

DESIGUALDADES NOS CUIDADOS EM SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE: UMA ANÁLISE CONSIDERANDO AS DIFERENTES FASES DA VIDA- 2013 E 2019

Anderson Moreira Aristides dos Santos*
Arthur Brasil Araújo**

RESUMO

O Brasil enfrenta um desafio em seu sistema de saúde, refletindo-se em uma complexa interseção de questões socioeconômicas, geográficas e estruturais. Desta forma, este artigo tem como objetivo analisar as desigualdades no acesso aos cuidados em saúde na região Nordeste em perspectiva comparativa ao Brasil, considerando as diferentes fases da vida do indivíduo com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde dos anos 2013 e 2019. Os principais resultados mostram uma desigualdade pró-rico para todas as faixas etárias analisadas na região Nordeste, essa desigualdade é menor do que para o Brasil, mas ela apresentou tendência crescente em todas as faixas com exceção das crianças que tiveram tendência decrescente em seu índice. A faixa etária dos idosos é a que apresentou o menor índice de desigualdade. Em relação aos fatores socioeconômicos associados, o plano de saúde é uma variável que explica uma parte significativa dessas desigualdades em todos os casos. No caso dos fatores de necessidade de saúde, eles se mostraram com contribuições maiores para os indivíduos mais velhos (adultos e idosos). Portanto, é importante a implementação ou melhorias de políticas públicas mais direcionadas e eficazes, que possam abordar as especificidades regionais e socioeconômicas de forma mais robusta.

Palavras-Chave: cuidados em saúde, Nordeste, desigualdades, fases da vida.

ABSTRACT

Brazil faces a challenge in its health system, reflected in a complex intersection of socioeconomic, geographic, and structural issues. This paper aims to analyze inequalities in access to health care in the Northeast region, comparing it to the rest of Brazil, and considering the different stages of an individual's life based on data from the National Health Survey from 2013 and 2019. The main results show a pro-rich inequality for all age groups analyzed in the Northeast region. This inequality is lower than in the rest of Brazil but showed an increasing trend in all age groups except for children, who experienced a decreasing trend in their index. The elderly age group has the lowest concentration index. Regarding associated socioeconomic factors, private health insurance is a variable that explains a significant part of these inequalities in all cases. For health need factors, they showed greater contributions for older individuals (adults and the elderly). Therefore, it is important to implement or improve more targeted and effective public policies that can address regional and socioeconomic specificities in a more robust way.

Keywords: health care, Northeast, inequalities, life stages.

JEL Classification: I10; I14.

*Professor do PPGE/UFAL. E-mail: anderson.santos@feac.ufal.br

** Discente do Curso de Ciências Econômicas da UFAL.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil enfrenta um desafio em seu sistema de saúde, refletindo-se em uma complexa interseção de questões socioeconômicas, geográficas e estruturais. Apesar dos esforços consideráveis, como o Programa Mais Médicos (PMM) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que visam melhorar o acesso aos cuidados de saúde, persistem desafios que afetam a equidade e a qualidade dos serviços disponíveis. Sendo observado dificuldades enfrentadas como localização e níveis de renda, enquanto as regiões mais desenvolvidas do país muitas vezes têm acesso a serviços de saúde de qualidade e infraestrutura adequada, áreas rurais e periféricas frequentemente sofrem com a escassez de recursos e profissionais qualificados. Isso acaba por gerar certas disparidades no que cerne o acesso aos cuidados de saúde entre as diferentes camadas da população.

O acesso a serviços de saúde, algo que já está mais do que consolidado na constituição como um direito fundamental da sociedade após Constituição de 1988, trazer significativas mudanças ao sistema de saúde brasileiro com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi implementado a partir de 1990. Sistema esse que institucionalizou a universalidade da cobertura e do atendimento, garantindo que todos os cidadãos, tanto das áreas urbanas quanto rurais, tenham acesso igualitário aos benefícios e serviços de saúde, expressando características de sua oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas utilizarem esses serviços (TRAVASSOS, 2006; TRAVASSOS, 2000). A desigualdade, no contexto citado, se concentra na distribuição a partir de características relacionadas a fatores socioeconômicos, como renda e escolaridade. Por outro lado, no modelo de Andersen, há fatores indicativos para todas as questões envolvidas no acesso aos cuidados de saúde, indicando a existência de desigualdade. Com isso, a iniquidade é um termo pertinente, já que está associada aos determinantes socioeconômicos, como renda, escolaridade e plano de saúde. Essas questões, segundo a própria constituição brasileira, não deveriam ser representativas, pois indicam falta de equidade.

Desta forma, este artigo tem como objetivo analisar as desigualdades no acesso aos cuidados em saúde na região Nordeste em perspectiva comparativa ao Brasil, considerando as diferentes fases da vida do indivíduo com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde dos anos 2013 e 2019. A importância deste estudo está centrada na necessidade de direcionar políticas públicas e estratégias para uma maior equidade. Ademais, não foram encontrados estudos que analisem as desigualdades para diferentes faixas etárias nessa região.

Este trabalho tem 4 seções além desta breve introdução. Através de uma Revisão Sistemática da Literatura, buscou-se entender as características bibliométricas dos documentos no corpus textual investigado, permitindo uma identificação quantitativa do cenário desses estudos e das temáticas relacionadas às políticas públicas, redução nos níveis de desigualdade, demanda por saúde e utilização dos serviços de saúde. Além disso, para avaliar o padrão de acesso aos serviços de saúde. A análise centra-se no Nordeste, utilizando o Brasil para questões de comparação, utiliza-se dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) dos anos de 2013 e 2019.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Para um melhor entendimento do campo teórico estudado em relação a revisão de literatura, utiliza-se a Revisão Sistemática de Literatura com o método PRISMA (Moher et al., 2015), aplicando critérios de elegibilidade, análise e comunicação da pesquisa. Após a criação de uma *string* e sua aplicação na base de dados do *Web of Science*, "healthcare inequality" and "equity in access" or "equity in healthcare" and "healthcare policy" and "socioeconomic inequalities" and "healthcare" and "age" or "age groups" not "mortality" and "concentration index", obteve-se, após análise, 22 artigos relacionados ao eixo temático de iniquidade no acesso aos serviços de saúde.

Os artigos supracitados abrangem uma ampla gama de países, desde a Coreia do Sul até países da África, com uma forte presença dessa pauta em países latinos, especialmente na América do Sul. Nos estudos do Brasil, utilizam-se principalmente dados de pesquisas como a PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) e a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), que abordam o acesso a serviços médicos e a capacidade orçamentária das famílias. Esses estudos evidenciam uma preocupação comum com a acessibilidade aos serviços de saúde, com muitos países buscando determinar as melhores políticas e métodos para garantir um acesso igualitário.

