



AgEcon SEARCH
RESEARCH IN AGRICULTURAL & APPLIED ECONOMICS

The World's Largest Open Access Agricultural & Applied Economics Digital Library

This document is discoverable and free to researchers across the globe due to the work of AgEcon Search.

Help ensure our sustainability.

Give to AgEcon Search

AgEcon Search
<http://ageconsearch.umn.edu>
aesearch@umn.edu

*Papers downloaded from **AgEcon Search** may be used for non-commercial purposes and personal study only. No other use, including posting to another Internet site, is permitted without permission from the copyright owner (not AgEcon Search), or as allowed under the provisions of Fair Use, U.S. Copyright Act, Title 17 U.S.C.*

CONDIÇÕES E ACESSO À SAÚDE ENTRE OS OCUPADOS NOS SETORES AGRÍCOLA, INDUSTRIAL E SERVIÇOS: UMA ANÁLISE REGIONAL EM ANOS RECENTES, 1998 E 2003.

FABÍOLA CRISTINA DE OLIVIEIRA; ANGELA MARIA CASSAVIA JORGE CORRÊA;

UNIMEP - ESALQ/USP

PIRACICABA - SP - BRASIL

ajcorrea@unimep.br

APRESENTAÇÃO SEM PRESENÇA DE DEBATEDOR

MERCADO DE TRABALHO AGRÍCOLA



XLIV CONGRESSO DA SOBER

“Questões Agrárias, Educação no Campo e Desenvolvimento

Título: Condições e Acesso à Saúde entre os ocupados nos setores agrícola, industrial e serviços: uma análise regional em anos recentes, 1998 e 2003.

Grupo de Pesquisa: 8. Mercado de Trabalho Agrícola

RESUMO

O estudo efetua análise da evolução do perfil das condições de saúde e acesso a serviços em saúde entre as pessoas ocupadas no setor agrícola, industrial e serviços, para o agregado do Brasil e suas grandes regiões entre os anos de 1998 e 2003, procurando destacar as diferenças regionais. A base de dados se constitui de informações extraídas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que nos anos de 1998 e 2003 contemplou em seu Suplemento Especial o tema da Saúde. A análise da condição da saúde e do perfil de acesso e utilização dos serviços em saúde é desenvolvida através de análise exploratória de dados, fundamentada em métodos da estatística descritiva. De um modo geral, verificou-se que não houve substanciais diferenças intersetoriais e regionais quanto ao estado de saúde, obtido através do ponto de vista da própria pessoa. Entre 1998 e 2003 houve um aumento relativo do número de pessoas que declararam possuir o

hábito de procurar pelo mesmo serviço de saúde, indicando que uma maior parcela de pessoas foram incorporadas ao sistema de saúde brasileiro, seja privado ou público, em todas as regiões do país. Com relação ao perfil da utilização e financiamento por serviços de saúde, as regiões Norte e Nordeste colocam-se em direções opostas ao estado de São Paulo e regiões Sul e Centro-Oeste. São Paulo, o estado que mais se beneficiou de todo o processo de expansão industrial do país, destaca-se por apresentar financiamento de seus serviços de internação hospitalar através de planos de saúde e pela maior concentração de pessoas possuidores de planos e seguros de saúde. Segue-se a esse estado a região Sul, os demais estados do Sudeste e Centro-Oeste. De modo geral é preciso destacar a inequívoca dependência dos trabalhadores ocupados nos setores industrial e serviços, e principalmente, entre os agricultores, relativamente ao sistema público de saúde, o que implica que o SUS é essencialmente importante no financiamento de saúde entre esses trabalhadores, pois percentuais elevados de pessoas recorrem a esse sistema para atendimento básico de saúde e atendimento de média e alta complexidade.

PALAVRAS-CHAVE: Condição de saúde, Acesso à saúde, Agricultura, Indústria, Serviços.

1. INTRODUÇÃO

Os problemas referentes à saúde têm levantado acaloradas discussões de governantes das diferentes esferas, organizações internacionais e nacionais, de especialistas e até mesmo dos usuários dos serviços de saúde. Segundo Elias (2001), após três décadas da realização da Conferência da Organização Mundial da Saúde na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, a difusão do ideário da saúde como bem universal e desejável a ser alcançado, coloca uma série de desafios aos setores ligados direta ou indiretamente com os problemas da saúde. O objetivo maior desses grupos de interesses é influenciar o Estado na formulação e implementação de políticas sociais, especialmente na área da saúde, que melhor atendam as reais demandas e necessidades.

Ademais, destaca-se conforme Baer (2002), que um dos principais objetivos do desenvolvimento econômico é proporcionar melhorias no padrão de vida do cidadão médio de um país. Assim sendo, tais melhorias podem ser alcançadas através de aumentos na renda média *per capita*, o que exige um modelo razoável de distribuição de renda, mas também podem ser conquistadas através de políticas públicas que ofereçam a esse cidadão melhorias na sua saúde, nas condições de trabalho, na educação e em outras formas de seguridade social. Contudo, garantir um volume adequado e regular dos recursos que financiam as políticas sociais constitui uma das questões que preocupam governantes das diferentes esferas, especialistas e técnicos, principalmente nos anos 1990, marcados por períodos de recessão e crise econômica, de forma que a área social se revela mais vulnerável às restrições orçamentárias.

A crescente responsabilidade governamental na área da saúde é uma característica comum à maioria dos sistemas de saúde contemporâneos. Entretanto, essa participação como provedor direto de produtos e serviços pode variar de intensidade de

país para país, pois em muitos países o poder público se destaca, tanto como agente regulador, quanto como principal fonte de financiamento (BARROS, PIOLA e VIANNA, 1996, p. 24). Ainda é válido destacar, segundo os mencionados autores, que a questão da equidade carrega consigo o imperativo ético de estender a cobertura a segmentos marginalizados da sociedade, procurando reduzir as desigualdades de acesso. Mesmo quando não é reconhecida como direito social universal, a presença estatal no campo da saúde se impõe como ação necessária para a preservação e reposição da força de trabalho.

Mediante a constatação de que o mercado não tem condições de administrar o conjunto de medidas que devem ser direcionadas para essa área, destaca-se que o Estado brasileiro tem hoje um papel relevante nas ações de atenção e promoção à saúde. Principalmente porque se trata de uma economia extremamente desigual, em que grande parte das famílias não possuem capacidade de exercer poder de compra para atenderem muitas de suas necessidades, inclusive questões ligadas à saúde.

De forma que os reflexos da desigualdade econômica, associados à fragilidade da organização política dos segmentos excluídos, além dos elevados índices de desemprego e subemprego, que resultam em precárias condições de vida de expressiva parcela da população, são alguns dos problemas que determinam as condições de saúde e tornam complexo o desempenho dos serviços de saúde no Brasil (OPAS, 2001, p. 1).

Nesse cenário, marcado por realidades regionais díspares, julga-se importante entender os diferentes padrões da situação de saúde entre os ocupados nos setores agrícola, industrial e de serviços do país, e em suas várias regiões geográficas, como forma de contribuir para um tema pouco aprofundado na literatura, conforme destaca Andrade (2002).

Nesse contexto, este estudo tem por objetivo apresentar uma análise descritiva da evolução do perfil das condições de saúde e acesso a serviços em saúde entre as pessoas ocupadas no setor agrícola, industrial e serviços, no Brasil e suas grandes regiões em anos recentes (1998 e 2003), com ênfase regional.

