

ANÁLISE DE EQÜIDADE – SAÚDE: BRASIL

Jacobo Finkelman¹

MARCOS REFERENCIAIS

A *reforma sanitária* brasileira tem como marco de debate a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986,² propondo ampla reestruturação financeira, organizacional e institucional do setor público de saúde, com três objetivos principais: a) transferir a responsabilidade da prestação da assistência à saúde do governo da União para os governos locais; b) consolidar o financiamento e a provisão de serviços públicos de saúde, orientando-os para a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção; e c) facilitar a participação efetiva da comunidade no planejamento e controle do sistema de saúde.

A Constituição Federal de 1988 dedicou à saúde uma seção no capítulo da Seguridade Social. O texto constitucional configura a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, sob a garantia de políticas econômicas e sociais dirigidas tanto para a redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde, quanto para o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, num *sistema único de saúde* — SUS, de caráter público, federativo, descentralizado, gratuito, participativo e de atenção integral.

Esse marco constitucional gerou as chamadas *Leis Orgânicas da Saúde* (8.080/90 e 8.142/90), o Decreto 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas — NOBs, editadas em 1991, 1993 e 1996. A Lei 8.080/90 regulamentou o SUS, que é responsável, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais do direito à saúde. O SUS agrega todos os serviços públicos (de níveis federal, estadual e municipal) e os serviços privados, quando credenciados por contrato ou convênio. As NOBs, por sua vez, a partir da avaliação dos estágios de implementação do SUS, voltam-se mais direta e imediatamente para a definição das estratégias aplicáveis em cada momento de construção do Sistema e dos respectivos processos para a sua operacionalização.

As mudanças institucionais propostas sinalizam para a implementação de medidas estruturais, compreendendo:³ a) um processo de mudança cultural e de afirmação da cidadania, em que a saúde é valor permanente e qualificador da vida; b) a consolidação de um sistema público nacional, em que as três esferas de governo atuem de modo complementar e harmônico, dispondo dos instrumentos de po-

¹ Representante da OPAS no Brasil.

² Brasil, Ministério da Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 17–21 de março 1986*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.

³ Brasil, Ministério da Saúde. *Informe sobre a reforma do setor saúde no Brasil*. Documento elaborado para a reunião especial sobre a reforma setorial do setor saúde, promovida pela OPAS, BID e Banco Mundial. Brasília, setembro de 1995.

der necessários; c) a organização e regulamentação de um sistema assistencial privado, com objetivos específicos solidários aos preceitos de assistência universal, integral e equitativa; d) o funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado, estimulador da qualificação com redução de gastos; e) a adoção de modelos técnico-operacionais inovadores, que visem a atenção integral, individual e coletiva; f) a implantação de um sistema de acompanhamento, controle e avaliação; g) a introdução de práticas de gestão descentralizada e desconcentradora, que evitem processos cumulativos ineficazes e injustos.

O sistema brasileiro de serviços de saúde está formado por uma rede complexa de provedores e financiadores, que abarca os segmentos público e privado. O segmento público engloba os provedores públicos dos três níveis de governo, que no nível federal são o Ministério da Saúde (gestor nacional do SUS), os hospitais universitários do Ministério da Educação e os serviços próprios das Forças Armadas. Os níveis estadual e municipal compreendem a rede de estabelecimentos próprios das respectivas instâncias. Esse sistema cobre cerca de 75% da população. Os planos e seguros privados de assistência à saúde estão agrupados em quatro grandes categorias: (a) *medicina de grupo*, representando 47% do mercado de serviços privados; (b) *cooperativas médicas*, com 25% do mercado; (c) *planos de saúde de empresas*, com 20% do mercado; e (d) *seguro-saúde*, com 8% do mercado. A cobertura dos planos e seguros privados atinge 20% da população brasileira.

Os marcos referenciais apresentados pressupõem clara intencionalidade política e institucional, no sentido de dotar o país de condições para promover a equidade possível no campo da saúde. No entanto, a intencionalidade doutrinária tem encontrado dificuldades de contextualização no quadro de limitações econômico-fiscais existentes, gerando certo grau de frustração de expectativas, apesar de significativos avanços quantitativos alcançados na cobertura dos serviços.

