normalização, porém os resultados foram praticamente os mesmos dos índices normalizados, de modo que se optou por apresentar apenas os resultados normalizados.

Tabela 1: Índice de concentração normalizado (2003).

	Saúde m. boa e boa		Saúde muito boa		Mobilidade		Doença Crônica	
	NP	PIS	NP	PIS	NP	PIS	NP	PIS
Brasil	0,0806 (34,36)	0,2307 (100,69)	0,1403 (56,24)	0,2289 (90,59)	0,0631 (20,50)	-0,1532 (-53,29)	0,1600 (71,94)	0,0031 (1,51)
Norte	0,0295 (4,36)	0,1389 (21,18)	0,1704 (18,52)	0,2361 (24,98)	0,0947 (9,46)	-0,0989 (-10,58)	0,1539 (22,77)	0,0199 (3,12)
Nordeste	-0,0537 (-13,48)	0,1087 (28,26)	0,0186 (4,20)	0,1146 (25,08)	0,1958 (36,89)	-0,0789 (-16,57)	0,2160 (53,83)	0,0235 (6,21)
Sul	0,1019 (16,75)	0,2331 (39,72)	0,1593 (26,83)	0,2371 (40,03)	0,0139 (1,87)	-0,1651 (-23,25)	0,1007 (19,21)	-0,0266 (-5,49)
Sudeste	0,0976 (22,32)	0,2444 (57,75)	0,1335 (33,56)	0,2225 (55,82)	0,0191 (3,53)	-0,1793 (-34,99)	0,1035 (27,38)	-0,0434 (-12,45)
Centro-Oeste	0,1221 (18,63)	0,2362 (37,48)	0,1669 (23,82)	0,2398 (34,29)	0,0267 (3,12)	-0,1385 (-17,13)	0,0741 (12,14)	-0,0470 (-8,29)

Fonte: Resultados da pesquisa.

Tabela 2: Índice de concentração normalizado (2008).

	Saúde m. boa e boa		Saúde muito boa		Mobilidade		Doença Crônica	
	NP	PIS	NP	PIS	NP	PIS	NP	PIS
Brasil	0,0806 (34,07)	0,2368 (104,04)	0,1399 (54,92)	0,2478 (95,91)	0,0643 (21,79)	-0,1549 (-56,24)	0,1525 (68,99)	-0,0151 (-7,38)
Norte	0,0367 (5,60)	0,1728 (27,29)	0,1233 (15,50)	0,2076 (25,30)	0,0968 (10,54)	-0,1144 (-13,21)	0,1492 (22,65)	-0,0053 (-0,86)
Nordeste	-0,0213 (-5,30)	0,1461 (37,79)	0,0386 (8,10)	0,1474 (29,80)	0,17733 (33,81)	-0,0899 (-18,99)	0,1995 (50,12)	-0,0013 (-0,36)
Sul	0,0931 (15,13)	0,2275 (38,46)	0,1477 (23,44)	0,2460 (39,47)	0,0004 (0,06)	-0,1771 (-26,22)	0,0887 (16,33)	-0,0494 (-9,96)
Sudeste	0,0872 (19,93)	0,2397 (56,47)	0,1034 (24,58)	0,2125 (50,66)	0,0284 (5,38)	-0,1711 (-34,32)	0,0982 (25,74)	-0,0548 (-15,61)
Centro-Oeste	0,1021	0,2252	0,1659	0,2508	0,0011	-0,1655	0,0771	-0,0557

Fonte: Resultados da pesquisa.

Considerando os índices calculados para os anos de 2003 e 2008, é possível constatar, analisando os testes t, que todos os índices apresentam significância estatística. Exceção feita, em 2008, aos índices não padronizados (NP) para as regiões Sul e Centro-Oeste, quando a mobilidade física é empregada como variável do estado de saúde, e para os índices padronizados (PIS) para as regiões Norte e Nordeste quando utilizada a presença de doença crônica para classificar os indivíduos como saudáveis e não saudáveis.

De um modo geral, os índices de concentração estimados, tanto não padronizados quanto padronizados por idade e sexo, revelaram que há desigualdade em saúde favorável aos indivíduos das camadas de renda mais elevadas. Destaque-se, porém a região Nordeste, para o caso em que a estimação é não padronizada e leva em conta os indivíduos que reportam uma saúde muito boa e boa, onde o índice de concentração indica desigualdade em favor dos mais pobres.

