

Sara Vitral Rezende

POBREZA E SAÚDE:
Um olhar sobre as condições de saúde da população pobre da zona rural de Minas Gerais em
2013

Belo Horizonte
2016

Sara Vitral Rezende

POBREZA E SAÚDE:

Um olhar sobre as condições de saúde da população pobre da zona rural de Minas Gerais em
2013

Monografia apresentada ao Curso Superior de
Administração Pública da Escola de Governo
Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação
João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Administração Pública.
Orientador: Bruno Lazzarotti Diniz Costa

Belo Horizonte
2016

R467p Rezende, Sara Vitral.
Pobreza e saúde [manuscrito]: um olhar sobre as condições de saúde da população pobre da zona rural de Minas Gerais em 2013 / Sara Vitral Rezende. -- 2016.
[15], 105 p. : il.

Monografia de conclusão de curso (Graduação em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo, 2016.

Orientador: Bruno Lazzarotti Diniz Costa
Bibliografia:106-109

1. Pobreza rural – Minas Gerais. 2. Políticas de saúde – Minas Gerais. 3. Saúde pública – Minas Gerais. 4. Políticas públicas – Minas Gerais. I. Costa, Bruno Lazzarotti Diniz. II. Título.

339.12(815.1)

Sara Vitral Rezende

POBREZA E SAÚDE: Um olhar sobre as condições de saúde da população pobre da zona rural de Minas Gerais em 2013

Monografia apresentada ao Curso Superior de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Aprovada na Banca Examinadora

Prof. Dr. Bruno Lazzarotti Diniz Costa – Fundação João Pinheiro

Prof. Dra. Maria José Nogueira – Fundação João Pinheiro

Prof. M.Sc. Nícia Raies Moreira de Souza – Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte
2016

Dedicatória

Dedico este trabalho a meus pais, Maria e Marco, que me deram todas as oportunidades possíveis para que eu me desenvolvesse, enquanto pessoa e enquanto profissional, e que estiveram ao meu lado em todos os momentos de minha vida, compartilhando as alegrias, mas também sofrendo junto e dando força nos momentos de fracasso e desânimo. Este trabalho é fruto de toda a confiança que vocês depositaram em mim durante todos esses anos.

AGRADECIMENTOS

Quando vemos apenas a parte de um todo, corremos o risco de ter uma visão pontual, que nunca será capaz de permitir a compreensão do todo. É assim com este trabalho. Ele é consequência de um longo processo, que começou a ser construído pela minha família, que me deu as bases para que eu pudesse me desenvolver, à qual não tenho palavras para descrever meu imenso amor e carinho, e meu muito obrigada por todo apoio que me deram, em especial meus pais e meu irmão, Pedro. Porém, essa jornada contou também com grandes mestres, que como tochas, foram iluminando meu caminho. Antes da Fundação João Pinheiro, a querida professora Mônica, o Rogério Duarte, além de tantos outros professores sem os quais nada disso teria sido possível. Agora, nos últimos quatro anos, os nomes se multiplicaram. Foram tantos mestres, tantos ensinamentos passados, tantas portas abertas, tantas inquietações levantadas... Agradeço por todas as oportunidades que tive de me desenvolver enquanto aluna, profissional e pessoa.

Meu primeiro estágio, no NESP, com os queridos Eduardo e Marcus Vinicius, que se tornaram, posso dizer, grandes amigos; meu estágio na SEE, com Felipe Michel, que se tornou um importante e querido mentor e toda a equipe do Ensino Fundamental; e por fim meu estágio na SES, com Gabriela, que se tornou grande amiga e companheira, e César, com quem tive a oportunidade de aprender muito e desenvolver habilidades importantes, além dos aprendizados que tive com todas as pessoas com as quais trabalhei... foram experiências muito importantes, me permitiram conhecer pessoas maravilhosas, e tenho certeza que contribuirão sempre para minha visão sobre o estado e as políticas públicas. Agradeço também às professoras Maria Isabel e Kamila, que na coordenação do CSAP sempre estiveram dispostas a ajudar em tudo que fosse necessário. Neste tempo, também não posso deixar de lembrar, uma pessoa especial que começou a fazer parte da minha vida e marcou estes últimos anos de formação, sendo um amigo e um mentor, que me possibilitou diversas vivências que eu nunca teria tido: Francisco, muito obrigada por todos os caminhos apontados, por todo apoio e carinho nesses últimos anos.

Foram quatro anos muito especiais, que ampliaram minha visão de mundo e com certeza mudaram minha vida. No último ano, ter tido a experiência de ser presidente do DACSAP foi algo inesquecível: não consegui fazer nem metade do que me propus, mas aprendi mais do que já pude, um dia, imaginar aprender e vivenciar sobre política e sobre gestão, e agradeço imensamente por ter tido essa oportunidade, além de pedir desculpas pelos muitos erros e imperfeições que cometi nesse ano de gestão.

Por fim, especificamente para a concretização desse trabalho, gostaria de agradecer aos diversos professores da Escola de Governo que se envolveram, em especial a professora Carla Bronzo, que se dispôs a conversar comigo ainda no estágio embrionário do trabalho, mas sem a qual teria sido difícil entender bem minhas possibilidades, aos professores Nícia Raies e Renato Vale, que em diversos momentos me auxiliaram e desde o primeiro encontro se dispuseram a me ajudar em tudo o que fosse possível, e ao professor Reinaldo Moraes, que sempre se mostrou tão disponível para auxiliar no que precisasse.

Ao professor e orientador Bruno Lazzarotti faço um agradecimento muito especial, pois sempre esteve disponível e procurou o melhor para que eu me sentisse realizada e, ao mesmo tempo, me desenvolvesse: caro Bruno, obrigada pela confiança, pelo companheirismo e pelo carinho neste um ano de trabalho conjunto. Com certeza não foi fácil, mas em todos os momentos que eu me desesperava, o senhor sabia o que deveria ser feito e por onde deveríamos seguir. Obrigada mesmo, por tudo.

Agradeço também a duas pessoas que não são da Escola de Governo mas sem as quais esse trabalho simplesmente não teria sido realizado. Professor Pablo Villatoro, não tenho palavras para agradecer por sua disponibilidade em me ajudar, não só durante as aulas mas também à distância, sua atenção e compromisso comigo foram fundamentais para que eu conseguisse aprender o necessário para desenvolver o trabalho a que me propus; e querida professora Valéria Passos, sua gentileza e disponibilidade em me atender foram ponto chave para a concretização desse estudo, muito obrigada por me auxiliar com seu imenso conhecimento na área de saúde e de pesquisa.

Por fim, agradeço a oportunidade de ter estudado nessa instituição e ter conhecido os colegas e amigos que conheci aqui dentro, pessoas incríveis, com as quais aprendi muito, e espero continuar aprendendo e convivendo nos próximos anos.

*(...) Yes, and how many years can some people exist
Before they're allowed to be free?
Yes, and how many times can a man turn his head
And pretend that he just doesn't see?
The answer, my friend, is blowin' in the wind (...)
(Bob Dylan, 1962)*

RESUMO

O presente trabalho busca apreender quais são as especificidades da situação de saúde (condições de saúde, acesso e qualidade dos serviços) dos multidimensionalmente pobres que vivem nas zonas rurais de Minas Gerais, analisando-se em quê a situação destas famílias difere da situação das famílias multidimensionalmente pobres das zonas urbanas e dos não pobres das zonas rurais. A pouca literatura que estuda de fato as condições de saúde da população rural pobre faz deste um estudo relevante para embasar um possível direcionamento nas políticas de saúde para as famílias pobres que vivem na zona rural, ou mesmo das políticas de combate à pobreza rural em si, tendo em vista que as privações em saúde corroboram para tal situação social. Os dados utilizados são da Pesquisa por Amostra de Domicílios em Minas Gerais, do ano de 2013. Para identificação do grupo populacional que seria considerado pobre, utilizou-se a metodologia do Índice Multidimensional de Pobreza, desenvolvido por Alkire e Foster. De modo geral, os resultados obtidos sugerem que políticas públicas que visem igualar as oportunidades dos grupos sociais, principalmente nas áreas de saúde e de redução de pobreza no campo, devem se atentar para as condições de saúde da população rural pobre, focando em ações que incidam sobre a melhoria do estado de saúde e das condições de acesso dos pobres rurais ao sistema de saúde, uma vez que a qualidade do atendimento ofertado não parece ser fonte substantiva de diferenciação das condições de saúde dos diferentes grupos analisados.

Palavras-chave: Pobreza Rural. Saúde Rural. Índice Multidimensional de Pobreza.

ABSTRACT

The present study seeks to understand the specificities of the health situation (health conditions, access and quality of services) of the multidimensionally poor people living in the rural areas of Minas Gerais, analyzing how the situation of these families differs from the situation of urban families multidimensionally poor and non-poor families in rural areas. The little literature that actually studies the health conditions of the rural poor makes this a relevant study to support a possible direction in health policies for poor families living in the rural area, or even the policies to combat rural poverty itself, considering that the deprivations in health corroborate for such social situation. The data used is from the Household Sample Survey in Minas Gerais (PAD-MG), in 2013. To identify the population group that would be considered poor, the methodology of the Multidimensional Poverty Index, developed by Alkire and Foster, was used. In general, the results suggest that public policies that seek to give equal opportunities for different social groups, specially policies in health and poverty reduction, should give special attention to rural poor health conditions, focusing on actions that aim to improve health status and conditions of access of the rural poor to the health system, since the quality of the offered service does not seem to be a substantive source of differentiation in health conditions for the groups that were studied.

Keywords: Rural Poverty. Rural Health. Multidimensional Poverty Index.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FIDA	Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPC-IG	Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo
IPH	Índice de Pobreza Humana
IPM	Índice de Pobreza Multidimensional
MIRAD	Ministério da Reforma e do Desenvolvimento Agrário
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAD/MG	Pesquisa de Amostra de Domicílios de Minas Gerais
PNB	Produto Nacional Bruto
PNRA	Plano Nacional de Reforma Agrária
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Procera	Programa de Crédito Especial para a Reforma Agrária
PRONAF	Programa Nacional de Agricultura Familiar
SUS	Serviço Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Marco conceitual para ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde – DSS.....	24
Figura 2 – Enfoques sobre a pobreza em uma linha temporal.....	27
Figura 3 – Método Integrado de Medição da Pobreza.....	30
Figura 4 – Algumas das principais políticas voltadas ao desenvolvimento rural do Brasil.....	43
Figura 5 – Dimensões, indicadores, cortes e pesos utilizados para cálculo do IPM.....	52
Figura 6 – Indicadores, pesos e cortes do IPM Global para Minas Gerais.....	55
Figura 7 – Indicadores, pesos e cortes do IPM Global para a análise das condições de saúde da população de Minas Gerais.....	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Estrutura de distribuição da população segundo tipos de domicílios – Brasil – 2013.....	44
Gráfico 2 –	Porcentagem da população pobre, segundo tipos de domicílios – Brasil – 2013.....	45
Gráfico 3 –	Participação de cada dimensão no valor total do IPM Gl. obal para Minas Gerais – Minas Gerais – 2013.....	60
Gráfico 4 –	Participação de cada indicador no valor total do IPM Global para Minas Gerais – Minas Gerais – 2013.....	61
Gráfico 5 –	Participação de cada dimensão no IPM total da Zona Rural – Minas Gerais – 2013.....	63
Gráfico 6 –	Participação de cada indicador no IPM total da Zona Rural – Minas Gerais – 2013.....	64
Gráfico 7 –	Participação de cada dimensão no IPM total da Zona Urbana – Minas Gerais – 2013.....	65
Gráfico 8 –	Participação de cada indicador no IPM total da Zona Urbana – Minas Gerais – 2013.....	66
Gráfico 9 –	Participação de cada dimensão no valor total do IPM Global para análise das condições de saúde da população – Minas Gerais – 2013.....	67
Gráfico 10 –	Participação de cada indicador no valor total do IPM Global para análise das condições de saúde da população – Minas Gerais – 2013.....	68
Gráfico 11 –	Autoavaliação do estado de saúde dos pobres e não pobres rurais e urbanos – Minas Gerais – Jun. 2013.....	71
Gráfico 12 –	Incidência de doenças crônicas (a partir de diagnóstico médico) nas populações rurais e urbanas, pobres e não pobres – Minas Gerais – 2013.....	72
Gráfico 13 –	Percentual das populações pobre e não pobre, rural e urbana que apresentou algum sintoma nos últimos 30 dias – Minas Gerais – Jun. 2013.....	73
Gráfico 14 –	Percentual de internações nas populações pobre e não pobre rural e urbana, nos últimos 12 meses – Minas Gerais – Jun. 2013.....	74
Gráfico 15 –	Tipo de atendimento recebido durante a última internação pelos pobres e não pobres rurais e urbanos que foram internados nos últimos 12 meses (%) – Minas Gerais – Jun. 2013.....	76
Gráfico 16 –	Motivos para não procura de atendimento médico pelas populações pobre e não pobre, rural e urbana (%) – Minas Gerais – 2013.....	79
Gráfico 17 –	Percentual de pessoas das populações pobre e não pobre rural e urbana que precisou e procurou, precisou mas não procurou, e não precisou de atendimento médico nos últimos 30 dias – Minas Gerais – Jun. 2013.....	81
Gráfico 18 –	Locais procurados para atendimento pelas populações pobre e não pobre, rural e urbana na última vez que foi necessário (%) – Minas Gerais – Jun. 2013.....	82

Gráfico 19 –	Local onde ocorreu o último atendimento médico ou de saúde das populações pobre e não pobre urbana e rural (%) – Minas Gerais – Jun. 2013.....	83
Gráfico 20 –	Uso do SUS: percentual das populações pobre e não pobre rural e urbana, por locais de atendimento– Minas Gerais – 2013.....	84
Gráfico 21 –	Percentual das populações pobre e não pobre rural e urbana, que precisou ir a outro município para receber o último atendimento de saúde – Minas Gerais – Jun. 2013.....	85
Gráfico 22 –	Percentual de pobres e não pobres rurais e urbanos que possuem plano ou seguro-saúde – Minas Gerais – Jun. 2013.....	88
Gráfico 23 –	Tempo de espera para último atendimento recebido, por percentual das populações pobre e não pobre, urbana e rural – Minas Gerais – Jun. 2013.....	89
Gráfico 24 –	Pagamento realizado pelos pobres e não pobres rurais e urbanos, no último atendimento recebido (%) – Minas Gerais – Jun. 2013.....	92
Gráfico 25 –	Valores pagos pelos pobres e não pobres urbanos e rurais na última internação (% em cada população) – Minas Gerais – 2013.....	93
Gráfico 26 –	Gasto realizado pelos pobres e não pobres rurais e urbanos com plano ou seguro-saúde nos últimos 30 dias (% por população) – Minas Gerais – Jun. 2013.....	94
Gráfico 27 –	Percentual de mulheres pobres e não pobres rurais e urbanas que estavam grávidas em junho de 2013 – Minas Gerais – 2013.....	96
Gráfico 28 –	Percentual de mulheres pobres e não pobres rurais e urbanas que estavam grávidas em junho de 2013 e as consultas pré-natal realizadas - Minas Gerais – 2013.....	97
Gráfico 29 –	Característica do peso ao nascer das crianças pobres e não pobres rurais e urbanas (%) – Minas Gerais – 2013.....	98
Gráfico 30 –	Percentual de crianças pobres e não pobres rurais e urbanas acompanhadas ou não por equipe de saúde – Minas Gerais – 2013.....	99
Gráfico 31 –	Percentual de crianças menores de 7 anos de idade, pobres e não pobres rurais e urbanas vacinadas (sim) e não vacinadas (não) – Minas Gerais – Jun. 2013.....	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Motivo principal pelo qual os pobres e não pobres urbanos e rurais receberam seu último atendimento médico ou de saúde – Minas Gerais – 2013.....	78
Tabela 2 –	Meio de transporte utilizado pelos pobres e não pobres rurais e urbanos para receber o último atendimento médico em outro município – Minas Gerais – Jun. 2013...	86
Tabela 3 –	Gasto com transporte realizado pelos pobres e não pobres rurais e urbanos na última vez que foram a outro município receber atendimento médico ou de saúde – Minas Gerais – 2013.....	87
Tabela 4 –	Avaliação da qualidade do último atendimento médico recebido pelas populações pobre e não pobre rural e urbana – Minas Gerais – Jun. 2013.....	90

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	A PERSPECTIVA MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE.....	20
2.1	Os determinantes sociais da saúde (DSS).....	23
2.2	As iniquidades na saúde.....	25
3	CONCEPÇÕES DE POBREZA E SUAS MENSURAÇÕES.....	27
3.1	Enfoque Monetário.....	28
3.2	Enfoque das necessidades básicas.....	29
3.3	Enfoque das capacidades.....	31
3.4	Abordagem da exclusão social.....	34
3.5	Abordagem da vulnerabilidade.....	36
3.6	Enfoque participativo.....	38
4	A POBREZA E A SAÚDE NO CONTEXTO RURAL.....	40
4.1	Breve histórico das políticas públicas para as áreas rurais do país.....	40
4.2	De que rural estamos falando?.....	43
4.3	Que pobreza queremos combater?.....	46
5	METODOLOGIA.....	48
5.1	Pressupostos adotados no trabalho.....	48
5.1.1	A concepção de pobreza.....	48
5.1.2	A mensuração da pobreza.....	49
5.2	A metodologia utilizada: definição de pobreza.....	49
5.2.1	A metodologia Alkire e Foster.....	50
5.2.2	O índice de pobreza multidimensional global (IPM Global).....	52
5.2.3	Um IPM para Minas Gerais: adaptações necessárias ao método do IPM Global.....	53
5.2.4	Um IPM para analisar as condições de saúde em Minas Gerais: adaptações necessárias ao método do IPM Global para Minas Gerais.....	57
5.3	A análise das condições de saúde da população rural multidimensionalmente pobre de Minas Gerais.....	58
6.	RESULTADOS.....	60
6.1	O IPM Global para Minas Gerais.....	60
6.2	Um olhar sobre as realidades urbana e rural.....	62
6.3	O IPM Global para análise das condições de saúde da população de Minas Gerais.....	67
6.4	Análise das condições de saúde da população rural multidimensionalmente pobre de Minas Gerais.....	69
6.4.1	Estado de saúde.....	70
6.4.2	Atendimento médico: acesso.....	80
6.4.3	Atendimento médico: qualidade.....	89
6.4.4	Análise sobre os gastos com saúde.....	91
6.4.5	Análise das informações relativas à gravidez.....	95

6.4.6	Análise sobre a saúde das crianças.....	97
6.4.7	As condições de saúde da população rural – um breve resumo dos dados encontrados	100
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
8	REFERÊNCIAS	106
9	ANEXOS	110

1. INTRODUÇÃO

A compreensão do que é saúde passou por diversas transformações ao longo dos anos, e hoje existe a percepção de que tal conceito vai além do processo biológico, sendo entendido como algo muito mais amplo que a “não doença”. O surgimento do conceito de Determinantes Sociais da Saúde é ponto crítico para essa compreensão, sendo fruto de diversos trabalhos que demonstraram, empiricamente, que as condições de saúde de um determinado grupo são consequência não só de questões biológicas, mas também de situações sociais e exposição a diferentes condições e riscos.

De outro lado, nos últimos anos, a ideia de pobreza mais restrita à ausência de renda também foi sendo superada e, apesar de ainda hoje continuar a ser a medida mais difundida para a definição de quem são aqueles em situação de pobreza (fato que, dentre outros motivos, se justifica pela facilidade da comparação entre países), há relativo consenso na literatura que a pobreza é fenômeno multidimensional e, portanto, para ser identificado com maior precisão deve ser medido como tal, sempre que necessário. Assim, tem-se que, quando se fala de pobreza, não se fala apenas de insuficiência de renda, e sim de uma série de condições sociais que leva um determinado grupo de famílias ou indivíduos a estar em uma situação social mais vulnerável que outros. Há, assim, uma aproximação no debate público e acadêmico entre as noções e medidas da pobreza e das condições de saúde.

Partindo-se da percepção que a pobreza é fenômeno social, tem-se como pressuposto que a pobreza rural pode vir a ter características diversas da pobreza urbana. Além disso, tendo em vista a pobreza enquanto fenômeno multidimensional, é importante ressaltar que quando se trata, neste trabalho, da pobreza rural, entende-se que o rural não é sinônimo de espaço onde é realizada atividade agrícola. A necessidade de desenvolvimento das localidades rurais passa pela necessidade de se garantir a cidadania da população rural, levando a este grupo infraestrutura básica e direitos, como saúde e educação. Assim, salienta-se a necessidade de se compreender o desenvolvimento rural como processo que vai além do desenvolvimento econômico e do aumento da renda indo, portanto, além de políticas de transferência de renda ou de incentivo ao desenvolvimento da agricultura familiar.

O problema de pesquisa é orientado pela seguinte pergunta: há especificidades na situação de saúde (condições de saúde, acesso e qualidade dos serviços) dos multidimensionalmente pobres que vivem nas zonas rurais de Minas Gerais? Assim, além dos pontos citados acima, o trabalho se justifica pois há pouca literatura que estuda de fato as condições de saúde da

população rural pobre, sendo este um estudo relevante para embasar um possível direcionamento nas políticas de saúde para as famílias pobres que vivem na zona rural, ou mesmo das políticas de combate à pobreza rural em si, tendo em vista que as privações em saúde corroboram para tal situação social.

O principal objetivo do estudo é analisar em que medida a situação de pobreza está relacionada a condições de saúde deficitárias e acesso precário a serviços de saúde, especialmente nas zonas rurais de Minas Gerais. Em específico, busca-se analisar como as condições de saúde se diferenciam entre a população pobre e não pobre rural e entre os que habitam a zona rural e aqueles que habitam a zona urbana, a fim de que se possa pensar em políticas públicas de saúde e pobreza voltadas às necessidades específicas desta população.

Para isso, será elaborado um índice de pobreza multidimensional baseado na metodologia Alkire e Foster e no método de construção do Índice de Pobreza Multidimensional Global, realizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Tal índice será calculado com base nos dados da Pesquisa de Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD/MG) de 2013 e identificará os pobres e os não pobres do estado. Após o cálculo serão analisadas, então, as condições de saúde dos indivíduos que compõem o grupo identificado como multidimensionalmente pobre da zona rural do estado, tendo como base os dados fornecidos pela PAD/MG de 2013. Serão estudadas tanto as privações referentes ao acesso aos serviços de saúde quanto as referentes aos resultados propriamente ditos da saúde (incidência de doenças e sintomas), comparando-se as condições dos pobres rurais às condições dos pobres urbanos e dos não pobres rurais.

2. A PERSPECTIVA MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE

O primeiro passo para se estudar um tema passa por compreender a que se refere tal tema. Portanto, como abertura do capítulo é relevante perguntar: o que é saúde? Tal questão, que parece simples, já teve diversas respostas ao longo do tempo, havendo divergências durante a própria concepção do campo de saúde pública.

A institucionalização da Saúde Pública enquanto campo científico foi permeada por diferentes visões sobre o que seria saúde e, portanto, sobre como essa deveria ser compreendida e estudada. Tais visões se distinguem a partir de duas grandes percepções sobre a saúde. Uma delas entende a saúde (e a doença) do ponto de vista estritamente biológico, e outra entende a saúde (e a doença) levando em conta as diferentes realidades sociais dos indivíduos. Para compreender um pouco melhor, pode-se traçar um breve histórico referente à concepção da saúde pública enquanto campo de conhecimento.

Em meados do século XIX, no contexto das mudanças sociais ocorridas com os processos de urbanização e de industrialização, predomina a teoria miasmática¹, que corrobora com a ideia de que as condições econômicas e sociais influenciam a saúde e a doença dos indivíduos, enxergando-se a necessidade de estudo de tais relações. Porém, ao final do século XIX, o paradigma bacteriológico ganha força a partir dos trabalhos de Koch e Pasteur² e a saúde pública passa a ser vista como um campo de estudo de doenças específicas, um ramo especializado da medicina, centrado na microbiologia, tendo como base o estudo biológico dos organismos infecciosos, envolvendo pesquisas e análises que podem ser realizadas em laboratório. A preponderância deste enfoque na construção da saúde pública enquanto campo de conhecimento não significou, entretanto, que não houvesse, ao longo do século XX, tensões e discordâncias entre esta e outras abordagens que davam mais relevância à influência

¹ A teoria miasmática surgiu como tentativa de explicar o grande número de epidemias que assolou a Europa ao final da Idade Média, e supunha que as doenças infecciosas e epidêmicas eram transmitidas [pelo ar] a partir da sujeira do solo e das águas impuras (SUSSER, 1973 apud SCHNEIDER, SANTOS-BURGOA, 1994). A ideia é que os odores fétidos fruto da decomposição de matéria orgânica (miasmas) causavam as doenças.

² **Louis Pasteur** foi um pesquisador do campo da química e da biologia, e ficou conhecido por demonstrar que a fermentação era um processo que envolvia entes biológicos, desenvolvendo, posteriormente, algumas vacinas. Ao relacionar as transformações químico-biológicas em determinados materiais orgânicos e posteriormente a própria gênese de algumas doenças com a atividade de microorganismos vivos, Pasteur contribuiu para a instituição de um novo paradigma científico, sendo precursor da teoria dos germes. (MALAQUIAS, 2016)

das dimensões sociopolíticas e ambientais para o estudo da saúde pública. (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007)

Em 1948, a definição de saúde dada pela Organização Mundial da Saúde, “saúde é um estado de completo bem estar, físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade”³ (World Health Organization, WHO, 1948, tradução da autora), demonstra a concepção de saúde enquanto algo mais amplo do que a simples “ausência de doença”. Porém, na década de 1950 a erradicação da varíola realça a ideia de combate a doenças específicas, e apesar de na década de 70 a perspectiva social voltar a ter destaque, na década de 80, a partir da concepção da saúde enquanto bem privado, a perspectiva mais difundida passa a ser a da saúde individual. É na década de 90, com o debate sobre as Metas do Milênio, que a ideia de Determinantes Sociais de Saúde consegue se firmar, sendo criada, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde na Organização Mundial de Saúde - OMS (assunto que voltará a ser tratado mais a frente). (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007)

Nesse cenário, a teoria de Christopher Boorse, segundo a qual saúde seria a ausência de doença e poderia ser entendida como a habilidade de realizar todas as funções fisiológicas típicas com pelo menos a eficiência considerada normal da espécie, começa a ser deixada de lado, e diversos estudos que demonstravam o aspecto social da saúde começam a ser realçados e realizados (ALMEIDA FILHO, et.al, 2003; KAWACHI, et. Al., 1997; PEARCE, 1997; PAIM, 2000). A crença de que melhorias mais relevantes no nível de saúde da população provêm de mudanças sociais e econômicas e da influência destas sobre fatores como educação, renda e nutrição (McKeown, 1979; Szreter, 1988. Apud PEARCE, 1997) começa a ganhar força.

Diversos outros autores buscaram demonstrar tal relação, mas o clássico estudo de Rose e Marmot merece destaque, por ser tido como precursor do entendimento de que a saúde é determinada socialmente. Em seu estudo, Rose e Marmot (1981) compararam a incidência de sintomas e da morte por doença coronária em homens trabalhadores nas classes mais baixas e nas classes mais altas (administrativas) na Inglaterra e no País de Gales, e constataram que há, de fato, uma distinção social nos resultados: os trabalhadores das classes mais baixas têm maiores taxas de mortalidade e incidência de sintomas que os das classes mais elevadas. Segundo os autores, parte da diferença encontrada poderia ser explicada por fatores de riscos conhecidos, como o hábito de fumar, que eram maiores na classe mais baixa. Porém,

³Traduzido do inglês. Original: “health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 1948, p.1)

salientam que tais fatores só explicam em parte a tamanha diferença encontrada. De acordo com Rose e Marmot (1981), outros fatores de risco importantes ainda precisariam ser identificados, e talvez pudessem vir a explicar porque membros de um grupo social mais elevado teriam um risco relativamente menor de desenvolver a doença arterial coronária. (ROSE, MARMOT, 1981)

Nas últimas décadas, além de confirmar a relação existente entre o contexto social e o nível de saúde individual, alguns estudos começam a tentar demonstrar que a aparente oposição existente entre uma interpretação biológica e outra, social, do processo saúde-doença não faz sentido, uma vez que tal processo, na verdade, deve ser compreendido como único, sendo biológico e social.

Um estudo interessante foi feito por Laurell (1982). A autora compara dados referentes à saúde de populações de um mesmo país em diferentes épocas, de países diferentes numa mesma época, e de grupos sociais diferentes num mesmo país, e conclui que o perfil patológico das populações é distinto em diferentes momentos históricos, entre formações sociais diferentes e, por fim, entre grupos sociais distintos de uma mesma sociedade. Com base nesse estudo e indo além, Laurell afirma que o estudo do processo saúde-doença deve se preocupar com o modo como o processo biológico ocorre socialmente, sendo preciso repensar o que se entende como doença.

Se analisarmos a literatura epidemiológica, onde se encontram as investigações relevantes para o nosso tema, observamos que se lida essencialmente com dois conceitos que, no fundo, não são discrepantes. O primeiro é o conceito médico-clínico, que entende a doença como um processo biológico do indivíduo; o segundo é o conceito ecológico, que vê a doença como resultado do desequilíbrio na interação entre o hóspede e seu ambiente. Este conceito coincide com o primeiro, já que, uma vez estabelecido o desequilíbrio, a doença se identifica da mesma forma como no primeiro caso. (LAURELL, 1982, p.10)

Almeida-Filho (2013), também caminha no sentido de propor uma teoria unificada do processo saúde-doença, enxergando saúde como uma matéria complexa, que não pode ser entendida senão levando-se em conta todas as suas dimensões. Uma metáfora interessante ajuda a entender tal questão.

Uma analogia tirada da meteorologia pode ajudar a clarear este conceito de objeto-modelo plural, integral, complexo, sintético, referente: O que define uma tempestade? Não é a pressão barométrica, ou a velocidade do vento, ou a intensidade de chuva, ou mudança de temperatura (todos podem ser medidos com algum grau de precisão), nem descargas elétricas, ou concentração de nuvens (que podem ser descritas e registradas), mas todos estes fenômenos combinados em um conjunto integral que é reconhecida

como tal e não podem ser reduzidas às suas mensurações e descrições. Seguindo esta analogia, pode-se dizer que o objeto-modelo “saúde”, assim como a tempestade, é uma construção complexa definida apenas na sua configuração ampla, por ter diferentes facetas ou ângulos, e que nenhuma destes por si mesmo dá acesso ao objeto referenciado em sua totalidade.⁴ (ALMEIDA-FILHO, 2013, p.439, tradução da autora)

Assim, apreende-se que saúde é matéria complexa, e seu próprio conceito sofreu diversas variações ao longo do tempo. A partir de estudos como de Michael Marmot e vários outros autores, foi-se confirmando, ao longo dos anos, que a saúde não pode ser entendida apenas como a “ausência de doença”, passando o processo saúde-doença a ser percebido como um fenômeno complexo, que envolve diversas variáveis das dimensões biológica e social, não podendo ser entendido a partir de apenas uma dessas concepções.

Os Determinantes Sociais de Saúde ganham centralidade, nesse sentido, por serem exatamente um modelo teórico capaz de juntar os aspectos sociais aos aspectos biológicos dos grupos sociais e indivíduos e, portanto, merecem um olhar atento.

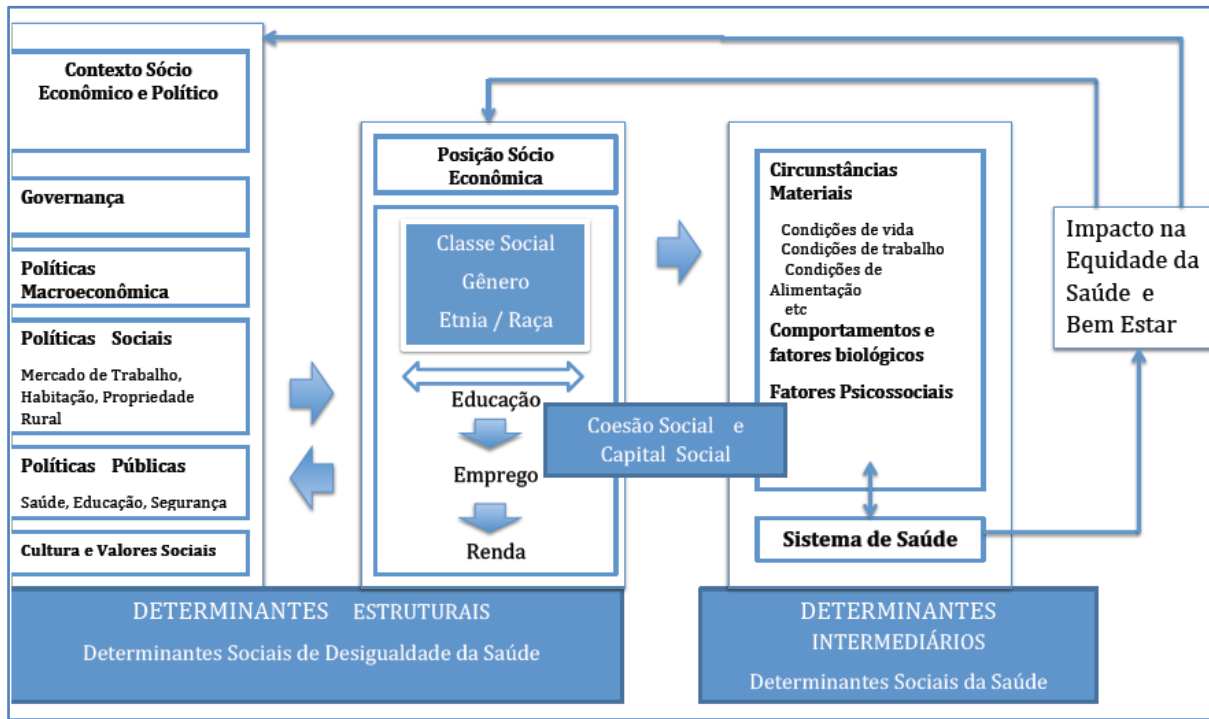
2.1. Os determinantes sociais da saúde (DSS)

O marco conceitual elaborado pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS (fig. 1) busca demonstrar, graficamente, como o contexto socioeconômico e político determina a estrutura social de uma sociedade, sendo a população estratificada de acordo com renda, educação, gênero, raça, dentre outros. Essas posições sociais, por sua vez, conformam o leque de determinantes sociais (determinantes intermediários) de saúde ao qual um grupo está exposto: diferentes status sociais levam a diferenças na exposição e vulnerabilidade dos indivíduos, e conseqüentemente, a diferenças nas condições de saúde. Tais diferenças impactam, por fim, o bem-estar das famílias - a má saúde, por exemplo, pode agravar a posição social do indivíduo pois compromete suas possibilidades de emprego e reduz sua renda. Assim, as diferenças nas condições de saúde e bem-estar voltam a influenciar o

⁴Traduzido do inglês. Original: An analogy drawn from meteorology may help to clarify this concept of a plural, integral, complex, synthetic, reference model-object: What defines a storm? Not barometric pressure, or wind speed, or rain fall, or temperature change (all of which may be measured with some degree of precision), nor electric bursts, or cloud concentration (which can be described and registered), but all these phenomena combined in an integral totality that is recognized as such and that cannot be reduced to its measurements or descriptions. Following this analogy, it may be said that the model-object ‘health’ is, like a storm, a complex construct that is definable only in its broader configuration, for it has different facets or angles, and that none of those angles by themselves give access to the object referenced in its entirety. (ALMEIDA-FILHO, 2013, p.439)

contexto institucional e a estratificação social. (WHO, 2010) A imagem abaixo ilustra esses pontos

Figura 1 - Marco conceitual para ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde – DSS



Tradução da autora – adaptado

Fonte: WHO, 2010, p. 6 - A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health

Compreende-se, assim, os Determinantes Sociais de Saúde como o contexto, entendido como todos os mecanismos sociais e políticos que geram, configuram e mantêm hierarquias sociais (mercado de trabalho, sistema de educação, instituições políticas e outros valores culturais e sociais); os mecanismos estruturais, reflexo do contexto institucional, gera a estratificação social e a divisão de classes; e a posição socioeconômica dos indivíduos, resultante dos determinantes anteriores (inclui questões de renda, educação, ocupação, classe social, gênero e raça). Esses determinantes estruturais tomam forma por meio de uma série de determinantes “intermediários”, cujos principais exemplos são as circunstâncias materiais (qualidade do bairro, consumo potencial, etc.) e psicossociais (modo de vida estressante, relações sociais, etc.); fatores comportamentais e biológicos (nutrição, atividade física, consumo de tabaco e álcool, fatores genéticos); e o sistema de saúde em si, que tem o importante papel de mediar as diferentes consequências que as doenças têm na vida das pessoas. (WHO, 2010) De modo geral, portanto, pode-se dizer que Determinantes Sociais de Saúde são as condições nas quais as pessoas vivem e as instituições ou sistemas que organizam e determinam tais condições.