ABORDAGENS SOBRE A EQUIDADE

Uma forte característica da sociedade brasileira é a presença de altos níveis de desigualdade socioeconômica. Um recente estudo produzido pelo BID concentrou-se essencialmente no papel da educação como gerador de desequilíbrios de renda. Não deve ser esquecido, porém, que uma das faces mais cruéis dessa disparidade encontra-se precisamente na área da saúde, embora os estudos realizados na área não tenham dado a devida importância a essa questão.⁴

As medidas de desequilíbrio da equidade em saúde podem compreender diferentes categorias de análise, entre elas: a) a percepção do estado de saúde; b) a demanda por serviços; c) os gastos com saúde; d) os perfis de saúde; e) a prestação de serviços; f) o financiamento da saúde. Essas categorias devem ser analisadas comparativamente segundo condições sociais, econômicas e geográficas.

Há premente necessidade de esforços para desenvolver metodologias de análise e monitoramento das questões de equidade na área da saúde, de forma a construir indicadores específicos e estudar suas correlações com a disponibilidade de renda das pessoas, em diferentes situações geográficas e socioeconômicas.

O tópico seguinte apresenta uma apreciação linear dos indicadores disponíveis, entre os de maior impacto, comparando-se áreas geográficas que reconhecidamente se situam em escalas diferentes de desenvolvimento socioeconômico.

ANÁLISE DE INDICADORES SELECIONADOS

Condições de vida

Análises baseadas na aplicação do Índice de Desenvolvimento Humano — IDH, utilizado

⁴ Campino ACC et al. *Equity in Health in LAC – Brazil*. 1998. (Documento fotocopiado).

pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento — PNUD, situam o Brasil entre os países de médio desenvolvimento humano em 1997⁵ (índice de 0,739), ocupando o 79º lugar no *ranking* mundial.

- A comparação do IDH entre as grandes regiões e os estados pode ser analisada em estudo divulgado em 1998 pelo PNUD-IPEA, com base em dados de 1991, que mostra disparidades significativas (IDH-M).⁶ O Brasil e todas suas regiões apresentaram-se no estrato de médio desenvolvimento, com expressivas variações regionais, desde o Nordeste (0,517) até a Região Sul (0,777). Em relação às unidades da federação, apenas o Distrito Federal situou-se no estrato superior de desenvolvimento humano (0,806), seguido dos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Rio de Janeiro, com índices superiores a 0,780. Quatro estados apresentam valores abaixo de 0,500, situando-se, portanto, no estrato inferior de desenvolvimento humano: Maranhão, Piauí, Alagoas e Paraíba. Próximos ao limite inferior do estrato intermediário, situam-se os estados do Rio Grande do Norte, Sergipe, Bahia e Ceará, com índices inferiores a 0,540. Ressalte-se que todos os oito estados com os menores índices estão localizados na Região Nordeste.
- A renda média dos 10% mais ricos é cerca de 30 vezes superior à dos 40% mais pobres, enquanto que em países com grau de desenvolvimento comparável ao do Brasil é apenas 10 vezes maior.⁷ Os 50% mais pobres tiveram, entre 1960–1990, sua participação na renda nacional reduzida de 18% para 12%, enquanto a renda dos 20% mais

ricos elevou-se, no mesmo período, de 54% para 65%.

- Em 1997, a razão de renda entre os 20% de renda superior e os 20% de renda inferior nas áreas urbanas do país foi de 18,9 na média nacional, variando de 26,4 no Maranhão a 9,7 em Roraima.⁸
- O perfil da concentração de renda no país pode ser apreciado na análise do coeficiente de GINI para 1997. Para o Brasil o coeficiente se situa em 0,588, variando de 0,556 no Sul a 0,606 no Centro-Oeste.⁹
- Em 1990, o salário médio das mulheres correspondia a 63% do recebido pelos homens. As disparidades étnicas evidenciam-se nos menores rendimentos percebidos por pretos e pardos, contingente que representa 45% da população do país e cujo salário médio correspondeu, em 1990, a 68% dos recebidos pelos brancos.⁷
- Na média brasileira, os pobres (indivíduos com renda familiar per capita de até meio salário mínimo) constituíam, em 1997, 28,4% da população, 45,1% dos quais residentes na região Nordeste. Nas médias regionais, o Nordeste apresentava-se com 52,2% de pobres na composição de sua população total, seguindo-se o Norte, com 34,5%; o Centro-Oeste, com 22,6%; o Sudeste, com 16,0%; e o Sul, com 19,1%. Entre os estados, a proporção de pobres variou de 9,9% em São Paulo a 64,2% no Maranhão.¹⁰
- Em 1995, 10% das crianças de 7 a 14 anos não freqüentavam a escola, proporção que atingia 15% na região Nordeste.¹¹
- A taxa de alfabetização da população com 15 ou mais anos de idade era de 85,3% em 1997, com equivalente distribuição por se-

⁵ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Relatório do Desenvolvimento Humano 1999*. Lisboa: Trinova Editora; 1999.