2. BASE DE DADOS E METODOLOGIA

A base de dados utilizada na avaliação da situação e acesso a serviços em saúde é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e seu Suplemento Especial Saúde, contemplados nos anos de 1998 e 2003. Essa pesquisa de inquéritos domiciliares tem a vantagem de abordar as características socioeconômicas e de questões especiais que são inseridas em seus suplementos.

Importante destacar que, na medida em que se trabalha com os dados do questionário adicional das PNAD's 1998 e 2003 sobre a saúde, não se pode deixar de abordar algumas críticas que foram levantadas em vários estudos sobre o tema. Com o intuito de auxiliar na investigação das características de saúde entre as pessoas ocupadas nos setores agrícola, industrial e de serviços do país e de suas grandes regiões, considerando alguns limites da base de dados disponível.

Assim, uma das principais críticas destacadas por muitos pesquisadores quanto aos dados de 1998 refere-se as questões sobre as características de morbidade¹ dos indivíduos, em que o entrevistado responde sobre as condições de sua saúde com base na sua percepção. De acordo com Andrade (2002), a auto-avaliação do estado de saúde gera uma resposta subjetiva, pois depende da expectativa que o indivíduo possui sobre sua própria saúde, sem necessariamente ter a garantia de um diagnóstico médico. Além disso, como afirma Dachs (2002), a pergunta relacionada a auto-percepção do estado de saúde apresenta certas deficiências, uma vez que diferentes grupos sociais têm percepções distintas sobre seu estado de saúde, em função de questões socioeconômicas, culturais e geográficas.

Com efeito, levando-se em conta certos casos em que o indivíduo a ser entrevistado não se encontrava no domicílio no momento da pesquisa, e que seu estado de saúde foi declarado por outro morador do domicílio ou por outra pessoa não moradora do mesmo, optou-se por analisar neste estudo apenas os indivíduos que auto-declararam o seu próprio estado de saúde, a fim de evitar maior grau de subjetividade nos resultados.

Cabe destacar que, apesar das críticas, a PNAD é uma coleta oficial de dados e seu Suplemento Saúde permite a investigação de um tema pouco aprofundado na literatura nacional, já que poucas pesquisas no Brasil preocupam-se com o tema da saúde individual, e se restringem unicamente ao tema saúde. Além disso, a PNAD aproxima-se de pesquisas internacionais que abordam o tema saúde, como a *Medical Expenditure Panel Survey (MEPS)* e a *National Health Interview Survey (NHIS)*, ambas dos Estados Unidos (ver Andrade, 2002).

Frente ao exposto, este estudo limitou-se ao universo de análise dos indivíduos: a) pertencentes à população economicamente ativa (PEA)²; b) ocupados³ nos setores de atividades⁴ agrícola, industrial e comercial; c) com 15 anos ou mais de idade, para permitir que o indivíduo possa ter concluído minimamente o primeiro grau de ensino básico; d) que trabalham 15 horas ou mais por semana, procurando estabelecer um número mínimo semanal de horas trabalhadas de forma a representar ao menos uma ocupação em turno parcial, e ; e) que auto-declararam o seu estado de saúde .

As amostras assim constituídas abrangem o Brasil e suas grandes regiões, já que as estatísticas apresentadas para o Brasil nas publicações da PNAD consideram as informações de todas as áreas pesquisadas, representando, portanto, a totalidade do País, com exceção somente da área rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e

¹ A caracterização da morbidade percebida foi feita por meio da auto-avaliação do estado de saúde e da presença de doença crônica. PNAD-IBGE

² A população economicamente ativa é formada pelas pessoas entre 10 e 64 anos que estão trabalhando ou procurando emprego, PNAD-IBGE.

³ Para esse estudo foram classificadas como ocupadas na semana de referência as pessoas que tinham trabalho durante todo ou parte desse período. Incluíram-se ainda, como ocupadas as pessoas que não exerceram o trabalho remunerado que tinham na semana de referência por motivo de greve, férias, licença, etc, PNAD-IBGE.

⁴ A classificação da atividade do empreendimento foi obtida através da finalidade ou ramo de negócio da organização, empresa ou entidade para a qual a pessoa trabalhava. Para os trabalhadores por conta-própria a classificação foi feita de acordo com ocupação exercida.

Amapá. Foram construídas amostras regionais, utilizando-se os mesmos parâmetros definidos na construção das amostras para o Brasil. As regiões geográficas consideradas no estudo são: a) o estado de São Paulo como uma região; b) a região Sul; c) a região Sudeste, excluindo São Paulo, d) a região Centro-Oeste; e) a região Nordeste; e) e a região Norte, excluindo-se os trabalhadores que residem na sua área rural, dada a limitação da coleta de dados da PNAD que até 2003 não incluiu os residentes rurais da região norte do país.

Os ramos de atividades no trabalho principal na semana de referência foram classificados a partir de definições estabelecidas pela PNAD-IBGE:

- Entre os ocupados no setor agrícola, incluíram-se as pessoas, residentes em áreas rurais ou urbanas, ocupadas com atividade principal na agricultura, silvicultura, pecuária, extração vegetal, pesca e piscicultura;

- Em relação ao setor industrial estão incluídas as pessoas ocupadas com atividade principal na indústria de transformação, da construção e outras atividades industriais, como a extração mineral e os serviços industriais de utilidade pública;

- Foram classificados como ocupadas no setor de serviços todas as pessoas com atividade principal em comércio de mercadorias, prestação de serviços, serviços auxiliares da atividade econômica, transporte, comunicação, serviços sociais, comunitários e administração pública. Os trabalhadores que se classificaram em “outras atividades” foram excluídos da amostra, pois estas incluem atividades mal definidas e não-declaradas.

A Tabela 1 apresenta o tamanho das amostras das regiões segundo os setores de atividade para os anos de 1998 e 2003. Verifica-se algumas diferenças regionais quanto à composição da mão-de-obra ocupada entre os setores de atividades.

Em São Paulo apenas 7,9% e 8,1% das pessoas consideradas no estudo ocupam-se no setor agrícola, em 1998 e 2003, respectivamente, ao passo que 68,3% e 72,2% estão ocupados no setor de serviços e 23,8% e 21,8% estão ocupados nesses anos no setor industrial, percentuais estes que ultrapassam a média nacional nesses mesmos setores.

Tabela 1. Tamanho da Amostra ⁽¹⁾.

Pessoas ocupadas nos setores agrícola, industrial e serviços do Brasil ⁽²⁾, estado de São Paulo e grandes regiões, 1998 e 2003.

Brasil e regiões		Setor agrícola	%	Setor industrial	%	Setor Serviços	%	Todos os setores	% total
Brasil	1998	6523618	24,59	4415052	16,64	15589201	58,77	26527871	100,00
	2003	6737536	24,13	4363699	15,63	16816661	60,24	27917896	100,00
São Paulo	1998	394001	7,85	1196304	23,83	3429051	68,32	5019356	100,00
	2003	320656	6,10	1143191	21,75	3791492	72,15	5255339	100,00
Sudeste-SP	1998	1002424	18,63	908261	16,88	3470269	64,49	5380954	100,00
	2003	974852	17,03	917609	16,03	3832788	66,95	5725249	100,00
Sul	1998	1364516	28,83	871191	18,41	2497057	52,76	4732764	100,00
	2003	1420411	28,02	940295	18,55	2707692	53,42	5068398	100,00
Centro-Oeste	1998	439047	20,93	289138	13,78	1369950	65,29	2098135	100,00
	2003	432388	20,48	279566	13,24	1399390	66,28	2111344	100,00
Nordeste	1998	3131814	39,09	960992	11,99	3919361	48,92	8012167	100,00
	2003	3407125	41,26	861969	10,44	3988105	48,30	8257199	100,00
Norte	1998	191816	14,93	189166	14,73	903513	70,34	1284495	100,00
	2003	182104	12,14	221069	14,73	1097194	73,13	1500367	100,00

Fonte: Microdados das PNAD's 1998 e 2003.