Tal conceito ganha especial relevância quando se entende a saúde enquanto direito previsto na Constituição do Brasil, sendo dever do Estado a garantia da redução dos riscos de doenças e do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para todos os brasileiros. (BRASIL, 1988) Entretanto, como visto, os Determinantes Sociais impactam a qualidade da saúde e o bem estar dos indivíduos que apresentarão, portanto, diferentes condições de saúde. Para melhor entender tal ponto, o conceito de iniquidades na saúde se faz fundamental, e por isso será abordado na próxima seção.

2.2. As iniquidades na saúde

Estudos que buscam compreender as diferenças entre grupos sociais dentro de um mesmo país ou em países diferentes, e a própria criação dos chamados Determinantes Sociais de Saúde partem de um mesmo pressuposto: os níveis de saúde são distintos para grupos que vivem em diferentes condições sociais. Tais diferenças, portanto, vão além de diferenças biológicas, são diferenças geradas pelos diferentes modos de vida dos indivíduos de cada um dos grupos.

Whitehead (2000) afirma que há evidências consistentes de que grupos mais vulneráveis têm menor possibilidade de sobreviver que grupos mais favorecidos, e que os grupos mais desfavorecidos sofrem com uma carga maior de doenças além de experimentarem doenças crônicas mais jovens.

Chama-se atenção que essas diferenças, denominadas de iniquidades na saúde, não são simples diferenças entre o perfil de saúde de dois indivíduos. O conceito de iniquidade tem uma dimensão moral e ética. Refere-se a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas que também são injustas. Assim, variações biológicas ou naturais, comportamentos de risco escolhidos livremente, e diferenças devidas a adoção de comportamentos saudáveis em momentos diferentes (um a mais tempo que o outro) não são, geralmente, consideradas iniquidades. Por outro lado, os comportamentos de risco adotados por restrições impostas pelo modo de vida e não por escolhas livres, a exposição a condições de vida e trabalho não saudáveis e estressantes, o acesso inadequado a serviços de saúde essenciais e outros, e uma seleção natural envolvendo a tendência de pessoas doentes descerem na escala social, geralmente são questões consideradas como iniquidades na saúde. (WHITEHEAD, 2000)

Assim, a questão da iniquidade parece ter muito a ver com a ideia de liberdade e de capacidade de escolha. Se a pessoa escolheu estar naquela situação que causa problemas de saúde, isso não pode ser considerado injusto. Porém, se ela está naquela situação por fatores

externos, aí sim pode-se considerar que aquela é uma situação de iniquidade. Nesse sentido cabe ressaltar que os problemas tendem a se juntar e se reforçar mutuamente, o que faz com que alguns grupos sejam muito mais vulneráveis que outros. (WHITEHEAD, 2000)

A partir do exposto pode-se concluir duas questões importantes, que servem como base para a realização deste trabalho:

- a) A saúde é disciplina complexa, multidimensional: o processo saúde-doença não pode ser definido apenas pelo seu aspecto biológico. Dimensões sociais também influenciam as condições de saúde de um indivíduo ou grupo e, portanto, o processo saúde-doença só pode ser compreendido se levar em consideração a complementariedade desses dois aspectos, que por sua vez englobam inúmeras variáveis (como comportamentos individuais, rede de relações, modo de vida, etc.), tornando a saúde disciplina complexa e multidimensional.
- b) As iniquidades em saúde existem e se referem a diferenças nos perfis de saúde decorrentes de injustiças produzidas pelas instituições e sistemas que determinam a organização e os modos de vida da sociedade em questão.

A partir dessas duas colocações apreende-se que a saúde não pode ser compreendida à parte do contexto social em que o processo saúde-doença se desenvolve. Da mesma forma, o indivíduo não é só “biológico”. Pelo contrário, não pode ser analisado sem se levar em conta seu contexto social, pois suas condições de vida interferem diretamente em seu estado de saúde (ou de seu grupo social).

Retomando a ideia de iniquidades na saúde, ressalta-se que alguns grupos estão mais expostos que outros a condições precárias de saúde, não por escolha própria, mas em consequência de determinações das estruturas sociais que os definem. A pobreza, nesse sentido, pode ser vista como uma forma de se separar os grupos mais ou menos reféns das iniquidades da saúde. Mas também o conceito de pobreza não é simples e consensual. Assim, o próximo capítulo se debruçará sobre as concepções de pobreza, buscando uma melhor compreensão do que sejam os considerados pobres, para que se possa melhor determinar tal grupo e a partir daí estudar suas privações de saúde.

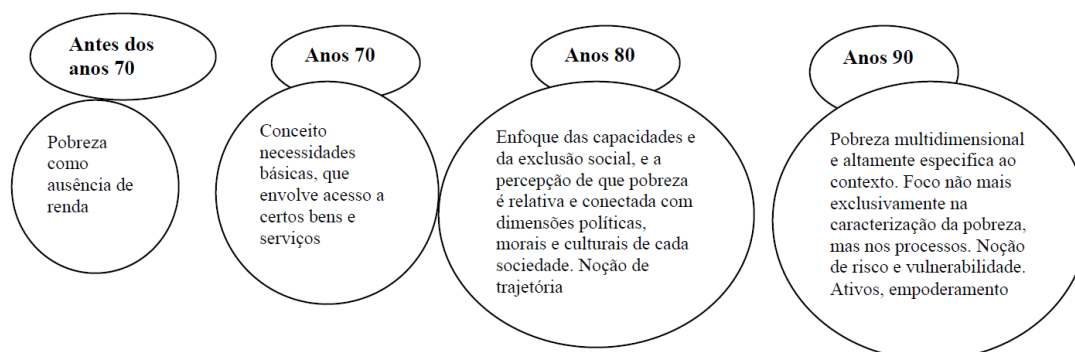
3. CONCEPÇÕES DE POBREZA E SUAS MENSURAÇÕES

O primeiro passo para se estudar as privações sofridas pelos pobres de um determinado lugar é entender quem seriam os sujeitos pobres da região a ser analisada. Tal questão, aparentemente simples, não tem uma resposta certa, e vem sendo base de importantes discussões teóricas nos últimos quarenta anos pelo menos. A distinção entre pobres e não pobres subentende a necessidade de um divisor, uma linha que separe os primeiros dos segundos, levando em consideração (1) o que faz um sujeito ser pobre e (2) a partir de que ponto este sujeito deixa de sê-lo. A definição do que é ser pobre, portanto, relaciona-se à definição do que é pobreza, fenômeno conceituado de maneiras distintas por diferentes abordagens ao longo dos anos. Nesse sentido, estudar as privações sofridas por um grupo pobre passa, necessariamente, pela mensuração e definição do que é pobreza em uma dada região.

Cada abordagem relativa à pobreza é resultado de diferentes perspectivas sobre o que é uma boa vida e uma sociedade justa, e para sua operacionalização, cada uma delas necessita de uma definição metodológica específica, que, por sua vez, tem implicações nas políticas que serão formuladas para lidar com as situações de pobreza. (LADERCHI, SAITH, STEWART, 2003) Assim, neste primeiro momento serão apresentados os principais enfoques utilizados para a compreensão da pobreza e as decorrentes formas de sua mensuração.

A Figura 2, elaborada por Carneiro (2005) sumariza, em uma linha temporal, os enfoques dados ao fenômeno pobreza, principalmente a partir da década de 1970. Cada uma dessas abordagens (e suas respectivas formas de mensuração da pobreza) será brevemente descrita em seguida

Figura 2 – Enfoques sobre a pobreza em uma linha temporal



Fonte: CARNEIRO, 2005, p.36

3.1. Enfoque Monetário

Com base na figura 1 tem-se que até os anos 70 predominou o enfoque monetário, utilizado universalmente como forma de comparação entre os países. Tal abordagem entende pobreza como privação de renda, sendo pobres os que se situam abaixo de um determinado padrão de consumo que consiga satisfazer suas necessidades básicas.

A mensuração deste enfoque se dá por meio da definição de linhas de pobreza e de indigência. Tais linhas são calculadas tomando como base o preço dos produtos que compõem a cesta alimentar básica, produtos esses que não são únicos, havendo algumas diretrizes universais acerca do que sejam as necessidades nutricionais essenciais, mas a definição dos itens varia de país para país. A linha que leva em conta apenas as necessidades nutricionais do indivíduo é a linha de indigência. A linha de pobreza engloba, além dos produtos da cesta alimentar básica, um conjunto mais amplo de itens não-alimentares, como habitação, vestuário e transporte (ROCHA, 2006). As linhas de indigência e pobreza são definidas, portanto, analisando-se a possibilidade de consumo individual de um determinado conjunto de bens entendidos – arbitrariamente – como necessários para um nível mínimo de bem-estar - bem-estar aqui sendo concebido com base na ideia de utilidade (felicidade ou prazer) máxima do consumidor (LADERCHI, SAITH, STEWART, 2003; SEN, 2010)

Dessa forma, a abordagem monetária adota os níveis de renda como proxy para mensuração do bem-estar individual (CARNEIRO, 2005). Neste sentido, cabe ressaltar que nas economias modernas e monetizadas tal suposição pode ser feita, já que, de fato, grande parcela das necessidades individuais é atendida por meio de trocas mercantis. Porém, em países mais pobres, onde um contingente maior de famílias não está integrado à economia de mercado, muitas vivendo numa lógica baseada na autoprodução ou em outros consumos não monetários – como os bens públicos (CHILE, 2002) -, boa parte das necessidades acaba não sendo atendida por meio de transações mercantis, e a renda, portanto, deixa de ser uma boa proxy para identificação da população pobre (ROCHA, 2006).

Essa unidimensionalidade do enfoque monetário, centrada na renda, leva à suposição de que a garantia de renda modificaria a situação de pobreza das famílias, o que é, segundo Carneiro (2005), a maior limitação da abordagem. Além disso, destaca-se que esta concepção entende o fenômeno pobreza com foco no comportamento do indivíduo, e não nos processos sociais, e

faz tal análise de forma externa (não participante) (LADERCHI, SAITH, STEWART, 2003). Por fim, observa-se que quando se leva em consideração apenas o consumo individual não há uma percepção sobre o tempo em que o indivíduo se encontra em estado de pobreza, sendo impossível distinguir a pobreza crônica da pobreza temporária (CHILE, 2002).

3.2. Enfoque das necessidades básicas

Abordagens mais amplas surgirão, então, como tentativas de ampliar a definição do que é pobreza e, portanto, de entender a distinção entre pobres e não pobres como uma questão mais complexa, cuja determinação deve ser o produto de variáveis que vão além da renda.

Entre as décadas de 70 e 80 o enfoque das necessidades básicas ganha força na América Latina, trazendo a perspectiva de que a pobreza se define pela não satisfação das necessidades básicas das pessoas, corroborando para a compreensão da relatividade e multidimensionalidade do fenômeno pobreza, uma vez que as necessidades são diferentes em diferentes tempos e locais, estando relacionadas aos padrões da sociedade no momento de referência. (CARNEIRO, 2005)

Para mensuração das necessidades básicas geralmente se usa as informações dos censos realizados em cada país. A partir das informações disponíveis determina-se quais seriam as necessidades daquela população (geralmente relacionadas à disponibilidade de serviços, capacidade econômica do chefe de família, acesso à escola, dentre outros) e calcula-se indicadores que representem essas necessidades, definindo então um nível considerado mínimo para satisfação de cada necessidade, assegurando que tais definições representem de fato condições de pobreza naquele local. As duas grandes dificuldades impostas pelo método dizem respeito a (1) como determinar os pesos de cada indicador para a determinação das necessidades insatisfeitas, e (2) como usar os mesmos indicadores para regiões com características diferentes, como as zonas rural e urbana, ou em momentos históricos diferentes. (CHILE, 2002)

A grande vantagem desse método é que suas informações podem ser desagregadas em zonas geográficas distintas, permitindo a confecção dos chamados “mapas de pobreza”, possibilitando que se dê um enfoque maior para as condições de pobreza de um território específico (CHILE, 2002). Além disso, uma nova tipologia de mensuração surge com base na comparação do enfoque da renda com o das necessidades básicas, conhecida como “método integrado de medição da pobreza”, apresentada na figura abaixo. (CARNEIRO, 2005)

Figura 3 – Método Integrado de Medição da Pobreza

	Renda abaixo da linha	Renda acima da linha
Pelo menos uma necessidade insatisfeita	Pobreza crônica	Pobreza inercial
Nenhuma carência	Pobreza recente	Não pobreza/integração

Fonte: CARNEIRO, 2005, p. 88

A grande importância do método está no fato de tornar possível a diferenciação entre o perfil dos pobres. Assim, os domicílios são separados em quatro grandes categorias. Aqueles que se encontram abaixo da linha de pobreza de renda, e têm pelo menos uma necessidade básica insatisfeita são considerados em pobreza crônica. Já aqueles que estão abaixo da linha de pobreza monetária, mas não apresentam nenhuma carência se encontram em pobreza recente. Aqueles cuja renda está acima da linha de pobreza, mas ainda assim têm alguma necessidade básica insatisfeita, estão englobados no conceito de pobreza inercial. Por fim, aqueles cuja renda está acima da linha de pobreza e não apresentam nenhuma carência não são considerados pobres, sendo entendidos como integrados socialmente. (CHILE, 2002)

Ressalta-se, porém, que a abordagem das necessidades básicas insatisfeitas, apesar de incorporar a concepção multidimensional de pobreza, ainda tem como base de cálculo dimensões materiais de diferenciação entre os pobres os não pobres (CARNEIRO, 2005), pois determina se as necessidades consideradas básicas são satisfeitas através da análise sobre os bens e serviços que são efetivamente consumidos pelos indivíduos. Nesse caso, os pobres são aqueles cujo nível de consumo não é capaz de satisfazer uma ou mais necessidades básicas. (CHILE, 2002)

Assim, a grande diferença entre o enfoque monetário e o das necessidades básicas é que no primeiro, ao se analisar a renda das pessoas, leva-se em conta se elas têm a possibilidade ou não de consumir um determinado conjunto de bens considerados como básicos para sua sobrevivência. Já no segundo busca-se capturar o consumo de fato realizado pelos indivíduos para garantia de necessidades consideradas básicas, e não a potencialidade de adquirir tais

bens ou serviços (CHILE, 2002), mas ambos tomam como base o acesso a bens materiais pelas famílias.

3.3. Enfoque das capacidades

O enfoque das Capacidades surge nos anos 80 tendo como principal precursor Amartya Sen. O autor altera a concepção de pobreza, levando à criação de diferentes padrões de comparação internacional para além do Produto Nacional Bruto (PNB).

Sen coloca como centro da discussão sobre desenvolvimento a noção de liberdade, definindo subdesenvolvimento, em sentido amplo, como um contexto de privações de liberdades, e desenvolvimento como o processo de eliminação de tais privações e ampliação das liberdades para a melhora da qualidade de vida das pessoas. Na visão do autor, o crescimento das rendas individuais pode ser importante, mas apenas ao passo que é entendido como meio para a ampliação das liberdades individuais em uma sociedade. Assim, os recursos monetários passam a ser apenas um dos determinantes para a definição de pobreza, entendendo que o conceito de liberdade (e, portanto, de não pobreza) deve levar em conta outras questões, como as oportunidades sociais, as facilidades econômicas disponíveis, os direitos políticos e a segurança (no sentido de seguridade social). Assim, o enfoque coloca em cheque a ideia unidimensional da pobreza, afirmando que os diferentes tipos de liberdade estão inter-relacionadas, podendo um tipo contribuir para a promoção de outros tipos. (SEN, 2010)

O que a perspectiva da capacidade faz na análise da pobreza é melhorar o entendimento da natureza e das causas da pobreza e privação desviando a atenção principal dos meios (e de um meio específico que geralmente recebe atenção exclusiva, ou seja, a renda) para os fins que as pessoas têm razão para buscar e, correspondentemente, para as liberdades de poder alcançar esses fins. (SEN, 2010, p. 123)

Mas o que seria pobreza, afinal? Seria a carência ou privação das capacidades - liberdades substantivas – que permitiriam ao indivíduo escolher uma vida que valorizasse. Assim, considera-se que para mensurar a oportunidade real que um indivíduo tem de promover seus objetivos é necessário levar em conta não apenas os bens aos quais as pessoas têm acesso, mas também a sua capacidade de converter esses bens na promoção de seus objetivos (SEN, 2010). Assim, o alcance de níveis minimamente aceitáveis de realizações não tem como único fator determinante a renda dos indivíduos (CARNEIRO, 2005). Fatores como idade, incapacidades ou doenças influenciam a capacidade das pessoas de converter sua renda numa vida “ideal” e, portanto, diferenciam o nível de necessidade que apresentam.

Usamos rendas e mercadorias como a base material de nosso bem-estar. Mas o uso que podemos dar a um dado pacote de mercadorias ou, de um modo mais geral, a um dado nível de renda, depende crucialmente de várias circunstâncias contingentes, tanto pessoais como sociais. (SEN, 2010, p. 98)

Contudo, essa visão mantém alguns princípios da abordagem monetária. Primeiramente, continua com o foco individualista da perspectiva da pobreza. Apesar de caminhar no sentido de compreender a pobreza como multidimensional e contextual, reconhecendo seu componente relacional, seu foco ainda está no indivíduo, em suas privações e suas capacidades de agir ou não na sociedade, não levando em consideração as influências do contexto social de forma explícita. Além disso, mantém a observação externa como definidora de quais são as capacidades que faltam àqueles considerados pobres. Por fim, não se preocupa em definir as causas da pobreza em si, ambos os enfoques medindo a pobreza como um estado num determinado momento, e não como processo. (LADERCHI, SAITH, STEWART, 2003)

No que tange sua mensuração, o problema deste conceito está no fato de levar em consideração o potencial de ser e de fazer algo, e não a realização em si, o que torna difícil a operacionalização da mensuração dessas capacidades. Além disso, para determinação de quais sejam essas capacidades é necessária a compreensão do que seria uma vida desejável, o que pode variar de sociedade para sociedade, e novamente o problema da agregação de todas as privações em um único índice (CARNEIRO, 2005).

Independente de tais dificuldades, tal enfoque subsidiou a abordagem do desenvolvimento humano e a criação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). A partir da percepção de que o crescimento não é capaz de produzir, de forma mecânica, índices de desenvolvimento social elevados, o IDH visa gerar dados sobre o desenvolvimento dos países com base nas dimensões de renda (renda nacional per capita), educação (média de anos de escolaridade e anos de escolaridade esperados) e saúde (esperança de vida ao nascer), em contraposição ao indicador simplista do Produto Interno Bruto (PIB) per capita (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, PNUD, 2015). Assim, o IDH, elaborado e divulgado para 175 países a partir do início dos anos 1990, se tornou um sistema integrado de “medições sociais”, fornecendo dados relevantes para desenho e orientação de políticas e programas sociais a partir da formulação de indicadores comparáveis entre países. Tal “universalidade”,

entretanto, demonstra as limitações dos dados, que medem variáveis extremamente básicas, que são incapazes de refletir a ideia de capacidades prevista por Sen. (CARNEIRO, 2005)

Com o objetivo de ampliar a capacidade de detectar os níveis de pobreza dos países, em 1997 o Índice de Pobreza Humana (IPH) começou a ser publicado pelo PNUD. Ele tinha como objetivo medir as privações agregadas de saúde, educação e padrão de vida de cada país (PNUD, 2010), e se dividia em dois, um para os países em desenvolvimento (IPH-1), e outro para os países industrializados (IPH-2). O primeiro toma como base de cálculo o percentual de pessoas com esperança de vida inferior a 40 anos, o percentual de analfabetismo em adultos e a média simples da proporção de pessoas sem acesso a água tratada e de crianças menores de cinco anos abaixo do peso (ROCHA, 2006). Já o segundo leva em conta a porcentagem de pessoas com expectativa de vida inferior aos 60 anos; a proporção de pessoas que são analfabetas funcionais; e a porcentagem de indivíduos cuja renda é inferior a 50% da renda média do país; e a taxa de desemprego relativa àqueles que estão desempregados a 12 meses ou mais (CHILE, 2002)

Apesar do IPH ampliar o escopo dos dados produzidos pelo IDH, e diversificar a abordagem utilizada para os países em desenvolvimento e industrializados, continua limitado pois utiliza as médias dos países para refletir as privações agregadas da população, não sendo possível desagregá-lo para o estudo de indivíduos ou grupos específicos (PNUD, 2010).

Então, a partir de 2010, buscando minimizar tais deficiências, o Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) substitui o IPH. O novo índice é capaz de captar a quantidade de pessoas que sofrem de pobreza multidimensional e o número de privações sofridas pelas famílias multidimensionalmente pobres (intensidade da pobreza) (PNUD, 2010). Além disso, e este é um ponto importante, o IPM pode ser desagregado, revelando a composição da pobreza multidimensional de determinadas regiões ou grupos, possibilitando que as políticas públicas possam identificar causas específicas para a pobreza e, portanto, possam construir soluções focalizadas para um determinado público-alvo.

Também passou a ser calculado pela PNUD o Índice de Desigualdade de Gênero, que tem indicadores específicos para dimensionar as privações sofridas pelas mulheres. Seu cálculo leva em consideração a saúde reprodutiva da mulher (mortalidade materna e fertilidade adolescente), sua capacitação (representação parlamentar e realização educativa) e sua participação no mercado de trabalho (PNUD, 2010).

Assim, apesar de ainda não ser possível captar de fato as privações da pobreza enquanto fenômeno social e multidimensional que, nesta abordagem, inclui as diversas capacidades necessárias aos indivíduos para que esses usufruam de um nível aceitável de bem-estar, o trabalho de Amartya Sen foi importante por definir as bases para novas formas de mensuração da pobreza, que fossem além do aspecto unidimensional da renda.

Além disso, um aspecto não muito comentado sobre as contribuições de Sen são as noções de autonomia e agência propostas por sua teoria. A condição de agente do indivíduo, de acordo com Sen (2010) diz respeito ao papel do indivíduo enquanto “membro do público” e participante das atividades econômicas, sociais e políticas. Nesse sentido, ter mais liberdade é importante por potencializar a capacidade da pessoa de (1) cuidar de si mesma e (2) influenciar o mundo. Segundo Carneiro (2005) tais conceitos ganham mais materialidade nos enfoques da exclusão e da vulnerabilidade, que serão vistos em seguida.

3.4. Abordagem da exclusão social

Segundo Carneiro (2005), o trabalho de Sen foi de fato um divisor de águas, tirando o foco monetário da definição de pobreza. Porém, tal abordagem continuava a focar no âmbito individual, e é com a concepção de exclusão social que o componente relacional da pobreza ganha centralidade. Assim, independente da discussão existente sobre a exclusão social ser uma nova abordagem sobre pobreza ou não, e da grande discussão teórica sobre as divergências e aproximações entre o conceito de pobreza e de exclusão social, tal conceito traz importantes contribuições para o entendimento da pobreza enquanto fenômeno multidimensional. A ideia de exclusão aponta na direção de que o indivíduo não pode ser analisado afastado de sua dimensão contextual, relativa e relacional:

A situação na qual um indivíduo se encontra não depende apenas ou é decorrente somente de seus recursos próprios, mas também dos recursos da comunidade local, familiares e tradições locais, padrões de cooperação e redes de sociabilidade. (CARNEIRO, 2005. p.53)

De acordo com Atkison e Hills (1998), apesar de não se ter uma única definição para o conceito de exclusão social, três elementos parecem ser recorrentes em todas as definições. O primeiro é de relatividade: a exclusão é referente a um espaço e um tempo determinados. O segundo é de ação, “agency”: a exclusão é fruto das ações de agentes, individuais ou grupais, excluídos ou que excluem. Por fim, o terceiro é de dinamismo: a ideia de exclusão social diz

respeito a um aspecto intergeracional, que deve levar em consideração tanto as expectativas futuras quanto as trajetórias passadas daqueles grupos considerados socialmente excluídos. Cabe chamar atenção especialmente para o segundo aspecto, que permite, diferente das demais abordagens, a ideia de responsabilização sobre a situação de exclusão (LADERCHI, SAITH, STEWART, 2003). A exclusão é fruto de processos sociais e, como tal, é responsabilidade dos agentes que vivem em sociedade.

Além disso, Atkison e Hills (1998) trazem uma conclusão interessante, afirmando que pobreza e baixa renda não são processos aleatórios, e também os grupos afetados por estes processos não são estáticos, traçando diferentes trajetórias entre si. Assim, a exclusão deve ser entendida enquanto um processo dinâmico, muito mais que como um estado (CHILE, 2002).

Outro ponto importante é que a multidimensionalidade é intrínseca à ideia de exclusão (LADERCHI, SAITH, STEWART, 2003) e abrange questões econômicas, políticas (de direitos) e sócio culturais, que se relacionam em graus e intensidades variadas (CHILE, 2002), dando origem a múltiplas situações de exclusão (CARNEIRO, 2005).

Trazendo tais perspectivas para a compreensão da pobreza enquanto fenômeno social, a concepção da exclusão insere

(...) uma visão mais ampla da pobreza, rompendo com a unidimensionalidade e abarcando outras dimensões e aspectos das desvantagens ou destituições sociais; priorizando análises dinâmicas e não estáticas do fenômeno e alterando o foco do indivíduo para o nível da comunidade (Room, citado por Burchard, Le Grande e Piachaud, 2002, p. 5). Amplia a compreensão do fenômeno, ao articular dimensões objetivas e subjetivas, aspectos mais e menos tangíveis, expandindo o arco de dimensões consideradas como relevantes na caracterização e explicação da pobreza. Nenhuma dessas questões é tratada com centralidade nas concepções mais tradicionais sobre pobreza. (CARNEIRO, 2005. p. 94)

Porém, cabe salientar que a mensuração nesta abordagem ainda é campo a ser estudado e mais bem delimitado, pois as sociedades são extremamente diversas e o conceito ainda não é bem definido, não havendo convergência acerca de quais dimensões devem ser consideradas e o que deve ser considerado em cada uma delas (LADERCHI, SAITH, STEWART, 2003). Ainda, Laderchi, Saith e Stewart (2003) salientam que problemas de definição são especialmente graves em países em desenvolvimento, por ser extremamente difícil definir o que é “normal” e delimitar a conseqüente linha de separação entre excluídos e não excluídos em sociedades com diferenças sociais tão grandes e realidades tão específicas. Assim, os autores apontam diversos estudos que comprovam a ideia de que os pesquisadores em cada

localidade desenvolvam seus próprios métodos para identificar quais dimensões devem ser levadas em consideração. Por fim, segundo Saith (2001, apud CARNEIRO, 2005), a mensuração da exclusão em países em desenvolvimento acaba sendo muito parecida às mensurações orientadas pela concepção multidimensional de pobreza. Entretanto, pode-se dizer que a abordagem da exclusão social avança em relação aos enfoques anteriores, pois a noção de exclusão contribui para aprofundar a compreensão sobre o que é privação. (CARNEIRO, 2005)

3.5. Abordagem da vulnerabilidade

A década de 1980 foi um período conturbado em todo mundo: um período de crise econômica grave e de ascensão da ideologia neoliberal, com a redução da provisão de bens e serviços por parte dos Estados Nacionais, ao mesmo tempo que os níveis de desemprego e trabalho precário cresciam. É neste cenário que diversos níveis de vulnerabilidade, tanto no nível individual quanto nas diferentes regiões do globo, tomam forma. (CHILE, 2002)

O enfoque da vulnerabilidade ganha força no segundo quinquênio dos anos 90, corroborando para, e sendo fruto de estudos sobre a pobreza entendida como fenômeno multidimensional, que engloba não só as condições de renda, mas também as dimensões psicossociais, educacionais, laborais, políticas e familiares. Seu potencial está em oferecer um instrumental analítico que possibilita explicar melhor como se dá a reprodução dos sistemas de desigualdade social. Seu pressuposto é que condições de fragilidade e desamparo podem levar um indivíduo ou um grupo a sofrer uma piora em seu bem-estar por estar exposto a determinados tipos de risco. (CHILE, 2002)

De modo geral, tal concepção se embasa em três componentes centrais: os ativos (financeiros, físicos, humanos ou sociais); as estratégias de uso dos ativos; e o conjunto de oportunidades oferecidas ao indivíduo ou grupo pelo mercado, pelo Estado ou pela sociedade. Os ativos disponíveis e as possíveis estratégias condicionam a capacidade de resposta dos indivíduos ou grupos aos riscos a que estão expostos. Assim, pode-se dizer que o nível de vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo social varia de acordo com diversos fatores relativos, por um lado, aos riscos (de origem natural e social) e, por outro, aos recursos e estratégias de que dispõem os indivíduos ou o grupo para lidar com esses riscos. Portanto, conclui-se que a noção de vulnerabilidade é multidimensional, uma vez que afeta distintos aspectos do bem-estar, de diversas formas e com diferentes intensidades. (CHILE, 2002)

Basicamente, essa perceptiva entende que a forma como uma família organiza e utiliza os recursos que lhe são disponíveis para combater os riscos que se apresentam em seu dia a dia contribui para que tal família seja mais ou menos vulnerável, havendo estratégias que caminham no sentido de escapar da pobreza e outras que contribuem para sua perpetuação. (CARNEIRO, 2005)

Assim, apesar de ter diversos pontos em comum com a perspectiva de exclusão social, estas abordagens se distinguem. Enquanto a ideia de exclusão está ligada ao processo de debilitação dos vínculos sociais que unem o indivíduo à comunidade, a concepção de vulnerabilidade diz respeito às condições dos indivíduos ou famílias que têm maior probabilidade de ser afetados de forma negativa por, e que têm menor capacidade de resposta aos riscos que se apresentam em seu dia a dia.

Indo além, a perspectiva da vulnerabilidade dá margem para a compreensão de que políticas públicas que corroborem para que as famílias consigam desenhar estratégias que combatam de fato os riscos específicos de seu meio social serão capazes de reduzir as vulnerabilidades sofridas por aquelas famílias. É precisamente nesse ponto que se pode perceber a grande distinção entre os instrumentos trazidos por um e outro enfoque:

O enfoque que associa pobreza à vulnerabilidade parte de uma literatura distinta da que examina o fenômeno da exclusão. Vulnerabilidade articula-se frequentemente com a idéia de risco e, conseqüentemente, com as estratégias de enfrentamento, prevenção e mitigação dos riscos. Liga-se diretamente com o campo da proteção social, o que não ocorre com o enfoque da exclusão, cujos trabalhos concentram-se ou na discussão conceitual sobre características peculiares do conceito e sua novidade ou se dedicam ao esforço de mensuração e estabelecimento de indicadores, tanto objetivos quanto subjetivos, para a identificação dos excluídos. A hipótese aqui é que a junção entre essas duas formulações - exclusão e vulnerabilidade - pode ampliar a capacidade das políticas locais para enfrentar a pobreza, pois possibilitaria adotar um marco analítico mais abrangente para subsidiar o desenho de alternativas de inclusão e redução das zonas de vulnerabilidades, tendo como foco a pobreza crônica. (CARNEIRO, 2005, p. 64)

Cabe ressaltar um ponto importante: pobres e vulneráveis não constituem, necessariamente, um mesmo grupo do espectro social: nem todos os que estão em situação de vulnerabilidade são pobres, e nem todos os pobres são vulneráveis da mesma forma (CARNEIRO, 2005). A ideia implícita no enfoque da vulnerabilidade é de que toda a sociedade está sujeita a riscos. O que torna uns mais vulneráveis que outros é o conjunto de ativos que possuem e as estratégias utilizadas para combater a esses riscos. Assim, a relação entre pobreza e vulnerabilidade se dá

na medida em que as pessoas pobres estão mais sujeitas aos riscos e têm menos instrumentos para enfrentá-los (CHILE, 2002)

No que tange sua mensuração, a utilização de matrizes de risco consolidam a leitura dos riscos, mas são organizadas de formas distintas em diferentes lugares, assim como os ativos utilizados pelos indivíduos ou famílias para enfrentar os riscos são diversos, o que dificulta um método padronizado de medida. (CARNEIRO, 2005) Além disso, Alsop (2005, Apud CARNEIRO, 2005) relaciona a ideia de vulnerabilidade com a noção de empoderamento, entendido como processo e resultado do fortalecimento da capacidade de resposta, de escolha e de ação dos indivíduos e grupos, o que torna ainda mais complexa a elaboração de indicadores precisos para essa abordagem.

