

## **Desigualdade Socioeconômicas no Acesso à Saúde entre as Áreas Urbanas e Rurais do Brasil: uma Análise dos Anos de 1998, 2003 e 2008**

Socioeconomics inequality in access to health between urban and rural areas of Brazil: an analysis of the years 1998, 2003 and 2008

Natália Martins Arruda<sup>1</sup>, Alexandre Gori Maia<sup>2</sup>, Luciana Correia Alves<sup>3</sup>

As áreas urbanas e rurais do Brasil são notadamente conhecidas pelo extremo grau de desigualdade, que refletem diferentes estágios de desenvolvimento socioeconômico. Aspecto fundamental para este desenvolvimento seria o acesso à saúde, que influenciaria, por exemplo, a composição etária da população e a quantidade e qualidade do trabalho ofertado. Este estudo avalia as desigualdades socioeconômicas no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil, no período entre 1998, 2003 e 2008. As análises se baseiam em dados do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio do IBGE, de 1998, 2003 e 2008. São consideradas diferenças associadas à procura pelo serviço de saúde, percepção auto-declarada de saúde e condições objetivas de problemas de saúde. Também se realizou uma análise por décimos de renda para verificar em que medida as mudanças observadas no acesso contribuíram para atenuar as desigualdades entre os grupos econômicos das áreas urbanas e rurais. Além disso, foram analisadas, por meio de uma Regressão Logística Binária, como as características relacionadas aos fatores de necessidade, capacidade e predisposição, assim como proposto pelo modelo de Andersen, influenciam o acesso à saúde. Os resultados destacam a existência de importantes diferenciais de saúde entre as áreas urbanas e rurais, que é substancialmente inferior nas últimas. As características socioeconômicas individuais têm grande influência sobre o acesso e o consumo de serviços de saúde e ajudam, em parte, a explicar os diferenciais entre áreas urbanas e rurais. Ademais, o fato de terem ocorrido poucas mudanças nos diferenciais de saúde, em um período marcado por relevantes conquistas socioeconômicas, alerta para a manutenção de importantes desigualdades territoriais no acesso à saúde.

**Palavras-chave:** Equidade, serviços de saúde, desigualdade em saúde, qualidade de vida, população rural.

<sup>1</sup> Instituto de Ciências Econômicas - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).  
E-mail: [naty\\_martins10@hotmail.com](mailto:naty_martins10@hotmail.com)

<sup>2</sup> Instituto de Ciências Econômicas – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).  
E-mail: [alexandregorimaia@gmail.com](mailto:alexandregorimaia@gmail.com)

<sup>3</sup> Instituto de Filosofia e Ciências Humanas e Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” (UNICAMP). E-mail: [luciana@nepo.unicamp.br/lucianacalves2@gmail.com](mailto:luciana@nepo.unicamp.br/lucianacalves2@gmail.com)

### **1. Introdução**

O Brasil é um país com marcadas desigualdades sociais e econômicas, com grande potencial para diminuí-las se adotadas as políticas necessárias. Apesar das duas últimas décadas serem marcadas por mudanças sociais significativas com redução da desigualdade e da pobreza (ANDRADE et al, 2003), o Brasil está entre os países com grau mais elevado de desigualdade social no mundo (LIMA-COSTA et al, 2006).

Reflexo dos distintos estágios de desenvolvimento socioeconômico no território, as áreas urbanas e rurais do Brasil apresentam diferenças extremas no que se refere às condições e acesso a uma série de itens básicos para a qualidade de vida. Enquanto nas cidades 9% da população têm pouca ou nenhuma instrução, no campo, tal proporção ultrapassa 24%. Em outro extremo, a população mais escolarizada, acima de 11 anos de estudo, representa mais de 40% da população urbana e apenas 12,8% da população rural. A maioria da população do campo (73%) não completou o ensino fundamental (IPEA, 2010). Um terço dos domicílios rurais não possui água encanada, já nos domicílios urbanos essa proporção não atinge 3% (SANTOS, 2012; TEJADA, 2012; EWERLING, 2012).

O acesso à saúde é considerado um determinante fundamental da qualidade de vida do indivíduo e do desenvolvimento social. Algumas importantes políticas de saúde voltadas para a população são necessárias para amenizar os efeitos das desigualdades socioeconômicas identificadas nas condições de saúde, como por exemplo, garantir o acesso universal, integral através do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o acesso à saúde influencia a dinâmica demográfica, com impactos, por exemplo, sobre a mortalidade e expectativa de vida. Ele é visto como um elemento do sistema de saúde ligado à organização dos serviços, ou seja, tudo aquilo referente à entrada no serviço de saúde e todo o tratamento que vem depois (SAWYER et al, 2002).

Residir em localidades mais desiguais gera um custo para o indivíduo, além daqueles relacionados às características sociais intrínsecas a essas sociedades, tais como menor coesão social, maior nível de criminalidade e de estresse. Essas características, que por si só afetam o nível de bem-estar individual e da população, são potencializadas devido ao seu efeito sobre o estado de saúde (NORONHA; ANDRADE 2007). Travassos et al. (2006) utilizando os dados da PNAD de 1998 e 2003, avaliaram as desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil, concluindo que a renda e a escolaridade impactam no acesso à saúde. Por exemplo, a utilização dos serviços de saúde varia em relação a renda, ou seja, quanto maior a renda do indivíduo, maior a probabilidade de se ter acesso e utilizar os serviços de saúde.

Entre os fatores associados à utilização de serviços de saúde, pode-se destacar o sexo, a idade, as condições socioeconômicas, os fatores geográficos, dentre outros. Em geral, os serviços de saúde são mais utilizados pelos indivíduos de classes mais altas e mais escolarizados, por detentores de planos de saúde e por aqueles que apresentam morbidade, residentes em áreas urbanas (GOLDBAUM et al, 2005).

Para Travassos e Viacava (2007), no Brasil, observa-se menor acesso e utilização de serviços de saúde nas populações rurais, sendo que por se ter predominância de pessoas de baixo poder aquisitivo nessa população e por ausência de vínculo empregatício, o acesso aos serviços privados sem financiamento do SUS são limitados. Portanto, 50,9% dos indivíduos da área urbana foram atendidos pelo serviço público de saúde, enquanto os do meio rural somavam mais de 73%. Na área urbana, 45,4% dos atendimentos foram feitos pelo SUS (Sistema Único de Saúde) comparativamente a 71,7% no meio rural (KASSOUF, 2005).

No Brasil há um grande predomínio de pesquisas relacionadas à população urbana com a finalidade de analisar acesso e uso de serviços de saúde. Pouco se sabe da população rural em função das particularidades das condições sociais e do padrão diferenciado de oferta e uso de serviços de saúde nestas áreas.