⁽¹⁾ Número de pessoas após a aplicação das restrições. Os números entre parênteses referem-se ao tamanho da amostra, e os demais valores referem-se à estimativa da população.

⁽²⁾ Exclui a área rural da região Norte, exceto Tocantins.

Na região Sudeste (excluído o estado de São Paulo), existe uma maior participação da mão-de-obra na agricultura, que em 1998 equivale a 18,6%, e mesmo passando a 17,0% em 2003 ainda representa o segundo setor que mais absorve mão-de-obra, depois do setor de serviços, na região. Mas o percentual de pessoas ocupadas no setor primário está muito próximo do obtido entre os ocupados no setor secundário (16,9% e 16,0%).

Na região Sul a participação de pessoas ocupadas na agricultura ganha mais expressividade, atingindo um universo de 28,8% de todos os ocupados em 1998, e 28,0% em 2003. O setor industrial não se retrai em relação aos outros estados, absorvendo 18,4% e 18,6% da mão-de-obra ocupada, nesses anos analisados. Entre os ocupados da região Centro-Oeste, a taxa de ocupação nos setores agrícola (20,9% e 20,5%) e industrial (13,8% e 13,2%) para os dois anos em análise, comparativamente, é inferior às taxas observadas no Brasil em geral. Enquanto que o setor de serviços no Centro-Oeste desde 1998 é responsável por absorver 65,3% das pessoas consideradas neste estudo, alcançando o percentual 66,3% em 2003.

No Nordeste brasileiro, chama-se a atenção para a importância da agricultura como setor absorvedor de mão-de-obra, uma vez que dentre todos os ocupados da região 39,1% encontram-se em 1998 nesse setor da economia, elevando-se para 41,3% no ano de 2003. E na região Norte, por não considerar as pessoas que residem nas áreas rurais, a participação de ocupação na agricultura e na indústria estão muito próximas, tanto em 1998 quanto em 2003, de forma que a maior parcela da população encontra-se ocupada no setor de serviços.

A investigação das condições e acesso à saúde das pessoas ocupadas na agricultura, indústria e setor de serviços é fundamentada em procedimentos de análise exploratória de dados, respaldados em métodos de estatística descritiva. Os cálculos e análises estatísticas pertinentes foram obtidos com apoio de softwares estatísticos, como o *Statistical Software System* (SAS) e os recursos estatísticos da planilha Excel, levando-se em conta os pesos de cada indivíduo na amostra, fornecidos pelas PNAD's - IBGE 1998 e 2003.

3. PRINCIPAIS RESULTADOS

É importante registrar que, embora auto-avaliação do estado de saúde represente uma medida do estado de saúde baseada em um critério subjetivo, já que o indivíduo responde conforme a sua perspectiva sobre a sua condição de saúde, essa variável é frequentemente avaliada como uma importante medida de necessidade em saúde, uma

vez que pode ser considerada como uma escala de bem-estar geral do indivíduo (Neri e Soares, 2002b),

De modo geral, pode-se dizer que entre os trabalhadores brasileiros considerados neste estudo, a condição de saúde é avaliada de forma positiva (saúde boa e muito boa) por um percentual de cerca de 73,0% dessas pessoas, em ambos os anos de 1998 e 2003. É claro que existem certas diferenças regionais e intersetoriais, pois o padrão do estado de saúde “normal” para o grupo de pessoas ocupadas no setor agrícola foi inferior ao declarado pelas pessoas ocupadas nos setores industrial e de serviços, tanto para o Brasil como para todas as regiões analisadas. Não se verificam substanciais diferenças entre os anos investigados (Ver Tabela 2).

Tabela 2. Auto-avaliação (%) do estado de saúde considerada boa e muito boa, segundo setores de atividades. Brasil e regiões, 1998 e 2003.

regioes\ anos	Setor agrícola		Setor industrial		Setor serviços	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Brasil	64,77	64,87	78,87	78,66	77,34	77,90
São Paulo	76,64	72,24	82,43	83,25	81,59	80,69
Sudeste - SP	65,32	66,93	81,20	79,90	79,40	81,26
Sul	60,34	62,83	78,00	82,37	81,40	81,18
Centro-Oeste	69,71	66,61	75,42	74,03	77,04	76,37
Nordeste	64,79	64,67	76,01	70,72	71,70	71,89
Norte	57,61	56,38	69,08	70,86	67,01	68,84

Fonte: Microdados da PNAD's 1998/ 2003.

Por outro lado, os indicadores que refletem uma condição de saúde declarada precária pelo indivíduo também são mais acentuados entre os ocupados no setor primário de atividade, especialmente entre os ocupados nesse setor da região Norte. Em relação a esta região, ratifica-se que pelo fato de trabalhar-se apenas com as pessoas que residem na área urbana, é muito provável que esse percentual de pessoas que declarou um estado de saúde ruim ou muito ruim, 6,6% em 1998 e 6,0% em 2003, possam estar subestimados. Mas esses indicadores já sinalizam para uma necessidade de cuidados em saúde para os ocupados, especialmente do setor agrícola, dessa região do país (ver Tabela 3).

Tabela 3. Auto-avaliação (%) do estado de saúde considerada ruim e muito ruim, segundo setores de atividades. Brasil e regiões, 1998 e 2003.

regioes\ anos	Setor agrícola		Setor industrial		Setor serviços	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Brasil	5,49	5,11	2,59	2,60	2,78	2,65
São Paulo	2,84	2,70	2,23	1,81	2,20	2,07
Sudeste - SP	5,41	5,95	1,91	2,52	2,53	2,37
Sul	5,93	4,50	2,49	2,45	2,38	2,20
Centro-Oeste	4,24	4,03	2,13	2,78	2,71	2,67
Nordeste	5,75	5,42	3,65	3,20	3,52	3,54
Norte	6,55	6,00	4,63	5,03	4,01	3,51

Fonte: Microdados da PNAD's 1998/ 2003.

Por conseguinte, e de acordo com Pinheiro *et al.* (2002), o padrão de utilização de serviços de saúde de um certo grupo populacional é explicado, principalmente, por seu perfil de necessidades em saúde, além de fatores externos e internos ao setor. Há também fatores da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos, tais como a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos financeiros, humanos e tecnológicos, a localização geográfica, a cultura local, a ideologia do prestador, entre outros. Por outro lado, as escolhas individuais também são fundamentais, atentando para o fato de que nem todas as necessidades se convertem em demanda, e nem todas as demandas são atendidas.

Para analisar a necessidade de serviços de saúde em função de problemas temporários de saúde, utilizam-se as seguintes variáveis: a frequência relativa do número de pessoas que passaram por restrições de atividades habituais, e a das que permaneceram acamadas, no período de referência das duas últimas semanas da pesquisa das PNAD's 1998 e 2003. De acordo com Andrade (2002), essas perguntas constituem uma medida funcional do estado de saúde dos indivíduos com grande relevância, já que podem refletir os impactos da situação de saúde dos indivíduos no mercado de trabalho.