Atualmente, há um intenso debate sobre o acesso aos serviços de cuidados em saúde, refletindo uma tentativa de alcançar um equilíbrio na perspectiva da saúde, com várias nações conduzindo pesquisas intensivas nesse sentido. Dentre esses estudos, destaca-se o trabalho de Malik e Sadiq (2021), que conduziram uma análise da relação inversa entre a iniciativa política *Social Health Protection Initiative* (SHPI) e o nível de iniquidade no Paquistão. Eles utilizaram dados obtidos do SHPI para os anos de 2016 e 2017, aplicando uma regressão logística multivariada para examinar variáveis como idade, tipo de tratamento, custo, localização dos serviços de saúde e lista dos postos de saúde. Os resultados mostraram que a utilização de serviços privados apresentou variações significativamente baixas, sendo que apenas o aumento da idade influenciou em maiores gastos para o serviço privado, levando à adesão aos serviços públicos.

Awiti (2014) analisa a utilização de determinados serviços de saúde no Quênia. O artigo proposto realiza uma pesquisa centrada em seus determinantes. Para isso, são utilizados dados extraídos da Pesquisa Integrada de Famílias e Orçamentos do Quênia de 2005 e 2006, que incluem informações socioeconômicas de agregados familiares. Além disso, é conduzida uma análise sobre o período em que os indivíduos frequentaram algum prestador de saúde de vários tipos, a análise é realizada por meio de probit multinomial. Ao final, conclui-se que, para todas as faixas etárias, os indicadores de pobreza (como o tamanho do domicílio e a distância dos centros de saúde) são fatores cruciais que dificultam a utilização dos serviços de saúde.

Altés e Muñoz (2018) conduziram um estudo transversal entre 2014 e 2015, que tem como foco entender a relação direta entre recessão econômica e impacto na saúde. Na Catalunha, Espanha, onde os serviços de saúde são obtidos gratuitamente, exceto pela prescrição de medicamentos, cujo preço é determinado pela renda do indivíduo, foi realizado um estudo para avaliar a eficácia dessa política. Para isso, foi analisada a taxa de frequência com base nos dados do Conjunto Mínimo Básico de Dados de Atenção Primária (CMDB).

Changjian Pan e Qiuyan Fan (2019) realizam uma análise dos níveis de desigualdade de saúde, utilizando dados do *Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey* (CLHLS) de 2000 a 2014, com foco na faixa etária de 65 a 74 anos. Para variáveis socioeconômicas, foi utilizado o *Economy Prediction System* (EPS). Os métodos empregados incluíram o *Quality of Well-Being* (QWB), o índice de Wagstaff (WI), o índice de Erreygers (EI), o método de decomposição de Shapley e o RIF-I-OLS. Concluiu-se que o acesso aos cuidados de saúde está diretamente relacionado ao aporte financeiro do indivíduo.

Ewa Kocot (2023) analisa os fatores que contribuem significativamente para as necessidades não atendidas de saúde (UHCN). O artigo utiliza dados do Eurostat de 2019, juntamente com o *European Health Interview Survey* (EHIS) e o *EU Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC). O EHIS é usado para definir o nível de necessidade de saúde, enquanto o EU-SILC representa toda a população sem necessidades de saúde. Esses são os métodos de análise utilizados. Conclui-se que a taxa de UHCN é maior no grupo de 15 a 64 anos do que nos grupos etários mais avançados.

Başar e Dikmen (2021) analisam a melhor reorganização do sistema de saúde através de um panorama da Atenção Primária à Saúde (PHC). Para identificar a probabilidade de não haver atendimento médico na Turquia, foram utilizados dados levantados em 2015 pelo Instituto de Estatística Turco (TSI). Foi realizada uma análise estimativa com modelo probit com base no modelo de questionário da pesquisa, que se baseia na utilização temporal dos serviços de saúde. Os resultados indicam que, dos 17.242 indivíduos, 25% não utilizaram os serviços de saúde devido a três motivos principais: distância, tempo de espera e custo. O tempo de espera (14,6%) e o custo (13,8%) foram os motivos mais comuns encontrados.

Dullak e Rodriguez-Riveros (2011) analisam a questão das diversas possibilidades da Atenção Primária à Saúde (APS) no Paraguai, utilizando uma variedade de dados de diferentes períodos. Destaca-se que foram considerados indicadores socioeconômicos como o Produto Interno Bruto (PIB) de 2000 a 2005, a população abaixo da linha de pobreza nacional em 2007 e o número de hospitais por 1000 habitantes em 2007. Os dados abrangem o período de 2002 a 2007. Foi realizado um estudo de casos como método de análise, constatando a Governança da APS. As políticas demonstram estar corretamente direcionadas, uma vez que os níveis de acesso à saúde estão em ascensão.

Schenkman e Bousquat (2021) avaliam o papel da equidade em saúde para com os resultados em saúde de modo internacional efetuando uma análise comparativa baseada nos anos de 2010 a 2015, utilizando como método de pesquisa o painel de Modelo de Efeitos Fixos e Análise Envoltória de Dados. Utiliza-se como variável de efeito expectativa de vida ao nascer e mortalidade infantil. E para se avaliar a iniquidade foi utilizado o escore do índice de desenvolvimento humano (IDH) em relação à diminuição associada à desigualdade multidimensional, dos pontos de vista econômicos (renda) e sociais (educação e saúde). O artigo define que o desembolso direto para acesso aos serviços de saúde é prejudicial, enquanto a educação é protetora contra a mortalidade infantil. Por outro lado, embora a existência de seguro social ou privado tenha sido inicialmente considerada benéfica para a expectativa de vida, essa associação não se manteve no modelo final.

Este último destacou a equidade, juntamente com o gasto per capita em saúde, como determinantes da sobrevida prolongada.

Suresh e Yaddanapalli (2019) analisam a melhor política de saúde possível para Tenali Mandal na Índia, buscando uma compreensão mais profunda das necessidades socioeconômicas. Eles investigam a utilização de serviços de saúde públicos e privados, medindo o número de visitas por ano ou o número de pessoas que tiveram pelo menos uma visita no ano anterior. Os dados foram coletados a partir de levantamento próprio estudo transversal realizado em 2017 com amostra de 1500 participantes. Conclui-se que um forte fator associado ao não acesso aos serviços de saúde é a distância até um centro hospitalar público.