A principal hipótese desse estudo é a de que o acesso da população aos serviços de saúde depende não somente das características dos grupos sociais, mas fundamentalmente da disponibilidade e facilidade de acesso ao serviço, fatores esses que estariam fortemente associados a situação de domicílio (urbano/rural). Estudos que pretendem analisar os diferenciais de acesso a saúde nas áreas urbanas e rurais são necessários para determinar as reais necessidades do acesso aos serviços de saúde da população naquela região, estabelecendo novas prioridades e elementos para uma reestruturação das políticas já adotadas.

Diante deste contexto, os objetivos deste artigo são: i) analisar as desigualdades de acesso à saúde entre área urbanas e rurais nos anos de 1998, 2003 e 2008; ii) analisar como as diferenças socioeconômicas contribuem para essas desigualdades.

## **2. Material e Métodos**

Para avaliar o acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais e urbanas do Brasil foram utilizados dados de corte transversal. O modelo de Andersen foi usado como base de referência para a análise dos dados. Neste modelo, assume-se que os principais fatores

que determinam o perfil de consumo de saúde são agrupados em três tipos de fatores, i) de capacidade (dizem respeito à capacidade de o indivíduo procurar e receber serviços de saúde. Estão ligados às condições econômicas individuais e familiares e à oferta de serviços na comunidade que o indivíduo reside. Por exemplo, renda, planos de saúde, suporte familiar, proximidade, entre outros); ii) de necessidade (referem-se tanto às percepções subjetivas das pessoas acerca de seu estado de saúde quanto ao seu estado de saúde objetivo) e iii) de predisposição (são aqueles que se referem às características individuais. Como por exemplo, as variáveis sociodemográficas e familiares, ou seja, idade, sexo, nível de escolaridade e raça) (ANDERSEN, 1995; SAWYER, et al, 2002).

O estudo utilizou os microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD dos anos 1998, 2003 e 2008 e nesses três anos apresentou como questionário suplementar uma investigação das características de saúde dos moradores dos domicílios brasileiros. A PNAD é realizada por meio de uma amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios de seleção: municípios, setores censitários e unidades domiciliares. No ano de 1998 foram 344.975 indivíduos investigados, em 2003 foram 384.834 indivíduos e no ano de 2008, a amostra contou com 391.868 indivíduos.

As variáveis consideradas na análise descritiva inicial foram: i) seguro saúde (Tem direito a algum plano de saúde?, plano de assistência ao servidor público, valor do plano de saúde, plano de saúde com direito a exames complementares, plano de saúde com direito a internações hospitalares), ii) necessidade de cuidados com saúde (auto-avaliação do estado de saúde, tem alguma doença crônica?, esteve acamado nas duas últimas semanas?), iii) e consumo dos serviços de saúde (procurou serviços de saúde nas duas últimas semanas?; qual o motivo principal da procura?).

As análises foram feitas utilizando o SPSS versão 17.0 e para a modelagem da regressão logística foi utilizado o SAS versão 9.1. Foram incorporadas as informações do plano amostral - estrato, unidade primária de amostragem e peso amostral. É necessário levar em consideração o desenho de amostragem complexa, pois não considerá-lo pode produzir imperfeições, comprometendo tanto as estimativas pontuais quanto as suas medidas de precisão e, com isso, as conclusões da análise (SILVA et al, 2002).

Para mensurar a associação entre as variáveis independentes de necessidade, predisposição e capacitação com a variável dependente “procurou serviços de saúde nas duas últimas semanas?”, estimou-se um modelo de regressão logística binária empilhando os dados dos anos de 1998, 2003 e 2008 obtendo-se uma amostra de 1.121.677 observações.

O modelo de regressão logística binária pode ser descrito por:

$$\ln\left(\frac{Y_i}{1-Y_i}\right) = \alpha + \sum_{j=1}^k \beta_j X_{j_i} + \varepsilon_i$$

Onde Y é a variável dependente binária que assume os valores 0 como Não e 1 como Sim e é representada pela pergunta “Procurou serviços de saúde nas duas últimas semanas”. O termo  $\ln\left(\frac{Y_i}{1-Y_i}\right)$  representa o log do *odds*. O *odds* é a chance de sucesso em relação ao fracasso.  $X_{j_i}$  representa a j-ésima variável independente.  $\beta_j$  refere-se ao coeficiente que reflete a variação no logit. Para obter a relação direta entre o *logit* da categoria binária representada pelo regressor  $X_j$  e o logit da categoria de referência para  $X_j$ , ou seja a razão de chances (*odds ratio*, ou OR), basta calcular  $e^{\beta} - 1$ .

Para o modelo de regressão logística apresentado, analisou-se a relação entre a variável dependente “Procurou serviços de saúde nas duas últimas semanas” e as variáveis independentes acolhidas como representação de características individuais e domiciliares da população e divididas entre as dimensões propostas por Andersen: *acesso a plano de saúde (tem ou não acesso), número de moradores (1, 2 a 3, 4 ou mais), acesso à água encanada, coleta de lixo, esgoto encanado, região (N, NE, S, SE, CO), renda familiar per capita (menos que 0,5 salário mínimo – S.M., 0,5 – 1,5 S.M., 1,5-2,5 S.M., 2-5 – 5 S.M., 5 S.M. ou mais). O valor do salário mínimo usado foi o de 2008, para os anos de 1998 e 2003 o valor foi deflacionado, sexo, escolaridade (sem escolaridade, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 12, 12 ou mais), cor da pele (branca, parda, amarela ou indígena), situação de domicílio (rural e urbana), doenças crônicas (0, 1, 2 ou 3, 4 ou mais), autodeclaração de saúde (muito boa, boa, regular ou ruim), número de internações (1, mais de 1), condição de restrição de atividades habituais (“Deixou de realizar alguma atividade por causa da saúde?”), mobilidade (“Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade pra subir ladeira ou escada?” – Não consegue, tem grande dificuldade, tem pouca dificuldade, nenhuma dificuldade), interação entre os anos.*

### **3. Resultados e Discussão**

#### **3.1 Análise descritiva**

A Tabela 1 apresenta a distribuição percentual das necessidades de cuidados em saúde segundo as áreas urbana e rural. O resultado mais marcante é o percentual extremamente baixo de pessoas nas áreas rurais com direito a algum plano privado de saúde: 6%, contra 26% das áreas urbanas. Além das restrições orçamentárias, essas diferenças refletiriam, em grande medida, a maior vulnerabilidade das ocupações agrícolas no que se refere ao acesso a uma série de benefícios trabalhistas, entre esses o plano de saúde. Também se destaca o fato de não haver mudanças nos 10 anos de análise, apesar de este período ser caracterizado por importantes mudanças na estrutura das ocupações agrícolas, sobretudo no que se refere à formalização das atividades (MAIA; SAKAMOTO, 2014).