Dessa forma, entre os ocupados nos setores agrícola, industrial e serviços houve pequenas variações quanto à restrição de tarefas costumeiras e permanência de dias acamados. Mas o percentual de pessoas que tiveram problemas funcionais para executar temporariamente as atividades ligadas a sua ocupação foram relativamente maiores do que o percentual de pessoas que pararam suas atividades por estarem acamadas, tanto no ano de 1998 como em 2003. Destaca-se que, para ambas as questões, os percentuais são mais elevados entre os trabalhadores ocupados da região Norte, em todos os setores de atividades e, além disso, no intervalo de 1998 a 2003, as maiores variações positivas quanto a essas necessidades em saúde ocorreram entre os ocupados do setor primário de atividades dessa região (ver Tabela 4).

Tabela 4. Necessidades de serviços de saúde, Brasil e grandes regiões, 1998 e 2003.

Necessidades de serviços em saúde		Setor agrícola		Setor industrial		Setor Serviços	
		1998	2003	1998	2003	1998	2003
BR	Restrição de atividades (%)	7,91	8,29	7,03	8,40	7,11	7,08
	Esteve acamado (%)	4,38	3,95	3,24	3,87	4,20	3,82
SP	Restrição de atividades (%)	5,64	8,90	5,89	7,62	6,29	6,42
	Esteve acamado (%)	3,90	2,43	2,80	3,09	3,61	3,09
SE - SP	Restrição de atividades (%)	7,94	9,03	6,46	7,77	6,40	5,99
	Esteve acamado (%)	4,00	3,99	2,94	3,41	3,93	3,53
SUL	Restrição de atividades (%)	8,54	7,60	8,43	9,15	6,75	7,07
	Esteve acamado (%)	4,48	3,87	3,15	4,01	3,82	3,52
CO	Restrição de atividades (%)	7,49	7,52	8,16	10,34	7,77	7,61
	Esteve acamado (%)	3,90	2,97	3,85	4,31	4,07	4,02
NE	Restrição de atividades (%)	7,83	8,14	6,59	7,56	7,71	7,70
	Esteve acamado (%)	4,49	4,00	3,48	4,17	2,63	4,33
NO	Restrição de atividades (%)	10,25	13,36	11,10	12,71	10,33	10,37
	Esteve acamado (%)	5,87	8,94	5,58	7,43	6,93	6,00

Fonte: Microdados das PNAD's 1998/ 2003.

A necessidade de serviços para atendimento à saúde não ocorre apenas para serviços mais simples, como são os casos de restrição de atividades ou necessidade de estar acamado, mas há casos mais complexos que fazem com que os indivíduos demandem atendimento hospitalar para atendimento de suas afecções. Assim, para o agregado do país, no ano de 1998 7,3%, 6,8% e 8,1% dos ocupados nos setores agrícola, industrial e serviços, respectivamente, necessitaram de serviços de internação no período de referência de um ano da PNAD. Em 2003, esses percentuais permaneceram praticamente estáveis entre os ocupados agrícolas (7,4%), e se elevaram entre os trabalhadores do setor secundário (7,7%) e entre os ocupados do setor de serviços houve uma queda na necessidade de serviços hospitalares (7,4%). Para maiores detalhes ver Tabela 5.

Tabela 5. Percentual de pessoas que necessitaram de serviços de saúde para internação, Brasil e grandes regiões, 1998 e 2003.

	Setor agrícola		Setor industrial		Setor Serviços	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
BR	7,34	7,38	6,79	7,73	8,07	7,43
SP	8,22	5,66	7,52	7,17	7,52	7,05
SE - SP	6,84	7,89	4,58	6,80	7,12	6,72
SUL	8,91	7,63	8,79	7,99	8,41	7,96
CO	9,46	8,43	7,13	10,49	9,16	8,55
NE	6,41	7,08	6,03	7,90	8,41	7,41
NO	7,33	8,96	6,93	9,24	9,82	8,46

Fonte: Microdados das PNAD's 1998/ 2003.

Observa-se também, através das informações sistematizadas pela Tabela 5, que em 1998 os ocupados no setor agrícola apresentaram indicadores de internação mais elevados em relação aos ocupados nos outros dois ramos de atividade, com exceção das regiões Norte e Nordeste (em que maiores percentuais foram constatados entre o grupo de ocupados no setor de serviços). Já em 2003, entre os ocupados agrícolas houve uma redução sistemática da necessidade de internação em São Paulo e nas regiões Sul e Centro-Oeste, ao passo que em todas as regiões, exceto na região Sul, os ocupados no setor industrial apresentaram elevações em casos de internação. Dessa forma, nesse último ano em análise, os ocupados no setor de atividades da indústria demandaram mais serviços de internação frente aos demais setores de atividade da economia brasileira.

Para o universo de pessoas que apresentaram necessidades de internação hospitalar nos anos de 1998 e 2003, a fonte de financiamento mais convencional foi o SUS, especialmente para os ocupados agrícolas do Brasil e de todas as regiões em estudo. Nesse intervalo de cinco anos, o padrão de financiamento de serviços de saúde em casos de internação hospitalar não apresentou modificações substanciais, mas demonstrou que a cobertura através do sistema público de saúde continua crescendo, especialmente entre os ocupados no setor agrícola das regiões Norte e Nordeste (ver Figura 1)

Cabe ainda destacar que o estado de São Paulo se destaca em alguns aspectos, como: i) pela menor utilização do sistema público de saúde em casos de internação nos setores industrial e de serviços; ii) pela queda acentuada de ocupados no setor agrícola que utilizaram o SUS para suas internações, embora tenha havido uma redução no percentual de pessoas que necessitaram desses serviços no ano de 2003 em relação ao ano de 1998.