Por fim, cabe salientar que Carneiro (2005) ainda divide os enfoques que utilizam a noção de vulnerabilidade em três categorias, quais sejam: o modelo da posse de ativos; o enfoque dos modos de vida; e o enfoque do portfólio de ativos. Neste trabalho, entretanto, não nos adentraremos nessas especificações pois a noção de vulnerabilidade de modo geral parece suficiente para a compreensão geral da influência de tal perspectiva sobre a compreensão do fenômeno pobreza.

3.6. Enfoque participativo

O enfoque participativo se baseia na habilidade dos pobres de entender e analisar sua própria realidade. Inicialmente formulado pensando em pequenos grupos, começou a ser utilizado em larga escala pelo Banco Mundial como um método complementar às suas pesquisas sobre pobreza. (LADERCHI, SAITH, STEWART, 2003)

O método sofre diversas críticas, incluindo a questão de como definir, em uma comunidade heterogênea, quais vozes serão ouvidas. Outra crítica importante é relacionada à subjetividade do método, que é a mesma feita por Sen à perspectiva utilitarista: a percepção mental das pessoas sobre seus desejos e aspirações depende das circunstâncias (SEN, 2010), podendo ser enviesada como resultado de informações limitadas ou condições sociais específicas. (LADERCHI, SAITH, STEWART, 2003)

Assim, talvez a grande contribuição deste método seja de fato a possibilidade de gerar informações complementares aos demais métodos, que podem subsidiar a análise das pesquisas realizadas para que se consiga apreender melhor as condições de pobreza sob as perspectivas que são menos objetivas que o enfoque monetário validando, por exemplo, “o

que pode ser considerado mínimo para o consumo alimentar, qual seria o conjunto das necessidades básicas ou os elementos que contam para identificar os excluídos sociais” (CARNEIRO, 2005, p.92).

Um ponto, porém, parece ser consensual em todas as concepções e métodos de medição de pobreza: a condição de pobreza se refere a uma situação em que um indivíduo ou grupo se mostra mais vulnerável que os demais. Nesse sentido, ressalta-se que as condições sociais não são as mesmas nas zonas rurais e nas zonas urbanas, e faz-se necessário o estudo específico sobre aquela que, apesar de hoje abrigar uma porção menor da população, parece conter, proporcionalmente, uma maior incidência de pobres. (ALMEIDA, 2011) É o que se busca com o próximo capítulo, que discute algumas das questões relativas à pobreza e aos estudos sobre as condições de saúde da população rural.

4. A POBREZA E A SAÚDE NO CONTEXTO RURAL

A partir da compreensão da saúde enquanto fator social e da pobreza enquanto fenômeno multidimensional o que evidencia a possibilidade de se tratar dos dois temas de forma conjunta, falta entender como, no contexto rural, se relacionam as questões da pobreza e da saúde. Para isso, inicialmente é feita uma breve introdução sobre as políticas públicas desenvolvidas para o desenvolvimento rural brasileiro. Posteriormente, alguns questionamentos são apontados sobre o atual modelo de organização rural e, por fim, justifica-se a realização do presente trabalho enquanto pesquisa sobre a saúde da população rural multidimensionalmente pobre de Minas Gerais.

4.1. Breve histórico das políticas públicas para as áreas rurais do país

Para se compreender, de modo geral, o cenário em que se desenvolvem as políticas públicas para o desenvolvimento rural no Brasil é preciso lembrar algumas questões históricas chave, que desenharam a realidade da população rural e, mais que isso, a percepção que se tem do que seja desenvolvimento rural.

Em Nunes et al.(2014), pode-se encontrar um breve histórico sobre as políticas nacionais para o desenvolvimento rural a partir da década de 1950. O foco desses autores é compreender as possibilidades de desenvolvimento da região Nordeste em específico, mas suas análises são relevantes e podem servir de base para a compreensão sobre o contexto brasileiro rural.

De modo geral, tem-se que, nesta época, o rural brasileiro era caracterizado pelos grandes latifundiários e pelos pequenos camponeses, que desenvolviam agricultura de subsistência e relações semiescravas de trabalho. (GUIMARÃES, 1977, apud NUNES et al., 2014) Ao final da década de 1950, com o avanço da industrialização e da urbanização do país, emerge o questionamento sobre qual seria o papel da agricultura em seu desenvolvimento, ganhando força a *reforma agrária*, como forma de mudar a estrutura até então vigente, de latifúndios improdutivos. (NUNES et al., 2014)

No início da década de 1960, com a instituição do Golpe Militar, as divergências entre os grandes e pequenos proprietários ganharam força e levaram à criação do Estatuto da Terra, em 1964, que tinha como diretrizes principais a reforma agrária e o desenvolvimento da agricultura, sendo a primeira proposta articulada de reforma agrária no país. Entre 1964 e

1984, entretanto, focou-se no segundo eixo, de políticas agrícolas, em detrimento do primeiro, de políticas agrárias, incentivando-se a modernização da economia brasileira sem alterar sua estrutura fundiária, direcionando incentivos à grande empresa agrícola. Nessa época foi criado o Sistema Nacional de Crédito Rural (SNCR), cuja implementação corroborou para o reforço das desigualdades regionais no país. (NUNES et al., 2014)

A partir de 1972, dentro do I e do II PND, conforme Souza (1997), dois programas estatais foram lançados, visando modernizar a agricultura do Nordeste após criar o Programa de Integração Nacional (PIN), em 1970, e o Proterra, em 1971. Os dois programas foram: o Programa Especial Vale do São Francisco (Provale), em 1972, e o Programa de Desenvolvimento de Áreas Integradas do Nordeste (PoloNordeste), de 1974. Estes visavam superar os problemas da agricultura do Nordeste e do país, os quais se refletiam nos baixos índices de produtividade e de volume de produção por meio da mudança na base técnica de sistemas tradicionais. Para isso havia forte incentivo do Estado para o uso intensivo de insumos (químicos e metalmecânicos), o que fez crescer, conforme Graziano da Silva (1996), o consumo intermediário de uma indústria que se expandiu a partir dos anos 1960.

Tanto o Proterra como o PoloNordeste, além do Programa Especial de Apoio ao Desenvolvimento do Semiárido (o projeto Sertanejo, criado em 1976), representava, para Boneti (2003), uma mudança de estratégia que trazia certa esperança, pois privilegiava o investimento público em pequenas propriedades visando, conforme Wilkinson (1986), reduzir o êxodo rural e viabilizar a permanência do agricultor familiar no campo. Porém, os recursos destes programas foram destinados para outra concepção: a do incentivo às grandes empresas em modelos de modernização agrícola viabilizados por grandes projetos de irrigação no Nordeste na crença desenvolvimentista dos polos de crescimento. Estes programas influenciaram com maior intensidade nas décadas de 1970 e 1980, por meio da difusão da crença na valorização da noção de progresso e de moderno. (NUNES et al., 2014, p. 106)

Já na década de 1980, com a grave crise econômica que assolava o país, assistiu-se ao declínio da crença no modelo exógeno e especializado de crescimento econômico, toda a instabilidade abrindo novo espaço para novos debates sobre a Reforma Agrária. Nesse contexto foi elaborado o Plano Nacional de Reforma Agrária (PNRA), e criados o Programa de Crédito Especial para Reforma Agrária (Procer) e o Ministério da Reforma e do Desenvolvimento Agrário (MIRAD). (NUNES et al., 2014)

A partir de 1990, há uma redefinição do papel do Estado, que passa a buscar o desenvolvimento rural, indo além do agronegócio, à medida que intensifica os incentivos à agricultura familiar, criando algumas das políticas vigentes ainda hoje, como o Programa Nacional de Agricultura Familiar (PRONAF). O grande problema apontado pelos autores é que tais políticas focavam no incentivo à oferta dos produtos agrícolas, sendo que políticas públicas voltadas para o desenvolvimento da demanda só começaram a ser desenhadas e

implementadas a partir dos anos 2000, fundamentadas na concepção de desenvolvimento territorial. Nessa primeira década do século XXI foram, portanto, criadas novas políticas, como o Programa Nacional de Aquisição de Alimentos e o Programa Nacional de Alimentação Escolar, além de ter sido ampliado o processo da reforma agrária e o acesso ao crédito via PRONAF. A integração das políticas de oferta e demanda seriam, então, um importante passo para o fortalecimento da base produtiva rural do Nordeste e seu consequente desenvolvimento, (NUNES et al., 2014) interpretação que pode ser válida para as demais áreas rurais do país onde a pobreza rural ainda persiste e predomina a agricultura familiar.

Silveira et al. (2016) em publicação realizada em parceria entre o Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo (IPC-IG), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA), analisa algumas das principais políticas nacionais voltadas ao desenvolvimento das regiões rurais do país nos últimos anos (fig. 4) A partir dos dados levantados pode-se perceber, em primeiro lugar, que os benefícios previdenciários são parte importante da estratégia de redução da pobreza rural. Em segundo lugar, que os créditos ofertados garantiram avanços, mas não possibilitaram uma reforma estrutural no cenário de desigualdades das zonas rurais. Em terceiro lugar, cabe ressaltar os avanços obtidos com a reforma agrária, que apesar de ter sido pouco ampliada nos últimos anos, obteve importantes conquistas no aumento do número de famílias assentadas desde 2003. Por fim, em quarto lugar chama-se atenção para o perfil das políticas: a grande maioria ligada à renda e ao desenvolvimento de atividades agrícolas, numa concepção limitada de pobreza e de compreensão da realidade rural, tema da próxima sessão.

Figura 4 – Algumas das principais políticas voltadas ao desenvolvimento rural do Brasil

Política	Observações
Reforma Agrária	A política mostra avanços no que tange o número de famílias assentadas, projetos e áreas ocupadas, mas deixa a desejar no que se refere à alteração do quadro de grande concentração fundiária (local e regional) no país. (SILVEIRA et al, 2016). De 1990 a 2002, no Brasil, foram criados 5.214 projetos de Reforma Agrária e de 2003 a 2012, 3.700 projetos, registrando-se, entre 2011 e 2014, o menor avanço em número de famílias assentadas das últimas duas décadas, com o menor volume de desapropriações desde o governo Collor (Ipea, 2013, apud SILVEIRA et al, 2016).
Programa Nacional de Crédito Fundiário	O crédito fundiário, em sua origem (Cédula da Terra), tinha como meta o atendimento de quinze mil famílias de quatro estados do Nordeste e da região norte de Minas Gerais em três anos. (MDA 2013, apud SILVEIRA et al, 2016) Entre 1997 e 2001 o PCT atendeu a 8.891 famílias, nos cinco estados contemplados. Em 1948 criou-se o Banco da Terra para todo o território nacional, que em seis anos de vigência– 1998 a 2003 – a iniciativa atendeu a um total de 34.655 mil famílias no Brasil, atendendo, em maior proporção, os estados da região sul do país. Em 2003, juntando as duas iniciativas foi criado o Programa Nacional de Crédito Fundiário, que até 2013, beneficiou 93.827 famílias. Observa-se, porém, que entre 2003 e 2013, a política de Reforma Agrária conduzida pelo Incra contemplou 689.423 famílias, o que demonstra como tal política acaba atingindo um número realmente muito maior de famílias do que a política de crédito rural. (SILVEIRA et al, 2016)
Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária – (PRONERA)	O PRONERA promoveu, até 2016 a realização de 320 cursos de educação de jovens e adultos (EJA) nos níveis fundamental, médio e superior, envolvendo uma ampla rede de instituições parceiras, e atendendo a 164.894 alunos. Dentre os problemas apontados destaca-se há grande evasão dos educandos (37% não finalizam os cursos), e a grande maioria dos ingressantes são para o ensino fundamental (93,5%), sendo interessante observar que a média de idade dos alunos diminui de modo expressivo à medida que aumenta o nível do curso. (SILVEIRA et al, 2016)
Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF)	Levando-se em consideração apenas os dados de expansão do programa, poder-se-ia considerar que o PRONAF obteve grande sucesso, pois em 16 anos, o número de contratos mais que dobrou e o volume de crédito cresceu cinco vezes. Além disso, observa-se efeito positivo do acesso ao crédito na dinâmica dos municípios essencialmente agrícolas, e deve-se levar em conta a importância política do programa, que possibilitou a aproximação entre governo federal, estadual e municipal, e favoreceu processos de governança por meio da abertura de canais de participação da sociedade civil. Porém, a distribuição de seus recursos permanece desigual. Os financiamentos se concentram nos sítios familiares modernizados do sul do país, e o programa acaba contribuindo para a exclusão dos agricultores mais pobres pois (1) há ampliação constante do limite de renda bruta anual para o enquadramento dos atendidos, e (2) mesmo o PRONAF B, dedicado ao público mais pobre, privilegia os menos pobres dentre os mais pobres. (SILVEIRA et al, 2016)
Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)	O programa teve grande expansão entre 2003 e 2008, passando de 42 para 169 mil agricultores beneficiados. Porém, em 2013 houve retração, com uma queda de 45% do gasto total, que foi acompanhado de uma mudança de estratégia do programa, visando aprimorar os procedimentos de doação de alimentos para fortalecer a transparência e o controle da qualidade dos alimentos doados. O programa garantiu o aumento da renda da produção e da organização dos agricultores familiares, e contribuiu para “a diversificação de culturas alimentares, para o acesso a mercados institucionais, para a manutenção de preços justos nos mercados, reestruturação e dinamização de mercados locais”, tendo como principais problemas questões de logística e mecanismos de pagamentos dos agricultores. (SILVEIRA et al, 2016)
Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)	Programa que parece ter alcançado sucesso, promove não apenas a segurança alimentar e a educação infantil, mas a estruturação da produção de agricultores familiares vulneráveis, que começam a ter demandas institucionalizadas. As dificuldades do programa são, em grande parte, de cunho logístico e burocrático, envolvendo a falta de documentação dos agricultores e estruturas inadequadas das escolas. (SILVEIRA et al, 2016)
Previdência Social	Expandida para os trabalhadores rurais (1990) e incluindo agricultores familiares como beneficiários especiais (2000), a política é fundamental para a superação da pobreza [avaliada como insuficiência de renda] da população rural do país. A título de exemplo, tem-se que se o benefício deixasse de ser ofertado, a “incidência da pobreza entre domicílios rurais, agrícolas e não agrícolas, aumentaria de 8 por cento para 20 por cento e, tratando somente dos domicílios agrícolas, o incremento seria de 22 por cento para 34 por cento”. O volume de benefícios da Previdência Rural pula de 4,1 milhões no primeiro ano, para 8,9 milhões em 2013. Apesar dos avanços apresentados, grande parcela dos trabalhadores rurais ainda encontram dificuldades para terem seus direitos previdenciários reconhecidos, pois têm dificuldade de comprovar a atividade rural, dada a exigência de documentos pelo INSS e ainda há grande informalidade nas relações de trabalho. (SILVEIRA et al, 2016)
Bolsa Família	É importante para a manutenção das rendas familiares rurais acima da linha de pobreza, principalmente no Nordeste, mas seu efeito, de modo geral, é menor que o da previdência rural. Não obstante, deve-se ressaltar que o programa contribui para a melhora de diversas outras áreas, como indicadores de saúde e nutrição infantil e melhora da frequência e progresso escolar. (SILVEIRA et al., 2016)
Um milhão de cisternas (P1MC)	O programa ampliou o acesso à água e reduziu episódios diarreicos, além de corroborar para a ampliação da participação popular e a redução de práticas clientelistas para o acesso à água no semiárido (DUQUE, 2015; GOMES et al., 2014; LUNA, 2011, apud SILVEIRA et al., 2016).
Garantia-Safrá	É apontado que “por lidar com um problema cíclico, o programa não consegue ir além da mitigação de danos”, e acaba sendo um programa ainda muito burocrático. (SILVEIRA et al., 2016)
Programa Bolsa Verde	Tem grande foco na região Norte, o que poderia representar uma ameaça ambiental. Porém, há poucas saídas voluntárias ou exclusões por descumprimento das contrapartidas ambientais, o que pode sugerir, em alguma medida, o sucesso da iniciativa. (SILVEIRA et al., 2016)

Fonte: elaborado pela autora baseado em Silveira et. al. (2016)

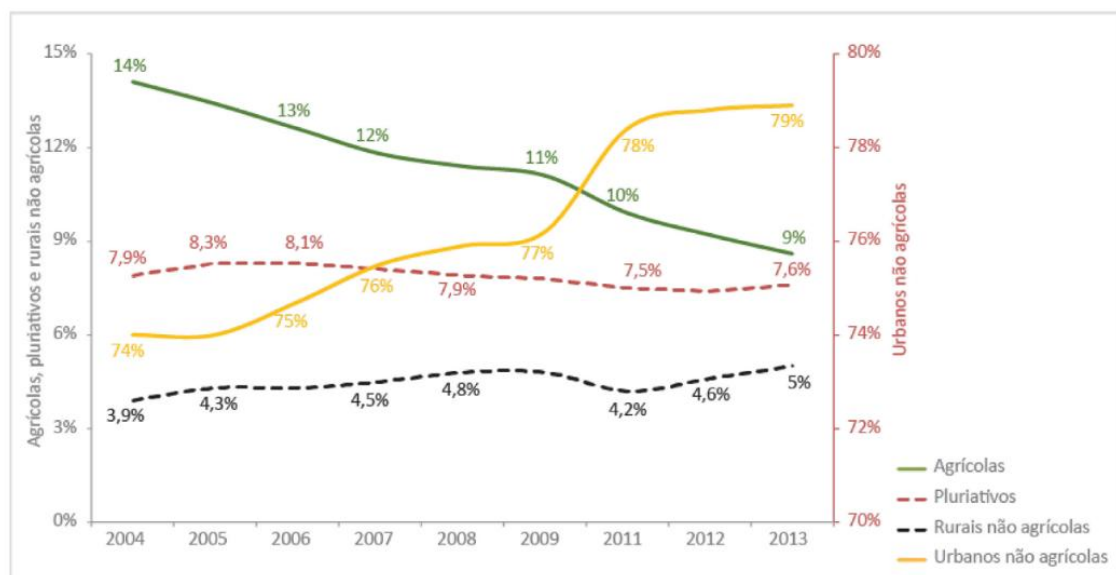
4.2. De que rural estamos falando?

A fim de compreendermos de fato o contexto do qual estamos tratando é relevante perguntarmos, de que rural estamos falando. Silva (2001b), analisa alguns “mitos do rural

brasileiro”, chamando atenção que é um mito a ideia de que o rural é predominantemente agrícola, e também que o desenvolvimento agrícola leva ao desenvolvimento rural. Segundo o autor, vem crescendo o número de pessoas que residem em áreas rurais mas se ocupam de atividades não-agrícolas, o que é consequência das ocupações agrícolas serem aquelas que geram menor renda, não sendo possível às famílias que residem em áreas rurais sobreviver apenas com essas atividades. Assim, o centro das atividades da família não seria mais agricultura, sendo um outro mito a ideia de que a gestão das pequenas e médias propriedades rurais é familiar (SILVA, 2001b)

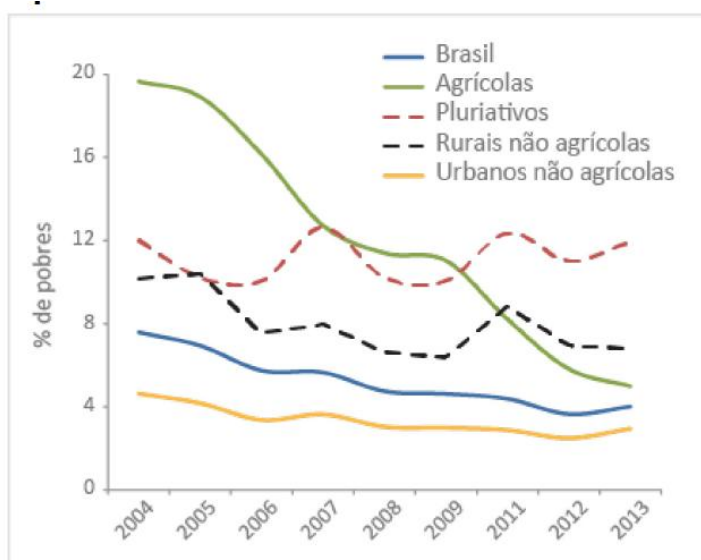
Tal ponto é corroborado pela recente pesquisa realizada em parceria entre o Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo (IPC-IG), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA), que faz uma análise sobre as *políticas públicas para o desenvolvimento rural e de combate à pobreza no campo*. Alguns dos dados apresentados podem ser vistos nos gráficos abaixo (gráf. 1 e gráf. 2)

Gráfico 1 – Estrutura de distribuição da população segundo tipos de domicílios – Brasil - 2013



Fonte: Soares et al., 2016 em Silveira et al., 2016, p.3

Gráfico 2 – Porcentagem da população pobre, segundo tipos de domicílios – Brasil - 2013



Fonte: Soares et al., 2016 em Silveira et al., 2016, p. 2

Os dados e o relatório demonstram que houve redução da pobreza na zona rural nos últimos anos, e que apesar da queda do contingente populacional que vive em domicílios exclusivamente agrícolas, a população não cresceu apenas no sentido de municípios urbanos não agrícolas, aumentando também nos rurais não agrícolas e nos pluriativos, sobre os quais cabe observar que a redução da pobreza não foi tão expressiva quanto nos exclusivamente agrícolas.

Outros autores também reforçam tal ponto, como Silva (2001a) que argumenta que

(...) o rural é apenas um corte espacial, de natureza geográfica que nada define em termos de atividades econômicas. Ou seja, nas áreas rurais podem ser realizadas tanto atividades agrícolas, como não-agrícolas. E, como demonstraram à exaustão as pesquisas do projeto Rurbano, as atividades agrícolas nas áreas rurais vêm encolhendo quando medidas em termos de pessoas ocupadas e da renda gerada, ao passo que as atividades não-agrícolas, especialmente aquelas ligadas à prestação de serviços vêm crescendo. (SILVA, 2001a, p.16)

Neste sentido, o principal ponto que precisa ser evidenciado é que o conceito de *rural* não pode ser reduzido ao de *espaço onde são realizadas atividades agrícolas* (SILVA 2001a; SCHNEIDER, 2010) e, portanto, políticas públicas que tenham como objetivo desenvolver as áreas rurais do país não podem se restringir ao incentivo de técnicas de agricultura familiar (o que aparece em grande parte da literatura sobre pobreza rural).

4.3. Que pobreza queremos combater?

O objetivo dessa sessão, longe de fazer uma revisão completa da literatura sobre a pobreza rural, é simplesmente deixar claro o que se está levando em consideração ao se tratar do tema pobreza nas zonas rurais.

Em primeiro lugar, é preciso deixar claro que o desenvolvimento é entendido, neste trabalho, como processo que vai além do crescimento econômico (SILVA, 2001). Nesse sentido, o desenvolvimento das zonas rurais precisa levar em consideração o desenvolvimento da população local não apenas do ponto de vista econômico (incentivo à agricultura familiar, por exemplo) ou da renda (políticas compensatórias, benefícios, etc.), mas também do ponto de vista dos direitos e, tomando como base o trabalho de Amartya Sen, do ponto de vista das capacidades que garantam a liberdade da população que vive, hoje, em situação de pobreza nas zonas rurais.

Em segundo lugar, é necessário compreender que essa concepção de desenvolvimento dá novo direcionamento às políticas públicas de desenvolvimento rural. Em seu texto *Quem precisa de uma estratégia de desenvolvimento?* Silva (2001 a) traz à tona a necessidade de se compreender que o desenvolvimento rural passa pela formulação de políticas que garantam os direitos daqueles que vivem nas zonas rurais, no sentido de entendimento de que eles são cidadãos, sendo

(...) necessário criar um novo conjunto de políticas não-agrícolas para impulsionar o desenvolvimento das áreas rurais. Trata-se, em última instância, de criar condições para que se possa alcançar a cidadania no meio rural sem necessidade de migrar para as cidades, estendendo ao morador da zona rural as mesmas possibilidades que encontraria nos centros urbanos. (SILVA, 2001a, p.50)

Complementarmente, segundo SCHNEIDER (2010, p. 528), “no Brasil o foco das ações do desenvolvimento rural deve ser o combate à pobreza e as múltiplas vulnerabilidades das populações rurais”. O que suscita o terceiro ponto a ser destacado, qual seja, que a pobreza, aqui, é entendida enquanto fenômeno multidimensional, que engloba diversos aspectos da condição social do indivíduo, não apenas a renda.

Nesse sentido, o estudo sobre os determinantes sociais da saúde evidencia que a saúde, para além de consequência de processos biológicos, é resultado de um conjunto de fatores sociais que determinam a exposição de alguns grupos sociais a diferentes riscos, que levam a

diferentes resultados de saúde. Por outro lado, o evidente valor da saúde para o bem estar individual e sua definição enquanto direito de todos, torna indispensável que políticas públicas que busquem erradicar vulnerabilidades e situações de pobreza levem em consideração ações que visem a garantia de saúde à população que se tem em questão.

O trabalho de Gessert et al. (2015) faz um levantamento bibliográfico para entender a atual compreensão científica sobre definições da saúde rural. O trabalho dá ênfase a como as pessoas que vivem em áreas rurais definem “saúde”, e salienta a necessidade de que mais estudos sejam feitos nesse campo. O que se apreende dos trabalhos, de modo geral, é que é muito comum, nas zonas rurais, o atrelamento de condição de saúde como a capacidade ou não de trabalhar e ser independente, não havendo a noção de prevenção de doenças e exames de rotina.

Ressalta-se, aqui, a importância do combate à pobreza rural multidimensional, que tem como base a ausência da garantia de cidadania para parte da população rural. Nesse âmbito, a saúde, enquanto direito constitucional garantido, precisa ser estudada e analisada. Porém, observa-se que a literatura sobre a saúde da população rural, principalmente com foco na população rural pobre, se mostra escassa não havendo, no que se pôde observar, um retrato bem definido de quais são as especificidades da saúde da população rural, a fim de que políticas de saúde possam ser desenhadas especificamente para esse público. Entendendo a saúde como aspecto relevante da situação de pobreza em que se encontra um indivíduo ou grupo, este trabalho busca contribuir para o desenvolvimento deste campo, tendo como objetivo levantar as especificidades das condições de saúde da população rural multidimensionalmente pobre de Minas Gerais.

5. METODOLOGIA

Neste capítulo busca-se descrever a metodologia adotada para a obtenção dos resultados e realização das análises. Antes, porém, de se apresentar especificamente a metodologia utilizada, compreende-se como importante a exposição de alguns pontos que são a base para a escolha da metodologia e realização do trabalho.

Assim, inicialmente se falará sobre os pressupostos adotados e, posteriormente, discorrer-se-á sobre a metodologia utilizada no trabalho.

5.1. Pressupostos adotados no trabalho

Nesta seção serão apresentados alguns pressupostos adotados no trabalho.

5.1.1. A concepção de pobreza

Para que o Estado consiga de fato contribuir para a redução da pobreza é preciso que se compreenda quais são as causas desse problema. A partir do breve histórico realizado no início do trabalho pode-se perceber que a concepção do que é pobreza e a definição de quem são os pobres vem sofrendo modificações ao longo dos anos, caminhando no sentido de que a pobreza é um fenômeno multidimensional e apresenta gradações, abrangendo tipos distintos de privações⁵ (CARNEIRO, 2005).

Além disso, para que as políticas públicas possam ser desenhadas de forma a contribuir de fato para a redução da pobreza no país se faz necessário compreender melhor quais são as privações sofridas pelos pobres, qual sua representatividade na vulnerabilidade desse grupo, e com que intensidade essas privações atingem tal grupo.

Assim, este trabalho parte do pressuposto de que a pobreza é fenômeno multidimensional, e que o estudo de cada uma de suas dimensões colaborará para o desenho de políticas públicas cada vez mais efetivas no combate à pobreza do país e, especificamente, de Minas Gerais.

⁵ Ressalta-se, aqui, que uma concepção não substitui a outra, elas surgem e se complementam mas, por exemplo, o enfoque monetário, provavelmente por sua facilidade de comparabilidade entre os países, continua sendo muito utilizado para se mensurar a pobreza nos países.

5.1.2. A mensuração da pobreza

Cada concepção de pobreza apresentada anteriormente dá origem a uma forma distinta de mensuração que, por conseguinte, identifica diferentes pessoas como pobres e determina, portanto, necessidades de ações diferentes por parte do Estado. Dessa forma, a adoção da perspectiva multidimensional da pobreza implica a escolha de um método de mensuração que englobe as diversas dimensões do fenômeno.

As linhas de pobreza e indigência, resultantes do enfoque monetário não seriam capazes de abordar as diversas dimensões relativas à pobreza. Ao mesmo tempo, os métodos de mensuração das abordagens de exclusão social e vulnerabilidade ainda não estão bem determinados. O enfoque participativo, por sua vez, demandaria muito tempo para englobar uma amostra representativa da população do estado de Minas Gerais, o que o torna impraticável para o presente trabalho. Assim, opta-se, aqui, por utilizar como base para análise da vulnerabilidade em Minas Gerais, a mensuração relacionada ao enfoque das capacidades que, apesar de, na prática, reduzir-se ao nível das necessidades básicas, do ponto de vista conceitual se aproxima da abordagem de exclusão (CARNEIRO, 2005).

Dessa forma, neste trabalho o IPM será adotado como índice para a mensuração e compreensão da pobreza enquanto fenômeno multidimensional no estado de Minas Gerais, servindo como base para aprofundar os estudos relativos às privações de saúde da população multidimensionalmente pobre das áreas rurais do estado.

5.2. A metodologia utilizada: definição de pobreza

A fim de analisar a situação de saúde vivida pelos multidimensionalmente pobres da zona rural de Minas Gerais é preciso, primeiramente, definir quem são os pobres de Minas Gerais para posteriormente desagregar o índice de forma que possa ser analisado, especificamente, o comportamento das privações sofridas pela população rural, dando especial atenção às condições de saúde desta. Para isso, será preciso calcular um índice de pobreza multidimensional (IPM) para Minas Gerais, o que será feito utilizando como base a metodologia utilizada para cálculo do Índice de Pobreza Multidimensional Global –IPM Global -, índice utilizado pela PNUD para mensuração das situações de pobreza de forma comparada entre países.

O IPM Global é calculado utilizando a metodologia desenvolvida por Alkire e Foster. Assim, em um primeiro momento serão apresentadas as características da metodologia geral, e num segundo momento serão expostas as características específicas do IPM Global. Por fim, serão expostas as modificações necessárias para a utilização do método para Minas Gerais e para a análise das condições de saúde da população rural do estado.

5.2.1. A metodologia Alkire e Foster

A metodologia desenvolvida por Alkire e Foster é um conceito amplo, sendo que neste trabalho serão expostos apenas os conceitos necessários para a compreensão do Índice de Pobreza Multidimensional⁶, tendo como foco a chamada *Adjusted Headcount Ratio* identificada como Mo.

A metodologia se divide em dois grandes grupos de ação, o primeiro chamado de identificação e o outro de agregação. A identificação envolve as decisões necessárias para a identificação de quem são os pobres da sociedade em questão. A agregação se refere à construção propriamente dita dos índices parciais e do índice geral que analisa as privações sofridas pelos pobres identificados no primeiro passo. (ALKIRE et. Al., 2014)

Primeiramente, é preciso definir qual é o conjunto de indicadores que serão considerados na definição das privações, posteriormente definindo-se o corte de privação de cada indicador (Z_j), que vai delimitar o que é suficiente para que uma pessoa não seja privada em cada um dos indicadores. Uma vez que este corte seja definido, ele deve ser aplicado ao universo da população em questão, a fim de se definir quais indivíduos ou grupos⁷ são privados ou não em cada indicador. (ALKIRE et. Al., 2014)

A partir de então deve-se definir qual será o peso relativo de cada indicador (w)⁸e, uma vez definido cada peso, deve-se calcular a pontuação ponderada de privações de cada indivíduo

⁶ Para maior aprofundamento sobre a metodologia, seus princípios e possibilidades, olhar ALKIRE et. Al, 2014 – OPHI Working papers, do número 82 até o 91, disponível em <<http://www.ophi.org.uk/resources/ophi-working-papers/>>

⁷ A metodologia pode ser utilizada tanto para indivíduos quanto para grupos. Porém, cabe adiantar que no IPM são utilizados os domicílios. Assim, aqui continuará a ser utilizada a determinação indivíduo, mas sabendo-se que quando for apresentada a metodologia do IPM, serão levados em conta os domicílios.