Além da menor prevalência, os planos de saúde dos residentes rurais também se caracterizam pela menor cobertura, sobretudo no que se refere às internações e exames complementares (83% nas áreas rurais e 94% nas áreas urbanas) e pelo menor valor (91% até R\$ 5.000,00 nas áreas rurais, contra 87% nas áreas urbanas). O acesso ao Plano de Assistência ao Servidor Público também é ligeiramente menor nas áreas rurais: 19% contra 23%.

Se, por um lado, a disponibilidade de planos de saúde é menor nas áreas rurais, por outro lado, o percentual de pessoas que declararam não apresentar boa (ou muito boa) saúde é maior nessas localidades. Em 2008, 78% dos residentes urbanos declararam apresentar boa saúde, contra 72% nas áreas rurais. Segundo Maia e Rodrigues (2010) a maior prevalência de pessoas com bom estado de saúde nas áreas urbanas é determinada, sobretudo, por fatores associados às características socioeconômicas desses residentes, como maior renda e escolaridade.

Apesar de uma melhor percepção do estado de saúde nas áreas urbanas, o conhecimento de problemas tende a ser maior nessas áreas. Ao se comparar as áreas urbanas versus as áreas rurais, prevalecem nas áreas urbanas, sobretudo, diabetes (3,8% versus 2,5%), bronquite ou asma (5,2% versus 3,8%), hipertensão (14,3% versus 12,4%), doenças do coração (4,1% versus 3,2%), depressão (4,4% versus 2,9%) e tendinite ou tenossinovite (2,9% versus 1,2%). Deve-se, entretanto, considerar uma muito provável relação de causalidade reversa entre acesso ao serviço de saúde, que é maior nas áreas urbanas, e o conhecimento de problemas de saúde, que depende muitas vezes de um diagnóstico médico.

Refletindo tanto facilidades de acesso ao serviço de saúde como uma maior prevalência de problemas de saúde, a procura pelo serviço de saúde é maior nas áreas

urbanas. A procura cresceu nas duas áreas entre 1998 e 2008, mas continua cerca de 4 pontos percentuais superior nas áreas urbanas: 15% versus 11% das áreas rurais. Nas áreas rurais, as pessoas tendem a procurar serviços de saúde por motivo de doença: 59% em 2008, versus 49% nas áreas urbanas.

Tabela 1 – Percentual de pessoas com acesso a seguro saúde, necessidade e uso de serviços de saúde segundo residência urbana e rural – Brasil, 1998, 2003 e 2008

	1998		2003		2008	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
<b>Seguro saúde</b>						
Tem direito a algum plano de saúde	29,20	5,83	28,00	5,95	26,44	6,04
Plano de Assistência ao Servidor Público	24,92	26,65	21,01	16,60	22,68	19,36
Valor do plano de saúde até R\$500,00	95,52	96,36	90,56	95,04	87,41	91,54
Plano de saúde com direito a internações hospitalares	93,68	89,90	92,37	84,45	90,95	82,28
<b>Necessidade de cuidados com a saúde</b>						
Considera seu estado de saúde bom ou muito bom	79,68	76,79	79,25	75,10	78,21	72,48
Tem doença de coluna ou costas	16,99	19,06	13,49	12,13	13,55	12,92
Tem diabetes	2,15	1,27	2,74	1,87	3,79	2,50
Tem bronquite ou asma	5,17	3,62	5,25	3,51	5,19	3,81
Tem hipertensão	10,86	9,46	12,38	10,72	14,27	12,40
Tem doença do coração	4,15	2,89	3,88	2,87	4,12	3,20
Tem depressão	5,30	3,63	4,33	2,76	4,35	2,95
Tem tendinite ou tenossinovite	1,98	1,28	2,54	1,03	2,92	1,15
<b>Consumo ou uso dos serviços de saúde</b>						
Procurou serviço de saúde nas duas últimas semanas	13,90	9,42	15,22	11,19	15,12	11,30
Procurou serviço de saúde por doença	32,14	41,09	51,19	57,40	48,77	58,59
Procurou serviço de saúde por tratamento ou reabilitação	11,07	6,51	2,50	1,19	3,93	2,59

Fonte: Microdados da PNAD, IBGE

A procura pelo serviço de saúde também difere substancialmente entre grupos econômicos dentro de cada uma dessas áreas (Tabela 2). Há uma evidente hierarquia entre os décimos de renda per capita, com percentuais de procura que variam entre 13% (décimo mais pobre) a 19% (décimo mais rico) nas áreas urbanas e entre 9% (décimo mais pobre) e 14% (décimos mais rico) nas áreas rurais.

A heterogeneidade no percentual de procura entre os décimos de renda é maior nas áreas urbanas. Por exemplo, a diferença entre o percentual de procura do décimo mais rico e do décimo mais pobre era de 6 pontos percentuais nas áreas urbanas em 2008, contra 4 pontos percentuais nas áreas rurais. A menor diferença nas áreas rurais refletiria provavelmente, uma maior escassez de oferta de serviços de saúde a que todos os residentes rurais estariam submetidos. Uma notícia positiva é que as diferenças entre os

mais ricos e mais pobres caíram, tanto nas áreas urbanas e rurais, provavelmente ao maior alcance do serviço de saúde. Por exemplo, as diferenças entre os décimos mais rico e mais pobre caíram de 8 para 6 pontos percentuais nas áreas urbanas e de 7 para 4 pontos percentuais nas áreas rurais.

Tabela 2 – Percentual de pessoas que procuraram serviços de saúde nas duas últimas semanas por décimos de rendimento entre as áreas urbano e rural do Brasil– Brasil, 1998, 2003 e 2008.

Décimos	1998		2003		2008	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
1	11,0	6,7	13,6	9,2	12,9	9,4
2	11,7	6,3	13,1	8,4	12,7	9,1
3	12,2	7,9	14,0	9,4	13,9	10,1
4	13,6	8,5	13,6	9,5	13,9	9,3
5	13,4	9,3	14,0	10,6	14,4	10,9
6	13,8	8,6	16,2	10,7	16,2	10,7
7	13,8	10,0	15,2	11,0	15,1	13,0
8	14,9	12,2	16,1	12,2	16,2	13,5
9	15,9	11,3	17,1	15,8	16,6	13,3
10	18,5	13,4	19,4	16,1	19,2	13,5

Fonte: Microdados da PNAD, IBGE

Observa-se pela Tabela 3, que entre as áreas rurais e urbanas, em todas as categorias, as maiores desigualdades se encontram entre os indivíduos moradores das áreas rurais. Os principais motivos para que isso ocorra é o fato de que nas áreas rurais há menor oferta de serviços de saúde em relação às áreas urbanas. Por exemplo, em todas as regiões do Brasil, os indivíduos residentes nas áreas rurais procuraram menos os serviços de saúde, ou seja, no ano de 2008, na região Nordeste, a porcentagem de indivíduos que procuraram esses serviços nas áreas rurais foi de 10,5 % enquanto que nas áreas urbanas essa procura chega a 13,5%. Na região Sudeste, entre os residentes das áreas rurais, 13,8% procuraram serviços de saúde contra 16,2% dos moradores de áreas urbanas da região Sudeste.