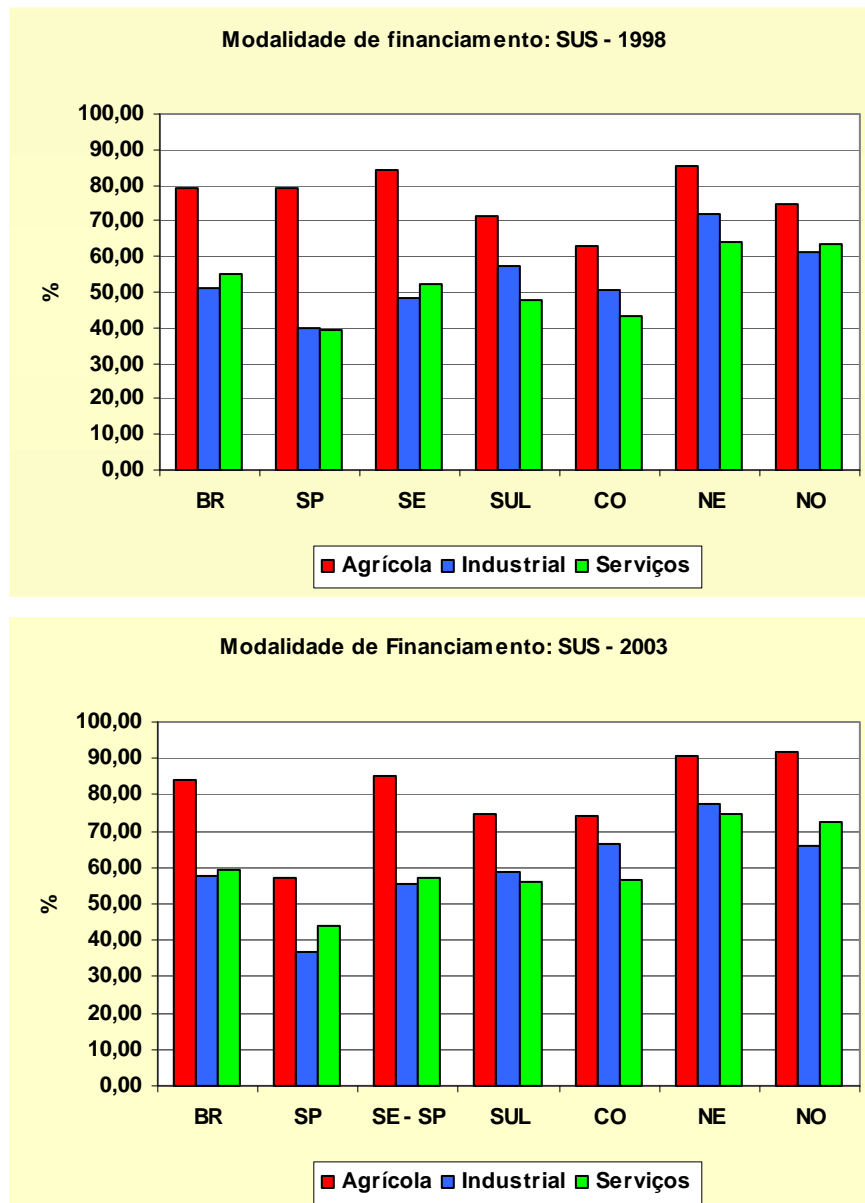


Figura 1. Modalidade de Financiamento de serviços de saúde para internação: SUS, Brasil e grandes regiões, PNAD's 1998 e2003.

Algumas considerações merecem destaque:

1) O padrão de financiamento dos serviços de saúde é relativamente complexo, pois muitos brasileiros possuem dupla cobertura – pública e privada – e optam pela utilização de um serviço público ou privado dependendo de vários fatores, inclusive em função da natureza dos problemas de saúde que enfrentam;

2) Braga e Silva (2001) tratam de forma clara o problema que envolve o padrão de financiamento em saúde no Brasil, pois numa sociedade capitalista a saúde pode ser viabilizada sob duas formas: i) como uma mercadoria de qualidade e preço acessível, ou ; ii) como um serviço público eficiente e financiado de maneira estável, com os recursos

tributários. Contudo, ao longo do desenvolvimento capitalista no Brasil, não foi possível assegurar amplamente nenhuma dessas duas formas de serviços à população.

O sistema público universal apresenta problemas qualitativos em muitas de suas unidades, e mesmo naquelas que possuem inegável qualidade o acesso ainda é muito restrito para grande parte da população. Além da questão estrutural de não se formalizar uma fonte estável de financiamento para a área.

O setor privado de atenção suplementar à saúde, por sua vez, também apresenta suas deficiências, conforme apontado pelos supra-mencionados autores: i) quando o serviço é de qualidade, o seu preço é fixado em patamares inacessíveis a maioria da população; ii) quando se tem um preço acessível, seu serviço, embora seja de qualidade superior ao da rede pública nos níveis menos complexos de atendimento (o que explica a sua expansão dentre os indivíduos de baixa renda), em grande parte incide em práticas de reajustes abusivos de preços e de omissão de alguns serviços médicos. Além de encaminhar os procedimentos mais onerosos e de maior complexidade para as unidades hospitalares do setor público.

De acordo com Pinheiro *et al.* (2002), o uso regular de um mesmo serviço de saúde pode ser interpretado como espécie de “porta de entrada” ao sistema de saúde. No Brasil como um todo observa-se, pelos dados da Tabela 6, que o hábito de procurar o mesmo tipo de serviço de saúde quando a pessoa precisa de atendimento oscilou entre 65,3% e 71,9% no ano de 1998 e, em 2003, esses valores foram de 79,2% e 73,5%, para as pessoas ocupadas nos três setores de atividades. De modo geral, não se pode dizer que entre os ramos de atividades existem diferenças no uso regular de serviços, pois dentro de cada região as diferenças não são marcantes. Porém, pode-se notar que existe um diferente padrão de utilização de serviços entre as regiões analisadas, em que o estado de São Paulo apresenta um contingente mais elevado de pessoas que, de certa forma, estão inseridas ao sistema de saúde brasileiro, seja ele público ou privado. E entre 1998 e 2003 ocorre uma elevação em todos os setores e regiões do percentual de pessoas que declararam o uso regular de um mesmo serviço de saúde, o que sinaliza que nesse referido intervalo de tempo houve uma ampliação relativa do número de ocupados nos três setores da economia que estão inseridos no sistema de saúde brasileiro.

Tabela 6. Percentual (%) de pessoas que costumam utilizar regularmente um mesmo serviço de saúde segundo setores de atividades, Brasil e grandes regiões, 1998 e 2003.

	Setor agrícola		Setor industrial		Setor Serviços	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
BR	65,28	73,47	69,93	79,20	71,92	78,09
SP	84,21	88,41	76,98	83,03	80,75	83,04
SE - SP	75,24	82,33	69,95	80,28	73,31	80,39
SUL	76,28	83,78	76,68	83,08	77,27	83,68
CO	55,76	67,99	61,46	72,24	67,39	73,10
NE	56,06	65,63	57,41	71,92	61,06	69,71
NO	68,25	79,00	70,82	75,53	72,33	72,83

Fonte: Microdados das PNAD's 1998/ 2003.

A Tabela 7 apresenta informações sobre o acesso a consultas médicas realizadas no período de referencia de 1 ano das pesquisas das PNAD's 1998 e 2003. De modo geral, no ano de 1998 constata-se que entre os trabalhadores do ramo de serviços, o acesso a consultas médicas foi mais elevado relativamente do que entre os ocupados do ramo industrial e principalmente em relação aos ocupados agrícolas. E as regiões menos desenvolvidas, Norte e Nordeste, novamente se destacam pelos indicadores mais baixos, especialmente no que se refere aos ocupados agrícolas e industriais. Contudo, em 2003, maiores percentuais de consultas médicas podem ser visualizadas entre os ocupados no setor secundário comparativamente aos demais ocupados nos outros dois setores de atividades.

Entre os ocupados no setor agrícola verifica-se que, entre 1998 e 2003, o estado de São Paulo se destaca por apresentar uma maior elevação do percentual de pessoas que procuraram por consultas médicas, seguido pelas regiões Norte e Nordeste. Enquanto que entre os ocupados no setor industrial, houve um crescimento mais elevado nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. E entre os trabalhadores do setor de serviços, a região Norte novamente se destaca por um crescimento mais expressivo nesse tipo de utilização de serviços em saúde no período em estudo.

Tabela 7. Percentual (%) de pessoas que consultaram médico no período de referência de 12 meses da PNAD segundo o setor de atividade, Brasil e grandes regiões, 1998 e 2003.

	Setor agrícola		Setor industrial		Setor Serviços	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
BR	46,00	52,99	55,38	69,77	62,20	67,19
SP	48,38	66,85	58,97	73,88	62,97	70,42
SE - SP	48,88	53,08	55,91	70,69	62,82	67,39
SUL	50,85	58,04	61,93	71,39	60,25	67,63
CO	46,44	54,27	49,12	67,84	62,32	67,45
NE	42,80	49,51	48,58	64,46	62,76	63,47
NO	42,79	50,65	44,06	60,97	59,67	75,35

Fonte: Microdados das PNAD's 1998/ 2003.