Jongnam Hwang (2018) analisa a compreensão das barreiras de acesso aos serviços de saúde, utilizando como base os dados do Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES), realizado no período de 2010 a 2012. O estudo se concentra no grau de satisfação com o atendimento em determinados centros de saúde. Para a análise, foi utilizado o Andersen's Health Behaviour Model (HBM). Os autores concluem que uma renda mais baixa e um nível educacional mais baixo, tanto em mulheres quanto em homens, aumentaram a probabilidade de ter necessidades não atendidas relacionadas à acessibilidade. Além disso, grupos etários mais jovens e mulheres que vivem sozinhas foram associados a maiores chances de ter necessidades não atendidas relacionadas à disponibilidade.

Garcia-Ramirez e Nikoloski (2020) avaliam a desigualdade na utilização de serviços de saúde entre idosos na Colômbia, com base nos dados do Estudo de Bem-Estar e Envelhecimento Colombiano de 2015 (SABE). Utilizando o modelo de cuidados de saúde de Andersen como referencial teórico, realizaram análises que incluíram regressões logísticas multivariadas e índices de concentração. Concluindo que o quintil de riqueza, a habitação urbana, o tipo de seguro de saúde e a multimorbidade foram preditores significativos da utilização de todos os tipos de serviços de saúde, com exceção da hospitalização.

Souliotis e Tsimtsiou (2019) analisam o entendimento das preferências dos cidadãos por determinado serviço de saúde e criação de perfil daqueles em favor da Atenção Primária a Saúde (APS) Grécia, sendo assim, ao utilizar dados levantadas pelos próprios pesquisadores no ano de 2017 março e outubro onde o primeiro mês teve 1002 respostas e segundo 1001, onde há perguntas relacionadas ao teor de satisfação aos serviços de saúde, localização, custo e barreiras de acesso. Como método de análise foi efetuado uma regressão logística, obtendo como resultados que a utilização de serviços privados obteve diminuição em virtude das políticas efetuadas, mesmo assim tem-se média de ambos os meses 47,25% de uso de serviços privados.

Chovar Vera e Vásquez Lavín (2014) analisam a iniquidade e desigualdade no Chile, ao observar o período de 2000 a 2011, de modo transversal, 2000, 2003, 2009 e 2011. Com a base de dados Pesquisa Nacional de Caracterização Socioeconômica (CAsEN), relacionado a ida a certos tipos de serviços de saúde. Com isso para calcular a desigualdade foi utilizado o índice de concentração (IC), e para o padrão socioeconômico foi utilizado índice de iniquidade na saúde (IIH). Por fim, os autores indicam maiores níveis de desigualdade no uso de serviços de médicos especializados nos grupos infantis e níveis mais altos de inequidade no grupo de adultos.

Cooper e Smaje (1998) analisam a equidade de modo geral, clínico geral, ambulatório e internação. Utilizando como base de dados pesquisa de agregados familiares britânicos publicado pela *Office for National Statistics* (ONS) no período de 1991 a 1994. O trabalho utilizou o método de regressão logística multivariada para avaliar a influência do nível socioeconômico antecedentes e etnia da criança ou jovem na utilização de cada serviço de saúde, após o controle de necessidades de saúde percebida. Os autores não encontraram evidências que o uso de saúde das crianças e jovens variasse de acordo com seu *status* socioeconômico, sugerindo que a equidade foi alcançada.

González e Triunfo (2020) analisam a reforma do Uruguai no que diz ao acesso aos meios de saúde, Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), Pesquisa relaciona aos dados secundários da pesquisa de 2014 pela Pesquisa Nacional de Saúde (ENS). Partindo do princípio da qualidade de vida do indivíduo, hábitos, gasto com saúde, características socioeconômicas. Teve como método de análise um índice de concentração trazendo constatação do nível de iniquidade socioeconômica presente no acesso aos cuidados à saúde. Se constata que há desigualdade pró-rico para os serviços médicos, muitas vezes associadas aos seus custos.

Saito e Gilmour (2016) analisam as principais fontes de desigualdade no que cerne a utilização, acesso, aos serviços de saúde no Nepal, é efetuando a construção de um índice de concentração para ilustrar a iniquidade no acesso aos cuidados à saúde. Sendo assim, os autores entendem que, a análise não encontrou evidências de que pessoas de baixa renda fazendo maior uso dos serviços públicos de saúde, e menos ainda após o ajuste para desigualdade nos fatores de necessidades de saúde. Barreiras financeiras devidas a altos pagamentos de desembolsos diretos podem explicar o acesso limitado a instalações privadas e públicas.

Samadoulougou e Negatou (2022) analisam o impacto da política de saúde livre (FHCP) na redução das desigualdades socioeconômicas no uso dos serviços de saúde em crianças de Burkina Faso. O estudo compreende uma análise pré-política entre 2010 e 2014 e uma análise pós-política entre 2017 e 2018. Os dados foram extraídos das seguintes pesquisas: Burkina Faso 2010 *Demographic and Health Survey* (DHS), *Malaria Indicator Surveys* (MIS) de 2014 e 2017-2018. Para a mensuração das iniquidades socioeconômicas, foi construído um índice de concentração por país (antes e após a implementação da política). Os resultados mostraram uma melhora das crianças menores de 5 anos. No entanto, ainda persiste uma presença de desigualdades sociais em saúde, favorecendo os mais ricos.

No que cerne pesquisas nacionais, temos Viacava e Porto (2019), Travassos e Viacava(2000) e Travassos e Oliveira (2006), possuem três pesquisas que se baseiam em um ponto central, desigualdade no acesso aos serviços de saúde envolto a questões geográficas e sociais, onde ao utilizar dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). Onde a priori Travassos e Viacava, em seu estudo do ano de 2000, procura entender a equidade no uso de serviços de saúde a partir de duas dimensões: a geográfica e a social. Utilizados de dados da PNSN no ano de 1989 e a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV) no ano de 1996 e 1997. Em sua segunda pesquisa Travassos e Oliveira (2006), foi feita uma comparação entre diferentes anos dos padrões desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde em 2003 e compará-lo com o padrão existente em 1998. Ao utilizar dados da PNAD a análise foi feita com apoio do R utilizando a função `svyglm` da biblioteca `survey`,

descrita em Lumley. Por ser presente uma complexidade do sistema de saúde brasileiro, que é composto por diversos mercados de serviços de saúde, cada um seguindo suas próprias lógicas de oferta e demanda. Esses mercados se interligam e exacerbam as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, determina-se uma saúde pró-rica, sem alterações em virtude do tempo.