Como era esperado, em relação à renda familiar per capita dos indivíduos, quanto menor a renda, menor a procura pelos serviços de saúde, portanto, menor o acesso. Ao comparar um indivíduo de renda mais alta do meio urbano e um indivíduo de renda mais alta no meio rural, a diferença é de 4,5 pontos percentuais.

Em relação ao plano de saúde privado, quem possui algum tipo de plano de saúde procura mais os serviços tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais. Porém, os indivíduos das áreas rurais mesmo em posse de plano de saúde privado procuram menos que os indivíduos das áreas urbanas nas mesmas condições.

Ao se observar a existência de doença crônica em um indivíduo, percebe-se que nas áreas urbanas, aparentemente, os indivíduos possuem mais doenças crônicas e procuram mais os serviços por esse motivo do que os indivíduos das áreas rurais. Portanto, enquanto que nas áreas urbanas, em 2008, 40,2% das pessoas que possuem 4 ou mais doenças crônicas procuraram serviços de saúde, nas áreas rurais esse número cai para 37,2%. Os indivíduos com o mesmo número de doenças crônicas, com a mesma percepção de saúde tendem a procurar menos os serviços de saúde nas áreas rurais em comparação com as áreas urbanas.

Ao se avaliar o nível de escolaridade tanto nas áreas rurais quanto nas urbanas, o maior acesso se dá nos indivíduos que possuem 12 anos ou mais de escolaridade e nos indivíduos sem escolaridade. Isto ocorre por que os indivíduos com maior escolaridade possuem uma maior e melhor percepção do estado de saúde e procuram mais de maneira preventiva. Já os indivíduos sem escolaridade procuram mais por que possuem um estado de saúde deteriorado e, portanto, acabam acessando mais os serviços de saúde pela sua necessidade. Ainda assim, com o mesmo nível de escolaridade, os indivíduos residentes nas áreas rurais tendem a procurar menos os serviços de saúde que os indivíduos das áreas urbanas. Em 2008, 14,2% dos indivíduos com 12 anos ou mais escolaridade nas áreas rurais procuraram serviços de saúde contra 17,1% dos moradores com o mesmo nível de escolaridade das áreas urbanas. A disparidade entre os indivíduos sem escolaridade e os de 12 anos ou mais é muito maior entre os que vivem nas áreas rurais em comparação com os que vivem nas áreas urbanas, isto é, a diferença nas áreas rurais chega a 2,13 pontos percentuais contra 0,6 pontos nas áreas urbanas. A educação não só afeta positivamente o nível de produtividade e renda do trabalho, como também, do ponto de vista demográfico, uma maior escolaridade está associada a menores níveis de fecundidade e de mortalidade, porque permite uma melhor compreensão sobre as práticas de planejamento familiar e saúde preventiva (NEY, 2006).

Ainda em relação à necessidade, quanto melhor a autopercepção do indivíduo em relação ao seu estado de saúde menor será a procura por serviços de saúde. Por exemplo, em 2008, 20,6% dos indivíduos das áreas rurais que autodeclararam sua saúde como regular ou ruim procuraram serviços de saúde contra 6,4% dos que se autodeclararam

com a saúde muito boa. O mesmo ocorre nas áreas urbanas, 9,8% dos indivíduos que se autoavaliaram com um estado de saúde muito bom procuraram serviços de saúde, contra 28,7% dos que se autoavaliaram com um estado de saúde regular ou ruim. Observa-se que os moradores das áreas rurais com piores condições de saúde procuram menos os serviços de saúde que os moradores das áreas urbanas com o mesmo estado de saúde deteriorado. Isso ocorre, pois nas áreas rurais a oferta é escassa e os moradores possuem a necessidade de gastar com transporte e se deslocar grandes distâncias. Além disso, apesar do estado de saúde ruim, indivíduos das áreas rurais tendem a fazer uso de medicamentos caseiros e procurar por medicina religiosa.

As mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde em relação aos homens. Em 2008, 13,8% das mulheres dos meios rurais procuraram serviços de saúde contra 9,0% dos homens deste mesmo meio. No que diz respeito às áreas urbanas, 17,7% das mulheres procuraram em comparação a 12,3% dos homens. Esse resultado pode ser em partes explicado pelo fato das mulheres visitarem com mais frequência os serviços para atendimentos preventivos do que os homens (VERBRUGGE, 1989). No entanto, as mulheres das áreas rurais procuram menos os serviços de que as mulheres das áreas urbanas. O estudo realizado por Cardoso et al (2012), sobre atenção pré-natal, mostra que as mulheres nas áreas rurais apresentam situação econômica desfavorável. Neste estudo, os resultados indicaram diferenças importantes entre os contextos no que se refere à escolaridade, à renda domiciliar bruta e à posse de plano ou convênio de saúde das mulheres, apontando os melhores resultados para a área urbana.

A procura por serviços de saúde aumenta em aproximadamente 15 pontos percentuais entre a primeira e a segunda internação tanto nas áreas rurais quanto nas áreas urbanas. Isto é, o acesso pode estar relacionado a necessidade por serviços de saúde. Ainda assim, os residentes em áreas rurais procuram menos os serviços que os residentes nas áreas urbanas logo na primeira internação, ou seja, no ano de 2003, 23,6% das pessoas que foram internadas uma vez nas áreas rurais procuraram serviços de saúde contra 30,5% nas áreas urbanas. Os indivíduos das áreas rurais possuem menor disponibilidade dos serviços de internação normalmente presentes nos hospitais de alta complexidade que estão localizados nas áreas com maior contingente populacional, ou seja, distantes das áreas rurais.

As duas variáveis relacionadas com a mobilidade física dos indivíduos mostraram que, no ano de 2008, 7,9% dos indivíduos das áreas rurais que deixaram de realizar suas atividades habituais procuraram serviços de saúde em relação a 11,1% nas áreas urbanas.