Quanto à oferta de serviços em saúde vale destacar que, no âmbito regional, de acordo com o relatório da OPAS (2001), diferenças substanciais podem ser observadas na cobertura da população pelo sistema público de saúde. Pois, ao efetuar análise entre 1987 e 1999 (antes e depois da criação do SUS), as mudanças no padrão de oferta de serviços ocorrem no crescimento expressivo do número de consultas/ habitante nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, reduzindo a desigualdade preexistente. Nessas regiões as internações se elevam de forma relevante frente a quedas constatadas nas regiões Sul e Sudeste, de 40,9% e 12,1%, respectivamente.

De fato, a universalização do acesso significou um avanço muito grande na questão da oferta de serviços. Quando a assistência de saúde era prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, eram beneficiados apenas os trabalhadores de economia formal, ou seja, aqueles que tinham “carteira assinada” e seus dependentes. Esse aspecto, além de implicar exclusão de um grande contingente de pessoas ao direito à saúde, também implicava em desigualdades regionais quanto à organização e oferta de serviços. Pois, quanto mais se desenvolvia a economia de determinado estado, mais havia a presença de relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Estudos de Santos (2002) confirmam essa tendência, em que as regiões Sul e Sudeste eram as que mais absorviam recursos para o sistema de saúde em detrimento das regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Sendo que, a partir da configuração do sistema público atual, essas regiões passam a ser relativamente menos desfavorecidas com a distribuição de recursos.

A maior capacidade de oferta fez então com que as regiões Norte e Nordeste aumentassem o acesso a muitas pessoas ao atendimento de consulta médica. Já as reduções de consulta médicas nas regiões Sul e Sudeste, detectadas através do estudo da OPAS (2001), estão associadas à uma série de fatores, tais como: avanços tecnológicos tanto das máquinas e equipamentos, bem como nas técnicas das ciências médicas e da saúde, além de mudanças na organização de serviços que enfatizam a prevenção e a atenção ambulatorial, como também pela expansão da cobertura do setor privado durante os anos 1990.

Ademais, é imprescindível reportar outra discussão muito importante na literatura, como encontrado em Mendes (1999), a respeito das estratégias de intervenção da vigilância da saúde, que são resultados da combinação de três grandes tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa.

Em sentido geral a promoção da saúde, incorporada nas políticas de saúde de vários países, inclusive da América Latina, foi definida segundo o mencionado autor pela Organização Pan-Americana de Saúde, como: a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde, individual e coletiva.

As ações de prevenção de doenças e de acidentes procuram estruturar intervenções que possam antecipar-se aos problemas, atuando de forma específica, de modo a alcançar indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou se acidentar. Contudo, Mendes (1999) salienta que a prevenção com base epidemiológica sofreu restrição de estruturalistas, tanto na Europa quanto na América Latina e no Canadá, que a identificaram com o modelo de assistência médica, sendo incapaz de impactar o estado de saúde por não controlar os determinantes políticos e sociais.

E o outro tipo de ação, a atenção curativa, está destinado à cura ou cuidado dos doentes para prolongamento da vida, à diminuição das dores e à reabilitação das seqüelas. Tais ações estão voltadas, essencialmente, aos indivíduos, mas podem também estar orientadas para grupos humanos, como no caso dos tratamentos grupais antimaláricos ou antiparasitários.

Com efeito, sob a ótica da demanda dos serviços de saúde, é possível analisar o motivo único ou considerado principal, pelo qual os ocupados nos três ramos de atividade do país buscam por serviços de saúde, e se houve alguma alteração nesse padrão de demanda entre os anos de 1998 e 2003. Em ambos os anos, para o grupo dos ocupados na agricultura a procura, em grande parte, está voltada para a ação curativa, em que se incluem os motivos de doença, tratamento ou reabilitação, acidente ou lesão, que em conjunto representam em 1998 mais de 53,0% e em 2003 mais de 68,0% do total da demanda por serviços de saúde. Esses resultados particularizam estudos realizados por Kassouf (2005) que, através de análise dos dados da PNAD/98, conclui que entre os indivíduos que moram no meio rural o fator mais importante na determinação da procura por atendimento à saúde é a busca por tratamentos de doenças, deixando em segundo plano os motivos preventivos. Entre os trabalhadores ocupados no setor industrial e de serviços os contingentes dos que procuraram por serviços de caráter curativos em 1998 foi de 49,5% e 44,2%, respectivamente, e em 2003, esses valores atingem 58,5% e 54,0% (ver Figura 2).

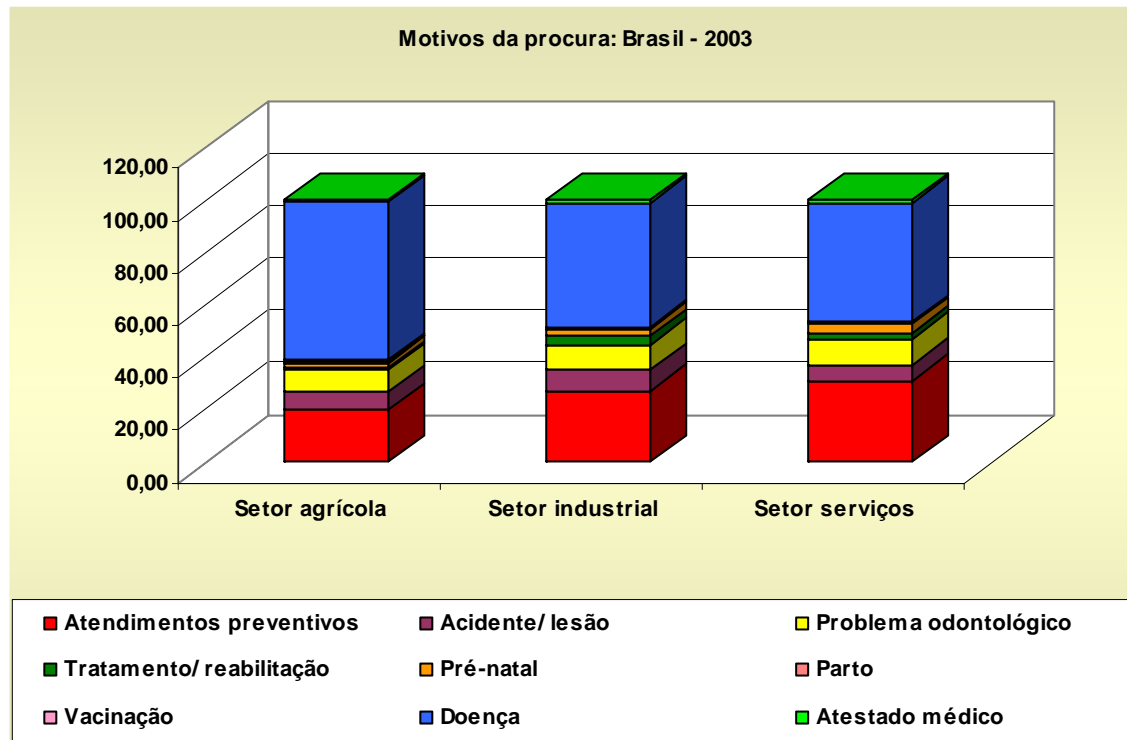
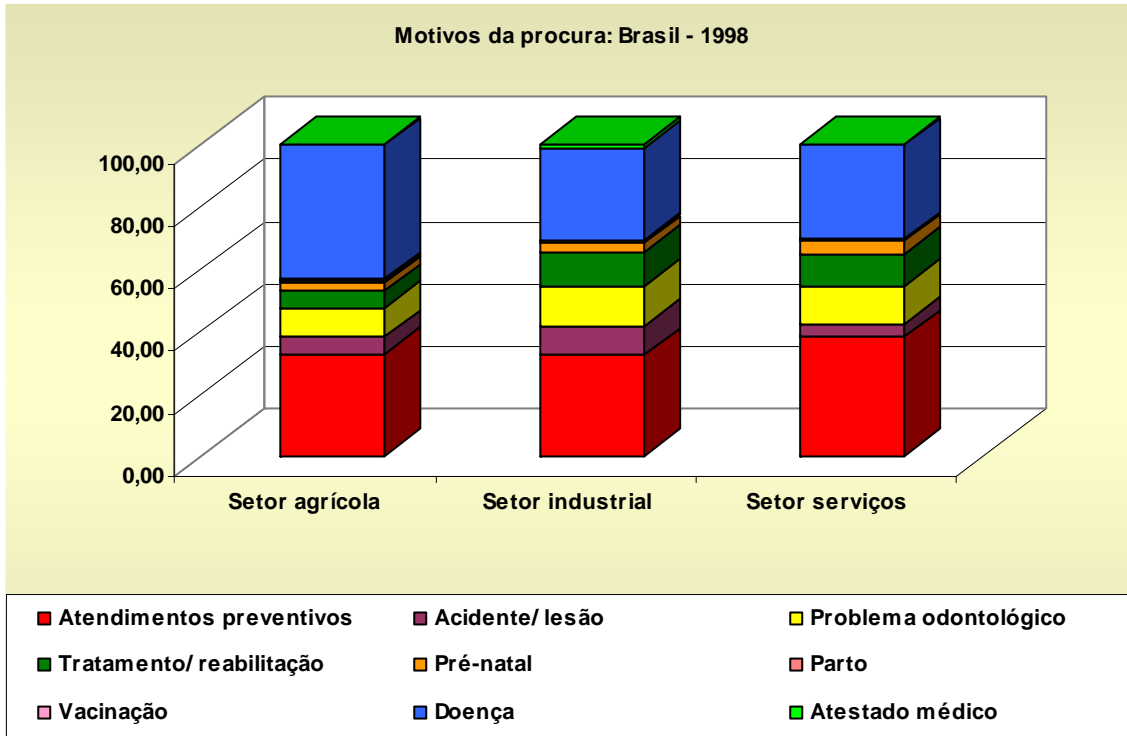