Viacava e Porto (2019) analisam a desigualdade em saúde e no acesso aos serviços de saúde dentro das cinco grandes regiões do país. Utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNSN) nos anos de 1998 a 2013, o método utilizado foi a análise da relação entre o nível de instrução ou anos de estudo e a desigualdade em saúde. Para avaliar o uso de serviços de saúde, foram selecionados como indicadores as proporções de pessoas que referiram ter consultado um médico. Os diferentes quintis foram comparados para avaliar as disparidades. Os resultados indicam que, à medida que os níveis de escolaridade aumentam, há um maior uso dos serviços de saúde, mesmo em áreas com longas distâncias.

Stopa e Malta (2017) analisam o uso de serviços de saúde na população brasileira segundo fatores sociodemográficos, a partir da Pesquisa Nacional da Saúde (PNS) de 2013. inquérito domiciliar de base populacional, dados da PNS fornecem fortes informações que são referentes ao acesso e à utilização dos serviços de saúde. Utilizando intervalo de confiança de 95%, por grupo de idade, nível de instrução do chefe familiar, e nas macrorregiões. A análise dos dados fora feita via Stata versão 11.0, pelo módulo survey. Pessoas que residem nas regiões Sul e Sudeste ainda possuem maior acesso aos serviços de saúde, bem como aquelas cujo chefe da família tem maior nível de instrução. A (re)formulação de políticas de saúde no intuito de reduzir disparidades deve considerar as diferenças regionais e entre níveis sociais encontradas.

Russo e Powell-Jackson (2021) analisam a introdução do primeiro esquema pagamento por desempenho (P4P) o Programa Nacional para Melhorar o Acesso e a Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Sendo assim, é procurado o seu impacto nas hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (ACSCs), ao utilizar modelo de Efeitos Fixos (FE) para medir a associação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) nas taxas de hospitalizações por ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) no período de 2009-2018. Abrangendo as diferentes faixas etárias 0-4, 5-19 e 20-64. Tem dados extraídos do Sistema de informações Hospitalares (SIH/DATASUS). Ao invés de utilizar a utilização de certo serviço de saúde (sim/não) variável dicotômica, foi preferível relacionar a participação do PMAQ em função das family health teams (FHTs). Evidenciando que, há associação negativa e estatisticamente significativa entre o lançamento das taxas de PMAQ e ACSC para todas as faixas etárias.

3. METODOLOGIA

3.1. OS DADOS

Foi realizado estudo de corte transversal sobre o nível de iniquidade no que concerne acesso aos cuidados a saúde em 2013 e 2019. Para tal, foi efetuada análise dos microdados da Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS) realizadas em 2013 e 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui como uma de suas diversas análises fornecer dados abrangentes sobre a saúde da população brasileira, com foco no acesso e na utilização dos serviços de saúde, bem como nas condições de saúde dos brasileiros.

A PNS é uma base de dados elaborada pelo IBGE, realizada em 2013 e 2019, e compreende informações acerca da saúde da população brasileira. Em sua totalidade, os dados disponibilizados englobam características relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, condições de saúde, e fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis, porém a análise a seguir está em consonância com os principais fatores na não equidade no acesso a saúde. A PNS fornece um panorama detalhado sobre o estado de saúde dos brasileiros, organizando as informações de acordo com variáveis sociodemográficas e regionais.

3.2. ÍNDICE DE CONCENTRAÇÃO E DECOMPOSIÇÃO

O Índice de Concentração (IC) é uma medida estatística amplamente utilizada em diversas áreas, incluindo economia, sociologia e saúde pública, para avaliar a distribuição de um determinado atributo em uma população. No contexto da saúde, o IC é particularmente útil para analisar a concentração de serviços de saúde, como consultas médicas, entre diferentes grupos populacionais ou regiões geográficas.

O IC é calculado com base na distribuição dos valores de um atributo em uma população e varia de -1 a 1. Um valor de IC próximo a 0 indica que o atributo está distribuído de forma uniforme entre os indivíduos ou grupos analisados, enquanto um valor próximo a 1 significa um *outcome* concentrado nos mais ricos e mais próximo de -1 concentro nos mais pobres. Para variáveis binárias há necessidade de realizar uma correção, este trabalho utiliza a proposta por Erreygers (2009) considerando suas propriedades, ela pode ser calculada pela seguinte equação:

$$IE_t = 8 \text{ cov}(h_{it}, R_{it}) \quad (1)$$

onde h é o indicador de cuidados em saúde, no caso deste artigo consultas médicas, R é ranking do indivíduo classificado do mais pobre ao mais rico e sua fração nesse ranking, i é o subscrito para o indivíduo e t representa a PNS (2013 ou 2019, mensurada de forma transversal para cada pesquisa), enquanto cov representa a covariância entre h e R .

A utilização do IC em análises de saúde pública é fundamental para identificar desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde. A interpretação dos resultados do IC

permite identificar áreas que necessitam de intervenção para melhorar a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Na decomposição dos fatores associados as desigualdades, será considerada a proposta de Wagstaff (2005) com correção de Erreygers (2009):

$$IE_t = 4(\sum \hat{\beta}_{kt} \cdot GCI(x_{kt})) + \epsilon \quad (2)$$

Onde $\hat{\beta}$ é um coeficiente a ser estimado da relação entre a variável binária consultas médicas e os fatores associados (x_k), no caso deste trabalho foi utilizado o efeito marginal médio de um modelo probit. O termo ϵ representa a contribuição de fatores residuais que explicam essa desigualdade nas consultas médicas. Já o GCI é um índice de concentração em sua versão generalizada dada por:

$$GCI = 2 cov(x_{kit}, R_{it}) \quad (3)$$

3.3. MODELO ECONOMÉTRICO

O quadro 1 mostra as variáveis utilizadas neste trabalho, variável resposta de cuidados em saúde, a renda (*status* socioeconômico) e os demais fatores associados.

Quadro 1: Descrição das variáveis incorporadas ao modelo

Variável	Descrição
consultas médicas	Variável resposta, <i>dummy</i> com 1 indicando que o indivíduo foi a uma consulta nos últimos doze meses.
sexo	<i>Dummy</i> com valor 1, onde há saúde em condições plenas e 0, caso contrário.
idade	Idade do indivíduo em anos.
saúde autoavaliada	<i>Dummy</i> com valor 1, onde há saúde autoavaliada como muito boa e boa e 0, caso contrário.
restrição de atividades	<i>Dummy</i> com valor 1, quando se houvera restrição de atividade nos 15 dias nos períodos que antecede entrevista e 0, caso contrário.
cor	<i>Dummy</i> com valor 1, caso o indivíduo seja autodeclarado preto ou pardo e 0, caso contrário.
Lnrenda	Log natural da renda domiciliar per capita
escolaridade	Variável categórica da escolaridade do chefe do domicílio: sem instrução (categoria base); fundamental incompleto; fundamental completo; médio incompleto; médio completo; superior incompleto; e superior completo.
plano de saúde	<i>Dummy</i> com valor 1, onde o indivíduo possua plano de saúde e 0, caso contrário.
urbano	<i>Dummy</i> com valor 1, caso o indivíduo more em área urbana e 0, caso contrário.
UF	<i>Dummies</i> das unidades de federação, com categoria base o estado do Maranhão.