Ainda, para a dimensão funcional (mobilidade) e clínica (doença crônica), os índices de concentração não padronizados, estimados para o Brasil e para as regiões do país, também indicam desigualdade em favor das camadas de mais baixa renda. Tal resultado está intimamente ligado ao fato de que o índice não padronizado não leva em conta a heterogeneidade na incidência de morbidades entre os diferentes grupos de idade e de sexo.

Já para o índice padronizado em doença crônica, pode-se perceber que para o ano de 2003, o resultado refletiu em uma desigualdade em favor dos mais pobres, indicando, neste caso, uma doença mais concentrada na população mais rica, diferentemente do que ocorreu no ano de 2008 onde todas as regiões apresentaram desigualdade em favor da população com renda mais elevada, ou seja, uma concentração maior para o grupo de menor renda.

A padronização por idade e sexo, apresentam maior grau de robustez, pois levam em conta a distribuição etária e de gênero da população (NORONHA et al., 2002). Em relação à dimensão de saúde subjetiva, a região Sudeste é a que apresenta o maior nível de desigualdade em desfavor das classes sociais menos favorecidas. Para a dimensão funcional, na qual a doença é considerada como a dificuldade de realizar alguma tarefa considerada habitual, as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste são as mais desiguais em favor dos grupos sociais com maior nível de renda, para ambos os anos.

4. CONCLUSÕES

Chegou-se a conclusão que há desigualdade em saúde em favor das classes sociais mais elevadas. As regiões mais pobres do país apresentaram menor desigualdade em saúde em favor dos mais ricos, podendo ser explicado pelo fato de que as medidas de saúde empregadas são auto reportadas. Muitas vezes os indivíduos são incapazes de avaliar o seu estado de saúde, pelo simples fato de desconhecer que possuem algum tipo de morbidade por falta de diagnóstico, decorrente da baixa utilização dos serviços de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATAGUBA, J. E.; AKAZILI, J.; DI MCINTYRE. Socioeconomic-related health inequality in South Africa: evidence from General Household Surveys. **International Journal for Equity in Health**, 2011.
- BLAXTER, M. A comparison of measures of inequality in morbidity. In: J. Fox. **Health Inequalities in European Countries**. Aldershot: ed. Gower Publishing, p. 199-230, 1989.
- CARVALHO, J. A. M.; SAWYER, D. O.; RODRIGUES, R. N. Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia. **Associação brasileira de estudos populacionais**. 2 ed, São Paulo: ABEP, 1994.
- DIAZ, M. D. M.; Desigualdades socioeconômicas na saúde. **Revista Brasileira de Economia**. Rio de Janeiro, 2003.
- DOORSLAER, E.; WAGSTAFF, A. et al. Income-related inequalities in health: some international comparisons. **Journal of Health Economics** n.16, p. 93-112, 1997.
- GIRALDES, M. R. Equity in socioeconomic sectors with an impact on health in European Union member countries. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 533-544, 2001.
- KAKWANI, N., WAGSTAFF, A., DOORSLAER, E. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. North - Holland: **Journal of Econometrics**, vol. 77, p. 87-103, 1997.
- KIPPERSLUIJ, H. V.; OURTI, T. V.; O'DONNELL, O.; DOORSLAER, E. V. Health and income across the life cycle and generations in Europe. **Journal of Health Economics**, v. 28, p. 818-830, 2009.
- LE GRAND, J. Inequalities in health: some international comparisons. **European Economic Review**, v. 31, p. 182-191, 1987.
- MANOR, O.; MATTHEWS, S.; POWER, C. Comparing measures of health inequality. **Soc. Sci. Med.** V. 45, n. 5, p. 761-771, 1997.
- MARMOT, M. G.; K OGENIVA, M. & ELSTON, M. A. Social-economic status and health. **Annual Review of Public Health**, p. 111-135, 1987.
- MATIJASEVICH, A.; VICTORA, C. G.; LAWLOR, D. A. et al. Association of socioeconomic position with maternal pregnancy and infant health outcomes in birth cohort studies from Brazil and the UK. **J Epidemiol Community Health**. V. 66, p. 127-135, 2012.
- NORONHA, K.; ANDRADE, M. Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro. Belo Horizonte: **UFMG/Cedeplar**, 2002. (Texto para discussão 17).
- WAGSTAFF, A.; PACI, P.; DOORSLAER, E. On the measurement of inequalities in health. **Social Science & Medicine**. Vol. 33, n. 5, 1991.