⁸ Nesse ponto uma decisão importante precisa ser tomada, pois o somatório dos pesos pode ser igual a 1 (*normalized weights*) ou igual ao número de indicadores em questão (*numbered weights*). No caso deste trabalho, tomando como base Alkire et.al (2014) e a utilização do IPM Global, será levada em

(Ci). Por fim, deve-se determinar o corte de pobreza (k), que define a percentagem de privações ponderadas que uma pessoa precisa experimentar para ser considerada multidimensionalmente pobre, e em seguida identificar quais pessoas são pobres ou não de acordo com o corte definido. (ALKIRE et. Al., 2014)

Assim se completa a identificação dos multidimensionalmente pobres na sociedade em questão. Passa-se, portanto, para a agregação destes resultados, que fornecerá o índice global (Mo) e também os índices parciais, que permitem a percepção sobre a incidência da pobreza multidimensional (H) e sua intensidade (A). (ALKIRE et. Al., 2014)

Assim, deve-se, primeiramente, computar a proporção de pessoas identificadas como multidimensionalmente pobres na população estudada ($H = \text{número de pobres (q)} / \text{população total (n)}$), e depois a média das privações sofridas pelos multidimensionalmente pobres ($A = \text{somatório das pontuações de privações sofridas pelos multidimensionalmente pobres} / \text{número de pobres (q)}$)⁹. Por fim, o índice geral, Mo, pode ser encontrado como produto dos índices parciais A e H ($Mo = H \times A$). Assim, a metodologia reflete a incidência e a intensidade da pobreza, capturando a distribuição conjunta de privações entre os membros de uma sociedade. (ALKIRE et. Al., 2014)

Ressalta-se, ainda, que uma das grandes vantagens dessa metodologia é a possibilidade do índice ser decomposto em subgrupos populacionais e em cada dimensão, possibilitando estudos comparados sobre as características da pobreza apresentada pelos multidimensionalmente pobres de uma dada população. (ALKIRE et. Al., 2014)

A metodologia apresentada por Alkire e Foster é bastante flexível: não especifica dimensões, indicadores, pesos ou cortes, podendo ser adaptada a diferentes contextos. O IPM Global, entretanto, tem dimensões, indicadores, pesos e cortes específicos, que serão apresentados a seguir. (ALKIRE, SANTOS, 2010)

consideração a primeira opção, com a soma dos pesos se igualando a 1 e, portanto, cada indicador representando a percentagem de privações sofridas pelos grupos analisados

⁹Aqui cabe observar que, como pode ser compreendido a partir de sua fórmula de cálculo, a intensidade da pobreza (A) não se refere à profundidade de privações de um indivíduo ou grupo no que tange a cada uma das dimensões em separado. Em A, o que se mede é a intensidade no sentido de quantas privações são sofridas por aquele indivíduo ou grupo, ou seja, quanto “multidimensionalmente privado” aquele indivíduo ou grupo é.

5.2.2. O índice de pobreza multidimensional global (IPM Global)

O IPM é calculado com base em três dimensões – saúde, educação e padrão de vida -, divididas em dez indicadores. Cada dimensão tem igual peso (1/3) e cada indicador dentro da referida dimensão também é igualmente ponderado. Por haver mais dados disponíveis, na maioria dos países, para núcleos familiares que para indivíduos, a unidade de análise para cálculo do índice é o domicílio. Assim, o IPM considera que um domicílio é multidimensionalmente pobre se, e somente se, este for privado em uma combinação de indicadores cuja soma ponderada seja igual a 30% ou mais ($k=30$). (ALKIRE, SANTOS, 2010) Como o IPM é a medida Mo proposta por Alkire e Foster, pode ser calculado como produto dos índices parciais H e A, citados anteriormente. Assim, seu cálculo é feito da mesma forma que o proposto por Alkire e Foster. A Figura 5 apresenta as dimensões utilizadas para cálculo do IPM Global, os indicadores, os mínimos para as privações, e o peso de cada um dos indicadores (que somam 1/3 em cada dimensão).

Figura 5 – Dimensões, indicadores, cortes e pesos utilizados para cálculo do IPM

Dimensões	Indicadores	É privado se...	Peso
Saúde	Mortalidade infantil	Alguma criança morreu na família	1/6
	Nutrição	Algum adulto ou criança sobre os quais haja informação nutricional seja mal nutrido	1/6
Educação	Anos de escolaridade	Nenhum membro do domicílio tenha completado 5 anos de escolaridade.	1/6
	Frequência das Crianças à escola	Alguma criança em idade escolar não esteja indo à escola do primeiro ao oitavo ano.	1/6
Padrão de Vida	Eletricidade	A casa não tem eletricidade	1/18
	Água potável	O domicílio não tem acesso a água potável nos padrões da MDG, ou a água limpa está a mais de 30 minutos de caminhada distante do domicílio.	1/18
	Condições Sanitárias	O sanitário não está adequado aos padrões da MDG ou está adequado mas é dividido com outros domicílios.	1/18
	Tipo de piso	O domicílio tem piso de areia, terra ou esterco.	1/18
	Combustível utilizado para cozinhar	Cozinha-se com madeira, esterco ou carvão	1/18
	Ativos	A família não possui mais de um dos itens rádio, TV, telefone, bicicleta, motocicleta ou refrigerador, e não possui um caminhão ou carro.	1/18

Fonte: ALKIRE, SANTOS, 2010, p. 17, tradução da autora.

Tais dimensões e indicadores foram escolhidos por Alkire e Santos por diversos motivos. Primeiramente, ter apenas três dimensões facilita as comparações com medidas de pobreza que utilizam a renda. Em segundo lugar, a importância das dimensões saúde, educação e nível básico de vida é amplamente reconhecida, o que não ocorre com outras dimensões como trabalho, empoderamento e segurança física. Em terceiro, há uma ampla gama de estudos em cada um destes tópicos, o que facilita a interpretação dos resultados do índice. Em quarto, apesar de algumas informações serem muito “simples”, a validade dos indicadores é bem documentada, o que não acontece em outros campos como empoderamento. (ALKIRE, SANTOS, 2010)

5.2.3. Um IPM para Minas Gerais: adaptações necessárias ao método do IPM Global

Como apontado anteriormente, a metodologia desenvolvida por Alkire e Foster para o cálculo da pobreza multidimensional deixa a cargo do(a) pesquisador(a) a definição dos indicadores, dos cortes e dos pesos, mas a metodologia desenvolvida por Foster e Santos, o IPM Global, não é adaptável, devendo o índice ser calculado de acordo com os parâmetros estabelecidos pelas autoras.

Como todos os índices, entretanto, há um grande problema, que é a obtenção das informações. No caso de Minas Gerais, tem-se a Pesquisa por Amostra de Domicílios, a PAD-MG¹⁰, que gera informações de dois em dois anos, englobando perguntas sobre características dos domicílios, renda, educação, saúde e outros. Assim, para o cálculo do Índice de Pobreza Multidimensional para Minas Gerais serão utilizados os últimos dados disponíveis desta pesquisa, que são do ano de 2013. Para realizar os cálculos necessários e para gerar as informações para a análise foram utilizados os programas *Stata*¹¹ e *Excel*.

Os indicadores foram selecionados com base nos questionários base da PAD-2013, de forma que se aproximassem o máximo possível daqueles utilizados para cálculo do IPM Global nos

¹⁰ A PAD-MG começou a ser realizada pela Fundação João Pinheiro em 2009, visando construir uma ampla base de dados contendo informações, sobre diversos aspectos sócio-econômicos da população mineira de forma a subsidiar decisões relativas às políticas públicas de Minas Gerais. A população de interesse da pesquisa são os domicílios mineiros (unidade de seleção amostral) em situação rural e urbana (definição feita de acordo com os critérios adotados pelo Censo de 2000). A amostra é composta por 18.000 domicílios, sendo 14.970 urbanos, e 3.030 rurais, sendo que, na população total do estado tem-se 3.967.193 urbanos e 797.758 rurais. (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2010). Ressalta-se, ainda, que de acordo com o Boletim da PAD-MG 2013, é possível se fazer a desagregação das informações para as áreas rurais e urbanas do estado. (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2013)

¹¹As sintaxes (do file) utilizadas para cálculo dos índices no programa *Stata* constam em anexo.

países. Além de algumas modificações terem sido necessárias pelo contexto do país e do estado, e das informações disponíveis, alguns acréscimos foram feitos. Tais acréscimos se justificam pois, como será explicado mais a frente, a dimensão saúde terá que ser retirada do índice para evitar o enviesamento das informações neste trabalho. Nesse sentido, o acréscimo de outros indicadores nas dimensões Padrão de Vida e Educação tem como objetivo reduzir o peso individual de cada indicador para o índice total (uma vez que, com a retirada de uma das dimensões e a manutenção da metodologia utilizada por Alkire e Santos, cada uma das dimensões passará a pesar $\frac{1}{2}$, e não mais $\frac{1}{3}$). Ademais, entende-se que o acréscimo destes indicadores não interferirá negativamente nos resultados do índice, já que, a partir da própria metodologia desenvolvida por Alkire e Santos fica claro que outros indicadores não utilizados pelas autoras são relevantes para a identificação de quem são os pobres de uma sociedade hoje, mas não são utilizados no Índice Global pela falta de informações padronizadas nos países, e não por sua suposta irrelevância.

A Figura 6 apresenta as dimensões, os indicadores utilizados, os respectivos pesos adotados para o IPM Global em Minas Gerais. A imagem apresenta também os cortes utilizados em cada indicador, ou seja, o que, em cada indicador, define um domicílio como privado. O corte que define quem são os multidimensionalmente pobres da população em questão (k) permaneceu o mesmo da metodologia Alkire e Santos, qual seja, 30%.

Primeiramente, cabe observar que algumas alterações tiveram que ser feitas no que tange ao IPM Global desenvolvido por Alkire e Santos. Na dimensão saúde, o indicador “Nutrição” não pôde ser utilizado por falta de informações. Assim, em seu lugar foi utilizado um indicador para medir o estado de saúde do domicílio, que leva em consideração a auto-percepção individual e se a pessoa sentiu algum sintoma (febre, diarreia, dor de dente, dores de cabeça, dor no peito, dor abdominal, dor de ouvido, falta de ar, sangramento, tontura, tosse, vômito, ou outro) nos últimos 30 dias, sendo privado o domicílio em que mais da metade de seus moradores considerou seu estado de saúde regular, ruim ou muito ruim, e apresentou pelo menos dois dos sintomas descritos (incluindo “outros” como uma categoria de sintoma também). Além disso, observa-se que, no que tange a mortalidade infantil, foi considerado privado o domicílio em que pelo menos uma criança que completaria até cinco anos de idade em junho de 2013, morreu¹² até a data de realização da pesquisa, e não a morte de crianças até um ano de idade.

¹² De acordo com Barros et. al. (2010), a não oferta de condições que garantam o pleno desenvolvimento de crianças até 5 anos de idade implica na perpetuação dos elevados níveis de

Figura 6 – Indicadores, pesos e cortes do IPM Global para Minas Gerais

Dimensão	Indicadores	Peso	É privado se...
Saúde	Morte de criança até 5 anos de idade	1/6	Alguma criança de até 5 anos morreu na família
	Auto-percepção do estado de saúde e apresentação de sintoma	1/6	Mais da metade de seus moradores apresentaram pelo menos um sintoma e consideraram seu estado de saúde regular, ruim ou muito ruim
Educação	Anos de escolaridade	1/9	Nenhum de seus moradores com 18 anos ou mais tem mais de 8 anos de escolaridade
	Frequência escolar	1/9	É privado se alguma pessoa de 6 a 15 anos (para englobar os 14 completos) não estiver indo à escola.
	Trabalho infantil	1/9	Algum morador menor de 16 anos trabalhar mais de 5 horas semanais (incluindo trabalho principal, secundário e doméstico)
Padrão de Vida	Eletricidade	1/24	A forma de iluminação do domicílio NÃO é por energia elétrica da rede geral, ou por gerador, ou por energia solar, ou seja, caso seja iluminado por lâmpião, vela ou lamparina, ou outro tipo.
	Água	1/24	Á água disponível não for oriunda de rede geral de distribuição.
	Condições sanitárias	1/24	Não tem banheiro no domicílio OU tem banheiro, mas é de uso comum a mais de um domicílio OU se o escoadouro do banheiro for por fossa séptica não ligada à rede, fossa rudimentar, vala, direto para rio ou lago, ou outro.
	Material do piso e das paredes	1/24	O piso é de terra ou “outro material” OU se suas paredes são de tijolo sem revestimento, taipa não revestida, ou madeira aproveitada
	Combustível para cozinhar	1/24	Não tem fogão de duas ou mais bocas OU se usa lenha ou carvão para cozinhar.
	Posse de ativos	1/24	Não possui nenhum dos ativos que compõem dois ou mais dos seguintes grupos: carro, moto ou bicicleta; geladeira ou freezer; televisão; e telefone fixo ou celular
	Internet	1/24	Nenhum de seus moradores tem acesso à internet
	Renda	1/24	A renda per capita do domicílio for menor que R\$120,00 (exclusive)

Fonte: Elaboração Própria

desigualdade e pobreza, com implicações para o desenvolvimento econômico do país. Os autores salientam que, apesar de terem ocorrido avanços na redução da mortalidade da infância, como o número de crianças nessa faixa etária é muito elevado no Brasil, tem-se que, a cada ano, cerca de 100 mil crianças morrem antes de completar cinco anos de idade no país. Além disso, corrobora para percepção da importância de se analisar a mortalidade de crianças até 5 anos de idade, a publicação da UNICEF que, à época, apresentou a taxa de mortalidade de menores de 5 anos como um índice mais aprimorado de mortalidade infantil (LAURENTI, SANTOS, 1996)

Na dimensão Educação, foram realizadas três alterações. Em primeiro lugar, foi determinado que o domicílio seria privado se não tivesse nenhum de seus moradores de 18 anos ou mais, com mais de 8 (oito) anos de escolaridade, e não apenas 5 (cinco). Tal alteração se justifica pois, no Brasil, até 2013¹³, o fornecimento de educação gratuito e obrigatório ia dos 6 (seis) aos 14 (catorze) anos de idade, completando 8 (oito) anos de escolaridade obrigatórios¹⁴. No indicador “frequência escolar” foi considerado privado o domicílio em que pelo menos um morador em idade escolar (06 a 14 anos) não frequentasse a escola. Por fim, foi acrescido o indicador “trabalho infantil” por se entender que o trabalho em idade escolar interfere no envolvimento dos indivíduos nas atividades relativas à escola. Assim, foi entendido como privado o domicílio em que pelo menos um de seus moradores em idade escolar trabalhasse mais de 5 horas por semana (somando-se as horas dedicadas a trabalho principal, trabalho secundário e trabalho doméstico¹⁵)

Na dimensão Padrão de Vida, foram mantidos os indicadores utilizados por Alkire e Santos, utilizando a iluminação elétrica como *proxy* de eletricidade e acrescentando-se ao tipo de piso, também o tipo de parede, sendo privado o domicílio que possuísse piso de terra ou paredes de tijolo sem revestimento, taipa não revestida, madeira aproveitada, ou “outro”. Para o indicador “Ativos”, agrupou-se os itens em (1) telefone fixo e celular; (2) televisão; (3) geladeiras e freezers; e (4) automóvel, motocicleta e bicicleta, considerando-se privado o domicílio que não tivesse pelo menos um ativo em dois desses grupos. Além disso, foram acrescentados os indicadores “renda”, sendo privado o domicílio que possuísse renda per capita

¹³Em 2013 a lei foi modificada, tornando obrigatória e gratuita a educação de 4 a 17 anos de idade, o que se traduz na obrigatoriedade de 13 anos de escolaridade. O Estado teria até 2016, entretanto, para garantir tal oferta, o que justifica, junto ao fato de que apenas as crianças nascidas em 2013 estariam sujeitas a essa legislação, o não uso de tal parâmetro como base para definir a privação em anos de escolaridade da população de Minas Gerais.

¹⁴A autora considerou privados os domicílios em que nenhum dos adultos possuía grau de escolaridade maior que o ensino fundamental completo. Tal escolha se justifica, em detrimento do indicador mais comum, que consideraria não privados aqueles que possuíssem pelo menos ensino fundamental completo (o que corresponde a oito anos de escolaridade), pois garante o aumento da amostra e não provoca grandes alterações nos resultados analisados, uma vez que as pessoas com ensino fundamental incompleto são incluídas na amostra. Nesse sentido, o que tal escolha faz é permitir que um grupo “menos privado” de pessoas seja considerado, também, como pobre. Portanto, provavelmente, caso fossem considerados privados apenas aqueles com ensino fundamental incompleto, as diferenças encontradas entre os pobres e os não pobres só aumentariam e ficariam mais evidentes, sem haver mudança de fato nos padrões encontrados, mas reduzindo a amostra, o que poderia implicar na representatividade dos resultados.

¹⁵Cabe observar que a Lei Complementar nº 150/2015 (disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp150.htm) proíbe o trabalho doméstico para menores de 18 anos no Brasil.

abaixo de R\$120,00¹⁶, e “internet” sendo privado o domicílio em que nenhum de seus moradores acessa a internet.

Observa-se, por fim, que, com o objetivo de comparar as realidades rural e urbana de forma separada em Minas Gerais, calculou-se, usando essa mesma metodologia, um IPM para a zona rural do estado, e outro para a zona urbana.

5.2.4. Um IPM para analisar as condições de saúde em Minas Gerais: adaptações necessárias ao método do IPM Global para Minas Gerais

O IPM Global para Minas Gerais apresentado anteriormente foi calculado apenas para que fosse demonstrada a relevância da dimensão “Saúde” para o estudo da pobreza multidimensional em Minas Gerais, de forma geral e, especificamente, nas zonas rural e urbana. Chama-se atenção, entretanto, que o objetivo deste trabalho é analisar a situação de saúde da população multidimensionalmente pobre das zonas rurais do estado, o que faz com que a manutenção da dimensão “saúde” no cálculo do Índice de Pobreza Multidimensional enviesse os resultados da análise. Tal ponderação levou a autora a retirar do índice tal dimensão, deixando as demais como são propostas pelo método do IPM global, com as alterações para Minas Gerais, já mencionadas na sessão anterior.

Chama-se atenção que, mantendo-se os princípios utilizados por Alkire e Santos na metodologia do IPM Global, as dimensões do índice calculado devem ter pesos iguais, assim como os indicadores dentro de cada uma delas. Assim, retirando-se a dimensão “saúde” do cálculo do IPM Global para Minas Gerais, tem-se alterações nos pesos das dimensões e, por conseguinte, de seus indicadores, como apresentado na Figura 7. Assim, definiu-se o peso das dimensões Padrão de Vida e Educação como $\frac{1}{2}$ cada, e os indicadores de cada uma delas ponderados como $\frac{1}{16}$ e $\frac{1}{6}$, respectivamente.

¹⁶Corte utilizado pelo Programa Bolsa Família em 2013, definido na lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, alterada pela lei nº 11.692, de 2008, disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm>

Figura 7 - Indicadores, pesos e cortes do IPM Global para a análise das condições de saúde da população de Minas Gerais

Dimensão	Indicadores	Peso	É privado se...
Educação	Anos de escolaridade	1/6	Nenhum de seus moradores com 18 anos ou mais tem mais de 8 anos de escolaridade
	Frequência escolar	1/6	É privado se alguma pessoa de 6 a 15 anos (para englobar os 14 completos) não estiver indo à escola.
	Trabalho infantil	1/6	Algum morador menor de 16 anos trabalhar mais de 5 horas semanais (incluindo trabalho principal, secundário e doméstico)
Padrão de Vida	Eletricidade	1/16	A forma de iluminação do domicílio NÃO é por energia elétrica da rede geral, ou por gerador, ou por energia solar, ou seja, caso seja iluminado por lampião, vela ou lamparina, ou outro tipo.
	Água	1/16	Á água disponível não for oriunda de rede geral de distribuição.
	Condições sanitárias	1/16	Não tem banheiro no domicílio OU tem banheiro, mas é de uso comum a mais de um domicílio OU se o escoadouro do banheiro for por fossa séptica não ligada à rede, fossa rudimentar, vala, direto para rio ou lago, ou outro.
	Material do piso e das paredes	1/16	O piso é de terra ou “outro material” OU se suas paredes são de tijolo sem revestimento, taipa não revestida, ou madeira aproveitada
	Combustível para cozinhar	1/16	Não tem fogão de duas ou mais bocas OU se usa lenha ou carvão para cozinhar.
	Posse de ativos	1/16	Não possui nenhum dos ativos que compõem dois ou mais dos seguintes grupos: carro, moto ou bicicleta; geladeira ou freezer; televisão; e telefone fixo ou celular
	Internet	1/16	Nenhum de seus moradores tem acesso à internet
Renda	1/16	A renda per capita do domicílio for menor que R\$120,00 (exclusive)	

Fonte: Elaboração própria

5.3.A análise das condições de saúde da população rural multidimensionalmente pobre de Minas Gerais

A análise das condições de saúde para a população rural multidimensionalmente pobre de Minas Gerais foi feita com base nos dados fornecidos pela Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD-MG) de 2013, em sua seção de saúde (D).

Os dados foram organizados separadamente para as populações “rural pobre”, “rural não pobre”, “urbana pobre” e “urbana não pobre”, sendo a situação rural/urbana definida pela

situação do domicílio determinada pela PAD-2013 e a situação pobre/não pobre, pelo IPM calculado pela autora sem a dimensão saúde¹⁷.

Tal distinção foi feita para que se pudesse comparar a realidade da população rural pobre com a população urbana pobre, e com a população rural não pobre, além de se analisar se há diferença entre os pobres e não pobres urbanos para os pobres e não pobres rurais.

Uma vez definida a metodologia empregada cabe, agora, a apresentação dos resultados encontrados.

¹⁷ É importante ressaltar que há fortes indícios que as amostras para as populações pobre e não pobre das zonas rural e urbana do estado de Minas Gerais são representativas, e aqui se trabalha com tal suposição. Isso porque só foram utilizados os dados da PAD-MG, e esta pesquisa é representativa para essas regiões e, além disso, não foram feitos muitos recortes, apenas entre pobres e não pobres. Além disso, ressalta-se que a conclusão geral do trabalho leva em consideração as diversas informações analisadas, sendo que grande parte delas demonstra diferenças grandes entre as condições de saúde dos pobres rurais e dos demais grupos, diferenças que provavelmente não seriam reflexos de flutuações amostrais. No entanto, afirmações mais categóricas demandariam, a rigor, testes estatísticos mais sofisticados e específicos.

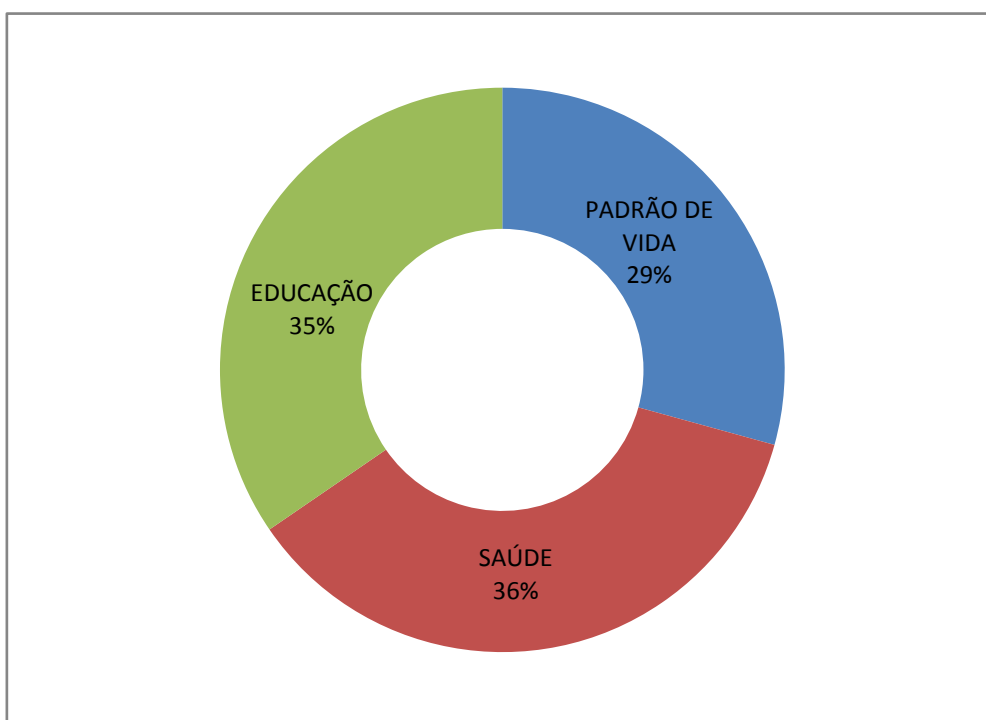
6. RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados e analisados os resultados encontrados a partir da metodologia desenvolvida, abrangendo o IPM Global para Minas Gerais, o IPM Global utilizado para análise da situação de saúde da população rural multidimensionalmente pobre de Minas Gerais, e a análise das condições de saúde da população mineira.

6.1.O IPM Global para Minas Gerais

A partir do cálculo do IPM Global para Minas Gerais tem-se que cada uma das dimensões contribui de forma bastante equilibrada para o resultado de 0,0351953 do índice, como mostra o Gráfico 3. Pode-se observar que as privações em Saúde correspondem a 36% do índice total, enquanto a dimensão Educação representa 35%, e o Padrão de Vida reflete 29% do índice.

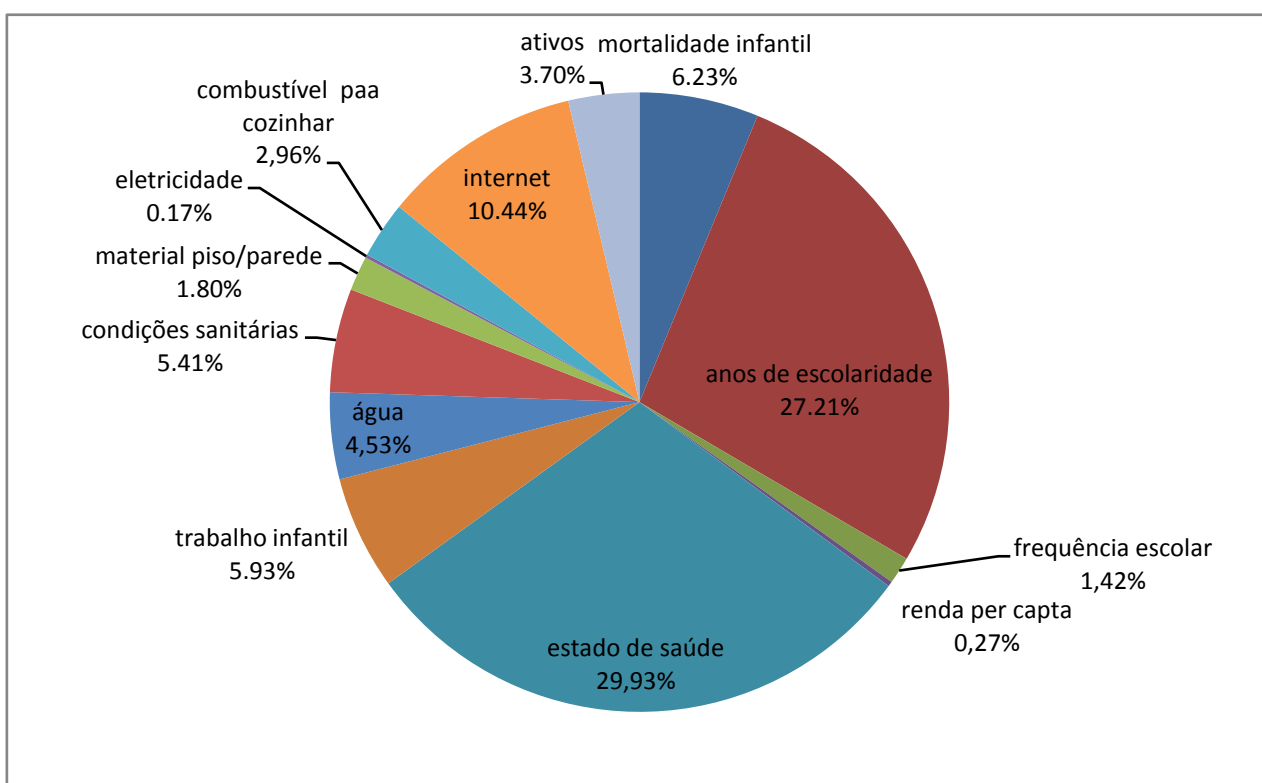
Gráfico 3 – Participação de cada dimensão no valor total do IPM Global para Minas Gerais – Minas Gerais – 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013

Pode-se também analisar a participação de cada indicador, especificamente, como mostra o Gráfico 4. Os indicadores com maior influência no que tange as privações sofridas pelos domicílios mineiros são relativos ao estado de saúde (29,93%), aos anos de escolaridade (27,21%), e ao acesso a internet (10,44%) de seus moradores, todos os outros representando menos de 10% do índice. Chama-se atenção para a baixa participação da renda como privação, demonstração empírica que evidencia a necessidade de uma compreensão multidimensional acerca do fenômeno pobreza.

Gráfico 4 – Participação de cada indicador no valor total do IPM Global para Minas Gerais – Minas Gerais – 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013

Além da análise sobre a relevância dos indicadores e das dimensões para o índice multidimensional cabe ressaltar os valores obtidos para a proporção de pessoas multidimensionalmente pobres no estado (H) e a intensidade das privações sofridas (A). Para o IPM global de Minas Gerais tem-se $H=0.0449215$, o que significa dizer que 4,49% dos domicílios do estado são pobres, e $A=0,3490945$, o que implica que cada domicílio pobre

sofre uma média de 34,91% das privações analisadas. Tais valores implicam um IPM de 0,0156818, como já exposto.

Apesar do relativo pequeno número de pobres no estado, a partir desses dados fica evidente que a Saúde é uma área importante de ser analisada quando se busca compreender as condições de privação sofridas por estas pessoas no estado de Minas Gerais— é a dimensão com maior influência (36%) e tem o indicador mais representativo (estado de saúde, com 29,93%) em todo o índice.

Porém, há de se colocar, o estado de Minas Gerais está longe de ter uma realidade homogênea, havendo grandes diferenças regionais, e também diferenças nas estruturas de privações no campo e nas cidades, como se busca demonstrar a seguir.

6.2. Um olhar sobre as realidades rural e urbana

Para análise das informações sobre as condições de saúde da população mineira será utilizado o IPM global já apresentado. Porém, é interessante se debruçar um pouco sobre as características específicas das condições de pobreza nas zonas rurais e urbanas, para que se tenha esse retrato como base para as análises posteriores.

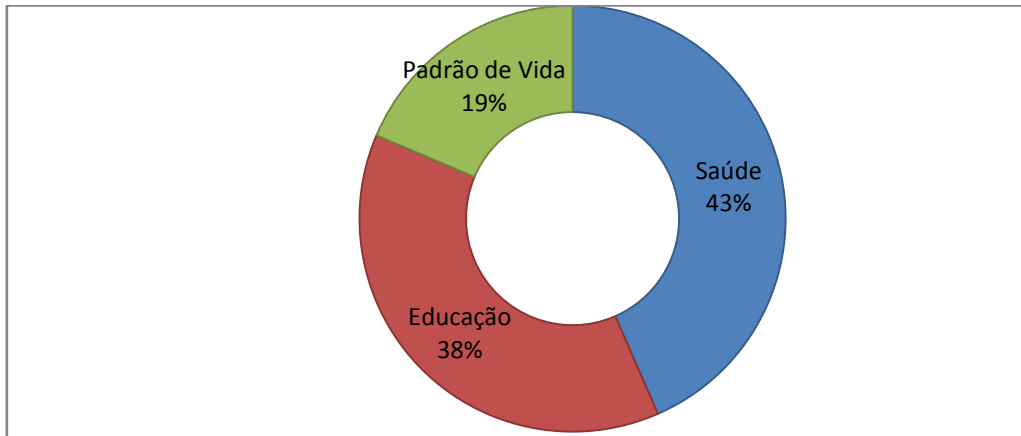
Nesse sentido, foi calculado um IPM para a zona rural e um IPM para zona urbana, a fim de que seja possível analisar como as três dimensões do índice e cada um de seus indicadores contribuem para a situação de pobreza em cada uma das áreas do estado, além de ser possível calcular a incidência (H) e a intensidade (A) da pobreza nas duas zonas. Durante a análise desses dois índices, o IPM calculado para todo o estado será referenciado como “IPM geral”.

Assim, obteve-se, para a zona rural um IPM (M0) de 0,0468441, determinado por uma proporção de pobres de 12,62% ($H=0,1262368$) e a intensidade de pobreza atingindo 37,11% ($A=0,3710813$), dados que apontam para um valor maior do índice como consequência da maior incidência e intensidade da pobreza no campo.

A partir do Gráfico 5 pode-se perceber que a ordenação de importância de cada uma das dimensões permanece a mesma do IPM geral, com saúde sendo a que mais contribui para a pobreza, seguida por educação e padrão de vida em último. Porém, ressalta-se que o grau de representação de cada uma das dimensões se altera consideravelmente. A saúde passa a contribuir com 43% do valor do índice, educação ficando com 38% e Padrão de Vida contribuindo com apenas 19% do IPM, de forma que a representatividade das dimensões

saúde e educação cresce, enquanto a participação da dimensão “padrão de vida” reduz em 10%.

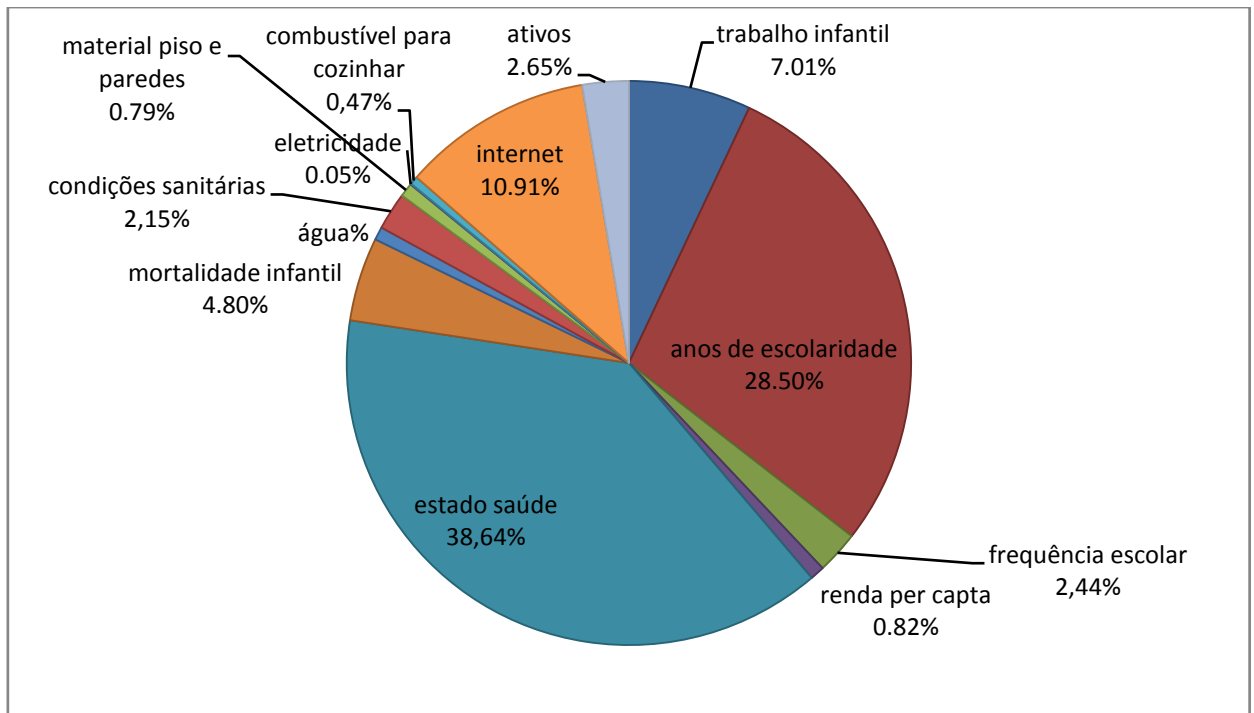
Gráfico 5 – Participação de cada dimensão no IPM total da Zona Rural – Minas Gerais - 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013

No Gráfico 6 tem-se, especificamente, a participação de cada indicador para o IPM das regiões rurais do estado. Como no IPM geral, o estado de saúde é o indicador que mais contribui para o valor do índice, com 38,64%, seguido pelos anos de escolaridade, com 28,50%. Ressalta-se, entretanto, que há uma alteração na participação dos indicadores de modo geral. Na dimensão Saúde, o percentual do estado de saúde aumenta, mas a mortalidade infantil diminui; na dimensão Educação, todos os indicadores aumentam sua representatividade; e na dimensão Padrão de Vida, apesar do percentual total da dimensão diminuir no IPM global, as privações relativas a internet aumentam, enquanto todos os demais indicadores diminuem seu percentual de participação no valor total do índice.