A *dummy* referente ao sexo do indivíduo foi utilizado para observar a existência de probabilidades distintas para com o acesso a saúde, à medida que, visa-se galgar maiores

entendimentos acerca de quais são os fatores de maior influência no que tange acesso a serviços de saúde.

As *dummies* relacionadas a unidades federativas do Nordeste, tendo como categoria base o estado do Maranhão, já que este possui um alto índice de pobreza.

De mesma maneira, ao se trabalhar com a *dummies* relacionada a nível de instrução é utilizado a variável referente a nenhum nível de instrução do chefe do domicílio, o uso desta informação tem como motivo o uso de uma mesma variável para todas as faixas etárias, já que as crianças não estão na escola ou possuem naturalmente poucos anos de estudo. É esperado no aumento do nível de instrução do entrevistado haja constância no coeficiente relacionado a ida a serviços de saúde.

Referente a situação de residência, foi utilizado uma *dummy* para comparar a oportunidade para o acesso de um meio de saúde entre indivíduos inseridos ao meio urbano e rural. É esperado que se encontre valores positivos, já que, os moradores de áreas urbanas possuem uma maior acessibilidade aos serviços de saúde, por ser presente sua maioria nos principais polos populacionais.

Essas variáveis escolhidas estão baseadas na literatura, tal como Almeida *et al.* (2013) e a disponibilidade de dados para a amostra de todos os indivíduos¹, e incluem as variáveis de necessidade de saúde: sexo, idade, saúde autoavaliada e restrições de atividades. E variáveis de não necessidade, ou seja, fatores socioeconômicos possivelmente relacionados ao acesso a consultas médicas, como renda, escolaridade e plano de saúde.

Toda a análise será realizada considerando diferentes fases da vida dos indivíduos: a infância (0-11 anos de idade), adolescentes (12-20 anos), adultos (21-59 anos de idade) e idosos (60 anos ou mais).

4. ANÁLISE DE RESULTADOS

O Gráfico 1 apresenta a proporção de ida a consultas médicas nos últimos 12 meses para diferentes fases da vida dos indivíduos para a região Nordeste comparativamente ao Brasil, nos anos 2013 e 2019. A ida a consultas médicas nos últimos 12 meses nos momentos que antecedem a entrevista foi maior para crianças e idosos, consecutivamente, 82% (77% em 2013) e 87% (83% em 2013). Por outro lado, os dados demonstram valores menores para adolescentes de 12 a 20 anos, com 65% (59% em 2013), e, nos adultos (21 a 59 anos), há um aumento com 74% (70% em 2013).

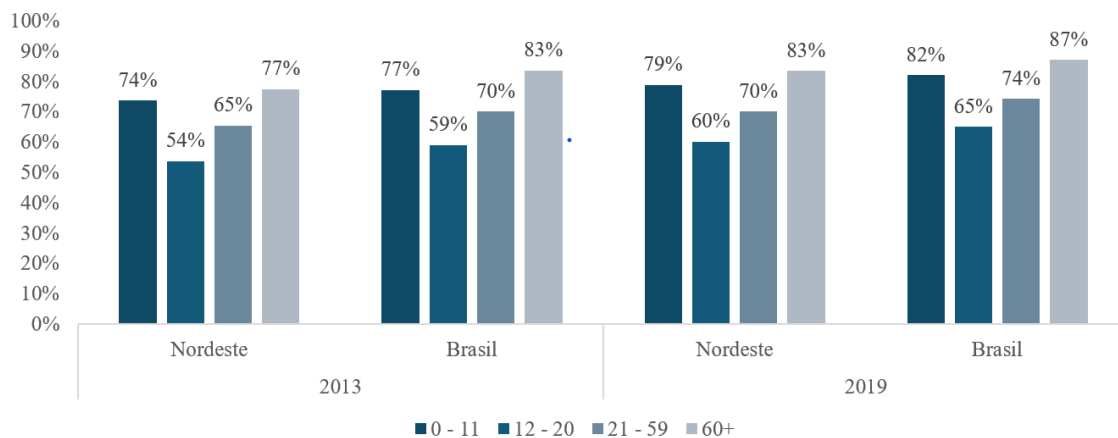
Houve aumento na proporção de consultas médicas nos últimos meses tanto para região Nordeste como para o Brasil como um todo, isso é verificado em todas as faixas etárias, por exemplos, entre as crianças dessa região a variação foi de 5 pontos percentuais.

Comparando com o crescimento relativo entre regiões, o Nordeste apresenta um crescimento maior nas idas a consultas médicas em quase todas as faixas etárias em comparação

¹ Cabe destacar a existência de blocos de perguntas para um adulto selecionado de cada domicílio (18 anos ou mais na PNS 2013 e 15 anos ou mais de idade na PNS 2019. Porém, como este trabalho utiliza informações de todos os indivíduos de forma comparativa, as variáveis utilizadas se limitaram aos blocos com respostas para todos dos domicílios.

com a média nacional, No entanto, apesar das melhorias, o Nordeste ainda apresenta disparidades significativas quando comparado ao restante do Brasil.

Gráfico 1: Percentual de consultas médicas nos últimos 12 meses, Nordeste e Brasil 2013 e 2019



Fonte: Cálculos dos autores com base nos dados das PNS 2013 e 2019.

O gráfico 2 apresenta o índice de concentração (com correção para variáveis binárias) para a região Nordeste e Brasil, para ambos os anos de análise deste trabalho. Em todos os casos a desigualdade é pró-rico, como esperado, idas a consultas médicas concentradas nos indivíduos mais ricos. No que se refere ao Brasil, é apresentado uma diminuição significativa nos índices de concentração. Por outro lado, Nordeste, apresenta um aumento em todas as faixas etárias, das desigualdades nas consultas médicas. Com isso, pode-se observar um aumento geral de 25,83% no índice de concentração nordestino em relação a 2013, enquanto, por outro lado, o Brasil apresenta uma diminuição de 8,41% em relação a 2013. Em contexto geral, a comparação segue em linhas divergentes: ao mesmo tempo que o Brasil possui uma melhora considerável em três diferentes faixas etárias, o Nordeste apresenta maiores influências por questões socioeconômicas, com consideráveis e maiores aumentos em sua concentração. Apesar disso, em termos de magnitude, a desigualdade é maior no Brasil do que nessa região de análise.