Figura 2. Distribuição (%) do motivo de procura de atendimento de saúde conforme os setores de atividades. Brasil, PNAD's 1998 e 2003.

Por outro lado, as ações de natureza fundamentalmente preventivas no campo da assistência médica – exames de rotina e prevenção e vacinação – foram proporcionalmente mais demandadas pelos ocupados no setor de serviços frente aos ocupados nos demais setores do Brasil como um todo, tanto em 1998 como em 2003. No entanto, o percentual de pessoas que são ocupadas no setor de serviços e que utilizaram serviços preventivos de saúde foi de 38,5% em 1998 e 31,3% em 2003. É importante destacar que, apesar de se registrar aumentos na utilização de serviços de saúde, no que se refere a consultas médicas e ao próprio hábito de procura por algum serviço de saúde, o que sinaliza para a ampliação do sistema de saúde, esse último resultado aponta que ao mesmo tempo em que mais pessoas estão inseridas no sistema de saúde brasileiro, essa demanda acontece por motivos curativos. Entre 1998 e 2003 verifica-se um aumento relativo de pessoas que procuraram por tais serviços, enquanto simultaneamente ocorre queda no percentual de pessoas que procuraram por serviços de saúde por motivos preventivos, sinalizando que a demanda por serviços em saúde no Brasil ainda segue a lógica do modelo curativo e hospitalocêntrico⁵.

⁵ A visão clássica do atendimento em saúde era enfocada no Nível Terciário, sendo uma abordagem em que o ponto mais importante, ou o seu centro, era o hospital e a figura do médico e buscava a reparação do dano após o estrago. Pires (2004, p.3)

Com relação à cobertura de produtos e serviços à saúde, de acordo com as informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que utiliza os dados para o conjunto da população brasileira da própria Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 (PNAD), cerca de 75% dos brasileiros recebem atendimento de saúde do subsistema público, além de parcela significativa da população coberta pelo subsistema supletivo também utilizar a rede pública, particularmente para procedimentos mais complexos e de maior custo. O subsistema de atenção médica supletiva, por sua vez, respondia nesse ano pelo atendimento de 38,7 milhões de pessoas, segurados e seus dependentes.

Mas nos anos 90 assiste-se a uma grande expansão dos planos privados de saúde, pois segundo Reis, Silveira e Andreazzi (2002), entre 1987 e 1996 os gastos das famílias com planos de saúde cresceram cerca de 74%. Contudo, a maior parte dos segurados, cerca de 29 milhões (75%), vincula-se aos planos através de empresas onde trabalham. Esse segmento está fortemente concentrado na região Sudeste, que absorve em torno de 60% da população segurada existente no país, principalmente em São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, áreas mais industrializadas e economicamente desenvolvidas do país, onde se destaca a formalização das relações de trabalho (Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2001).

As informações deste estudo quanto à posse de ativos de saúde confirma o padrão regional de cobertura destacado pela OPAS (2001), com maior concentração de segurados entre os trabalhadores ocupados paulistas, especialmente os dos ramos de atividade industrial e serviços, seguido pelos das regiões Sul e Sudeste (ver Tabela 8).

Entretanto, com uma taxa de cobertura nacional de no máximo 34,2% (ocupados no setor de serviços) em 1998 e de 34,9% (ocupados no setor industrial) em 2003, fica evidente a dependência dos ocupados nos três setores de atividades, e principalmente no setor agrícola, quanto ao sistema público de saúde. Isso está de certa forma, relacionado ao nível de rendimento médio extremamente baixo do setor primário, comparativamente aos dois outros setores de atividade considerados, não proporcionando capacidade para grande parte das famílias de exercerem poder de compra.

Outro aspecto interessante a ser observado refere-se à variação negativa das pessoas que possuem ao menos um plano de saúde, entre 1998 e 2003, entre os ocupados no setor de serviços em todas as regiões em análise. Isso pode estar associado ao processo de fragilização dos empregos regulares, com crescimento contínuo de empregos sem registro, e geração de ocupações precárias e de produtividade reduzida que atinge o mercado de trabalho brasileiro a partir dos anos 1990 [Para maiores detalhes ver Pochmann (1998), (2001), entre outros trabalhos]. Podendo-se acrescentar a tudo isso a questão da flexibilização da força de trabalho, em que se encontram a sub-contratação, a contratação de tempo parcial e a terceirização, fatores esses que inequivocamente contribuem para o aumento de pessoas empregadas nesse setor da economia, com direitos como a cobertura de planos de saúde reduzidos.

Tabela 8. Percentual (%) de pessoas que possuem ao menos um plano de saúde conforme os setores de atividade. Brasil e grandes regiões, 1998 e 2003.

	Setor agrícola		Setor industrial		Setor Serviços	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
BR	3,80	5,51	29,97	34,39	34,21	29,34
SP	11,43	13,74	45,46	52,90	45,29	41,06
SE - SP	3,62	7,29	31,01	35,47	35,64	29,78
SUL	6,96	9,66	33,32	33,89	35,83	33,89
CO	5,92	10,91	18,34	25,77	32,96	28,66
NE	1,19	2,00	13,28	16,59	24,33	18,65
NO	4,35	2,18	14,23	16,58	26,94	15,65

Fonte: Microdados das PNAD's 1998/ 2003.