⁶ IPEA, PNUD, IBGE, FJP-MG. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. CD-ROM, 1998.

⁷ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Disparidades sócio-econômicas. Em: *Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil*. Brasília: 1996.

⁸ Fundação IBGE. Razão de renda. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1998*. Brasília: IBGE; 1999.

⁹ Fundação IBGE. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD). 1997.

¹⁰ Fundação IBGE. Taxa de pobreza. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1998*. Brasília: IBGE; 1999.

¹¹ Fundação IBGE. Diretoria de pesquisas. Em: *Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD). Síntese de indicadores 1995*. Rio de Janeiro: IBGE; 1996.

xos. A Região Sul apresentava a taxa mais elevada do país (91,7%) e a Nordeste a mais baixa (70,6%), destacando-se o estado do Maranhão com a taxa de 64,2%, a menor do país.¹²

- Em 1997, 34,9% da população com 10 ou mais anos de idade tinham menos de 4 anos de estudo, proporção que variava de 53,4% na Região Nordeste a 25,8% na Região Sul. Os estados do Maranhão e Piauí apresentavam os menores níveis de escolaridade (59,7% e 59,0%, respectivamente), enquanto no Distrito Federal apenas 19,0% da população nesse grupo etário tinha menos de quatro anos de estudo.¹³
- Da população entre 10 e 14 anos de idade em 1997, 16,9% estavam ocupadas (trabalho infantil), percentual que se eleva a 24,0% na Região Nordeste, atingindo 37,7% no estado do Maranhão. As menores taxas corresponderam à Região Sudeste (10,8%) e ao Estado do Rio de Janeiro (5,1%).¹⁴
- Dados de 1990 relacionam o trabalho infanto-juvenil com a renda familiar,⁷ mostrando que a taxa de atividade das crianças de 10–14 anos era de 23% entre as famílias pobres, e de apenas 4,5% entre aquelas com rendimento familiar per capita acima de dois salários mínimos.
- A expectativa de vida ao nascer era de 67,8 anos em 1997, sendo de 64,1 para homens e de 71,7 para mulheres, mostrando uma sobrevida de 7,6 anos a favor do sexo feminino. Comparando regiões e estados, observa-se que a expectativa mais baixa encontra-se no Nordeste (64,8 anos), sendo a menor no estado de Alagoas (59,3).¹⁵ A Região Sul apresenta a melhor expectativa de

vida (70,3 anos), mais elevada no Rio Grande do Sul (71,0).

- A taxa de fecundidade total foi calculada, para 1997, em 2,4 filhos por mulher ao longo de todo o período reprodutivo, com variações de 3,3 na Região Norte (máximo de 3,6 no Acre) a 2,1 no Sudeste (mínimo de 2,0 no Estado do Rio de Janeiro).
- A proporção da população com 65 e mais anos de idade alcançou 5,4% na média nacional em 1996, com valores extremos nas regiões Norte (3,3%, com 2,4% em Roraima) e no Sudeste (5,8%, com 6,7% no Rio de Janeiro).

Situação de saúde

- A mortalidade infantil no Brasil é estimada em 37,4 por mil nascidos vivos para 1997, variando de 58,3 na Região Nordeste a 24,0 na Região Sul. Os valores extremos entre os estados são observados em Alagoas (74,1) e no Rio Grande do Sul (19,7).¹⁶
- No grupo de menores de 5 anos, 5,7% dos óbitos informados no Brasil em 1997 foram devidos à doença diarreica aguda. Esse percentual é mais elevado na Região Nordeste (9,3%) e mais baixo nas regiões Sudeste (3,2%) e Sul (3,8%).¹⁷
- A prevalência de déficit ponderal em menores de 5 anos de idade foi estimada para 1996 em 5,7% na média nacional, variando de 8,3% na Região Nordeste e de 7,7% na Região Norte, até 2,0% na Região Sul.¹⁸
- Na Região Nordeste concentraram-se 98,4% dos casos de cólera registrados no país em 1997, expressando condições de vida parti-

¹² Fundação IBGE. Taxa de alfabetização. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1998*. Brasília: IBGE; 1999.