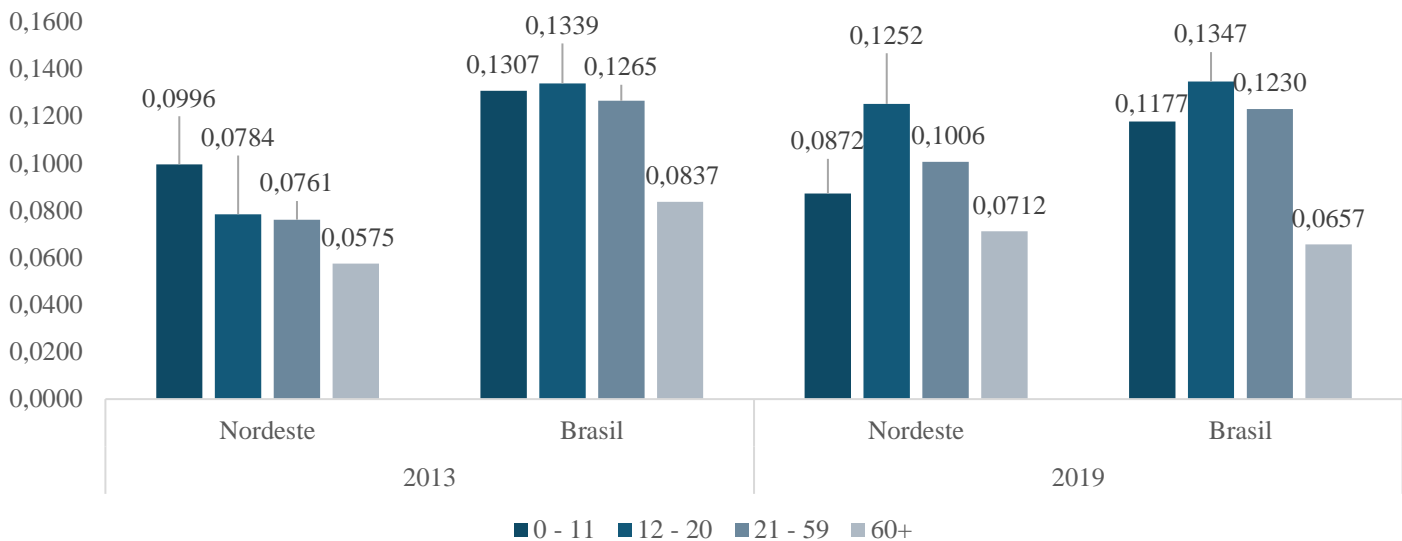
Contudo, é visto que há diminuição conjunta e semelhante na faixa de 0 a 11 anos, com o Nordeste obtendo uma diminuição de -0,0124, enquanto o Brasil apresenta -0,0130. A análise das faixas etárias específicas revela que o índice de concentração para adolescentes no Nordeste aumentou significativamente (de 0,0784 para 0,1252), contrastando com um aumento no Brasil (de 0,1339 para 0,1347). Essa discrepância sugere que a desigualdade na distribuição das consultas médicas para adolescentes é uma preocupação crescente no Nordeste.

Enquanto o Brasil, como um todo, está vendo uma diminuição na desigualdade na distribuição de consultas médicas, o Nordeste está experimentando o contrário. As diferenças

significativas nos índices de concentração destacam a necessidade urgente de políticas públicas diferenciadas e direcionadas para o Nordeste, visando reduzir as desigualdades e melhorar a equidade no acesso aos serviços de saúde para todas as faixas etárias.

Em termos de faixas etárias, percebemos que as desigualdades nos cuidados em saúde são menores nos idosos, faixa em que as necessidades de saúde crescem, isso se constitui um desafio, já que em outras faixas que podem trazer mais consultas preventivas, os índices de desigualdades são superiores.

Gráfico 2: Índice de Concentração de consultas médicas, Nordeste e Brasil 2013 e 2019



Fonte: Cálculos dos autores com base nos dados das PNS 2013 e 2019.

Na Tabela A1 no apêndice apresenta algumas estatísticas descritivas das variáveis utilizadas na análise de decomposição das desigualdades.

A tabela 2 apresenta as contribuições de fatores socioeconômicos nas desigualdades nas consultas médicas por faixa etária na região Nordeste. Primeiramente, em todos os casos o plano de saúde é um fator que contribui para o índice de concentração de forma pró-rico, considerando que ele possui relação positiva com consultas médicas e é concentrado nos mais ricos. Esse é um resultado que está de acordo com os encontrados para população geral do Brasil em Almeida *et al.* (2013) ou no trabalho mais recente de Mullachery e Macinko (2020), ou seja, apesar da existência de um sistema de saúde público e universal, o plano de saúde é um fator relacionado a maior acesso em saúde na região Nordeste, em todas as faixas etárias analisadas. A educação e a renda também são fatores importantes na explicação das desigualdades nos cuidados em saúde, apesar desse segundo indicador ter pouca contribuição na pesquisa da PNS de 2013. Ambos os fatores contribuem para uma desigualdade favorável aos mais ricos.

Em relação à saúde (saúde autoavaliada e restrição de atividades) contribuem fortemente para os adultos e idosos, havendo menores percentuais para as crianças (0-11 anos) e adolescentes (12-20 anos). Essa contribuição é favorável aos mais pobres, isso ocorre porque saúde está relacionada negativamente aos cuidados em saúde, ou seja, quanto pior a saúde maior a demanda por bens e serviços desse setor, e melhor saúde é concentrada nos indivíduos mais ricos. Esses resultados estão de acordo com Mullachery e Macinko (2020) e o modelo teórico de Grossman (1972) no que se refere a depreciação do capital saúde. Portanto, as desigualdades formadas por fatores não necessidades são proporcionalmente maiores para as crianças e adolescentes.