Observa-se que quanto a “Dificuldade em subir ladeira ou escada”, quanto maior o grau de dificuldade maior a procura, porém, nas áreas rurais essa procura ainda era menor que nas áreas urbanas, ou seja, 25,9% dos indivíduos da área rural que tem grande dificuldade para subir ladeira ou escada acessaram serviços de saúde e 34,7% o fizeram nas áreas urbanas. Essa dificuldade para acessar os serviços nas áreas rurais pode estar ligada ao fato de que esses serviços se encontram a grandes distâncias necessitando que o indivíduo se desloque, porém sem a estrutura necessária para tanto (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). A variável “Dificuldade em subir ladeira ou escada” é um indicador de declínio da saúde do indivíduo, ou seja, quanto maior o grau de dificuldade, pior o estado de saúde deste indivíduo e mais ele terá necessidade de ter acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Sawyer et al (2002), o número de moradores no domicílio tem como objetivo refletir o suporte familiar, fator este fortemente associado ao consumo de serviços de saúde. O suporte familiar adequado interfere na qualidade de vida do idoso e de todos os indivíduos inseridos em uma comunidade (REIS et al, 2011). Podemos deduzir, portanto que, quanto maior o número de moradores em um domicílio, maior o suporte familiar e menor a necessidade de serviços de saúde. Na zona rural, 12,6% dos moradores que moram sozinho procuram serviços de saúde, em relação a 8,5% no caso dos domicílios com 4 ou mais moradores. O mesmo ocorre nas zonas urbanas, 22,7% dos moradores que moram sozinhos procuram contra 12,4%, praticamente a metade.

Tabela 3 – Distribuição da população (%) que procurou pelo serviço de saúde nas duas últimas semanas segundo fatores de predisposição, capacidade e necessidade – Brasil, 1998, 2003 e 2008.

	1998		2003		2008	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano
<b>Fatores de Predisposição</b>						
<b>Escolaridade (anos)</b>						
sem escolaridade	9,5	16,2	12,4	18,6	12,1	17,7
1-4	8,9	12,8	10,4	14,9	10,8	15,3
5-9	9,5	12,1	9,8	12,6	10,6	10,6
10-12	12,5	14,3	13,2	14,5	11,3	14,3
Mais de 12	16,1	17,6	18,3	18,1	14,2	17,1
<b>Sexo</b>						
Feminino	11,8	16,7	14,2	18,2	13,8	17,7
Masculino	7,2	10,9	8,5	12,0	9,0	12,3

(continuação) Tabela 3

<b>Fatores de Necessidade</b>						
<b>Autoavaliação do estado de saúde</b>						
Muito Bom	4,9	8,9	5,8	9,9	6,4	9,8
Bom	7,3	11,2	8,3	12,3	8,2	12,0
Regular/Ruim	19,2	27,8	22,2	29,5	20,6	28,7
<b>Tem algum tipo de doença crônica</b>						
0	6,6	9,8	7,7	10,6	7,9	10,7
1	12,7	18,0	17,2	20,3	16,0	19,0
2 ou 3	17,6	25,7	24,9	30,0	24,2	29,3
4 ou mais	28,5	40,2	39,7	46,0	37,2	43,9
<b>Dificuldade em subir ladeira ou</b>						
Não consegue	23,3	33,0	29,5	37,7	28,9	35,3
Tem grande dificuldade	23,2	32,4	27,6	36,3	25,9	34,7
Tem pequena dificuldade	17,2	25,0	21,2	27,6	19,3	25,3
Não tem dificuldade	6,5	11,4	9,0	12,6	9,3	12,5
<b>Número de internações</b>						
1	24,8	29,3	25,6	32,1	23,6	30,5
mais de 1	35,1	46,6	41,3	47,9	38,4	45,0
<b>Deixou de realizar atividades</b>						
Sim	6,9	10,7	8,2	11,6	7,9	11,1
Não	48,6	61,4	53,2	63,6	49,2	59,1
<b>Fatores de Capacitação</b>						
<b>Renda familiar per capita</b>						
<0,5 Salário mínimo	6,9	10,8	9,4	13,2	9,8	13,1
0,5-1,5 S.M.	8,6	11,6	11,1	14,0	12,9	14,5
1,5 - 2,5 S.M.	10,7	13,0	14,4	15,4	13,3	15,8
2,5-5 S.M.	12,1	14,0	17,3	17,3	14,2	17,4
5 S.M. ou mais	13,8	16,8	17,9	19,6	15,5	20,1
<b>Região</b>						
N	11,1	12,9	10,5	12,5	7,9	12,0
NE	8,0	12,8	9,6	14,2	10,5	13,5
SE	10,1	14,3	13,4	15,9	13,8	16,2
S	11,3	14,7	13,4	16,5	13,0	16,7
CO	13,2	13,7	10,6	14,1	10,8	14,0
<b>Total de moradores no domicílio</b>						
1	12,6	22,7	16,5	22,9	13,0	16,9
2 a 3	12,4	17,0	14,4	17,9	13,8	14,8
4 ou mais	8,5	12,4	9,9	13,6	10,1	11,8
<b>Tem algum tipo de plano de saúde</b>						
Sim	9,1	11,8	10,7	13,4	11,0	13,4
Não	15,2	18,9	19,1	20,0	16,0	19,2

Fonte: Microdados da PNAD, IBGE

### 3.2 Resultados econométricos: modelo logit

Ao nível de significância de 5% somente duas variáveis independentes não se mostraram significativas na explicação do modelo: *número de moradores* de '1 a 2' e a de *região* 'CO'. A Tabela 4 mostra os principais resultados do modelo econométrico.

Os brancos consomem mais serviços de saúde do que os não-brancos (OR igual a 1,04), ou seja, os brancos possuem uma chance 4% superior aos dos não-brancos (negros, pardo e indígenas) independente dos demais fatores de controle. Resultado que reflete as diferenças socioeconômicas associadas à cor/raça dos indivíduos.

Os indivíduos que possuem plano de saúde privado têm maior acesso aos serviços de saúde em comparação aos que não tem plano privado (OR 1,46), ou seja, possuem uma chance 46,3% superior. A cobertura por plano de saúde, afeta as decisões sobre a procura por serviços de saúde em situações de doenças e também o nível de atendimento recebido. (PROBST et al, 2004).

Em relação a saneamento básico e infraestrutura, os indivíduos que possuem serviços públicos de água, esgoto e lixo acessam mais os serviços em relação aos que não possuem essa infraestrutura em seu domicílio (OR 1,16; 1,05 e 1,18, respectivamente). Ou seja, os indivíduos que possuem água encanada têm chances 16% maior de acessar os serviços de saúde. Os que possuem esgoto têm chances 5% maior de acessar os serviços de saúde. E os indivíduos que possuem coleta de lixo têm chances 18% maior de acessar esses serviços. A importância dos serviços da água tratada e de esgoto na saúde das pessoas e no seu bem-estar é vastamente reconhecida. Domicílios que apresentam água encanada, esgoto e coleta de lixo tendem a estar inseridos em áreas mais desenvolvidas aonde a oferta de serviços de saúde é maior. Sendo assim, algumas características do domicílio são importantes indicadores das condições socioeconômicas da população. Pode-se supor que, o fato de a coleta de lixo ter o maior impacto entre os três serviços de saneamento, é por que o domicílio está localizado nas regiões metropolitanas e de fácil acesso a coleta de lixo.