¹³ Fundação IBGE. Níveis de escolaridade. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1998*. Brasília: IBGE; 1999.

¹⁴ Fundação IBGE. Trabalho infantil. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1998*. Brasília: IBGE; 1999.

¹⁵ Fundação IBGE. Esperança de vida ao nascer. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1998*. Brasília: IBGE; 1999.

¹⁶ Fundação IBGE. Estimativas de mortalidade infantil. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1998*. Brasília: IBGE; 1999.

¹⁷ Brasil, Ministério da Saúde, CENEPI. Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1998*. Brasília: Ministério da Saúde, CENEPI; 1999.

¹⁸ BENFAM. Pesquisa nacional de demografia e saúde. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1998*. Brasília: BENFAM; 1999.

cularmente favoráveis à transmissão da doença na região.¹⁹

- A prevalência de hanseníase em 1997 situou-se, na média nacional, na taxa de 5,4 por 10 mil habitantes, variando de 15,0 na Região Norte a 2,7 na Região Sul. O estado com maior taxa foi Mato Grosso, na região Centro Oeste (19,0). Seguem-se os do Amazonas (17,4) e Roraima (16,2). No Maranhão, na Região Nordeste, a taxa foi de 14,5%. Todos os estados da Região Norte apresentam taxas superiores a 12,0. Os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina apresentam taxas inferiores a 1,0, considerando-se a doença já eliminada como problema de saúde pública.
- A incidência de câncer cérvico-uterino, que é passível de prevenção na atenção básica à saúde, apresenta elevadas taxas nas regiões Norte (54 casos por 100 mil habitantes), Nordeste (45,2) e Centro Oeste (42,8), em contraste com as regiões Sudeste (14,8) e Sul (27,7). No Norte e no Centro Oeste, representa a principal causa entre todos os tipos de câncer, na população geral.²⁰
- 22,1% dos nascidos vivos informados em 1996 provieram de mães com menos de 20 anos de idade. Esse percentual foi de 30% na Região Norte, atingindo valores de 30,5% em Rondônia e Tocantins. As regiões Sudeste e Sul apresentaram taxas de 19,6% e 20,6%, respectivamente.²¹

Recursos e cobertura

- No último levantamento realizado no Brasil, em 1992, havia 36,4 leitos hospitalares

¹⁹ Brasil, Ministério da Saúde, CENEPI. Incidência de doenças transmissíveis. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1998*. Brasília: Ministério da Saúde, CENEPI; 1999.

²⁰ Brasil, Ministério da Saúde, INCa. Incidência de neoplasias malignas. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1998*. Brasília: Ministério da Saúde, INCa; 1999.

²¹ Brasil, Ministério da Saúde, CENEPI. Percentual de nascidos vivos segundo idade das mães. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e dados básicos Brasil, 1997*. Brasília: Ministério da Saúde, CENEPI; 1998.

- para cada 100 mil habitantes.²² Porém, as taxas observadas nas regiões Norte e Nordeste (22,3 e 30,4 respectivamente) eram bem inferiores às do Sudeste (40,9), Sul (39,8) e Centro Oeste (41,7). Nova pesquisa está sendo concluída pelo IBGE, com dados atualizados disponíveis até o final de 1999.
- O percentual de óbitos informados sem assistência médica atingiu 20,5% em 1997, no total do país. O percentual por grandes regiões variou de 31,7% no Nordeste a 17,0% na região Sul. Os seguintes estados apresentaram uma proporção mais elevada de óbitos sem assistência médica, indicando dificuldade de acesso a serviços médicos: Acre (49,4%), Paraíba (48,3%), Maranhão (46,7%) e Piauí (46,3%). O estado do Rio Grande do Sul (10,3%) e o Distrito Federal (11,3%) apresentaram as melhores taxas.²³
- A cobertura da população urbana servida por sistemas de abastecimento de água em rede geral alcançou 76,1% em 1997, variando de 61,3% na Região Nordeste a 87,2% na Região Sudeste. Entre os estados, a cobertura variou de 42,8% no Maranhão a 93,0% e 92,3%, respectivamente, em São Paulo e no Distrito Federal.²⁴
- A cobertura com serviços adequados de esgotamento sanitário (ligação em rede ou fossa séptica) alcançou no país a média de 60,0% em 1997, variando de 33,6% na Região Nordeste a 80,9% na Região Sudeste. Entre os estados, as piores coberturas encontram-se no Amapá (12,6%) e em Tocantins (14,0%), e a melhor no Distrito Federal (95,6%).
- A cobertura por coleta regular de lixo foi de 74,0% na média nacional em 1997, variando de 61,8% na Região Norte a 85,8% na Região Sul. Destacam-se com maiores coberturas o

²² Fundação IBGE. Pesquisa de assistência médico-sanitária. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1998*. Brasília: IBGE; 1999.