Tabela 2: Contribuição nas desigualdades das consultas médicas na região Nordeste, 2013 e 2019

2013								
Contribuição e Contribuição Percentual								
Variável	0 a 11 anos		12 a 20 anos		21 a 59 anos		60 anos e +	
Sexo	0,0000	-0,01%	-0,0029	-3,73%	-0,0085	-11,12%	0,0021	3,62%
Idade	0,0072	7,27%	-0,0041	-5,27%	0,0027	3,56%	-0,0001	-0,12%
Saúde	-0,0090	-9,03%	-0,0085	-10,81%	-0,0278	-36,56%	-0,0199	-34,60%
Cor	0,0012	1,19%	0,0036	4,63%	-0,0015	-1,95%	0,0034	5,89%
Renda	0,0227	22,84%	-0,0015	-1,97%	0,0078	10,27%	-0,0004	-0,65%
Escolaridade	0,0217	21,74%	0,0409	52,12%	0,0334	43,95%	0,0134	23,39%
Plano de saúde	0,0420	42,13%	0,0420	53,55%	0,0709	93,21%	0,0449	78,17%
Área de residência	0,0090	9,02%	0,0039	4,92%	0,0014	1,88%	0,0123	21,44%
Resíduo	0,0048	4,84%	0,0051	6,54%	-0,0024	-3,20%	0,0016	2,86%

2019								
Contribuição e Contribuição Percentual								
Variável	0 a 11 anos		12 a 20 anos		21 a 59 anos		60 anos e +	
Sexo	0,0000	0,03%	-0,0042	-3,34%	-0,0054	-5,37%	0,0015	2,15%
Idade	-0,0048	-5,53%	-0,0001	-0,11%	0,0043	4,25%	0,0021	3,01%
Saúde	-0,0040	-4,59%	-0,0107	-8,54%	-0,0234	-23,28%	-0,0258	-36,25%
Cor	-0,0005	-0,58%	0,0016	1,29%	-0,0014	-1,38%	0,0017	2,38%
Renda	0,0325	37,77%	0,0473	37,77%	0,0387	38,44%	0,0284	39,91%
Escolaridade	0,0133	15,28%	0,0334	26,68%	0,0297	29,54%	0,0122	17,19%
Plano de saúde	0,0428	49,07%	0,0539	43,02%	0,0608	60,45%	0,0389	54,66%
Área de residencia	0,0077	8,85%	0,0067	5,34%	-0,0011	-1,13%	0,0085	11,97%
Resíduo	0,0001	0,17%	-0,0026	-2,10%	-0,0015	-1,51%	0,0035	4,98%

Fonte: Cálculos dos autores com base nos dados das PNS 2013 e 2019.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo tem como objetivo analisar as desigualdades no acesso aos cuidados em saúde na região Nordeste em perspectiva comparativa ao Brasil, considerando as diferentes fases da vida do indivíduo para os anos de 2013 e 2019 com dados da PNS. A relevância dessa análise reside na necessidade de direcionar políticas públicas e estratégias para melhorar a utilização dos serviços de saúde e reduzir as disparidades.

Os resultados obtidos revelaram uma complexa situação no acesso aos serviços de saúde no Brasil. A análise dos dados de 2013 e 2019 mostrou um aumento na frequência de consultas médicas em quase todas as faixas etárias. Crianças e idosos, por exemplo, apresentaram um aumento significativo na ida a consultas médicas, que pode estar relacionado a políticas públicas como o Programa Mais Médicos (PMM) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No entanto, a análise também destacou que as disparidades regionais e socioeconômicas persistem. A região Nordeste continua a enfrentar maiores desafios em comparação com o Brasil, menores proporções de indivíduos que foram a consultas médicas e desigualdades apesar de menores do que a do país como um todo, elas aumentaram entre 2013 e 2019 para os adolescentes, adultos e idosos, havendo uma queda no índice apenas para as crianças.

O plano de saúde se mostrou um fator importante em todos os casos na explicação das desigualdades dessa região, independente do ano analisado e da faixa etária. Fatores socioeconômicos, como renda e escolaridade, continuam a influenciar significativamente o acesso aos cuidados de saúde, com índices de concentração mais altos.

Adicionalmente, a análise demonstrou que as desigualdades não se restringem apenas às disparidades regionais. Dentro das próprias regiões, as camadas socioeconômicas mais baixas enfrentam maiores dificuldades de acesso, exacerbando as iniquidades já existentes. O estudo revelou que, apesar dos esforços para universalizar o acesso à saúde, ainda existem iniquidades em todas as faixas etárias.

Em suma, o estudo evidencia que, embora tenham progressos na acessibilidade aos serviços de saúde, as desigualdades regionais e socioeconômicas ainda representam um desafio considerável. Portanto, é importante a implementação ou melhorias de políticas públicas mais direcionadas e eficazes, que possam abordar as especificidades regionais e socioeconômicas de forma mais robusta.

Um Sistema Único de Saúde (SUS) forte é importante, ampliando programas de saúde preventiva e educação em saúde, investimentos em infraestrutura de saúde, principalmente nas áreas rurais e periféricas, se tornam fundamentais para garantir um acesso equitativo aos serviços de saúde. Ademais, parece ser importante uma abordagem integrada e focalizada nas necessidades específicas das regiões e das populações mais vulneráveis, para a busca da equidade no acesso a serviços de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, G., SARTI, F.M., FERREIRA, F.F., DIAZ, M.D.M., CAMPINO, A.C.C., 2013. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008. **Rev. Panam. Salud Publica Pan Am. J. Public Health** 33, 90–97, 4 p preceding 90.
- AWITI, J. O. (2014). Pobreza e demanda por cuidados de saúde no Quênia. **BMC Health Services Research**, 14(1), 560.
- BAŞAR, D., DIKMEN, F. H., & ÖZTÜRK, S. (2021). The prevalence and determinants of unmet health care needs in Turkey. **Health Policy**.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 10 jul. 2024.
- CHOVAR VERA, A., VÁSQUEZ LAVÍN, F., & PARAJE, G. (2014). Desigualdad e inequidad en la utilización de servicios médicos según etarios en Chile, 2000-2011. **BMJ**.
- COOPER, H., SMAJE, C., & ARBER, S. (1998, 17 de outubro). Uso dos serviços de saúde por crianças e jovens de acordo com etnia e classe social: análise secundária de uma pesquisa nacional. **BMJ**, 317(7165), 1047-51.
- DULLAK, R., RODRIGUEZ-RIVEROS, M. I., BURSZTYN, I., CABRAL-BEJARANO, M. S., RUOTI, M., PAREDES, M. E., WILDBERGER, C., & MOLINAS, F. (2011). Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6), 2865–2875.
- ERREYGERS, G. Correcting the concentration index. **Journal of Health Economics**, 28(2), 2009.
- GARCIA-RAMIREZ, J., NIKOLOSKI, Z., & MOSSIALOS, E. (2020, 26 de outubro). Inequality in healthcare use among older people in Colombia. **Int J Equity Health**, 19(1), 168.
- GARCÍA-ALTÉS, A., RUIZ-MUÑOZ, D., COLLS, C., MIAS, M., & MARTÍN BASSOLS, N. (2018). Desigualdades socioeconômicas em saúde e uso de serviços de saúde na Catalunha: análise dos dados individuais de 7,5 milhões de residentes. **Journal of Epidemiology and Community Health**.
- GONZÁLEZ, CECILIA, & TRIUNFO, PATRICIA. (2020). Horizontal inequity in the use and access to health care in Uruguay. **International Journal for Equity in Health**, 19(1), 127.
- GROSSMAN, M., 1972, “On the concept of health capital and the demand for health,” *Journal of Political Economy* 80, 223-255.
- HWANG, J. (2018). Understanding reasons for unmet health care needs in Korea: what are health policy implications? **BMC Health Serv Res**, 18, 557.
- KOCOT, E. (2023). Unmet Health Care Needs of the Older Population in European Countries Based on Indicators Available in the Eurostat Database. **Healthcare**, 11, 2692.
- WAGSTAFF, A., 2005. The bounds of the concentration index when the variable of interest is binary, with an application to immunization inequality. *Health Econ.* 14 (4), 429–432.