Ao observarmos as regiões do Brasil, nota-se que os indivíduos que moram nas regiões Sudeste e Sul acessam os serviços de saúde mais que a região Nordeste aqui colocada como referência (OR: 1,12 e 1,09, respectivamente). Ou seja, os indivíduos residentes na região Sudeste têm chances 12% maiores de acessar os serviços de saúde dos que os indivíduos da Região Nordeste. E os indivíduos da região Sul têm chances 9% maiores de acessar os serviços de saúde do que região de referência. Os indivíduos da região Norte têm chances 13% menores de acessar os serviços de saúde do que os indivíduos da região Nordeste. Há grandes desigualdades encontradas entre as diferentes regiões do Brasil, principalmente em relação a forma com os recursos são distribuídos fazendo com que a oferta seja desigual.

Observa-se que os homens consomem menos serviços de saúde em comparação com as mulheres (OR 0,68), ou seja, os homens possuem chances 32% menor de acessar os serviços de saúde em relação as mulheres. As mulheres tendem a utilizar mais os serviços de saúde tanto por motivos preventivos como em decorrência da função reprodutiva (ANDRADE, 2013). A alta mortalidade na população masculina está

associada a diversos fatores, como aos relacionados às doenças crônicas e aqueles associados às diversas formas de violência e acidente. A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. As disparidades entre o sexo feminino e masculino é tão grande que há uma política pública voltada a saúde do homem (Política Nacional da Saúde do Homem), que possui como principais objetivos a melhoria das condições de saúde do homem, mediante a facilitação do acesso, ações e serviços de assistência à saúde. Essa política parte da informação de que os homens, por questões culturais e outros fatores sociais e profissionais, quando procuram o sistema de saúde o fazem por meio da atenção especializada e, em geral, em estado mais avançado das doenças ou agravos, com a consequente elevação da morbimortalidade deste grupo populacional, bem como maior custo para o SUS (IPEA, 2011).

As probabilidades de consumir serviços de saúde aumentam à medida que aumenta o número de doenças crônicas que um indivíduo possui comparado aos que não tem nenhuma doença crônica, independente das outras variáveis. Ou seja, um indivíduo com 1 doença crônica acessa mais os serviços de saúde do que um indivíduo que não possui nenhuma doença crônica (OR 1,52). Quem possui 2 ou 3 doenças crônicas consomem mais do que a categoria de referência (OR 1,89) e os indivíduos com 4 ou mais doenças crônicas consomem mais serviços do que os indivíduos sem doenças crônicas (OR 2,27). Uma possível explicação pode ser atribuída ao fato de que o controle das doenças crônicas exige uma maior atitude de cuidado em relação ao problema dos pacientes aumentando sua proximidade com os serviços de saúde.

Nota-se que quem ficou internado mais de uma vez acessa mais os serviços de saúde ao se comparar com aqueles que ficaram internados somente 1 vez (OR 2,01). Assim como, um melhor estado de saúde reduz a procura por serviços de saúde, ou seja, indivíduos que se autodeclararam com o estado de saúde muito bom e bom acessam menos os serviços se comparados com os indivíduos que se autodeclararam com o estado de saúde Regular/Ruim (OR: 0,52 e 0,64, respectivamente). A presença de necessidades de cuidados para a saúde, seja a partir do conhecimento pelo indivíduo resultante de um diagnóstico médico anterior, seja derivada de autopercepção, constitui um dos determinantes mais fortes para a procura e utilização de serviços de saúde (ALMEIDA et al., 2002).

No caso da mobilidade, o resultado das pergunta “Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para subir ladeira/escada?”, mostrou que os indivíduos que possuem alguma dificuldade para subir ladeiras/escadas possuem maior chance de acessar

os serviços de saúde em comparação com os indivíduos que não possuem nenhuma dificuldade em subir ladeiras/escadas, por exemplo, àqueles que não conseguem têm chances 12,1% maior de consumir serviços de saúde em relação aos indivíduos que não possuem nenhuma dificuldade (OR 1,12). A dificuldade na mobilidade de um indivíduo está intimamente ligada com uma piora na sua saúde, portanto, a mobilidade se torna um indicador de declínio na saúde. Neste caso, um indivíduo com dificuldade em sua mobilidade tem chances maiores de procurar os serviços de saúde.

No caso da pergunta “Deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde?”, aqueles que responderam que deixaram de realizar suas atividades acessam mais os serviços de saúde do que os indivíduos que responderam “Não” a essa pergunta (OR 8,85). Essa variável apresentou a maior força de associação com o acesso dos serviços de saúde. Aqueles que deixaram de realizar suas atividades por motivo de saúde procuraram serviços de saúde de forma curativa e não preventiva, ou seja, procuram em último caso, quando já estão com o estado de saúde deteriorado.

Os indivíduos que possuem escolaridade entre 1 a 4 anos acessam menos os serviços de saúde que os indivíduos sem escolaridade (OR 0,76). O mesmo ocorre com as outras faixas de escolaridade, ou seja, a faixa de 4-8 anos consome menos serviços que os sem escolaridade (OR 0,76), 8-12 anos (OR 0,85) e os indivíduos com 12 ou mais anos consomem menos serviços que os indivíduos sem escolaridade (OR 0,92). A escolaridade é essencial ao se tratar de desigualdade socioeconômica em saúde, pois é por meio dela que se estabelece o senso crítico e há um maior acesso a informação. O conhecimento precário ou ausente impede o indivíduo de realizar as escolhas mais adequadas para a sua necessidade em saúde (SANCHEZ;CICONELLI, 2012).

Esperava-se que quanto mais avançada fosse a idade de um indivíduo mais estes consumiriam serviços de saúde em relação a faixa etária inicial de 0 a 20 anos, porém ao estimar o modelo, a razão de chance apresentou valor menor que 1, mostrando o contrário, que estes indivíduos acessariam menos os serviços de saúde a medida que se avança na idade. Isso pode ser explicado pela menor mobilidade dos idosos, a falta de acompanhante para ajudá-los, a falta de apoio familiar, fazendo com que saiam menos de casa para procurar estes serviços. Pesquisas anteriores indicaram que os principais motivos para um idoso não procurar os serviços de saúde, mesmo precisando seriam: relacionados às questões da gravidade da doença, à auto-medicação e, ainda, à qualidade, distância e custo dos serviços (LOUVISON et al, 2008).