Gráfico 6 - Participação de cada indicador no IPM total da Zona Rural – Minas Gerais - 2013

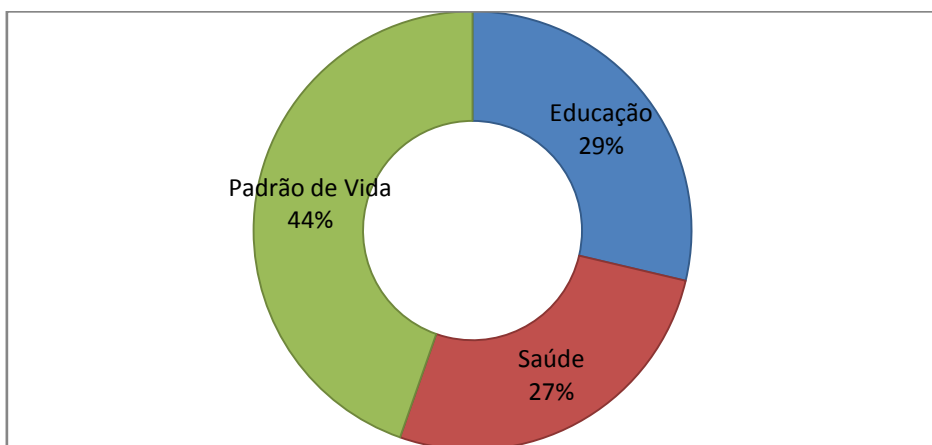


Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Para a zona urbana, foi encontrado um IPM (M0) de 0,0111768, que é consequência de uma proporção de pobres de 3,30% ($H=0,0329628$) e da intensidade da pobreza de 33,91% ($A=0,3390721$), ambos os números menores que os percentuais encontrados para o IPM geral do estado.

No que tange o perfil da pobreza urbana, como pode ser observado nos Gráficos 7, há uma inversão entre a participação das dimensões no valor total do IPM, relativamente à região rural. A dimensão Padrão de Vida é a que mais contribui para a situação de pobreza nas cidades (44%), seguida pela educação (29%), e por último a saúde, com 27%.

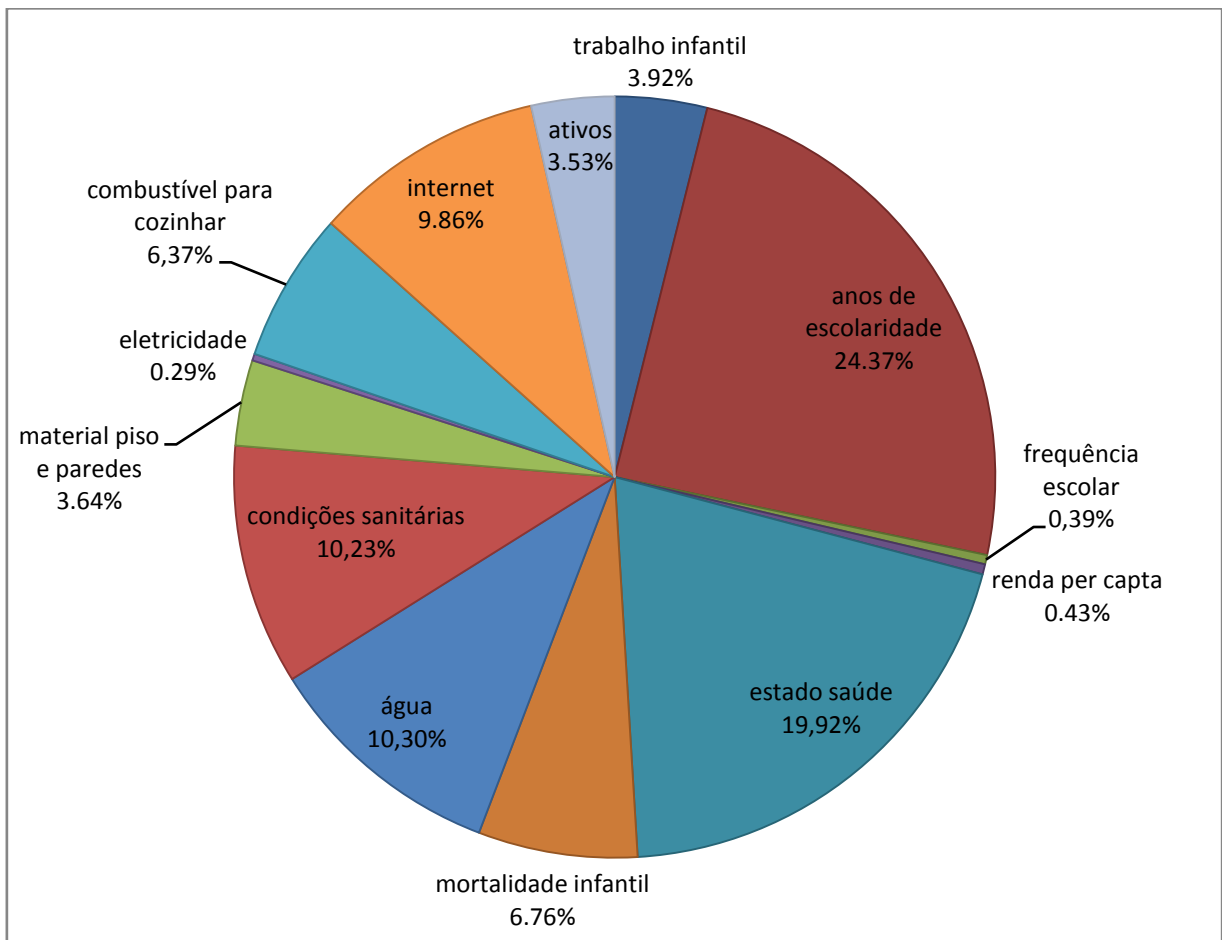
Gráfico 7 - Participação de cada dimensão no IPM total da Zona Urbana– Minas Gerais - 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Quando se considera a contribuição relativa de cada um dos indicadores (gráf. 8), tem-se que os de maior representatividade continuam sendo anos de escolaridade e estado de saúde havendo, entretanto uma inversão na ordem dos dois, com anos de escolaridade contribuindo com cerca de 24% do índice, e o estado de saúde com aproximadamente 20%. Porém, como foi feito para a zona rural, é interessante observar como se comportam os indicadores dentro de cada dimensão, comparativamente ao IPM geral. Na dimensão Saúde, o indicador estado de saúde diminui seu percentual de participação, mas a mortalidade infantil aumenta; na dimensão Educação, a participação relativa de todos os indicadores cai; e na dimensão padrão de vida, há um crescimento de todos os indicadores, exceto internet e ativos, que diminuem sua participação. Aqui, cabe destacar os aumentos dos indicadores água e condições sanitárias, que aumentam cerca de duas vezes sua representatividade no índice urbano.

Gráfico 8 – Participação de cada indicador no IPM total da Zona Urbana – Minas Gerais - 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

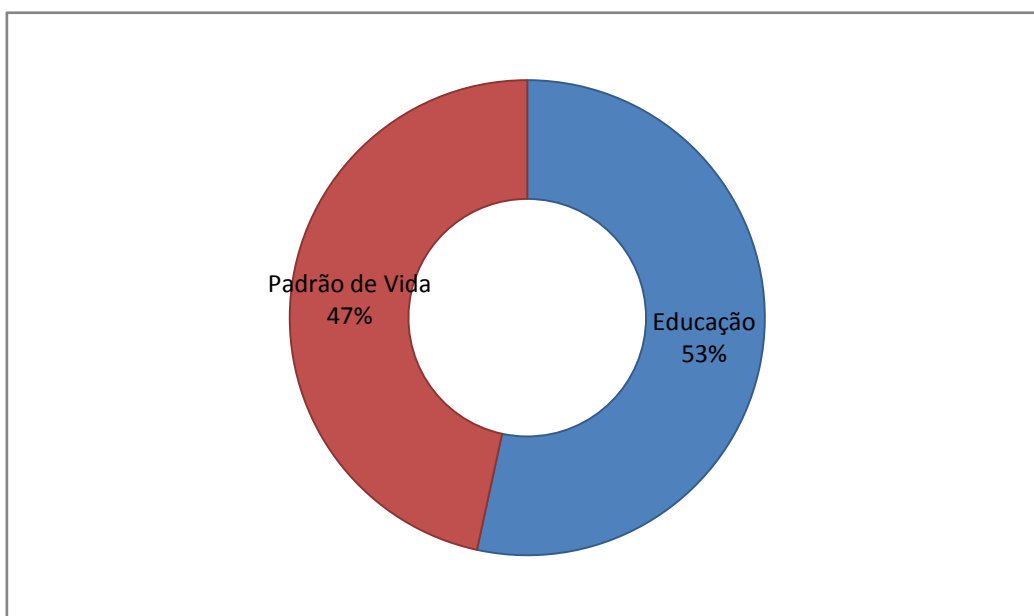
Assim, o que se observa é que as condições de pobreza, no campo e nas cidades, são muito distintas. Enquanto nas cidades as maiores privações estão relacionadas ao Padrão de Vida dos moradores, no campo as maiores privações se dão na dimensão Saúde. Além disso, observa-se que a incidência e a intensidade da pobreza são maiores nas zonas rurais do estado, com o percentual de pobres sendo quase 4 vezes maior nessas localidades, do que nas regiões urbanas. Tais fatos justificam o foco desse trabalho em analisar as condições de saúde da população rural pobre de Minas Gerais.

Para a análise sobre as condições de saúde, entretanto, voltar-se-á a utilizar os dados relativos ao estado como um todo.

6.3. O IPM Global para análise das condições de saúde da população de Minas Gerais

Como já exposto, devido à possibilidade de enviesamento das informações, a autora optou por calcular um segundo índice geral, retirando a dimensão “Saúde” do mesmo. Nesse novo índice calculado obteve-se também uma participação equilibrada entre as duas dimensões utilizadas, quais sejam, Educação e Padrão de Vida, a primeira correspondendo a cerca de 53% , e a segunda, a cerca de 47% do valor total do índice, que foi de 0,0351953 (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Participação de cada dimensão no valor total do IPM Global para análise das condições de saúde da população – Minas Gerais - 2013

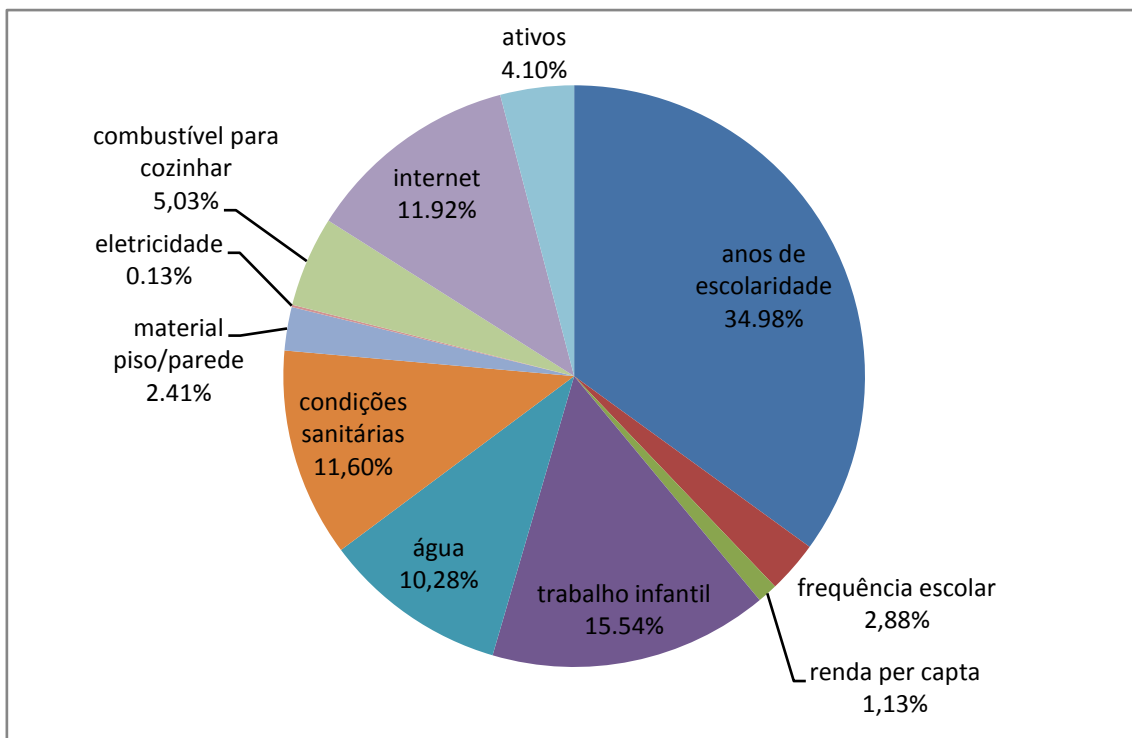


Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

De forma específica, no Gráfico 10 pode-se observar a participação de cada um dos indicadores na constituição do índice total. Nele cresce a representatividade dos indicadores de Educação e Padrão de Vida, em decorrência da retirada dos indicadores da dimensão Saúde do cálculo, podendo ser observados alguns pontos interessantes. “Anos de escolaridade”, permanece com grande representatividade, passando a significar 34,98% do índice (antes, 27,21%), e “internet” também se mantém representativo, com 11,92%, não crescendo tanto, porém, pois já significava 10,44% do índice anterior. Por outro lado, chama atenção o crescimento da participação dos indicadores “trabalho infantil”, representando 15,54% do índice (antes, 5,93%), “condições sanitárias” significando 11,60% do índice (antes, 5,41%) e

“água” contribuindo em 10,28% do valor total do índice (antes, 4,53%). Observa-se ainda que, apesar de ter apresentado certo crescimento, o indicador “renda” continua tendo pouca expressividade no valor total do IPM, representando apenas 1,13% do índice (contra os 0,27% anteriores).

Gráfico 10 – Participação de cada indicador no valor total do IPM Global para análise das condições de saúde da população – Minas Gerais - 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

A proporção de pobres (H) de acordo com este índice é cerca de 9,18% ($H=0,0917659$), e a intensidade (A) da pobreza passa a ser 38,35% ($A=0,3835333$), o que significa dizer que os 9,18% domicílios pobres de Minas Gerais sofrem, em média, com 38,35% das privações utilizadas no cálculo do IPM. Tais valores, como já citado, dão origem a um IPM de 0,0351953 para Minas Gerais.

Contrapondo a importância da dimensão “saúde” para o cálculo do IPM inicialmente elaborado, tem-se que o número de pobres (H) e a média de privações sofridas por eles (A) aumentam com a retirada de tal dimensão do cálculo do índice.

Tal fato pode ser explicado pela manutenção de K como sendo 30%. Isso porque, ao manter a “linha” que divide os pobres dos não pobres como a exposição a 30% das privações sofridas,

mas reduzindo-se o número de dimensões e, portanto, aumentando o peso relativo de cada indicador, tem-se que, para ser pobre nesse segundo índice o domicílio precisa ser privado em menos indicadores do que precisava no primeiro índice. Por exemplo, no primeiro índice calculado, o domicílio precisaria ser privado em pelo menos uma dimensão ou em alguma outra combinação de indicadores que chegasse a 30% do número de privações. Nesse segundo índice, para ser privado, o domicílio poderia apresentar privações, por exemplo, em apenas 5 dos 8 indicadores da dimensão “padrão de vida” ou em 2 dos 3 indicadores da dimensão “educação”.

Apesar disso, optou-se por manter o corte igual a 30% das privações a fim de possibilitar a comparabilidade das informações geradas, e como forma de garantir que a amostra não se reduziria ainda mais, se tornando menos representativa, o que seria um problema já que o trabalho irá desagregar as informações não só entre domicílios urbanos e domicílios rurais, mas também entre pobres e não pobres.

6.4. Análise das condições de saúde da população rural multidimensionalmente pobre de Minas Gerais

Esta é a seção que trata do objetivo mais estrito do trabalho, qual seja, analisar as condições de saúde da população rural multidimensionalmente pobre de Minas Gerais. Como já exposto, isso será feito a partir dos dados da PAD-MG 2013, comparando os resultados para essa população com os resultados para a população dos não pobres rurais e dos pobres urbanos, e também analisando se há padrões que podem ser percebidos no que tange as diferenças encontradas entre pobres e não pobres para a zona rural e para a zona urbana.

Primeiramente, serão analisados os dados relativos ao estado de saúde da população, englobando as informações originadas da autoavaliação do estado de saúde, da incidência de doenças crônicas (baseadas em diagnóstico médico) e sintomas (que não têm necessidade de diagnóstico médico), e do número de internações. O segundo grande grupo de análise se refere ao acesso ao atendimento médico, envolvendo os dados relativos à necessidade, à procura, e ao local de atendimento. A terceira parte busca analisar a qualidade dos atendimentos médicos e a quarta, os gastos realizados na área da saúde pelos grupos estudados. Por fim, numa quinta seção serão analisados dados relativos à gravidez e, na sexta e última seção, serão discutidos os dados referentes à saúde da criança.

6.4.1. Estado de saúde

O primeiro aspecto a ser analisado na busca por uma melhor compreensão sobre o estado de saúde da população mineira será a auto-avaliação do estado de saúde dos indivíduos¹⁸. Observa-se, nesse caso, que, como pode ser visto no Gráfico 11, os pobres rurais englobam os indivíduos que menos consideram seu estado de saúde muito bom ou bom (73,58%), tendo o maior percentual de pessoas que consideram sua saúde regular (22,31%) e ruim ou muito ruim (4,11%). Surpreendentemente, o grupo que mais considera sua saúde muito boa ou boa são os “não pobres rurais” (83,53%), que também representam o percentual mais baixo de indivíduos que consideram seu estado de saúde ruim ou muito ruim (2,02%).

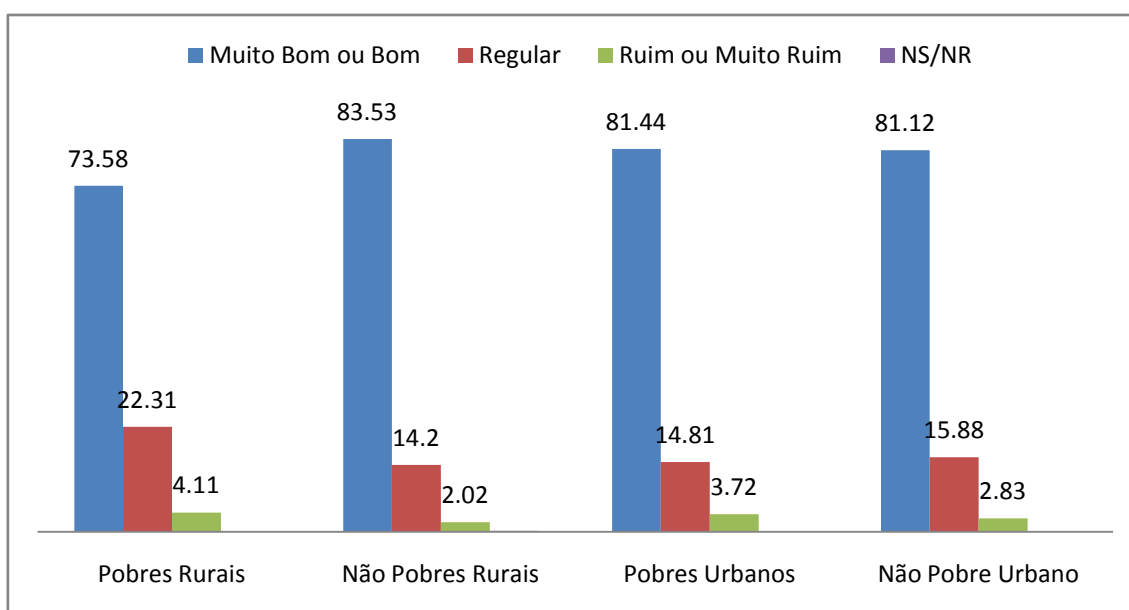
Essa diferença existente entre os pobres e os não pobres da zona rural não pode ser vista quando se compara os dados referentes aos pobres e não pobres urbanos. Nestes grupos, a porcentagem de pobres que avalia seu estado de saúde como bom ou muito bom chega a ser maior que a dos não pobres (81,44 e 81,12, respectivamente). Porém, ressalta-se que o percentual de pobres que avalia seu estado de saúde como ruim ou muito ruim também é maior nessa população (3,72 contra 2,83).

Nesse quesito conclui-se, então, que (1) a auto avaliação dos pobres rurais indica um pior estado de saúde que a auto-avaliação dos pobres urbanos, e (2) a grande diferença encontrada entre a realidade dos pobres e dos não pobres nas zonas rurais não se repete quando se analisa as auto-avaliações feitas pelos pobres e não pobres das zonas urbanas.

O segundo aspecto a ser analisado se refere à incidência das doenças crônicas nos grupos populacionais referidos. Tal análise merece especial atenção pois demonstra, de forma empírica, o que se tomou como pressuposto ao levar em consideração a ideia dos determinantes sociais de saúde: as condições de saúde da população pobre são piores do que as da população não pobre, e isso não é meramente consequência das condições sanitárias como se poderia supor.

¹⁸Observa-se aqui que, enquanto os cálculos e a análise do IPM se referem aos domicílios, a análise das condições de saúde tem como base os indivíduos. A partir da identificação dos domicílios pobres (pelo IPM) foi feita correspondência com os indivíduos que seriam pobres (os moradores dos domicílios pobres), permitindo que a análise sobre as condições de saúde fosse feita considerando-se o nível individual, não domiciliar.

Gráfico 11 – Autoavaliação do estado de saúde dos pobres e não pobres rurais e urbanos – Minas Gerais – Jun. 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

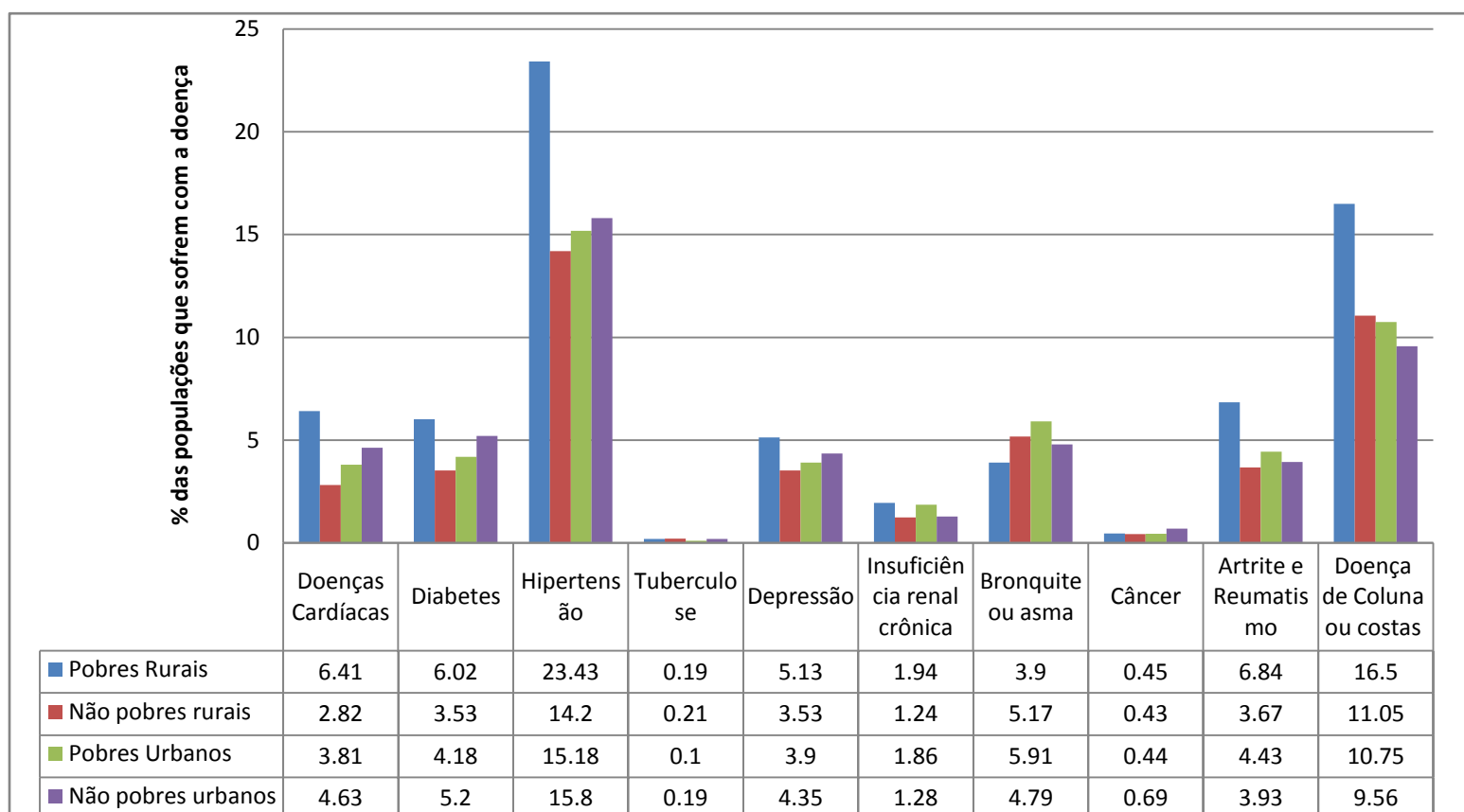
Observando o Gráfico 12 torna-se evidente a maior incidência das doenças crônicas nos pobres rurais, observação que não fica evidente, porém, quando se observa a incidência das doenças nos pobres urbanos. Num primeiro momento será feita, portanto, a análise separada da incidência das doenças nas zonas rurais e urbanas, para que depois seja feita uma análise comparativa entre as duas áreas.

O que se observa na população rural é que na grande maioria dos casos as doenças crônicas incidem (muito) mais nos pobres do que nos não pobres, com a hipertensão chegando a atingir mais de 20% dessa população. As únicas exceções são tuberculose e bronquite ou asma, que chamam atenção por serem as únicas doenças em que os não pobres rurais não apresentam as menores taxas de incidência dentre os quatro grupos populacionais estudados – em todas as outras doenças esse grupo apresenta o menor percentual de indivíduos doentes.

Já no que se refere à população urbana, os pobres apresentam maior incidência de insuficiência renal crônica, bronquite ou asma, artrite e reumatismo, e doença de coluna ou costas, enquanto os não pobres urbanos apresentam percentuais maiores no que se refere a todas as demais doenças. Tal retrato contradiz o pressuposto dos determinantes sociais de saúde. Porém, chama-se atenção que essas informações se referem a diagnósticos médicos e, portanto, a maior incidência de doenças nos não pobres (relativamente aos pobres) na zona

urbana pode dizer respeito ao maior acesso aos serviços de saúde e à maior possibilidade de identificação das doenças, e não à ocorrência de fato das doenças.

Gráfico 12 - Incidência de doenças crônicas (a partir de diagnóstico médico) nas populações rurais e urbanas, pobres e não pobres – Minas Gerais – 2013



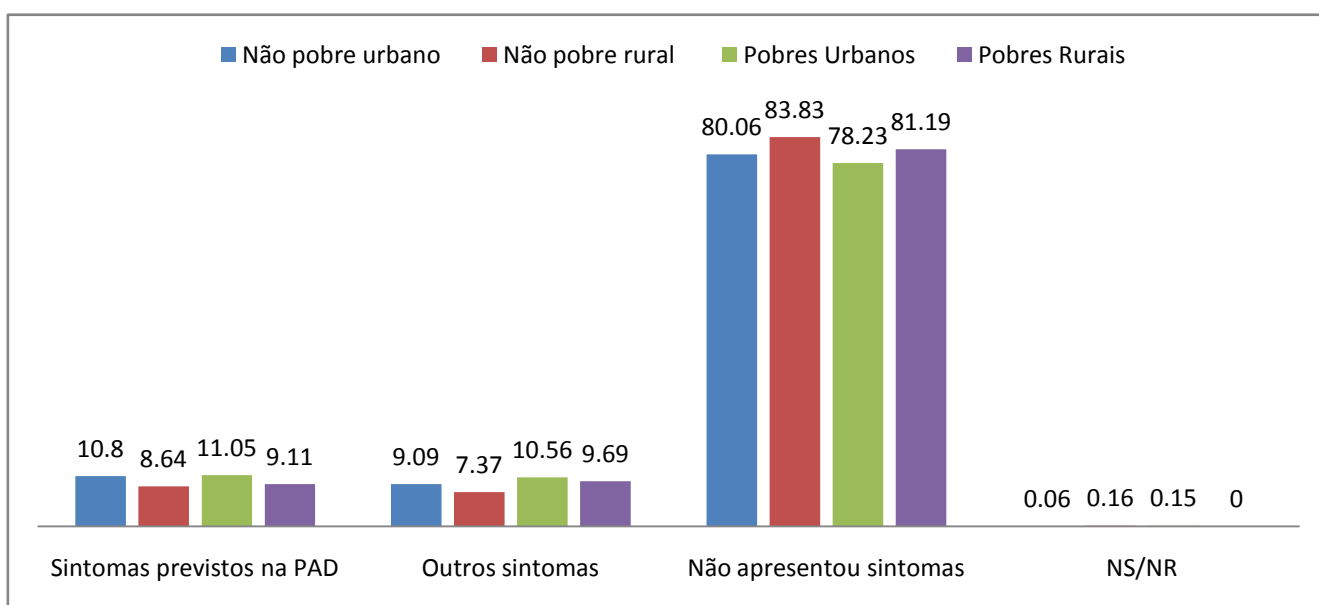
Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

De modo geral, o que se observa, portanto, é que as condições de saúde dos pobres rurais são, mais uma vez, muito piores do que as dos demais grupos populacionais estudados, confirmando a informação encontrada nos cálculos dos IPMs para cada uma das zonas, que as privações em saúde são muito maiores para a zona rural que para a zona urbana. Além disso, é evidenciada, mais uma vez, a grande discrepância entre a saúde dessa população e as condições dos não pobres na área rural, não podendo ser encontrado o mesmo padrão nas zonas urbanas.

O terceiro ponto a se analisar diz respeito aos sintomas sentidos nos últimos 30 dias (sem a necessidade de qualquer diagnóstico médico). Como pode ser observado no Gráfico 13, o percentual de pobres que apresentaram sintomas é maior que o percentual de não pobres tanto

na zona rural quanto na zona urbana. Porém, dessa vez não se percebem diferenças tão grandes entre as populações rurais, e chama atenção o fato da incidência dos sintomas previstos na PAD e de outros sintomas ser aparentemente um pouco maior nos pobres urbanos que em todos os outros grupos populacionais.

Gráfico 13 - Percentual das populações pobre e não pobre, rural e urbana que apresentou algum sintoma nos últimos 30 dias – Minas Gerais – Jun. 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: os sintomas previstos na PAD são febre, diarreia, dor de dente, dor de cabeça, dor no peito, dor abdominal, dor de ouvido, falta de ar, sangramento, tontura, tosse, ou vômito.

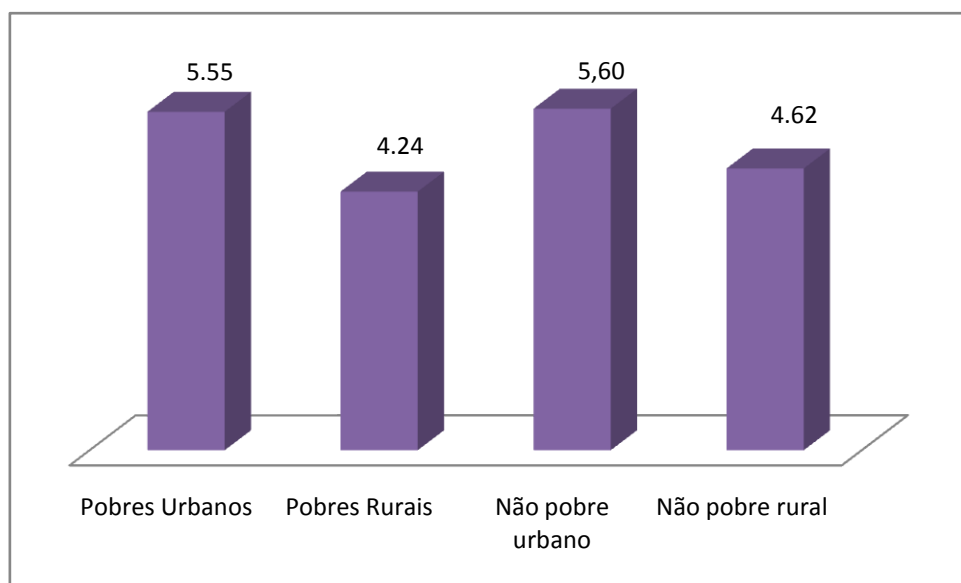
Assim, observa-se que, apesar dos pobres urbanos não sofrerem com elevada incidência de doenças crônicas, sua condição de saúde no que diz respeito a sintomas sentidos é pior que a dos demais grupos populacionais. Ressalta-se que, apesar de não terem piores condições gerais de saúde no que tange às doenças crônicas, os pobres urbanos são o grupo com maior incidência de bronquite ou asma, fator que pode contribuir para a maior incidência de sintomas como falta de ar e tosse.