²³ Brasil, Ministério da Saúde, CENEPI. Proporção de óbitos sem assistência médica. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1997*. Brasília: Ministério da Saúde, CENEPI; 1998.

²⁴ Fundação IBGE. Indicadores de saneamento básico. Em: *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos Brasil, 1998*. Brasília: IBGE; 1999.

Distrito Federal (95,5%) e São Paulo (94,4%) e, no outro extremo, o Maranhão (23,4%).

Financiamento/alocação

(a) Gasto federal/estadual/municipal com saúde em relação ao gasto total; (b) alocação de recursos em saneamento básico; (c) gasto com saúde em relação ao PIB; (d) alocação PAB; (e) financiamento do setor. Para os indicadores sugeridos, os dados ainda não estão disponíveis por grandes regiões e estados.

PRIORIDADES E POSSIBILIDADES PARA A COOPERAÇÃO DA OPAS

A Representação da OPAS vem desenvolvendo, em ação conjunta com o Ministério da Saúde e com apoio da Oficina Central, o projeto *Rede Interagencial de Informações para a Saúde — RIPSAs*, que visa a disponibilizar um conjunto de indicadores básicos selecionados, preparar informes de situação conjunturais e prospectivos, e reunir bases documentais aplicadas. O sistema está direcionado para a análise de aspectos relevantes para a estruturação e avaliação de políticas e ações públicas de interesse para a saúde, assim como para acompanhar as tendências dos problemas que a OPAS e os governos membros têm como competência manejar. Nos próximos anos, devem desenvolver-se para consolidar a RIPSAs, continuar o processo de aperfeiçoamento de indicadores e dados básicos, validar as bases de dados disponíveis e produzir informes analíticos sobre as condições de saúde.

Ainda no campo da informação, a cooperação deverá voltar-se para desenvolver metodologias para a análise de desigualdades e iniquidades em saúde, mediante a identificação e acompanhamento de indicadores das condições de vida prevalentes. Para isso, a Representação está promovendo parcerias com entidades nacionais especializadas em pesquisa econômica e social, como o IPEA, a Fundação SEADE-SP e a USP.

A OPAS tem a responsabilidade de cooperar, também, no desenvolvimento de estudos de caso sobre o impacto de medidas de intervenção adotadas para reduzir as desigualdades e iniquidades em saúde. Essa linha de trabalho envolve o estabelecimento de parcerias com entidades nacionais vocacionadas para a realização de pesquisas aplicadas à análise e avaliação de ações e serviços de saúde.

No campo do controle de doenças e agravos à saúde, busca-se revigorar as ações de cooperação para o enfrentamento de grandes problemas persistentes (malária, dengue, doença de Chagas, cólera, lepra e tuberculose), dar suporte aos esforços nacionais para a eliminação de doenças evitáveis por imunização (sarampo e tétano neonatal), e apoiar ações voltadas ao controle de problemas emergentes (aids, entre outros) que requerem iniciativas no campo do desenvolvimento científico e tecnológico.

As ações relativas ao item anterior devem estar balizadas no aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica/vigilância da saúde pública, de forma a proporcionar informação epidemiológica oportuna e base metodológica para o desenho e implementação de medidas de prevenção e controle de doenças, assim como de promoção da saúde. Cumpre à OPAS relevante papel de apoio às iniciativas nacionais nessa área.

Outro ponto focal importante da cooperação refere-se à promoção de programa de vigilância da qualidade de insumos para a saúde, em especial aqueles incluídos nas competências de fundos rotativos administrados pela OPAS. Destacam-se como insumos principais: vacinas e soros, sangue e hemoderivados, medicamentos estratégicos, dispositivos de diagnóstico e produtos destinados ao controle vetorial.

Cabe ainda à OPAS promover o debate sobre o modelo de atenção à saúde e de organização de serviços, no contexto dos marcos referenciais de desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, no sentido de contribuir para o seu contínuo aperfeiçoamento.