A variável *número de moradores* no domicílio permite auferir menor ou maior apoio familiar, ou seja, de acordo com Moimaz et al (2011), é a família que propicia os vínculos afetivos e os subsídios necessários ao desenvolvimento e ao bem-estar dentre os indivíduos da família, desempenha um papel importante na provisão de cuidado informal para os seus membros, é no seu contexto social que se defende a saúde e se lida com a doença. Os dados aqui expostos indicam que em um domicílio com 3 ou mais moradores há menores chances de consumir serviços de saúde em relação ao domicílio com somente um morador (OR 0,90). Isso poderia sugerir que o maior apoio familiar evita a procura de serviços médico, por se ter uma percepção maior do estado de saúde dos seus membros, maior qualidade de vida e maior segurança.

No caso da renda, a variável de referência usada foi a faixa de menos que 0,5 salário mínimo. Quanto maior a faixa de renda, maior as chances de um indivíduo procurar serviços de saúde. Ou seja, os indivíduos com renda familiar per capita de 1 a 2,5 salários mínimos (OR 1,14) tem chance 14% maior em relação a referência. A faixa de 2,5 a 5 salários mínimos (OR 1,27) tem chances maiores em 27,4%, e os indivíduos com renda maior que 5 salários mínimos (OR 1,49) tem chances aumentadas em 49,3% em relação a referência. A renda familiar, como fator socioeconômico, determina uma condição de um determinado estrato social e a desigualdade em saúde varia conforme a classe social a que estamos inseridos, porém, não é uma variação 1 para 1, outros fatores impactam as condições e o acesso saúde como características físicas e sociais (SIQUEIRA, 2011).

Independente dos demais fatores, as chances de acesso ao serviço de saúde nas áreas urbanas eram 14 % superiores às das áreas rurais em 1998 (OR 1,14). Essa diferença caiu a um ritmo de 1% ao ano entre 1998 e 2008 (OR 0,99). Há uma maior oferta desses serviços nas áreas urbanas além do que o acesso aos centros de saúde é facilitado nos meios urbanos. A população rural brasileira dispõe de menor cobertura médica, menor cobertura por planos de saúde e pior condição de saúde (KASSOUF, 2005)

As binárias para os anos identificam diferenças no acesso entre os anos e sugerem mudanças substanciais entre 2003 e 1998: chances de acesso eram 19,6% superiores, independente dos demais fatores. Quando se compara os anos de 1998 e 2008, as diferenças são insignificantes. Ou seja, se houve melhora no percentual de acesso neste período, esta teria se dado, sobretudo, por fatores associados às características dos indivíduos (idade, escolaridade, renda, local de moradia, entre outros), não a características estruturais associadas ao tempo.

Tabela 4 – Modelo logístico. Análise dos parâmetros estimados. Brasil, 1998; 2003; 2008.

Universo: população total	Estimativa	Odds Ratio	valor-p
<b>Área</b>			
urbano	0,1318	1,141	0,0001
urbanoxt	-0,0104	0,990	0,0119
<b>Idade</b>			
20 a 29 anos	-0,1195	0,887	0,0001
30 a 39 anos	-0,1664	0,847	0,0001
40 a 49 anos	-0,2104	0,810	0,0001
50 a 59 anos	-0,2590	0,772	0,0001
60 anos ou mais	-0,3542	0,702	0,0001
<b>Sexo</b>			
Masculino	-0,3878	0,679	0,0001
<b>Total de moradores no domicílio</b>			
1 a 2 moradores	0,0250	1,025	0,1437
3 ou mais	-0,1073	0,898	0,0001
<b>Cor</b>			
branca	0,0404	1,041	0,0001
<b>Escolaridade</b>			
1 a 4 anos	-0,2804	0,755	0,0001
4 a 8 anos	-0,2745	0,760	0,0001
8 a 12 anos	-0,1577	0,854	0,0001
mais de 12 anos	-0,0801	0,923	0,0001
<b>Número de doenças crônicas</b>			
1	0,4174	1,518	0,0001
2 ou 3	0,6391	1,895	0,0001
4 ou mais	0,8211	2,273	0,0001
<b>Autoavaliação do estado de saúde</b>			
Muito Bom	-0,6483	0,523	0,0001
Bom	-0,4453	0,641	0,0001
<b>Dificuldade em subir ladeira ou</b>			
Não consegue	0,1127	1,119	0,0003
grande dificuldade	0,1924	1,212	0,0001
pequena dificuldade	0,1792	1,196	0,0001
<b>Número de internação</b>			
mais de 1	0,6967	2,007	0,0001
<b>Deixou de realizar suas atividades</b>			
Mobilidade	21,7990	8,845	0,0001
<b>Tem algum tipo de plano de saúde</b>			
Sim	0,3804	1,463	0,0001
<b>Região</b>			
N	-0,1406	0,869	0,0001
SE	0,1130	1,120	0,0001
S	0,0900	1,094	0,0001
CO	-0,0298	0,971	0,2824
<b>Acesso a serviços básicos</b>			
agua	0,1443	1,155	0,0001
esgoto	0,0523	1,054	0,0001
lixo	0,1625	1,176	0,0001
<b>Renda (em nº de salário mínimo)</b>			
mais que 5 S.M.	0,4005	1,493	0,0001
2,5 a 5 S.M.	0,2421	1,274	0,0001
1 a 2,5 S.M.	0,1270	1,135	0,0001
0,5 a 1 S.M.	0,0466	1,048	0,0001
<b>Interação entre anos</b>			
ano 2003 vs 2008	0,0837	1,196	0,0001
ano 2008 vs 1998	0,0116	1,113	0,5277

Fonte: Microdados da PNAD, IBGE

#### 4. Conclusão

É evidente que as áreas urbanas são historicamente caracterizadas pela maior oferta de serviços de saúde e de melhor qualidade. Entretanto, a ausência de mudanças substanciais no período de 10 anos estudado alerta para a possível perpetuação de importantes desigualdades territoriais. O acesso a seguro saúde, as necessidades de cuidados médicos e consumo dos serviços de saúde são fundamentais para a qualidade de vida da população.

Os fatores mais fortemente relacionados ao acesso estão ligados aos fatores de necessidade como definido pelo modelo de Andersen. As variáveis mais fortemente relacionadas foram: “Deixou de realizar suas atividades habituais”, “número de doenças crônicas” e “Número de internações”. Essas variáveis refletem aspectos da demanda por serviços de saúde e, portanto, demonstram uma maior procura desses serviços quanto maior é sua necessidade. Tanto nas áreas urbanas quanto nas áreas rurais uma melhor percepção da saúde diminui a procura por atendimento, sendo em maior porcentagem nas áreas urbanas, demonstrando a importância de tratamentos preventivos. Apesar disso, o modelo de saúde no Brasil é centrado no atendimento em postos de saúde e hospitais, onde a ênfase é dada ao tratamento de doenças.