De outro lado, cabe lembrar que, como os sintomas, diferente das doenças crônicas, não dependem de diagnóstico médico, os resultados estão abertos a interpretações bastante especulativas. Por exemplo, pode ser que, longe de não incidir sobre os pobres urbanos, o que ocorre é que as doenças crônicas, nesse grupo populacional, não são identificadas em diagnósticos médicos. De outro ponto de vista, por não dependerem de diagnóstico médico,

são subjetivos, e resultado da auto-percepção, o que pode enviesar o resultado para um maior ou um menor número de pessoas com o sintoma.

Sobre a internação dos indivíduos, tem-se, pelo Gráfico 14, que um número pequeno de pessoas foi internado no último ano (não chega a 6%), não havendo grandes diferenças entre pobres e não pobres, mas parecendo haver evidências de que o percentual de internações é maior no meio urbano que no meio rural.

Gráfico 14 – Percentual de internações nas populações pobre e não pobre rural e urbana, nos últimos 12 meses – Minas Gerais – Jun. 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Para melhor compreensão desse dado seria interessante que se soubesse as causas das internações, já que tal diferença pode se justificar pelo maior número de causas externas que motivam internações nas cidades, mas também pode significar falta de acesso/diagnóstico para internação, e não necessariamente a não necessidade de internação das populações rurais. Como o motivo de internação não é um dado disponibilizado pela PAD, vale à pena conferir quais foram os tipos de atendimento recebidos pelos grupos populacionais estudados.

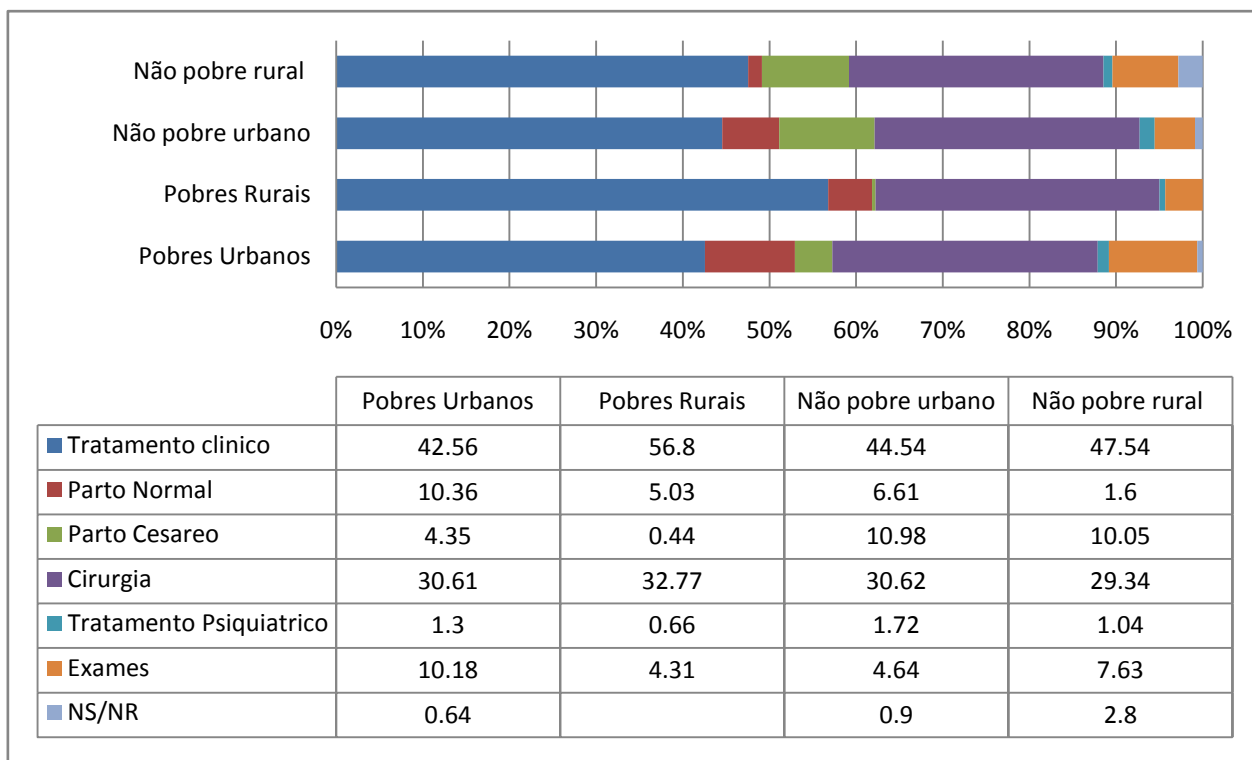
O Gráfico 15 demonstra que os pobres rurais são os que mais recebem tratamento clínico (56,8%) e tratamento cirúrgico (32,77), sendo que as internações por motivos de parto (somando-se os percentuais relativos aos partos normais e cesáreos) representam 5,47% das internações nestes, enquanto em todos os demais grupos essa causa chega a mais de 10%

(para os pobres urbanos, 14,71%; para os não pobres urbanos, 17,59%; e para os não pobres rurais, 11,65%)¹⁹. Além disso, ressalta-se que o percentual de exames realizados também é menor no grupo dos pobres rurais. Por fim, cabe ressaltar que, apesar do percentual de internações ser diferente para a zona rural e para a zona urbana, não existe um padrão que distinga essas zonas quando se observa os tipos de atendimentos recebidos, com a população não pobre rural tendo um elevado percentual de partos e de exames.

Assim, o que se pode auferir é que, apesar do percentual de internações dos pobres rurais ser menor do que dos demais grupos estudados, os atendimentos recebidos por esse grupo parecem apontar para situações de saúde relativas a doenças que exigem cuidado, sendo que nos demais grupos há uma maior participação de partos e exames no total dos tipos de atendimento recebidos. Esses dados podem significar, portanto, que as internações sofridas pelos pobres rurais são mais necessárias, no sentido de “urgentes” por serem relativas a uma enfermidade, podendo as internações das populações urbanas serem mais explicadas pela possibilidade de acesso e realização de exames e partos do que pela incidência de doenças de fato.

¹⁹Cabe, ainda, observar que o percentual de cesarianas nos grupos não pobres é muito maior do que nos grupos pobres, sendo praticamente insignificante para os pobres rurais.

Gráfico 15 – Tipo de atendimento recebido durante a última internação pelos pobres e não pobres rurais e urbanos que foram internados nos últimos 12 meses (%)– Minas Gerais – Jun. 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: considera-se apenas aqueles que responderam que foram internados nos últimos 12 meses.

No que se refere aos motivos que levaram ao atendimento médico em questão, como pode ser observado na Tabela 1, a maior porcentagem de respostas se refere a outra doença ou a outro motivo, não sendo possível definir ao certo quais seriam os motivos que representariam a maior justificativa para o atendimento de cada um dos grupos.

Porém, chama atenção um dado importante: o percentual de pobres rurais que teve como causa do último atendimento “problema que exige acompanhamento constante/doença crônica” é muito superior ao que este motivo representa para os demais grupos - 19,48% contra menos de 10% em todos os outros -, assim como é mais elevado que nos demais grupos o percentual de atendimentos ocorridos por causa de problema de coração ou pressão (9,12% para os pobres rurais contra menos de 8% para todos os demais). Tal informação é relevante pois aponta para a condição de saúde mais precária da população rural pobre de Minas Gerais, e confirma a informação obtida no Gráfico 12, de que a incidência de doenças crônicas é muito maior na população rural pobre do que nos demais grupos estudados.

Analisando os dados para a população urbana é interessante ressaltar que o tratamento preventivo/rotina e o controle/check-up representam boa parte dos motivos que levam os pobres urbanos a procurarem e receberem atendimento médico. Ainda, cabe observar que os pobres urbanos são os que mais procuram atendimento por causa de acidentes no trânsito, e que a obtenção de atestado médico é um motivo de atendimento apenas para os não pobres urbanos. Curiosamente, observa-se que os não pobres procuram mais atendimento por diarreia/desidratação que os pobres, o que pode ser decorrência da consciência do problema e da possibilidade de atendimento, mais do que da não existência de tal problema nos pobres urbanos, cuja maior privação, de acordo com o IPM, está exatamente no que se refere ao padrão de vida, especificamente, às condições sanitárias e de água tratada.

O que se pode apreender deste quadro apresentado é que os atendimentos dos pobres rurais, geralmente, são decorrência de questões de saúde mais graves que aquelas que levam os demais grupos a procurarem atendimento. Exemplo disso é que os pobres rurais são os que apresentam percentual mais baixo em tratamento preventivo/rotina e também em controle/check-up. A única questão mais grave em que os pobres rurais apresentam o menor percentual de atendimentos é a que se refere a problema respiratório, o que vai ao encontro das informações referentes a doenças crônicas apresentadas no Gráfico 12, segundo as quais os pobres rurais só não têm os piores percentuais de incidência das doenças bronquite/asma, e tuberculose (câncer atinge mais a população urbana não pobre, mas a população rural pobre sofre com maior incidência da doença que os dois outros grupos).

Tabela 1 – Motivo principal pelo qual os pobres e não pobres urbanos e rurais receberam seu último atendimento médico ou de saúde – Minas Gerais – 2013

Motivo	Pobres Urbanos (%)	Pobres Rurais (%)	Não pobre urbano (%)	Não pobre rural (%)
Diarréia/ Desidratação	1.7	0.73	2.75	2.01
Problema odontológico	0.54	2.4	1.43	1.03
Problema respiratório	11.3	4.4	9.56	7.25
Problema de coração ou pressão	7.64	9.12	6.04	7.21
Problema mental ou emocional	1.54	1.31	2.86	3.42
Problema que exige acompanhamento constante/ Doença crônica	9.64	19.48	9.9	9.37
Outra doença	27.83	22.83	28.58	27.82
Pré-natal	1.43	2.07	1.34	0.83
Parto e puerpério	1.9	-	1.33	0.13
Vacinação	0.56	-	0.16	-
Acidente no local de trabalho	-	1.31	0.64	1.68
Acidente no trânsito	2.24	0.29	0.58	0.1
Queda no domicilio	-	0.7	0.49	0.81
Queda fora do domicílio	0.7	0.29	0.64	0.2
Tratamento de reabilitação	0.46	0.67	2.4	1.14
Tratamento preventivo / rotina	7.07	1.83	4.48	2.39
Obtenção de atestado médico	-	-	0.22	-
Controle / check-up	7.56	6.07	7.53	9.38
Outro motivo	17.84	24.76	18.89	25.01
NS/NR	0.07	1.74	0.19	0.24

Fonte: Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

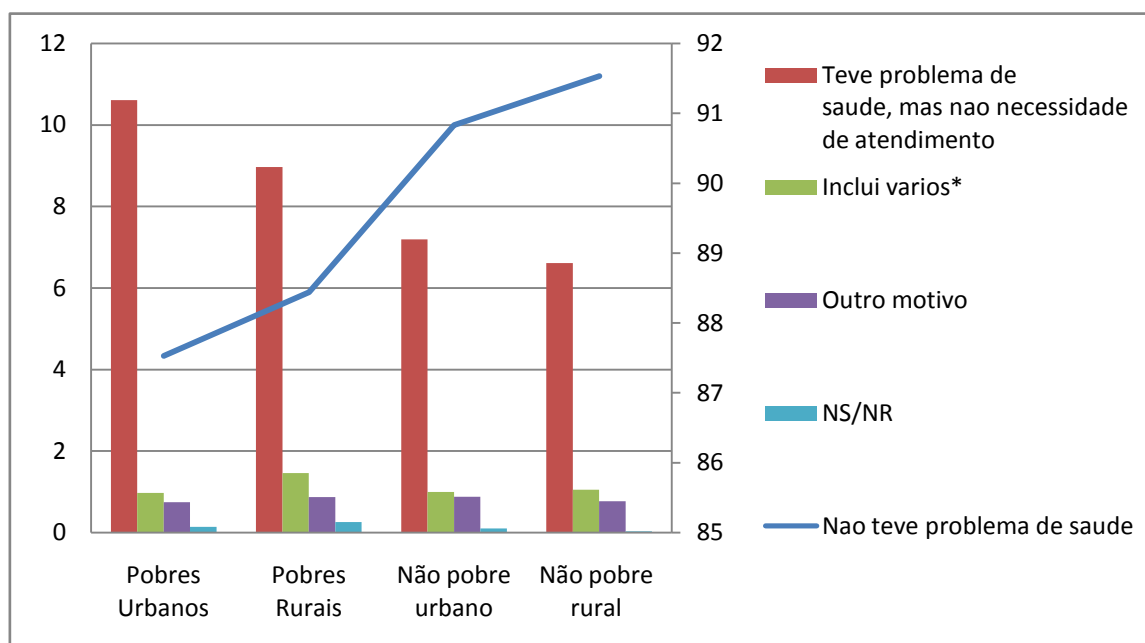
Nota: considera-se apenas aqueles que precisaram e procuraram atendimento médico nos últimos 30 dias

Para aqueles que precisaram mas não procuraram, ou que não precisaram de atendimento, ou para aqueles que não responderam a questão, é possível analisar o motivo pelo qual não foi procurado atendimento, e se o indivíduo deixou de realizar alguma atividade habitual por motivo de saúde, informações relevantes para saber se aqueles que não procuraram atendimento não o fizeram por não apresentarem problema de saúde ou por algum outro motivo.

Nesse sentido, observa-se, a partir do Gráfico 16, que a grande maioria da população dos que procuram atendimento em todos os grupos estudados não teve problemas de saúde nos últimos 30 dias (mais de 87% em todos os grupos), e por isso não procurou atendimento. Porém, chama-se atenção para o desenho da curva, que aponta que os que mais tiveram problemas de saúde foram os pobres urbanos, seguidos dos pobres rurais, o que sugere confirmação da maior vulnerabilidade dos pobres em relação aos não pobres. Observa-se,

ainda, que a maior parte dos que tiveram problemas de saúde, mas não a necessidade de atendimento, também foram os pobres urbanos e rurais. A terceira categoria mais representativa em todos os grupos inclui vários motivos (local do atendimento era distante de casa; havia dificuldade de transporte; faltou dinheiro; não teve tempo; atendimento é muito demorado; o estabelecimento não possuía horário; o estabelecimento não possuía especialista; e considerou que não conseguiria atendimento). No que se refere a deixar de realizar alguma atividade rotineira por motivo de saúde, mais de 98% de todos os grupos não deixou de realizar nenhuma atividade.

Gráfico 16 - Motivos para não procura de atendimento médico pelas populações pobre e não pobre, rural e urbana (%) – Minas Gerais – 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: a) Considera-se apenas aqueles que precisaram mas não procuraram, ou que não precisaram, ou que não souberam responder ou não responderam à questão 14 da seção D do questionário da PAD de 2013. b) As colunas têm como referência o eixo da esquerda, e a linha, o eixo da direita.

A partir dos dados apresentados pode-se concluir, portanto, que o estado de saúde da população rural pobre é pior do que dos demais grupos da sociedade aqui estudados. A elevada taxa de incidência de doenças crônicas e o fato dos motivos para atendimento deste grupo serem, em sua grande maioria, para questões de saúde mais graves que os atendimentos dos demais grupos, sinaliza uma situação de saúde mais precária dos pobres rurais. Além disso, no que diz respeito aos mineiros que não procuraram atendimento, foram os pobres aqueles que mais tiveram algum tipo de problema, com a necessidade de atendimento ou não.

Por fim, deve-se salientar, também, a grande desigualdade existente entre a saúde dos pobres e dos não pobres da zona rural, padrão que não é encontrado nas diferenças existentes entre os pobres e não pobres urbanos.

6.4.2. Atendimento médico: acesso

Outro ponto importante de se analisar quando se fala das condições de saúde de uma população se refere ao acesso que as pessoas têm aos serviços de saúde. Tal campo aborda diferentes questões, como a procura e a realização do atendimento, e a necessidade de deslocamento para outros municípios para receber tal atendimento, que são informações presentes na PAD.

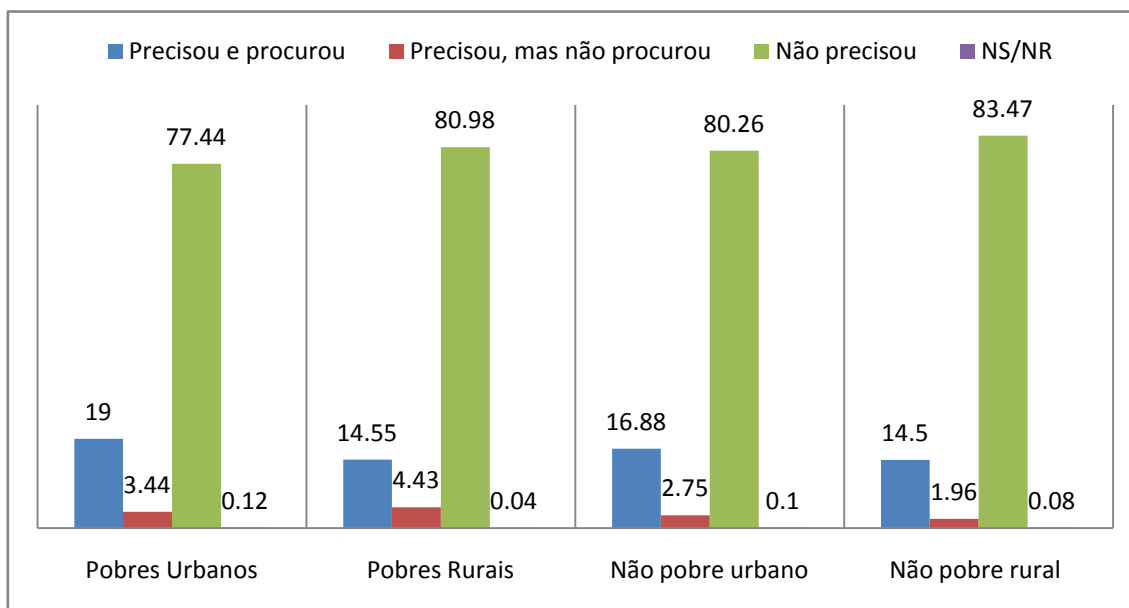
Nesse sentido, para iniciar tal assunto cabe observar que, no que tange a necessidade de e a procura por atendimento médico, o percentual de indivíduos que não precisaram de atendimento é muito maior do que o percentual dos que precisaram (englobando os que procuraram e os que não procuraram) em todos os grupos analisados, ficando abaixo de 80% apenas para os pobres urbanos, como pode ser visto no Gráfico 17.

Observa-se, ainda, que parece haver um recorte importante entre as zonas rural e urbana. Quando se compara os pobres do campo com os pobres da cidade e os não pobres do campo com os não pobres da cidade, percebe-se que os moradores das cidades precisam mais de atendimento que os moradores do campo, o que poderia significar uma melhor condição de saúde da população rural, mas também, e mais provavelmente, pode significar que a população rural tem menos acesso à possibilidade de atendimentos. Nesse caso, a não necessidade de atendimento estaria mais atrelada à falta de percepção de que o atendimento médico pode ser útil, do que à não necessidade de atendimento de fato.

Cabe observar, por fim, que há uma situação geral de pior qualidade no acesso ao atendimento médico para os pobres do que para os não pobres. Apesar dos pobres rurais terem um elevado percentual de pessoas que não precisaram de atendimento médico, esse percentual é menor que o dos não pobres da zona rural, e os pobres do campo apresentam o maior percentual de pessoas que precisaram, mas não procuraram atendimento. Já no que diz respeito aos pobres urbanos este grupo engloba aqueles com maior percentual de indivíduos que precisaram e procuraram atendimento, e menor percentual de indivíduos que não precisaram de

atendimento, como já dito anteriormente, sendo os pobres urbanos o grupo com piores índices nessa questão.

Gráfico 17 – Percentual de pessoas das populações pobre e não pobre rural e urbana que precisou e procurou, precisou mas não procurou, e não precisou de atendimento médico nos últimos 30 dias – Minas Gerais – Jun. 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Para os que precisaram e procuraram atendimento, há diversas questões feitas pela PAD, que fornecem informações sobre o atendimento realizado. Inicialmente, cabe observar quais são os locais mais procurados e onde ocorre a maior parte dos atendimentos médicos²⁰. Com base nos Gráficos 18 e 19 pode-se perceber que a ordem de locais mais procurados e onde ocorrem mais atendimentos é a mesma para todos os grupos estudados, ocorrendo poucas alterações entre local de procura e local de realização do atendimento. A maior parte dos indivíduos procura e é atendida primeiramente no posto de saúde, depois nos hospitais, posteriormente nos consultórios particulares e, por fim, em outros locais, categoria que engloba ambulatório ou consultório de clínica, empresa ou sindicato; consultório odontológico; consultório de outros profissionais de saúde (fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, etc); farmácia; atendimento domiciliar e a opção “outros”. Tais locais foram agrupados em uma única

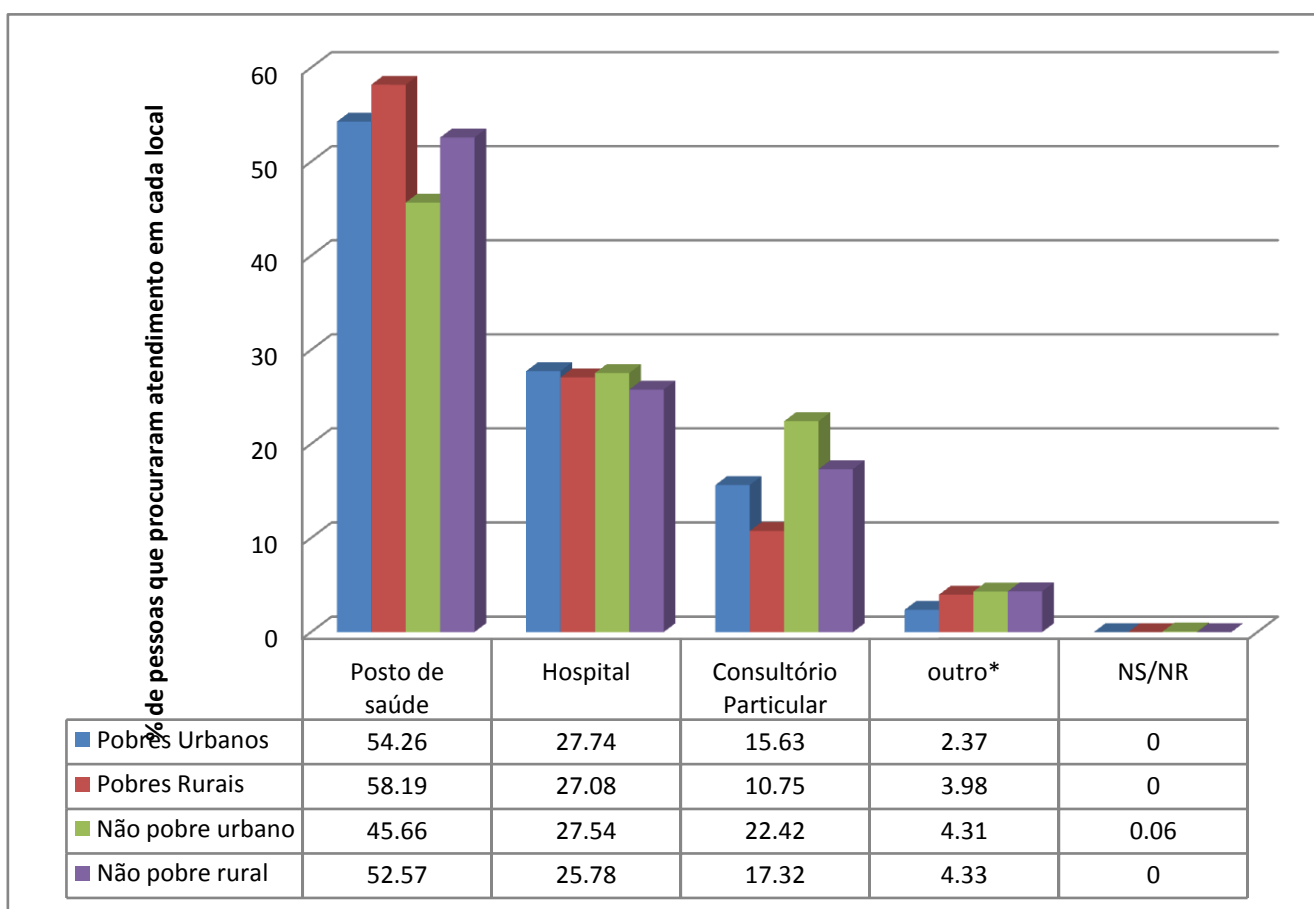
²⁰ Observa-se, aqui, que as perguntas da PAD se referem ao último atendimento de saúde recebido pelo indivíduo nos últimos 30 dias. Assim, é entendido como uma *proxy* de onde se procura e onde ocorrem os atendimentos dos grupos populacionais, mas não significando, de forma absoluta, que esses são os locais habituais de procura e onde ocorrem os atendimentos.

categoria por terem baixa representatividade enquanto locais de procura e de atendimento, tendo, juntos, menos de 5% de ocorrência em todos os grupos analisados.

Apesar da ordem dos locais procurados e onde ocorrem os atendimentos ser a mesma para todos os grupos, cabe ressaltar que os pobres rurais são os que mais utilizam o posto de saúde e os que menos utilizam os consultórios particulares.

Sobre as mudanças de local entre procura e realização de atendimento, observa-se que menos de 1% dos pobres tiveram que mudar de lugar, sendo que 57,58% de tais mudanças se referem a procura por atendimento em postos de saúde, e realização de atendimento em hospitais, apenas 9,09% representando o contrário. Por fim, somente 12,12% dos pobres procuraram postos de saúde e acabaram sendo atendidos em consultórios particulares.

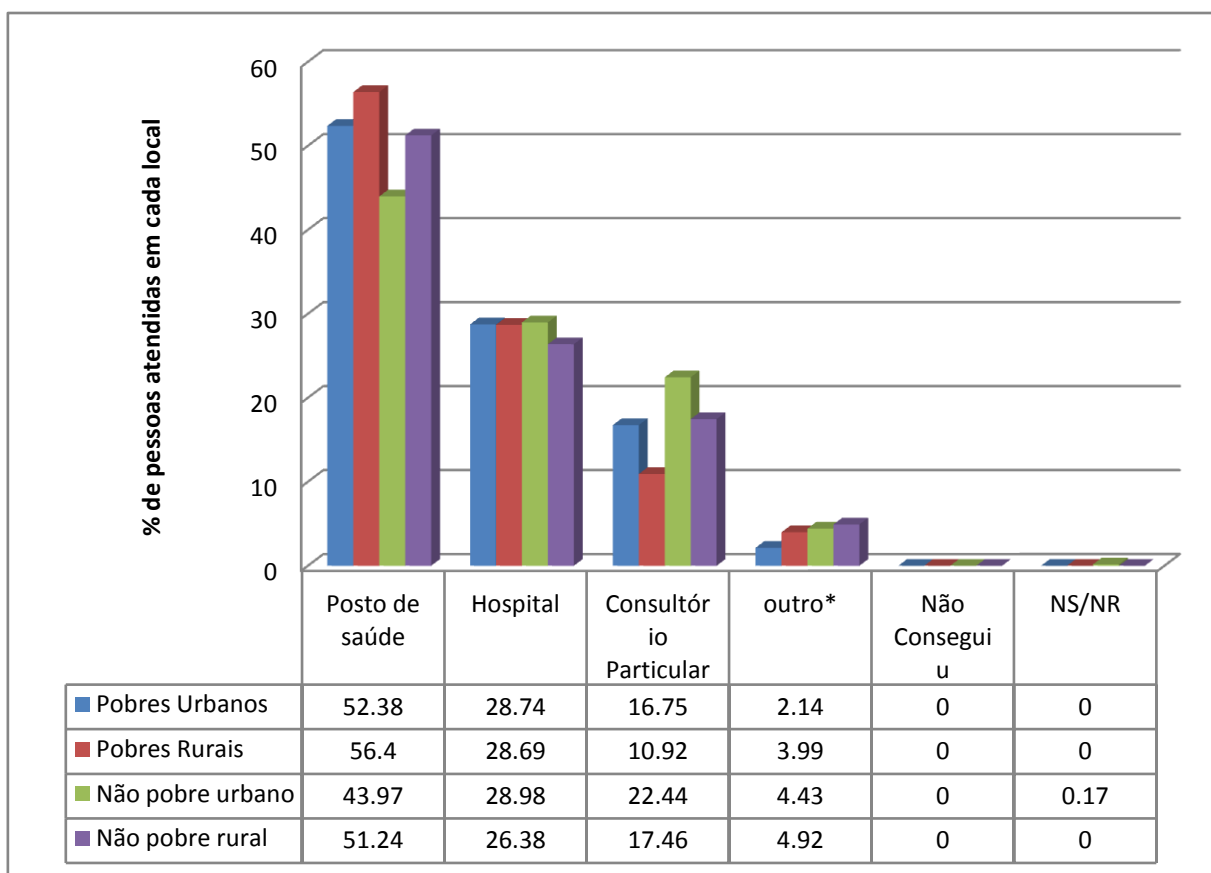
Gráfico 18 - Locais procurados para atendimento pelas populações pobre e não pobre, rural e urbana na última vez que foi necessário (%) – Minas Gerais – Jun. 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: considera-se apenas aqueles que precisaram e procuraram atendimento médico nos últimos 30 dias

Gráfico 19 - Local onde ocorreu o último atendimento médico ou de saúde das populações pobre e não pobre urbana e rural (%) – Minas Gerais – Jun. 2013



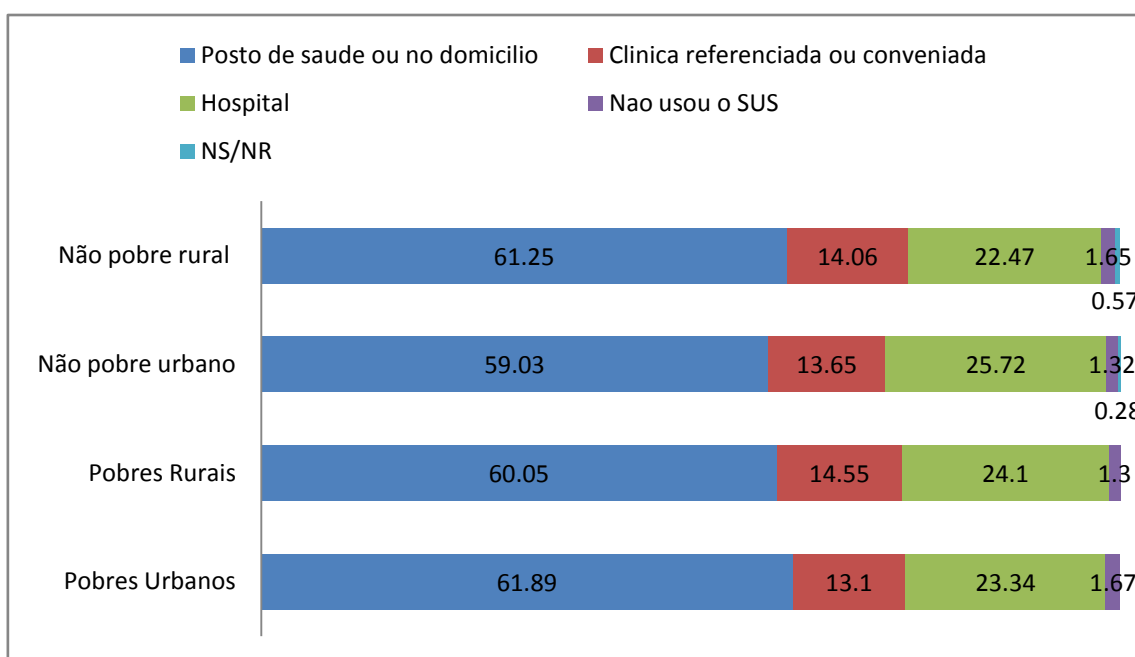
Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: considera-se apenas aqueles que precisaram e procuraram atendimento médico nos últimos 30 dias.

A partir destes dados pode-se intuir que o SUS tem conseguido, de modo geral, atender à população pobre. Entretanto, para melhor estudar tal ponto, pode-se analisar especificamente o uso do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos grupos estudados.

Pelo Gráfico 20, a forma de utilização do SUS pelos grupos estudados parece não ser tão diferente entre si, apesar de se observar que o local mais utilizado pelos não pobres urbanos é o hospital, sendo este o único grupo em que o uso dos postos de saúde é inferior a 60%.

Gráfico 20 – Uso do SUS: percentual das populações pobre e não pobre rural e urbana, por locais de atendimento– Minas Gerais – 2013

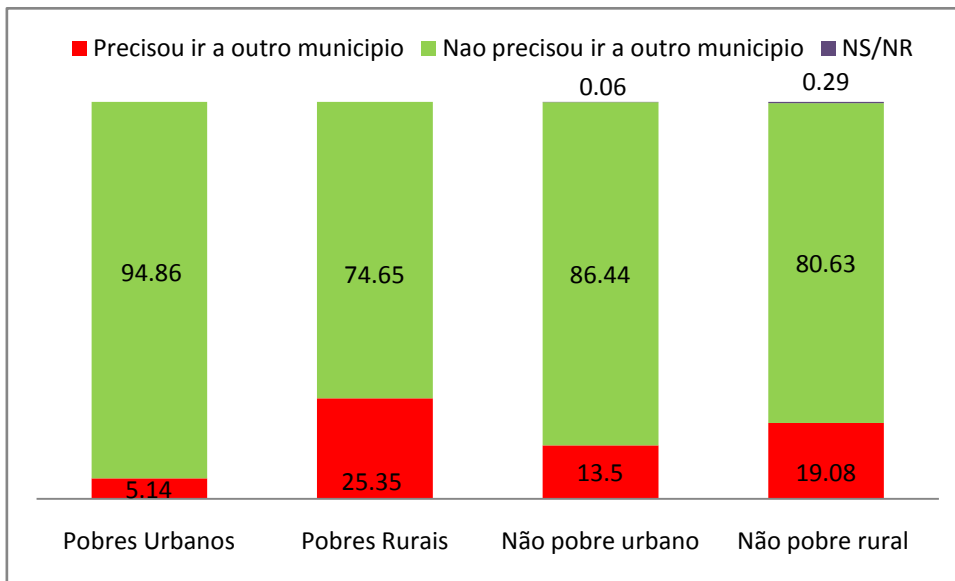


Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: considera-se apenas aqueles que precisaram e procuraram atendimento médico nos últimos 30 dias.