Diante disso, consolida-se no Brasil, um modelo de saúde segmentado: de um lado tem-se o sistema público de saúde para aqueles que não tem recursos e, de outro, há o sistema de saúde particular, que envolve cobertura de planos e seguros de saúde e desembolsos diretos, para aqueles com melhores condições de rendimentos, que certamente procuram por um atendimento de saúde diferenciado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidencias observadas através deste estudo, com base nos indicadores de condição e acesso a serviços à saúde aponta para alguns aspectos relevantes, no período de 1998 a 2003:

a) a universalização do acesso, que tem inicio a partir dos primeiros anos da década de 90, significou um avanço muito grande na questão da oferta de serviços, o que fez com que as regiões Norte e Nordeste aumentassem o acesso a muitas pessoas ao atendimento de vários serviços à saúde, especialmente para o atendimento básico, mas por outro lado, regiões como o Sul e Sudeste apresentam um padrão relativamente parecido de demandas por atendimento médico, porque ocorreram avanços tecnológicos tanto das máquinas e equipamentos, bem como nas técnicas das ciências médicas e da saúde, além de mudanças na organização de serviços que enfatizam a prevenção e a atenção ambulatorial, como também da expansão da cobertura do setor privado durante os anos 1990;

b) Ratifica-se que na análise para o Brasil em geral e para a região Norte, as áreas rurais dessa região, onde o acesso ao serviço de saúde pode levar vários dias, não são consideradas na PNAD, e;

c) As informações extraídas das PNAD's não permitem a análise das barreiras eventuais à utilização por tipo ou nível de complexidade do serviço, e é possível que diferenças significativas possam ocorrer para os serviços de maior complexidade.

O perfil da utilização e financiamento por serviços de saúde coloca as regiões Norte e Nordeste em direções opostas ao estado de São Paulo e regiões Sul e Centro-Oeste. São Paulo é o estado que mais se beneficiou de todo o processo de expansão industrial do país, destacando-se por registrar maiores indicadores de financiamento de seus serviços de internação hospitalar através de planos de saúde e pela maior

concentração de pessoas com posse de planos e seguros de saúde. Segue-se a esse estado as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

De modo geral é preciso destacar a inequívoca dependência dos trabalhadores ocupados nos setores industrial e de serviços, e principalmente, entre os agricultores, quanto ao sistema público de saúde. O que implica que o SUS é essencialmente importante no financiamento de saúde entre esses trabalhadores, pois percentuais elevados de pessoas recorrem a esse sistema para atendimento básico de saúde e atendimento de média e alta complexidade. Isso significa que o Estado brasileiro tem um papel relevante no conjunto das ações que são desenvolvidas na área da saúde, pois embora o acesso ao tratamento gratuito de ações preventivas e curativas tenha se universalizado, na prática prevalece um sistema misto, em que coexistem o sistema privado e o público. O mercado não tem condições de administrar o conjunto de medidas que devem ser direcionadas para essa área, mesmo em se tratando de todo o país, e especialmente em se tratando da área rural. Área em que, como pode ser constatado através de vários estudos como o de Corrêa (1998), o rendimento médio do setor é extremamente baixo, não proporcionando capacidade de grande parte das famílias de exercerem poder de compra e mesmo de cidadania. Trata-se de um aspecto típico de uma economia subdesenvolvida, marcada por níveis elevados de desigualdade de renda e de seus efeitos, como a pobreza e a exclusão social.

Seguindo essa discussão que marca o processo histórico de desenvolvimento, o Brasil necessita de uma nova agenda de desenvolvimento para atender as novas tendências do progresso tecnológico, que não implique em crescimento continuado dos coeficientes de desemprego urbano, e que simultaneamente ofereça: condições para a expansão das atividades agrícolas ou mesmo não-agrícolas entre os pequenos proprietários e a agricultura familiar, de forma a promover a redistribuição de renda e combater de maneira efetiva a pobreza, tanto urbana quanto rural, visando inclusive o enfrentamento das disparidades regionais. Para tanto é imprescindível elevar os níveis de escolaridade e os padrões de acesso e utilização de serviços em saúde, em que se destaca a necessidade de adoção de métodos preventivos para o cuidado com a saúde. Ações que certamente provocarão impactos no mercado de trabalho, através de maior produtividade para o trabalhador, e ainda contribuirão para a inserção de parcela significativa da sociedade nas práticas de cidadania.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, Mônica Viegas. A Saúde na PNAD. **Texto para discussão**, CEDEPLAR/FACE/ UFMG. Belo Horizonte, MG, 2002. 29p.
- BAER, Werner. **A economia brasileira**: tradução de Edite Sciulli. 2. ed., revista e atualizada. São Paulo: Nobel, 2002.
- BARROS, Maria Elizabeth, PIOLA, Sérgio Francisco e VIANNA, Solon Magalhães. Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas. Texto para discussão n. 401. Brasília: IPEA, 1996. 141p.

- BRAGA, José Carlos de Souza e SILVA, Pedro Luiz Barros. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: NEGRI, Barjas e GIOVANNI, Geraldo Di. **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas: Unicamp, 2001. p.19-42.
- CORRÊA, A M. C. J. **Distribuição de Renda e pobreza na Agricultura Brasileira. Piracicaba**, São Paulo, Ed. Unimep, 1998. 260 p.
- DACHS, Norberto W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/ 98. **Ciência e Saúde Coletiva**, ABRASCO, v. 7, n. 4, p. 641-670, 2002.
- ELIAS, Paulo Eduardo. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: COHN, Amélia e ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: Políticas e Organizações de serviços**. São Paulo: Cortez: Cedec, 2001.
- KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 01, p. 29-44, jan./mar. 2005.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 300p.
- NERI, Marcelo e SOARES, Wagner L. Desigualdade e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18, p. 77-87, 2002.
- Organização Pan-Americana da Saúde -OPAS. **O perfil do Sistema de Serviços de Saúde no Brasil**. 2. ed., 2001, 35p. Disponível em [http:// www.opas.org.br/](http://www.opas.org.br/). Acesso em 20 set. 2004.
- PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS: Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, CD Rom, 1998. Suplemento.
- PINHEIRO, Rejane Sobrinho, VIACAÇA, Francisco, TRAVASSOS, Cláudia e BRITO, Alexandre dos Santos. Gênero, morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, ABRASCO, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.
- PIRES, R. O. M. A Saúde Pública, o Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família. **Jornal Odontológico da Fafica**, v. 4, n. 1, 2004. Disponível em < http://www.fafica.br/odontologia/jofa/jofa_2004/textos_didaticos/body/v04n1td1.htm > Acesso em 12 jan. 2005.
- POCHMANN, Márcio. Revendo tendências de mercado. **Economia em perspectiva**, São Paulo, 1998.
- POCHMANN, Márcio. **A metrópole do trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 2001.
- REIS, Carlos Otávio Ocké, SILVEIRA, Fernando Gaiger e ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. **Texto para discussão n. 921**. Brasília: IPEA, 2002. 34p.
- SANTOS, Gabriel Ferrato dos. Financiamento e investimento na saúde pública de 1995 a 2002. In: NEGRI, Barjas e VIANA, Ana Luiza d'Ávila (orgs). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: SOBRAVIME, 2002. p. 391-410.