Os resultados deste trabalho também apontam para uma clara concentração da distribuição de planos de saúde, residentes na área urbana e nas regiões ricas do país, indicando uma visível correlação com as condições socioeconômicas dos indivíduos e das áreas em que esses indivíduos residem. A presença de extremas desigualdades regionais resulta ainda em uma distribuição desigual de recursos entre as localidades e, conseqüentemente, em um acesso menos equitativo a determinados bens e serviços importantes para o nível de saúde do indivíduo e da população, tais como serviços de saúde, educação e saneamento básico (BARROS *et al.*, 1996).

O tamanho e a composição da população rural brasileira mostra a necessidade de maiores políticas públicas. Em 2005, eram cerca de 27,5 milhões de residentes nas áreas rurais, sendo que destes 46% eram pobres, o dobro da proporção de pobres encontrada no Brasil (HELFAND; ROCHA; VINHAIS, 2009). Somam-se as condições de baixa renda, a deficiência de serviços básicos, como saneamento e de infraestrutura. Entre os principais problemas a serem enfrentados, destaca-se a baixa oferta de atendimentos de saúde em áreas rurais, que seria determinante fundamental da não procurar algum serviço para os casos de necessidade.

De maneira geral, este artigo identificou que os principais determinantes para acessar os serviços de saúde estavam ligados aos fatores de necessidade de saúde, como mobilidade, número de internações e número de doenças crônicas. Além disso, residentes das áreas urbanas têm mais chances de acessar os serviços de saúde do que os residentes das áreas rurais. É necessário compreender as necessidades de saúde dos diferentes territórios e das características individuais e geográficas da população de maneira mais ampla, propondo e executando as ações de saúde. A saúde da população rural deve ser vista como fenômeno bem mais amplo que a doença e os maiores desafios para as políticas públicas estão em melhorar a qualidade de vida das pessoas dessas regiões, envolvendo ações para a geração da renda, educação, habitação e saneamento básico.

Finalmente, ao analisar os resultados deste estudo e lembrando dos objetivos do SUS de equidade, regionalização e descentralização dos serviços de saúde com a pretensão ofertar esses serviços as diferentes regiões do Brasil de forma igual, percebe-se a deficiência do acesso tanto nas diferentes regiões quanto nas áreas urbanas e rurais do Brasil. As desigualdades encontradas nas áreas rurais em comparação com as áreas urbanas refletem, em grande medida, importantes fatores estruturais e a dificuldade de o Estado cobrir todas as demandas nas áreas mais distantes do país. São necessários, entretanto, estudos mais apurados visando ultrapassar a lógica político-administrativa e atuar diretamente nas principais necessidades da população e suas particularidades.

## **5. Referências**

ALBURQUERQUE C. et al. **A situação do mercado de saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n. 5, p.1421-1430, 2008.

ANDERSEN, R. **Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?**, *Journal of Health and Social Behavior*, v. 36, p. 1-10, 1995.

ANDRADE, M. V. et al. **Desigualdade Socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil**: Um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Economia Aplicada*, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.

BARROS, M. E, PIOLA S.F., VIANNA, S. M. **Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas**. Brasília, DF. IPEA, 1996.

CARDOSO, L. S. M.; MENDES, L. L.; MELÉNDEZ, G. V. **Diferenças na Atenção Pré-Natal nas áreas Urbanas e Rurais do Brasil**: estudo transversal de base populacional. *Rev Min Enferm.*, v.17, n.1, p. 85-92, 2012.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. **Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil.** Rev. Saúde Pública, v. 39, n. 2, p. 277-84, 2005.

GOLDBAUM, M.; GIANINIA, R. J.; NOVAESA, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. **Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo.** Revista Saúde Pública, v. 39, n. 1, p. 90-9, 2005.

HELFAND S. M.; ROCHA, R.; VINHAIS, H. E. F. **Pobreza e Desigualdade de Renda no Brasil Rural: uma análise da queda recente.** Rev. Pesquisa e Planejamento econômico, v. 39, n. 1, 2009.

KASSOUF, A. L. **Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil.** RER, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 30-44, 2005.

LIMA-COSTA, M.F.; MATOS, D.L.; CAMARANO, A.A. **Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003).** Ciência & Saúde Coletiva, v.11, p.941-950, 2006.

MAIA, A. G.; RODRIGUES, C. G. **Saúde e Mercado de Trabalho no Brasil: Diferenciais Entre Ocupados Agrícolas e Não Agrícolas.** RESR, Piracicaba, SP, v.48, n.4, p.737-765, 2010.

MAIA, A. C. **Seleção Adversa e Risco Moral no Sistema de Saúde Brasileiro.** 97f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – Faculdade de Ciências Econômicas, UFMG, Belo Horizonte, MG, 2004.

MOIMAZ, S. A. S, et al. **Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16(Suplemento), p. 965-972, 2011.

NERI, M.; SOARES W. **Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1845-1856, 2007.

NEY, M. G. **Educação e Desigualdade de renda no meio rural brasileiro.** 117f. Tese (Doutorado em Economia Aplicada) – Instituto de Economia, UNICAMP, Campinas, 2006.

NORONHA, K. V. M. S; ANDRADE, M. V. **O Efeito da Distribuição de renda sobre o Estado de saúde individual no Brasil.** Pesquisa e Planejamento Econômico, v. 37, n. 3, 2007.

PINHEIRO, S. R., et al. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

REIS, L. A. et al. **Suporte familiar, social, condições de saúde e sociodemográficas em idosos.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 28, n. 2, p. 176-185, 2014.

SANTOS, A. M. A.; TEJADA, C. A. O.; EWERLING, F. **Os Determinantes Socioeconômicos do Estado de Saúde das Crianças do Brasil Rural**. RESR, Piracicaba, v. 50, n.3, p. 473-492, 2012.

SAWYER, D.O, et al,. **Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n.4, p.757-776, 2002.

SILVA, P. L. N.; PESSOA, D. G. C.; LILA, M. F. **Análise Estatística de dados do PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n.4, p.659-670, 2002.

SIQUEIRA, N. L. **Desigualdade Social e Acesso à Saúde no Brasil**. 60f. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Departamento de Ciências Sociais – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2011.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVAL F. **Desigualdades Geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, C; VIACAVAL, F. **Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais no Brasil, 1998 e 2003**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 23, v.10, p. 2490-2502, 2007.

TRAVASSOS, C; VIACAVAL, F.; PINHEIRO, R.; Brito, A. **Utilização de serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social**. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, n. 11 v.5/6, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20 (Suplemento), n. 2, p.190-198, 2004.

WOODWARD, A.; KAWACHI, I. **Why reduce health inequalities?** Journal Epidemiology and Community Health, v. 7, n.1, p. 53-60, 2008.