Outra importante análise no que tange o acesso aos serviços de saúde diz respeito à necessidade ou não de ir até outro município para ser atendido. No que se refere a esse ponto tem-se que a população rural é a que mais tem que se deslocar para outro município para receber atendimento, em especial a população rural pobre (25,35%) (Gráfico 21).

Gráfico 21 - Percentual das populações pobre e não pobre rural e urbana, que precisou ir a outro município para receber o último atendimento de saúde – Minas Gerais – Jun. 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: considera-se apenas aqueles que precisaram e procuraram atendimento médico nos últimos 30 dias.

No que se refere ao meio de transporte utilizado, observa-se, a partir da Tabela 2, que carros ou motos particulares são os mais utilizados pelos não pobres urbanos e rurais, e pelos pobres rurais (45,95%, 59,72%, e 55,43%, respectivamente). Os pobres urbanos, entretanto, utilizam mais ambulância pública ou transporte do SUS (51,36%), estando os veículos particulares como segunda alternativa, com 28,36%. A ambulância e o transporte do SUS são a segunda forma de transporte mais utilizada pelos pobres rurais, mas apenas a terceira mais utilizadas pelos não pobres rurais e urbanos. Estes utilizam mais os ônibus ou vans de linha, que são a terceira opção mais usada pelos pobres rurais, mas a última a ser utilizada pelos pobres urbanos.

Tabela 2 - Meio de transporte utilizado pelos pobres e não pobres rurais e urbanos para receber o último atendimento médico em outro município – Minas Gerais – Jun. 2013

Meio de Transporte	Pobres Urbanos (%)	Pobres Rurais (%)	Não pobre urbano (%)	Não pobre rural (%)
Ônibus ou van de linha	1.66	16	28.51	16.38
Trem ou metro	-	-	0.06	-
Integração metro/ônibus	-	-	-	-
Carro ou moto particular	28.36	55.43	45.95	59.72
Ônibus ou van fretados	3.03	4.73	4.02	7.64
Transporte não motorizado	-	-	0.14	-
Ambulância pública e ou transporte do SUS	51.36	19.93	17.53	11.3
Nenhuma (a pé)	-	-	1.44	2.95
Outro	9.62	3.91	2.12	2.02
NS/NR	5.96	-	0.24	-

Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: considera-se apenas aqueles que precisaram e procuraram atendimento médico nos últimos 30 dias.

Assim, o que se percebe é que não há exatamente um padrão entre pobres e não pobres ou rurais e urbanos para a utilização do transporte para outros municípios. Talvez, o que se possa apontar é que os pobres dependem mais do transporte ofertado pelo SUS do que os não pobres, o que é corroborado pelas informações da Tabela 3, segundo as quais os pobres urbanos e rurais são os grupos que mais “não gastam” com o transporte intermunicipal (o percentual de pobres urbanos chegando a 69,24%). Quanto ao tempo de viagem gasto até o outro município, mais de 97% dos indivíduos em todos os grupos gastaram até meia hora de transporte, o que não é um tempo elevado de viagem.

Tabela 3 - Gasto com transporte realizado pelos pobres e não pobres rurais e urbanos na última vez que foram a outro município receber atendimento médico ou de saúde – Minas Gerais – 2013

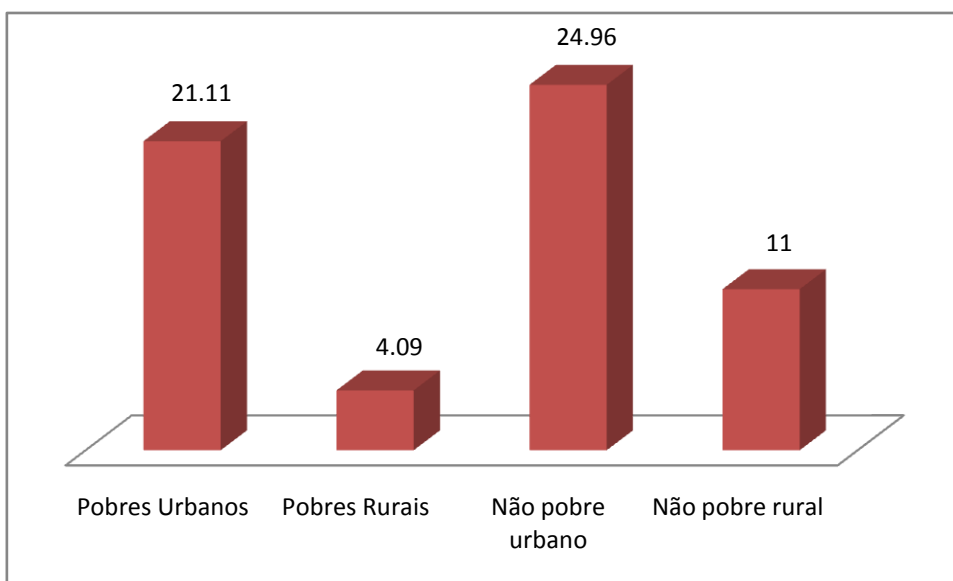
Gasto com transporte para outro município	Pobres Urbanos (%)	Pobres Rurais (%)	Não pobre urbano (%)	Não pobre rural (%)
Zero	69.24	38.63	31.06	23.97
Entre 0 e 10 (inclusive)		6.98	18.59	19.57
Entre 10 e 50 (inclusive)	8.87	29.91	31.87	37.31
Entre 50 e 100 (inclusive)	16.28	13.73	7.47	12.96
Entre 100 e 1000 (inclusive)	0.91	6.29	7.96	2.25
Maior que 1000			0.1	
NS/NR	4.7	4.47	2.95	3.94

Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: a) Considera-se apenas aqueles que precisaram e procuraram atendimento médico nos últimos 30 dias b) Gasto em valores nominais de 2013

Por fim, ainda na parte da análise sobre o acesso à saúde, cabe avaliar a posse de plano ou seguro-saúde pelos grupos estudados. Como pode ser visto no Gráfico 22, o plano ou seguro-saúde não está relacionado apenas com a classe social, mas também com a zona de moradia, rural ou urbana do indivíduo. O percentual de pobres que possui plano ou seguro-saúde é menor que o percentual de não pobres que os possui, tanto nas áreas urbanas quanto nas áreas rurais. Porém, é evidente a diferença existente entre as zonas urbana e rural, com 21,11% dos pobres urbanos sendo cobertos por planos ou seguros contra apenas 4,09% dos pobres rurais, diferença também presente quando se compara os não pobres, com 24,96% dos urbanos tendo tal cobertura, contra apenas 11% dos rurais.

Gráfico 22 – Percentual de pobres e não pobres rurais e urbanos que possuem plano ou seguro-saúde – Minas Gerais – Jun. 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

A partir do exposto sobre o acesso aos atendimentos médicos, pode-se apreender que, em grande medida, o SUS tem conseguido atender aos pobres e não pobres rurais e urbanos, sendo uma porcentagem muito pequena desses grupos a que não utilizou o SUS em seu último atendimento (Gráfico 20). Além disso, os dados podem apontar no sentido de que os cidadãos mineiros, em sua maioria, sabem onde devem procurar atendimento (no hospital ou no posto de saúde), o que, se comprovado por outros estudos, é um fator que pode contribuir para a eficiência do sistema de saúde, no sentido de que não se gastaria tempo e recursos tendo que remanejar pacientes ou atendendo pessoas que não deveriam estar ali. Outros estudos devem avaliar com mais cuidado estes indicativos.

Deve-se atentar, entretanto, que o acesso dos pobres aos atendimentos médicos parece ser mais limitado que o dos não pobres. Tal fato pode ser exemplificado ao se analisar o Gráfico 17, que evidencia a pior qualidade de saúde dos pobres em cada uma das zonas de referência, chamando-se especial atenção para os pobres urbanos, que têm o mais baixo percentual de pessoas que não precisaram de atendimento, mas não deixando de lado a hipótese de que o maior número de pessoas que não precisou de atendimento no campo seja consequência da falta de possibilidade de realização de atendimentos em geral, e não da efetiva não necessidade desse atendimento.

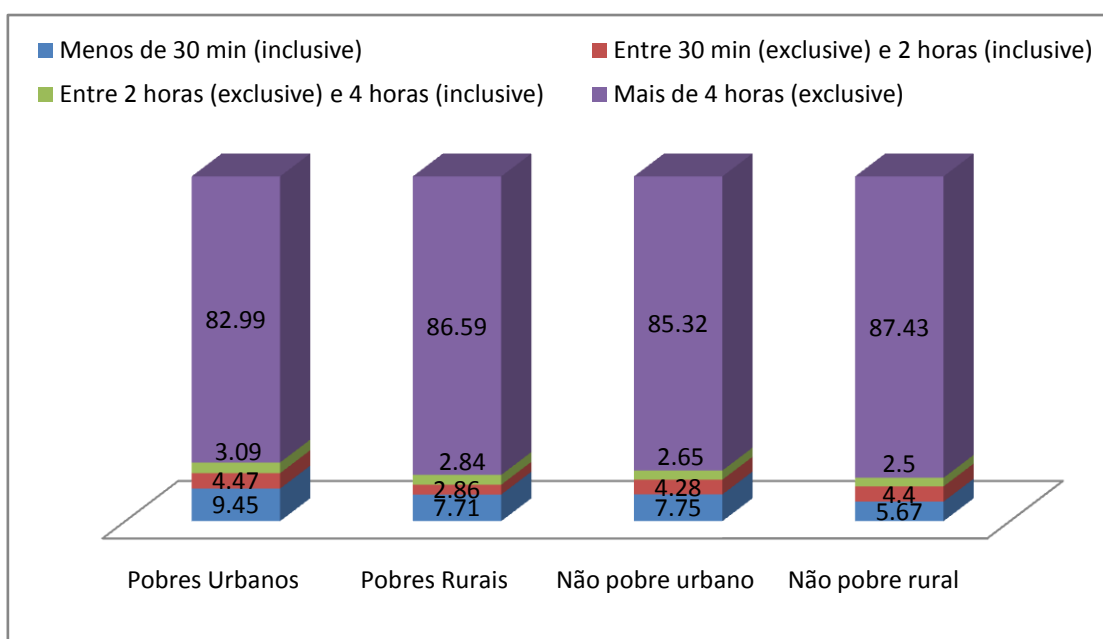
Além disso, a população pobre parece ser mais dependente do SUS. Ambulâncias ou transportes do SUS são mais utilizados por pobres (em especial pobres urbanos) que por não pobres para o deslocamento intermunicipal, como é observado na Tabela 2, e os pobres possuem menos planos ou seguros de saúde, como visto no Gráfico 22.

6.4.3. Atendimento médico: qualidade

Além do acesso, quando se fala de atendimento médico é importante que seja analisada sua qualidade, o que se tenta fazer a seguir, com as informações fornecidas pela PAD-MG.

Assim, inicialmente, cabe observar qual o tempo que cada grupo teve que esperar para receber o último atendimento médico de saúde que precisou e procurou. A partir do Gráfico 23 obtém-se uma informação alarmante: mais de 80% dos indivíduos em todos os grupos estudados demoram mais de 4 horas (meio dia de trabalho) para serem atendidos, o que aponta para um possível problema de eficiência no atendimento em hospitais particulares, mas principalmente no SUS, já que esta é a forma de acesso à saúde mais frequente na população mineira, como demonstrado anteriormente.

Gráfico 23 - Tempo de espera para último atendimento recebido, por percentual das populações pobre e não pobre, urbana e rural – Minas Gerais – Jun. 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: considera-se apenas aqueles que precisaram e procuraram atendimento médico nos últimos 30 dias.

No que tange o profissional que realiza o atendimento, em todos os grupos populacionais é o médico que mais aparece (mais de 90% de todos os grupos são atendidos por este profissional). Nesse caso, o que chama atenção é que os pobres urbanos e rurais são mais atendidos por enfermeiros (4,62% e 4,33%, respectivamente) que os não pobres urbanos e rurais (2,87% e 2,95%, respectivamente), o que pode apontar um determinado “padrão” de atendimento para uns e outros²¹.

Nesse sentido, é interessante analisar a qualidade do atendimento considerada pelos indivíduos (tab. 4). De modo geral, todos os grupos avaliaram bem o atendimento (bom ou muito bom), chamando atenção o fato de que são os não pobres urbanos os que se mostram mais insatisfeitos com o atendimento recebido (4,24% consideram o atendimento ruim ou muito ruim, contra menos de 3% em todos os demais grupos).

Tabela 4 – Avaliação da qualidade do último atendimento médico recebido pelas populações pobre e não pobre rural e urbana – Minas Gerais – Jun. 2013

Qualidade do atendimento	Pobres Urbanos (%)	Pobres Rurais (%)	Não pobre urbano (%)	Não pobre rural (%)
Muito bom / Bom	85.54	89.14	84.82	91.58
Regular	10.81	8.17	9.72	5.13
Ruim	2.98	0.8	4.24	2.65
NS/NR	0.68	1.9	1.22	0.64

Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: considera-se apenas aqueles que precisaram e procuraram atendimento médico nos últimos 30 dias.

Sobre a qualidade do atendimento no que se refere às internações, observa-se que mais de 80% de todos os grupos consideram o atendimento bom ou muito bom. Os pobres urbanos são os que estão mais insatisfeitos com os atendimentos recebidos, 5,44% afirmando que o atendimento foi ruim ou muito ruim. Os pobres rurais e os não pobres urbanos vêm logo atrás, com 4,25% e 4,21%, respectivamente, de indivíduos que consideraram a última internação ruim ou muito ruim. Chama atenção, por fim, a avaliação dos não pobres rurais, que foram os que mais consideraram o atendimento de qualidade positiva, com apenas 2,98% das pessoas considerando-o como ruim ou muito ruim.

²¹ Aqui não se está fazendo um julgamento de valor sobre a profissão de enfermeiros. Diversamente, chama-se atenção para esse ponto pois é uma questão que diferencia o atendimento dado aos pobres do atendimento dado aos não pobres, e deve ser estudado com atenção, para garantir que o SUS de fato atenda a todos e todas de forma equitativa.

Assim, no que diz respeito aos aspectos da qualidade do atendimento, tem-se que (1) a demora para receber o atendimento merece atenção, com mais de 80% dos casos demorando mais de 4 horas para receber atendimento; (2) os pobres são mais atendidos por enfermeiros que os não pobres; e (3) a insatisfação acerca do atendimento não revela um pior atendimento dos pobres em relação aos não pobres, pelo contrário, os não pobres urbanos são os mais insatisfeitos com os atendimentos recebidos.

Assim, no que diz respeito à qualidade do atendimento não parece haver grande distinção entre pobres e não pobres, e entre zona rural e urbana. As observações feitas aqui caminham mais no sentido de uma avaliação da política como um todo, buscando-se compreender e sanar o problema da demora para a realização do atendimento e, talvez, buscar entender o motivo dos pobres serem mais atendidos por enfermeiros que os não pobres, de forma a garantir que isso seja uma questão de qual é o profissional adequado para realizar o atendimento, e não de algum tipo de “discriminação” dentro do SUS. Salienta-se, ainda, que a avaliação sobre a qualidade do atendimento é consequência de uma percepção subjetiva sobre o serviço recebido, podendo ser muito influenciada, por exemplo, pela expectativa individual: se uma pessoa A tem um nível de expectativa alto, um tratamento que pode ser bom para outra pessoa ou grupo social B, poderá ser ruim para a pessoa A.

6.4.4. Análise sobre os gastos com saúde

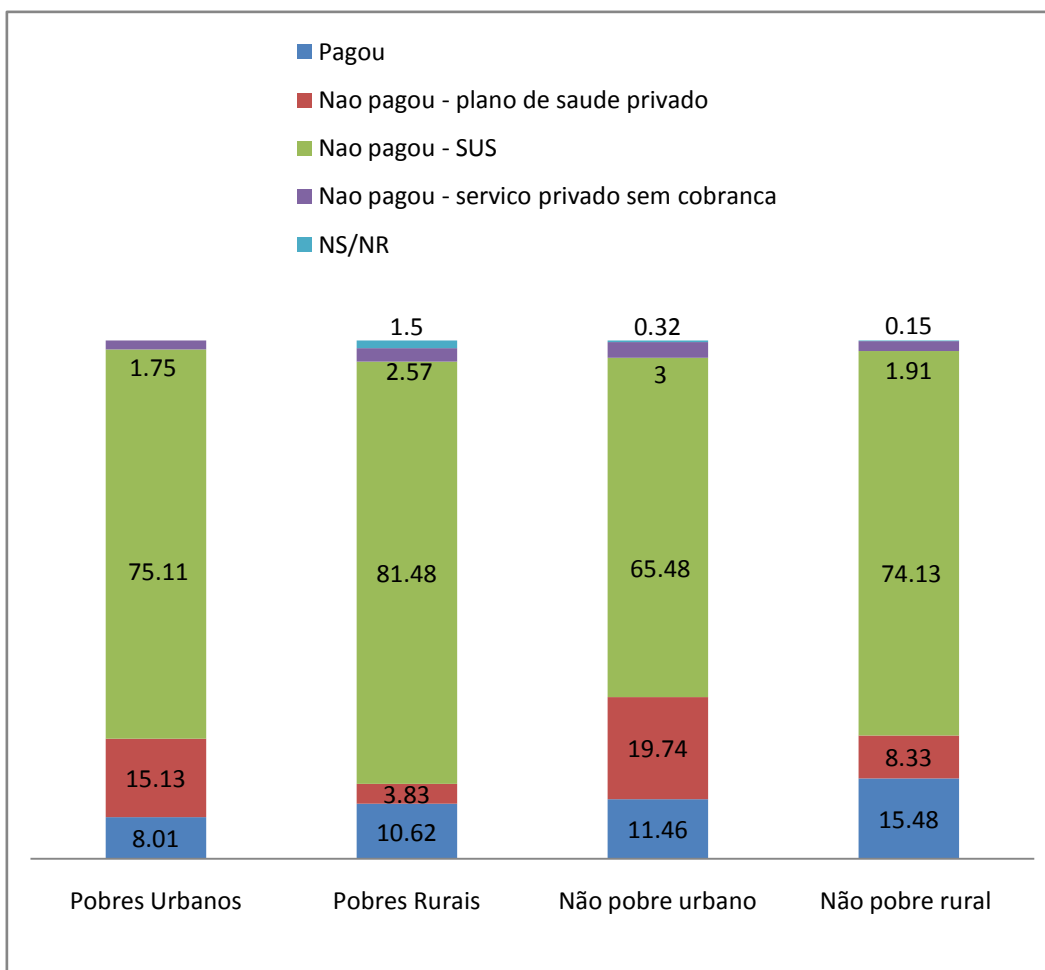
Além disso, é importante que seja analisado o perfil dos gastos em saúde realizados pelos grupos em estudo. A seguir tenta-se fazer tal análise, com base nas informações que são oferecidas pela PAD.

Primeiramente, no que se refere ao pagamento pelo atendimento, o Gráfico 24 traz informações interessantes. Observa-se que os pobres rurais são os que mais usaram o SUS, seguidos pelos pobres urbanos. Os planos de saúde privados são a segunda forma de acesso mais utilizada pelos não pobres e pelos pobres urbanos, sendo tal prática bem menos comum na zona rural. Por fim, os pobres urbanos são os que menos pagam pelos atendimentos de saúde, sendo os não pobres rurais os que mais pagam. Ainda sobre os pagamentos realizados, cabe ressaltar que, daqueles que pagaram pelo atendimento, mais de 97%, em todos os grupos, gastaram mais de 1000 reais com o atendimento.

Assim, fazendo um recorte específico para os pobres rurais, tem-se que tal grupo é o que mais utiliza o SUS e que menos possui plano de saúde privado, sendo o que menos paga pelos

atendimentos de saúde se são somados os valores pagos com os valores pagos por plano de saúde privado, mas tem um percentual relativamente alto de indivíduos que paga pelo atendimento.

Gráfico 24 – Pagamento realizado pelos pobres e não pobres rurais e urbanos, no último atendimento recebido (%) – Minas Gerais – Jun. 2013



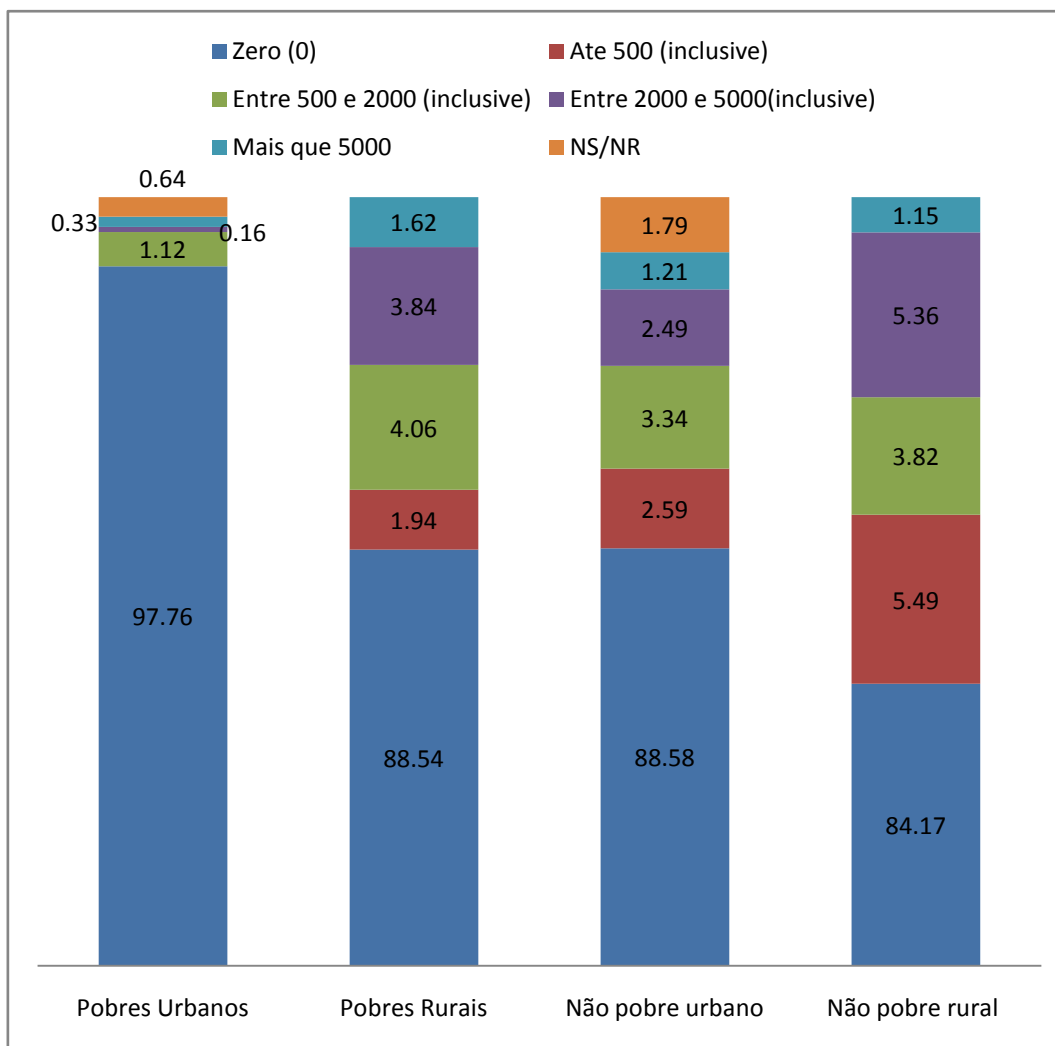
Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: considera-se apenas aqueles que precisaram e procuraram atendimento médico nos últimos 30 dias.

Outra informação interessante diz respeito ao pagamento pela internação. Como pode ser observado no Gráfico 25, a grande maioria da população mineira não paga por sua internação. Esse percentual chama atenção quando se observa o grupo dos pobres urbanos, no qual quase 98% das pessoas não pagam pelo serviço, percentual que não é a realidade dos pobres rurais, cuja parcela que não paga pela internação é um pouco menor que a parcela dos não pobres

urbanos que não paga, sendo que 4,06% dos pobres rurais pagam entre 500 e 2000 reais pela internação, maior percentual de pagamento nessa faixa de preço.

Gráfico 25 - Valores pagos pelos pobres e não pobres urbanos e rurais na última internação (% em cada população) – Minas Gerais – 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

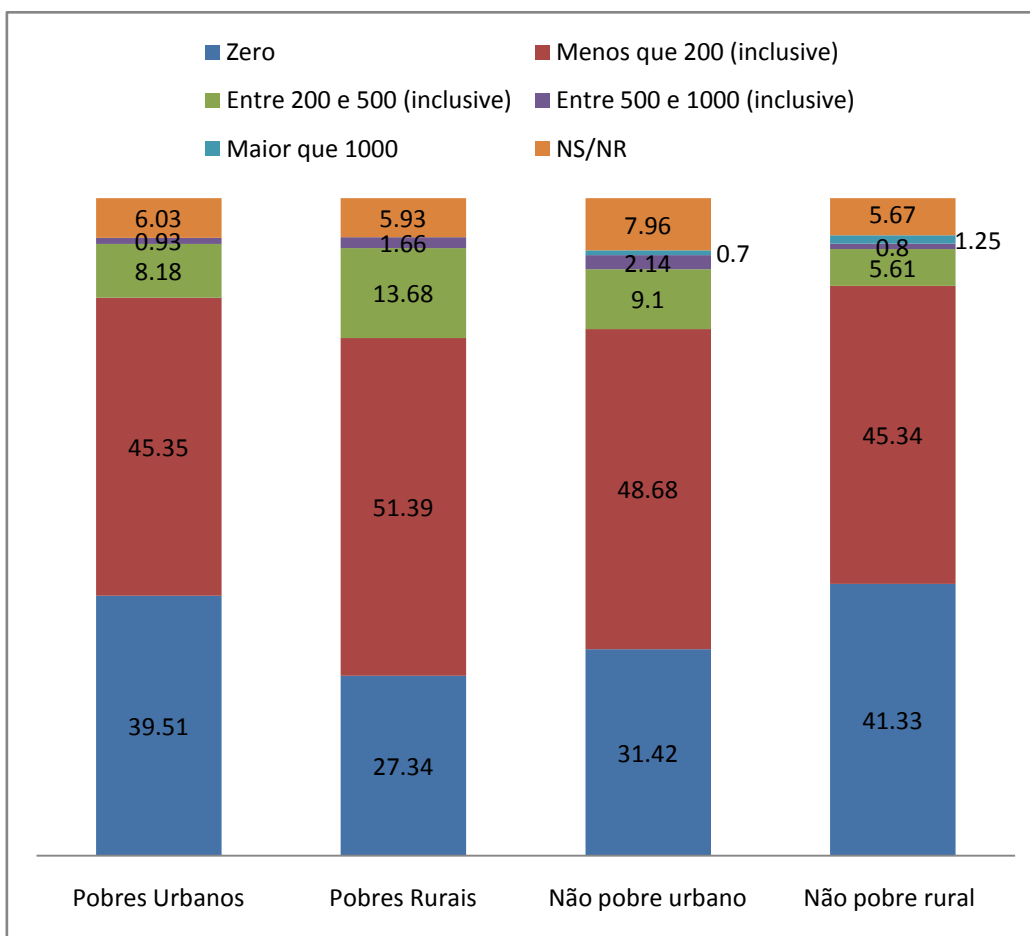
Nota: considera-se apenas aqueles que foram internados nos últimos 30 dias.

No que tange os gastos com plano ou seguro-saúde, observa-se que a maior parte da população gastou até 200 reais nos últimos 30 dias (gráf. 26). Dando especial atenção aos pobres rurais, observa-se que um percentual pequeno (27,34%) não gastou com planos ou seguros, e mais de 50% gastou até 200 reais. Tal situação merece atenção pois o número de

indivíduos que tem gasto com planos ou seguro-saúde é muito maior que aquele que não paga pelo serviço.

Observa-se que tal situação se contrapõe à informação anterior, segundo a qual os pobres rurais são os que menos utilizam o plano de saúde privado como forma de pagamento pelo atendimento. Assim, tais informações precisam ser melhor estudadas para servirem de base informacional consistente para as políticas públicas.

Gráfico 26 – Gasto realizado pelos pobres e não pobres rurais e urbanos com plano ou seguro-saúde nos últimos 30 dias (% por população) – Minas Gerais – Jun. 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

No que diz respeito ao gasto com remédios de uso contínuo e remédios de uso ocasional, não se observou grande variação entre o comportamento das populações estudadas, sendo que nos

dois casos mais de 82% dos indivíduos não gastam com os remédios, percentual que chega a mais de 90% quando se inclui aqueles que pagam até R\$100,00 pelos remédios²².

Assim, observa-se que, no que se refere aos gastos com saúde, (1) a maioria das pessoas não paga pelos atendimentos médicos, sendo a maior parte da população atendida pelo SUS; (2) o pagamento dos atendimentos médicos por planos ou seguros privados são mais frequentes na população urbana do que na população rural; (3) os pobres rurais são o grupo que mais utilizam o SUS, e que menos pagam pelos atendimentos quando se soma o pagamento com o não pagamento por meio de plano de saúde privado, mas têm um percentual relativamente alto de indivíduos que pagam pelo atendimento (quando não se soma aos planos privados); (4) no que tange o pagamento pelas internações, a maioria da população não paga por tal serviço, mas parece haver uma desigualdade entre os pobres urbanos e rurais, já que nos primeiros, mais de 97% das pessoas não pagam pela internação, e no segundo grupo apenas 88,54% dos indivíduos não pagam por sua internação; (5) curiosamente, os pobres rurais são os que menos não gastam com seguro-saúde com mais de 50% dos indivíduos gastando até 200 reais com isso; (6) não foi observada grande diferença nos gastos efetivados com remédios entre grupos estudados, sendo que a maioria da população mineira não paga pelos remédios.

6.4.5. Análise das informações relativas à gravidez²³

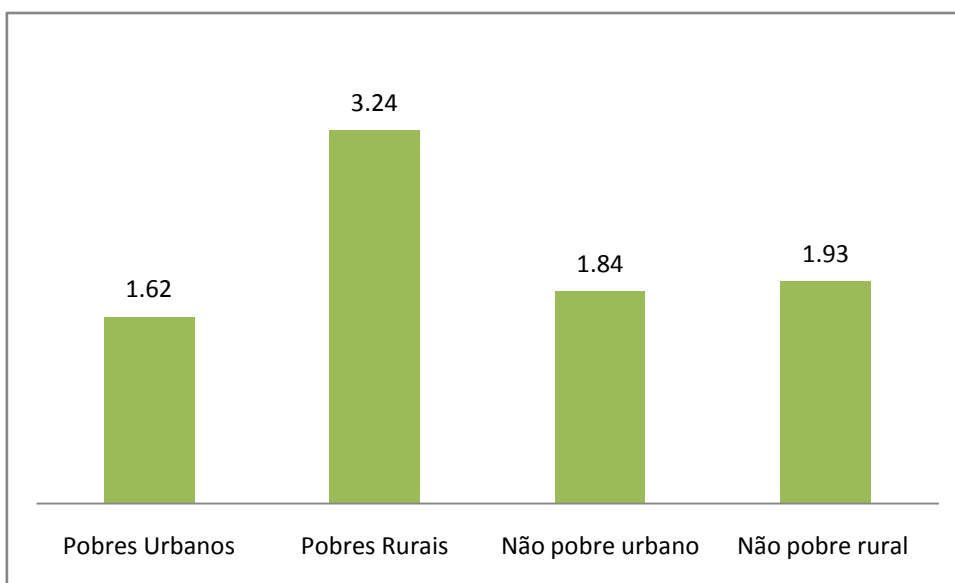
No que se refere aos dados relativos à gravidez em Minas Gerais, tem-se, com o Gráfico 27, que, apesar do pequeno percentual de mulheres grávidas em 2013, há uma diferença nas que pertencem aos grupos rurais pobres, cujo percentual é duas vezes maior que o das pobres urbanas, e também maior que os percentuais das não pobres.

Cabe salientar, ainda, que os dados apresentados contrapõem a visão de que os pobres têm mais filhos que os não pobres, já que os pobres urbanos têm um menor percentual de mulheres grávidas que todos os demais grupos.

²² Aqui cabe ressaltar que o não pagamento pelo remédio não implica em sua obtenção gratuita e seu uso correto pelo paciente, que pode simplesmente não estar pagando, mas também não utilizando um remédio que precise.

²³ Os dados dessa sessão consideram como amostra apenas as mulheres de 10 a 49 anos de idade.