MALIK, S., SADIQ, N., ANWAR, S., & QAZI, U. (2021). Consumer choice of health facility among the lowest socioeconomic group in newly established demand-side health-financing scheme in Pakistan. **Eastern Mediterranean Health Journal**.

MULLACHERY, P., MACINKO, J., 2020. Have Health Reforms in Brazil Reduced Inequities in Access to Cancer Screenings for Women? *J. Ambulatory Care Manage.* 43, 257–266.

PAN, X., FAN, L., YANG, B., & DENG, L. (2019). Desigualdade de saúde entre idosos na China rural e fatores influentes: evidências da Pesquisa Longitudinal de Longevidade Saudável Chinesa. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 16(20), 4018.

RUSSO, L. X., POWELL-JACKSON, T., MAIA BARRETO, J. O., ET AL. (2021). Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009–2018. **BMJ Global Health**, 6, e005429.

SAMADOULOGOUGOU, S., NEGATOU, M., NGAWISIRI, C., RIDDE, V., & KIRAKOYA-SAMADOULOGOUGOU, F. (2022, 1 de setembro). Effect of the free healthcare policy on socioeconomic inequalities in care seeking for fever in children under five years in Burkina Faso: a population-based surveys analysis. **Int J Equity Health**, 21(1), 124.

SAITO, E., GILMOUR, S., YONEOKA, D., GAUTAM, G.S., RAHMAN, M.M., SHRESTHA, P.K., & SHIBUYA, K. (2016, setembro). Inequality and inequity in healthcare utilization in urban Nepal: a cross-sectional observational study. **Health Policy Plan**, 31(7), 817-24.

SCHENKMAN, S., & BOUSQUAT, A. (2021). From income inequality to social inequity: impact on health levels in an international efficiency comparison panel. **BMC Public Health**, 21, 688.

SOULIOTIS, K., TSIMTSIOU, Z., GOLNA, C., NIKOLAIDI, S., & LIONIS, C. (2019, Jul-Sep). Preferências cidadãs para a reforma da Atenção Primária à Saúde na Grécia. **Hipóquia**, 23(3), 111-117.

STOPA, S. R., MALTA, D. C., MONTEIRO, C. N., SZWARCOWALD, C. L., GOLDBAUM, M., & CESAR, C. L. G. (2017). Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. **Revista de Saúde Pública**, 51(suppl 1).

TRAVASSOS, C., OLIVEIRA, E. X. G. DE., & VIACAVA, F. (2006). Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(4), 975–986.

TRAVASSOS, C., VIACAVA, F., FERNANDES, C., & ALMEIDA, C. M. (2000). Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1), 133–149.

VIACAVA, F., PORTO, S. M., CARVALHO, C. DE C., & BELLIDO, J. G. (2019). Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(7), 2745–2760.

YADDANAPALLI, SURESH CHAND, SRINIVAS, RAVURI, SIMHA, B. VIKRAM, DEVAKI, TALLURI, VISWANATH, V., PACHAVA, SRINIVAS, CHANDU, VISWA CHAITANYA. (2019, 30 de setembro). Utilização de serviços de saúde em Tenali Mandal, Andhra Pradesh - Estudo transversal. **Jornal de Medicina de Família e Atenção Primária**, 8(9), 2997-3004.

APÊNDICE

Tabela A1: Estatística descritiva (média) das variáveis, 2013 e 2019

Variáveis		0 a 11 anos		12 a 20 anos		21 a 59 anos		60 anos e +	
		2013	2019	2013	2019	2013	2019	2013	2019
Sexo (%)	Masculino	51,73	49,42	50,87	51,16	47,30	47,04	44,11	43,46
	Feminino	48,27	50,58	49,13	48,84	52,70	52,96	55,89	56,54
Idade (anos)		5,78	5,68	15,96	15,99	37,94	39,03	70,29	70,70
Saúde Autoavaliada (%)	Regular, ruim e muito ruim	15,66	13,14	17,75	17,22	36,72	37,37	65,01	63,64
	Muito boa ou boa	84,34	86,86	82,25	82,78	63,28	62,63	34,99	36,36
Restrição de atividades (%)	Não	93,10	91,88	95,31	94,24	92,01	91,52	87,12	87,47
	Sim	6,90	8,12	4,69	5,76	7,99	8,48	12,88	12,53
Cor (%)	Outros	29,96	28,75	26,36	25,76	28,16	25,91	31,21	30,96
	Pretos e pardos	70,04	71,25	73,64	74,24	71,84	74,09	68,79	69,04
Plano de saúde	Não	86,75	84,23	89,25	87,17	82,43	82,16	83,14	83,01
	Sim	13,25	15,77	10,75	12,83	17,57	17,84	16,86	16,99
Urbano	Rural	29,33	29,25	27,89	28,99	22,78	24,56	28,26	27,21
	Urbano	70,67	70,75	72,11	71,01	77,22	75,44	71,74	72,79
Inrenda		5,60	5,87	5,72	5,99	6,10	6,36	6,47	6,90
Escolaridade do chefe									
Fundamental incompleto		39,07	37,47	41,73	43,36	36,58	36,84	40,72	40,20
Fundamental completo		9,78	7,80	9,02	6,65	8,71	7,06	5,45	4,32
Médio incompleto		4,90	7,73	4,55	6,55	4,41	5,58	1,62	2,20
Médio completo		20,68	26,28	17,17	20,49	22,97	25,74	10,22	12,85
Superior incompleto		3,47	2,44	2,73	2,03	3,24	2,75	0,77	1,41
Superior completo		6,54	9,31	5,60	7,80	8,87	11,25	6,39	8,97

Fonte: PNS 2013 e 2019, IBGE