Gráfico 27 – Percentual de mulheres pobres e não pobres rurais e urbanas que estavam grávidas em junho de 2013 – Minas Gerais - 2013

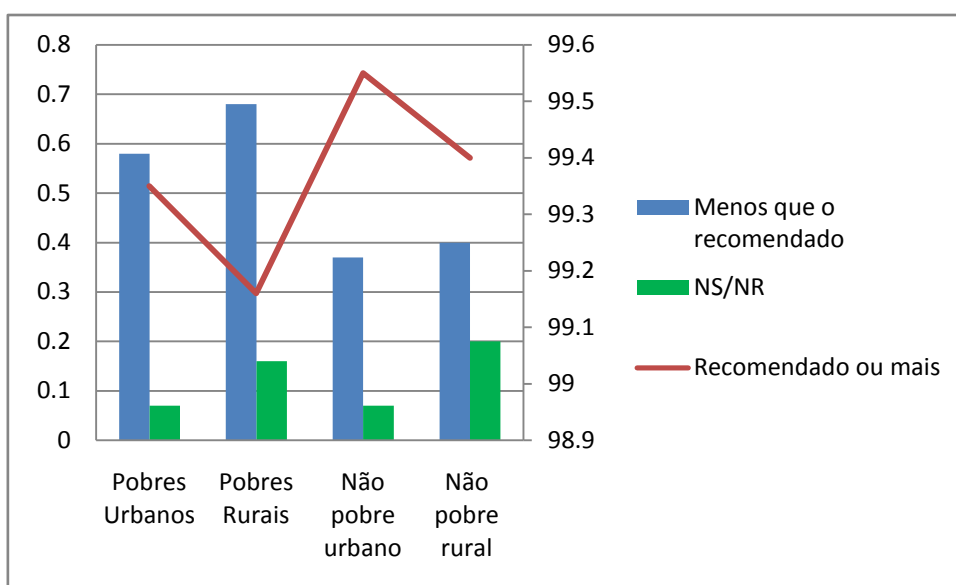


Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Analisando-se as condições da gravidez, é interessante observar como se dá seu acompanhamento por meio das consultas pré-natal. O Gráfico 28 demonstra que a maior parte das mulheres grávidas tem feito o número recomendado de consultas pré-natal²⁴. Porém, ao analisar especificamente a realidade da pobreza rural observa-se que as mulheres rurais pobres são as que menos realizam o número recomendado de consultas pré-natal, com um maior número de mulheres estando abaixo do adequado no cuidado com a gravidez.

²⁴Para calcular o número ideal de consultas pré-natal a serem realizadas, inicialmente tomou-se como base um documento da prefeitura de belo horizonte que determina como devem ser feitas e agendadas as consultas (disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/prenatal.pdf>). Tal informação foi tomada como base pois as determinações da OMS dizem respeito à gravidez como um todo (mínimo de 8 consultas, hoje), e as informações da PAD são relativas aos meses de gravidez. Pela dificuldade de se fazer a correspondência exata do que seria um número ideal de consultas, fez-se uma proxy, definindo-se que deveria ser feita pelo menos uma consulta por mês de gravidez, sendo essa a medida utilizada (média que parece boa Proxy, já que a maior frequência de consultas que deve ser feita ao final compensa a possibilidade de não se fazer consultas nos primeiros meses por desconhecimento da gravidez).

Gráfico 28 – Percentual de mulheres pobres e não pobres rurais e urbanas que estavam grávidas em junho de 2013 e as consultas pré-natal realizadas - Minas Gerais – 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: no gráfico, as colunas correspondem ao eixo da esquerda, e a linha, ao eixo da direita.

Assim, o que se pode concluir é que (1) o percentual de mulheres grávidas é maior na população rural pobre do que nos demais grupos estudados; (2) de modo geral, as consultas pré-natal têm atingido o nível recomendado, ou seja, as grávidas de Minas Gerais estão tendo acesso aos exames e cuidado com a gravidez desde seu início; e (3) apesar do elevado percentual de mulheres que realiza o número recomendado de consultas pré-natal, chama-se, mais uma vez, atenção para a realidade rural, que é o grupo populacional em que menos mulheres fazem o número adequado de consultas pré-natal, e que mais mulheres fazem menos consultas que o recomendado.

6.4.6. Análise sobre a saúde das crianças²⁵

No que se refere à saúde das crianças, tem-se, em primeiro lugar, uma análise sobre seu peso ao nascer. Pelo Gráfico 29 pode-se apreender que a maioria das crianças mineiras nasce acima do peso ideal, tal taxa sendo mais alta entre os pobres (principalmente os rurais). O segundo maior percentual de crianças nasce com o peso ideal em todos os grupos, mas tal distribuição

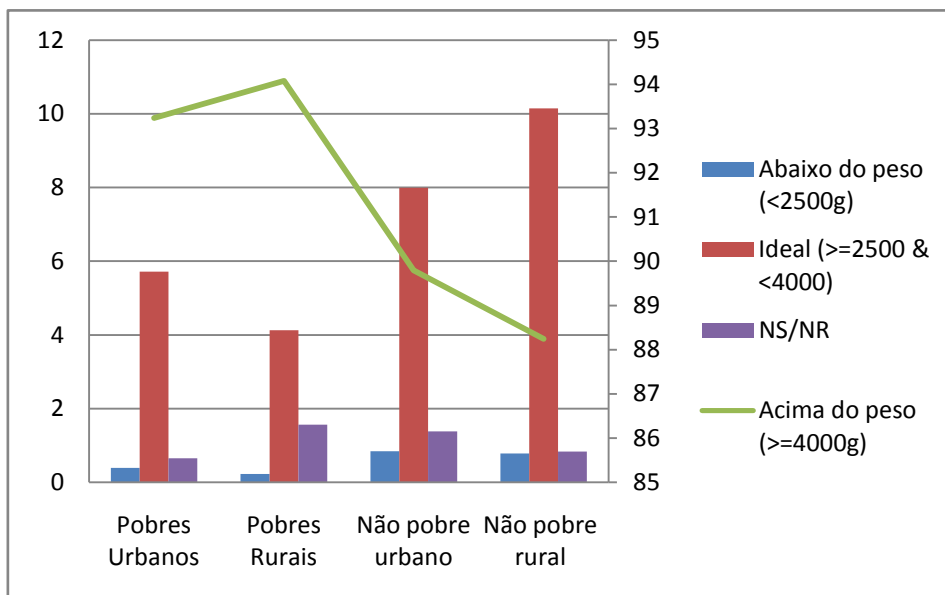
²⁵ Para todas as informações nessa sessão considera-se apenas a amostra composta por crianças menores de 7 anos de idade.

se dá de forma desigual, sendo menor o percentual entre os pobres (urbanos e, principalmente, rurais).

Novamente, aqui, se observa a grande discrepância entre a situação de saúde dos pobres rurais e dos não pobres rurais, os primeiros apresentando as piores condições de nascimento (maior taxa de bebês acima do peso ideal e menor taxa de bebês no peso ideal) e os segundos, as melhores (menor número de bebês acima do peso e o maior percentual de bebês com o peso ideal).

No que se refere ao baixo peso, o problema afeta uma porcentagem pequena dos recém nascidos, sendo um indicador que tem percentual mais baixo dentre os pobres (tanto urbanos quanto rurais) que dentre os não pobres.

Gráfico 29 – Característica do peso ao nascer das crianças pobres e não pobres rurais e urbanas (%) – Minas Gerais - 2013

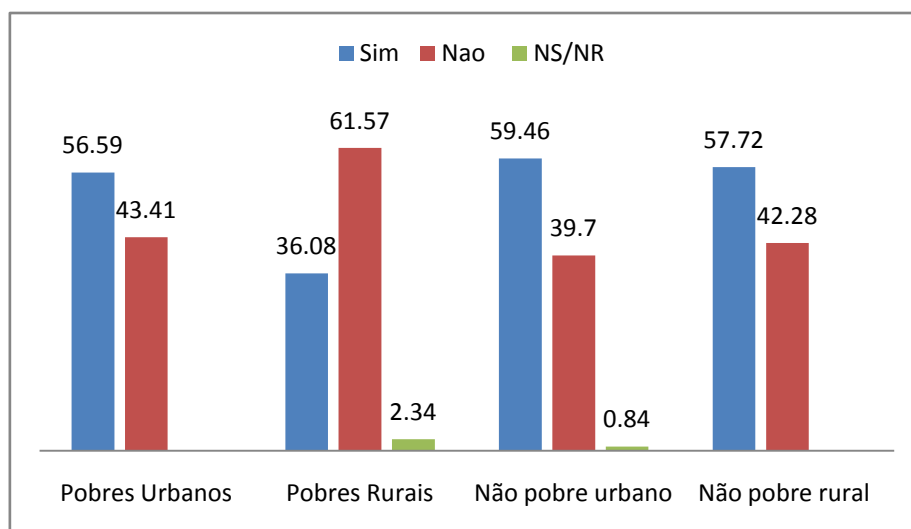


Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Nota: no gráfico, as colunas correspondem ao eixo da esquerda, e a linha, ao eixo da direita.

O Gráfico 30 traz informações relevantes sobre o acompanhamento feito por equipe de saúde. Neste sentido chama atenção que os pobres rurais são os únicos em que o percentual de crianças que não fazem acompanhamento com equipe de saúde supera o percentual de crianças que o fazem, o que indica um ponto de atenção que as políticas de saúde no estado devem ter.

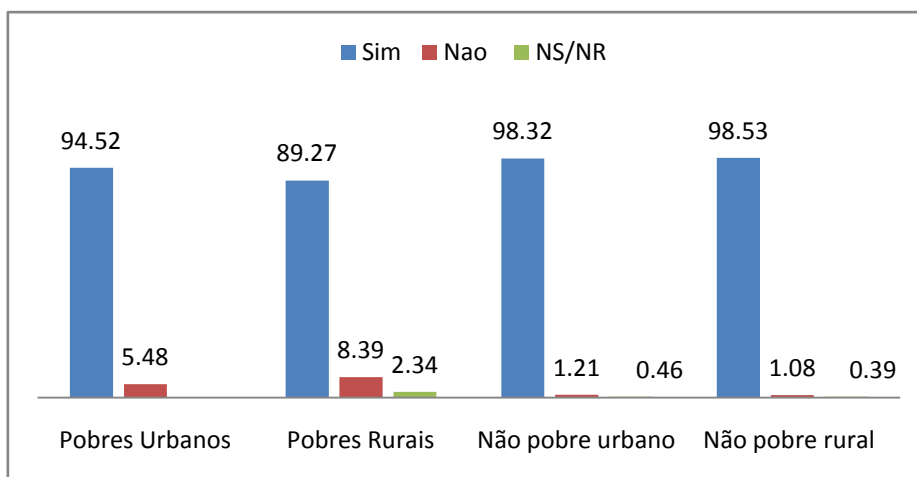
Gráfico 30 – Percentual de crianças pobres e não pobres rurais e urbanas acompanhadas ou não por equipe de saúde – Minas Gerais – 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Por fim, cabe analisar a situação relativa à vacinação das crianças. O Gráfico 31 demonstra que, de fato, a grande maioria das crianças, hoje, recebe as vacinas indicadas no cartão de vacinação, sendo piores os percentuais relativos aos pobres, que têm mais crianças não vacinadas. Nesse sentido, novamente a situação dos pobres rurais merece destaque, sendo o único grupo em que a vacinação não chega a mais de 90% das crianças, e que as crianças não vacinadas chegam a mais de 8%.

Gráfico 31 – Percentual de crianças menores de 7 anos de idade, pobres e não pobres rurais e urbanas vacinadas (sim) e não vacinadas (não) – Minas Gerais – Jun. 2013



Fonte: Elaborado pela autora, baseado nos dados da PAD/MG 2013.

Observando-se a realidade da população rural pobre conclui-se que, apesar do percentual de crianças abaixo do peso ser o menor dentre todos os demais, este grupo apresenta os piores índices referentes ao peso dos recém nascidos, por apresentar os maiores percentuais de crianças acima do peso, e os menores percentuais de crianças que nascem dentro da faixa de peso ideal. Por fim, os pobres rurais são o único grupo em que o percentual de crianças que não fazem acompanhamento com equipe de saúde supera o percentual de crianças que o fazem, além de ser o grupo com o percentual mais baixo de crianças vacinadas.

6.4.7. As condições de saúde da população rural – um breve resumo dos dados encontrados

A partir dos dados apresentados conclui-se haver indícios de que as condições de saúde da população rural pobre são piores que as condições de saúde do restante da população mineira na maioria dos pontos analisados. No que se refere ao estado de saúde dos grupos estudados, a partir dos dados apresentados tem-se que a saúde dos pobres rurais aparece de fato mais comprometida que a dos demais grupos, chamando atenção a elevada incidência de doenças crônicas neste grupo, e a gravidade dos motivos que leva tal grupo a buscar atendimento. Além disso, deve ser salientada a grande desigualdade encontrada entre as condições de saúde dos pobres e não pobres na zona rural, padrão que não aparece de forma tão alarmante nas zonas urbanas. No que tange os pobres em geral, tem-se que, dos mineiros que não precisaram de atendimento, foram os pobres os que mais tiveram algum problema de saúde (este acarretando ou não necessidade de atendimento).

No que diz respeito ao acesso aos atendimentos, observa-se que, de modo geral, o SUS tem conseguido atender aos pobres e não pobres rurais e urbanos, sendo uma porcentagem muito pequena desses grupos a que não utilizou o SUS em seu último atendimento (Gráfico 12), e há assertividade no que se refere à procura por atendimento e ao local do atendimento, o que é um ponto importante para garantir a eficiência do sistema de saúde. Deve-se atentar, entretanto, que o acesso dos pobres aos atendimentos médicos parece ser mais limitado que o dos não pobres. Tal fato pode ser exemplificado ao se analisar o Gráfico 7, que evidencia a pior qualidade de saúde dos pobres tanto na zona rural quanto na zona urbana, chamando-se especial atenção para os pobres urbanos, que têm o mais baixo percentual de pessoas que não precisaram de atendimento. Sugere-se, ainda, que o grande número de pessoas que não precisou de atendimento no campo seja consequência da falta de possibilidade de realização de atendimentos em geral, e não da efetiva “não necessidade” desse atendimento. Além disso, a população pobre parece ser mais dependente do SUS, já que ambulâncias ou transportes do

SUS são mais utilizados por pobres, que também são o grupo que possuem menos planos ou seguros de saúde²⁶. Além disso, cabe lembrar que os pobres rurais são os que mais têm que se deslocar para outro município a fim de receber atendimento.

No que tange a qualidade do atendimento recebido, os dados apontam para uma situação de extrema demora para receber o atendimento em todos os grupos populacionais estudados, o que deve ser melhor estudado para que possam ser trabalhadas formas de minimizar tal desconforto. Além disso, demonstrou-se que a grande maioria dos indivíduos em todos os grupos são atendidos por médicos, mas chama atenção o fato dos pobres urbanos e rurais serem os mais atendidos por enfermeiros. Sobre a insatisfação com o atendimento, observa-se que seu percentual é maior para os não pobres urbanos que para todos os demais grupos. De acordo com esses dados, portanto, não haveria situação específica indicando um pior atendimento aos pobres, relativamente aos não pobres, e sim questões do âmbito da política de saúde como um todo, que deveriam ser estudadas e, se for julgado necessário, reavaliadas e redesenhadas.

Sobre os gastos com saúde pode-se dizer que a maioria das pessoas não paga pelos atendimentos médicos, sendo a maior parte da população atendida pelo SUS, e o pagamento dos atendimentos médicos por planos ou seguros privados mais frequente na população urbana do que na população rural. Neste ponto, ressalta-se que os pobres rurais são o grupo que mais utiliza o SUS, e que menos paga pelos atendimentos quando se soma o pagamento com o “não pagamento por meio de plano de saúde privado”, mas tem um percentual relativamente alto de indivíduos que pagam pelo atendimento (quando não se soma aos planos privados), e além disso, curiosamente, os pobres rurais são os que menos não gastam com seguro-saúde com mais de 50% dos indivíduos gastando até 200 reais com isso. No que tange o pagamento pelas internações, a maioria da população não paga por tal serviço, mas parece haver uma desigualdade entre os pobres urbanos e rurais, já que nos primeiros, mais de 97% das pessoas não pagam pela internação, e no segundo grupo apenas 88,54% dos indivíduos não pagam pelo serviço. Por fim, não foi observada grande diferença nos gastos efetivados com remédios dentre os grupos estudados, sendo que a maioria da população mineira não paga pelos remédios.

No que diz respeito à gravidez em Minas Gerais, o que se pode concluir é que o percentual de mulheres grávidas parece ser maior na população rural pobre do que nos demais grupos

²⁶Aqui cabe salientar que o uso exclusivo do SUS não é uma situação ruim e deve ser almejado pelas políticas públicas. A consideração que se faz é no sentido de que há uma diferença de acesso à saúde entre os dois grupos na medida em que, além do SUS, os não pobres também contam com seguros e planos de saúde.

estudados e que, de modo geral, as consultas pré-natal têm atingido o nível recomendado, mas os pobres rurais são o grupo em que menos mulheres fazem o número adequado de consultas pré-natal, e que mais mulheres fazem menos consultas que o recomendado.

Por fim, no que se refere à saúde da criança, os pobres rurais apresentam os piores índices referentes ao peso dos recém nascidos, por apresentar os maiores percentuais de crianças acima do peso, e os menores percentuais de crianças que nascem dentro da faixa de peso ideal. Além disso, são o único grupo em que o percentual de crianças que não fazem acompanhamento com equipe de saúde supera o percentual de crianças que o fazem, além de terem o percentual mais baixo de crianças vacinadas.

O que se observa a partir desses dados é que, de modo geral, a qualidade do atendimento dado pelo SUS aos pobres e não pobres rurais e urbanos não exprime grandes diferenças no atendimento de cada um dos grupos. Porém, se percebe que há fortes indícios de que as condições de saúde da população pobre rural sejam piores que a de todos os outros grupos estudados no que se refere ao estado de saúde, ao acesso aos serviços, aos cuidados com a gravidez e à saúde das crianças. Além disso, é interessante que se estude mais sobre os gastos com saúde realizados pelos pobres rurais, já que, comparativamente aos pobres urbanos, eles parecem ter que gastar mais para ter acesso aos serviços de saúde que necessitam.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho foi realizado com o intuito de avaliar as condições de saúde e o acesso a serviços da população pobre da zona rural de Minas Gerais. Tal análise foi feita utilizando-se como estratégia a comparação das condições de saúde de quatro grupos populacionais distintos: pobres e não pobres rurais, e pobres e não pobres urbanos, estudando, de modo especial, como as condições de saúde do grupo de pobres rurais se distingue dos demais grupos, em Minas Gerais, em 2013.

Tal análise tem como base a compreensão da saúde não somente como conceito relativo a processos biológicos, mas também como resultado de condições sociais. Nesse sentido, a partir de realidades sociais distintas é que serão determinadas as condições de saúde de um indivíduo ou grupo.

Foi através do estudo realizado acerca da pobreza e de suas possibilidades de mensuração que se compreendeu que tal fenômeno deve ser medido por meio de métodos que abranjam seu caráter multidimensional, não apenas considerando a renda como proxy da condição de pobreza de uma população, o que é particularmente relevante para analisar a pobreza rural, que apresenta privações e ativos não monetarizados.

Ao se analisar a realidade da população rural e das políticas realizadas no Brasil com o intuito de reduzir a pobreza e fomentar o desenvolvimento rural no país, percebeu-se a necessidade de compreender a situação da população rural e, em especial, da população rural pobre, como uma situação de privações de direitos, não bastando incentivar o aumento da renda através da agricultura familiar para que se garantam direitos como saúde e educação para tal população. Assim, trabalhos que ajudassem no diagnóstico da situação rural quanto a esses direitos seriam de grande valia para a melhoria de vida desse grupo. Daí, pois, se justifica a realização deste trabalho.

A partir do cálculo dos índices de pobreza, uma vez considerando e outra sem considerar a dimensão saúde, ficou evidente a importância desta dimensão para definir as condições de privação sofridas pelos pobres de Minas Gerais, e com a separação entre IPM urbano e IPM rural foi possível apreender que as privações em saúde são muito mais representativas nas zonas rurais que nas zonas urbanas do estado, o que corrobora para a opção deste trabalho pela análise das condições de saúde da população rural do estado. Além disso, ressalta-se que a pouca relevância da renda nas condições de pobreza da população de Minas Gerais é fato

que também foi demonstrado quando se analisou a participação de cada indicador para o índice de pobreza multidimensional calculado para Minas Gerais.

A análise da saúde assim realizada demonstra que, de modo geral, as condições dos pobres rurais são piores que as dos demais grupos, inclusive pobres urbanos, e que há grandes desigualdades entre os pobres e os não pobres da região rural do estado, padrão que não pode ser percebido de forma tão evidente ao se comparar os pobres e não pobres urbanos de Minas Gerais.

As piores condições de saúde para o grupo dos pobres rurais referem-se ao estado de saúde, ao acesso aos serviços, aos cuidados com a gravidez e à saúde das crianças. Os dados analisados acerca da qualidade do atendimento fornecido pelo SUS não demonstram grande diferença entre os tratamentos recebidos por cada um dos grupos populacionais estudados, além de ser observado que o SUS consegue cobrir a grande maioria da população mineira.

Além disso, ressalta-se a necessidade de maiores estudos sobre os gastos com saúde já que, comparativamente aos pobres urbanos, os pobres rurais parecem ter que gastar mais para ter acesso aos serviços de saúde de que necessitam.

Assim, pode-se resumir o trabalho em dois grandes pontos principais. O primeiro é que a qualidade dos atendimentos realizados não é fator de diferenciação expressiva entre os grupos mais ou menos vulneráveis da sociedade, sendo que o SUS é utilizado pela maioria da população em todos os grupos analisados. O segundo é que grandes diferenças podem ser vistas entre os grupos sociais estudados no que se refere ao seu estado de saúde e ao acesso que têm ao sistema de saúde, chamando especial atenção a pior condição de saúde encontrada nos pobres rurais.

Tais observações convergem na direção de que políticas públicas que visem igualar as oportunidades dos grupos sociais devem focar em ações que incidam sobre a melhoria do estado de saúde e das condições de acesso dos pobres rurais ao sistema de saúde. Nesse sentido, dois pontos devem ser analisados pelos formuladores de políticas na área da saúde. O primeiro diz respeito à organização de ações de cunho preventivo, que busquem reduzir a incidência de enfermidades na população rural pobre, a fim de que esta tenha melhor qualidade de vida. O segundo se refere à necessidade de melhorias no acesso ao atendimento médico para essa população. Uma possibilidade nesse sentido seria a garantia de um transporte público intermunicipal de qualidade, mas outras formas de aproximar os centros de atendimento da população e garantir seu acesso também podem ser pensadas. Por exemplo, a

construção de novos centros de atendimento, como novas Unidades Básicas de Saúde, pode ser uma possibilidade, apesar de ter que ser levada em consideração a complexidade do investimento, uma vez que demandaria equipamentos e pessoal para garantir o acesso efetivo da população aos serviços de saúde.

Longe de sugerir soluções fechadas de ação, o que se propõe, com este trabalho é iniciar uma discussão acerca da necessidade de se olhar de forma mais atenta para a saúde da população rural pobre. Esta apresenta características distintas das condições de saúde apresentadas pelos demais grupos sociais e, por isso, merece especial atenção do poder público estadual, que deve buscar a igualdade de oportunidades e de condições de vida digna para todos os cidadãos.

Além disso, salienta-se a importância de que políticas públicas que visem combater a pobreza rural dêem especial atenção a ações referentes à saúde do público alvo, pois esta demonstrou ser uma dimensão de extrema relevância para que sejam reduzidas as privações sofridas pelos pobres da zona rural do estado.

Por fim, ressalta-se a importância de que sejam realizados mais estudos sobre o tema, a fim de afirmar tais conclusões a partir de outras fontes de informação além da PAD-MG. Tal aprofundamento é importante pela relevância que essas informações têm para orientar as ações das políticas de saúde e de combate à pobreza rural para o estado, e espera-se que esse trabalho seja um pequeno passo para o início dessa discussão no governo de Minas Gerais

8. REFERÊNCIAS

ALKIRE, S et al. **Multidimensional Poverty Measurement and Analysis: Chapter 1 – Introduction. Working paper n. 82.** Oxford Poverty and Human Development Initiative. Universidade de Oxford: OPHI, 2014.

ALKIRE, S.; SANTOS, M. E. **OPHI Working Paper No. 38.** Oxford Poverty and Human Development Initiative. Universidade de Oxford: OPHI, 2010.

ALMEIDA, J. (Org.). **A modernização da agricultura.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2011.

ALMEIDA-FILHO, N. et al **Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric and Content Analysis (1971-2000).** **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 93, n. 12, p. 2037-2043, December, 2003

ALMEIDA-FILHO, N. **Towards a Unified Theory of Health-Disease: I. Health as a complex model-object.** **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n.3, p. 75-102, jun, 2013.

ATKINSON, A. B. ; HILLS, J (ed). **Exclusion, Employment and Opportunity.** London: Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics, 1998.

BARROS, R. et al. **Determinantes do desenvolvimento da primeira infância no Brasil.** Texto para discussão no. 1478. Brasília: IPEA, 2010.

BRASIL. Constituição (1988).⁵ **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 77-93, fev, 2007.

CARNEIRO, C. B. L. **Programas de proteção social e superação da pobreza: concepções e estratégias de intervenção.** 2005. Tese. (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas: Sociologia e Política, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, Belo Horizonte, 2005.

CHILE. Ministerio De Planificación Y Cooperación - MIDEPLAN. Departamento de Evaluación Social. **Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para la superación de la pobreza.** Documento de Trabajo. Santiago do Chile, CHILE, 2002.

FARIA, H. P. et al. Processo de trabalho em saúde. 3^a. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, Centro de Estatística e Informações. **Boletim PAD-MG**, ano 3, n. 7, dezembro 2014. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, Centro de Estatística e Informações, 2013

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, Centro de Estatística e Informações. **Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD-MG): plano amostral, métodos de ponderação e metodologia**. Fundação João Pinheiro. Centro de Estatística e Informação – Belo Horizonte, 2010.

GESSERT, C. et al. Rural definition of health: a systematic literature review. **BMC Public Health**, London, v. 15, n. 378, p. 1-14, agosto, 2015.

KAWACHI, I; KENNEDY, B. P.; LOUCHNER, K.; PROTHROW-STITH, D. Social Capital, Income Inequality, and Mortality. **American Journal of Public Health**, Boston, v. 87, n. 9, p. 1491-1498, sep, 1997.

LADERCHI, C.R.; SAITH, R.; STEWART, F. Does it Matter that we do not agree on the Definition of Poverty? A Comparison of Four Approaches. **Oxford Development Studies**, Oxford, v. 31, no. 3, set, 2003.

LAURELL, A. C. A saúde doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, Mexico, v. 4, n. 2, p. 7-25, abril, 1982.

LAURENTI, R.; SANTOS, J. L. F. Taxa de mortalidade de menores de 5 anos proposta pela UNICEF: análise crítica de sua validade como indicador de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n.2, p.148-152, maio 1996.

LAVINAS, L. Pobreza e exclusão: traduções regionais de duas categorias da prática. **Econômica**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 25-59, jun, 2002.

MOREIRA, M. C. **Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira**. 2013. 146f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-RGS, Porto Alegre, 2013.

NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

NUNES, M. E.; SCHNEIDER, S.; MATOS FILHO, J.; NUNES, K. F. G.; AQUINO, J. R.

PAIN, J. S. A Epidemiologia e a Superação de Desigualdades em Saúde. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 13, Número especial, Parte I, p. 29-43, agosto, 2000.

PEARCE, N. Classe Social e Câncer In: Barata, Rita Barradas (Org.) **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, **Síntese Relatório de Desenvolvimento Humano 2015**. New York: PNUD, 2015.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2010**. New York: PNUD, 2010

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil: afinal de que se trata?** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

ROSE, G.; MARMOT, M. G. Social class and coronary heart disease. **British Heart Journal**, v. 45, n. 1, p. 13-19, jan 1981.

SCHNEIDER, S. Situando o desenvolvimento rural no Brasil: o contexto e as questões em debate. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v.30, n. 3, p.511-531, julho-set, 2010

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Cia. Das Letras, 2010.

SILVA, J. G. Quem precisa de uma estratégia de desenvolvimento? In: NÚCLEO DE ESTUDOS AGRÁRIOS E DESENVOLVIMENTO. **José Graziano, Jean Marc e Bianchini debatem O Brasil Rural precisa de uma Estratégia de Desenvolvimento**. Brasília : Ministério do Desenvolvimento Agrário / Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável / Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural, 2001.

SILVA, J. G. Velhos e novos mitos do rural brasileiro. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 15, n.43, p. , Sep/Dec 2001

SILVEIRA, F. G. et al. **Políticas públicas para o desenvolvimento rural e de combate à pobreza no campo**. Brasília: Centro Internacional de Políticas Públicas para o Desenvolvimento, 2016.

TORRES, M. O. et al. Spatial patterns of rural poverty: an exploratory analysis in the São Francisco River Basin, Brazil. **Nova Economia**, v. 21, n. 1, p.45-66, jan-abr, 2011.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health.** Discussion paper. Programme on Health Policies and Planning of the World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health.** Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Constitution of The World Health Organization.** New York, WHO, 1946.

9. ANEXOS

ANEXO 1 - DO FILE PARA O ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL

```

***** DADOS A PARTIR DE PESSOAS
*****
***EDUCAÇÃO***
* FREQUENCIA ESCOLAR
gen _crianza = (idade>=6 & idade<=15)
gen nasisesc=(c03==5) & (_crianza)
/*Identifica as crianças que não frequentam a
escola*/
egen nbi_asiste = sum (nasisesc), by (dom) /*
Conta as crianças que não frequentam a escola
em cada domicílio*/
recode nbi_asiste 1/max =1 /* Classifica como
privados a os domicílios onde ao menos uma
criança não vai à escola*/
* ANOS DE ESTUDO
gen adulto = (idade>=18) /* Identifica os
adultos no domicílio*/
egen adultodom = sum (adulto), by (dom) /*
Cria a variável quantidade de adultos no
domicílio*/
gen nlogredup = (anos_estudo<=8)
replace nlogredup =. if (anos_estudo==.) /*
Missing cases*/
egen nlogredupdom = sum (nlogredup), by
(dom) /*Cria a variável quantidade de pessoas
que não têm escolaridade completa*/
gen nbi_logroed = 1 if (adultodom ==
nlogredupdom) & adultodom>=1 /* Privado se
todos os adultos do domicílio são privados.
Conta somente os domicílios com adultos.*/
recode nbi_logroed .=0
* TRABALHO INFANTIL
*criança que trabalha
gen _criançatrab = (e02==1 | e03==1 | e04==1
| e05==1 | e06>0 | e32==1) & (idade<=16)
*horas trabalhadas
gen _e18 = e18
replace _e18=0 if (e18==.)
gen _e26 = e26
replace _e26=0 if (e26==.)

gen _e33 = e33
replace _e33=0 if (e33==.)
gen _horastrab = _e18+_e26+_e33
gen _trabinfantil = (_criançatrab == 1) &
(_horastrab > 5)
egen nbi_trabinfantil = sum (_trabinfantil), by
(dom)
recode nbi_trabinfantil 1/max =1

```

RENDA

```

*privados aqueles com renda per capita do
domicilio inferior a 120 reais - linha do bolsa
familia
gen _rendatotal = (rendtotal)
replace _rendatotal = 0 if (rendtotal==.)
egen _rendatotaldom = sum (_rendatotal), by
(dom)
egen _npesdom = count (pessoa), by (dom)
gen _rendapcapta =
(_rendatotaldom/_npesdom)
gen nbi_renda = (_rendapcapta<120)
replace nbi_renda =. if (_rendatotaldom==0)

```

SAÚDE

* MORTALIDADE INFANTIL

```

**Domicilio é privado se uma criança morreu
antes de completar 5 anos. É privado se o
ultimo filho nascido vivo nasceu entre junho
de 2008 e em 30 de junho de 2013, e não
estava mais vivo
gen _mortinfantil = (((b28_m>=6)&
(b28_a==2008)) | (b28_a==2009/2012)
|((b28_m<=6)& (b28_a==2013))) & (b30==2)
replace _mortinfantil = 99 if (b28_m==. |
b28_a==. | b30==.)
egen nbi_mortinfant = sum (_mortinfantil!=99
& _mortinfantil!=0), by (dom)
recode nbi_mortinfant 1/max =1

```

* ESTADO DE SAÚDE

```

**Domicilio é privado se sofre com uma
privação E outra:
**Auto-percepção do estado de saúde: estado
de saúde bom (=0) quando a auto avaliação é
"muito bom", ou "bom" e ruim (=1) quando
,"regular", "ruim" ou "muito ruim" (aqui entra
sensações de depressão por exemplo, e bem
estar psicologico) Domicílio privado se mais
da metade de seus membros consideram sua
saúde em estado ruim.
**Sintomas (aqui só são analisados sintomas
físicos): É privado se mais da metade de seus
moradores teve pelo menos 1 sintoma (febre,
diarreia, dor de dente, dores de cabeça, dor no
peito, dor abdominal, dor de ouvido, falta de
ar, sangramento, tontura, tosse, vomito, outro)
nos últimos 30 dias
*Auto-percepção
gen _autoperc = (d02==3 | d02==4 | d02==5)
replace _autoperc = 99 if (d02==9)
egen _autopercdom = sum (_autoperc), by
(dom)

```

```

gen p_autopercdom = 1 if (_autopercdom >
0.5*_npesdom)
replace p_autopercdom = 0 if
(_autopercdom==0)
*Sintomas
gen _sintomas = (d13==1 | d13==2 | d13==3 |
d13==4 | d13==5 | d13==6 | d13==7 | d13==8 |
d13==9 | d13==10 | d13==11 | d13==12 |
d13==13)
replace _sintomas = 99 if (d13==. | d13==99)
egen _sintdom = sum (_sintomas!=99 &
_sintomas!=0), by (dom)
gen p_sintdom = 1 if (_sintdom >
0.5*_npesdom)
replace p_sintdom = 0 if (_sintdom==0)
*indicador completo estado de saude
gen nbi_saudee = (p_sintdom==1 &
p_autopercdom==1)
*gen nbi_saudee = 1 if (p_sintdom==1 &
p_autopercdom==1)
*replace nbi_saudee = 0 if (p_sintdom==0 &
p_autopercdom==0)

***INTERNET***
*Domicilio é privado se nenhum de seus
moradores acessa a internet
gen _internet = (b22==2)
egen p_internetdom = sum (_internet), by
(dom) /* Conta as pessoas que não acessam
internet para cada domicilio*/
gen nbi_internet = 1 if
(p_internetdom==_npesdom)
replace nbi_internet = 0 if
(p_internetdom<_npesdom)

*****JÁ NA BASE DE DOMICÍLIOS:
CALCULO DOS INDICADORES
DOMICILIARES E DO IPM***
*****CÁLCULO INDICADORES*****
***Indicadores com informações individuais já
foram calculados em outro arquivo, e suas
colunas "nbi_" foram acrescentadas no arquivo
dos domicílios
*** PADRÃO DE VIDA ***
* PRIVAÇÃO EM AGUA
gen nbi_agua = (a24>=2 &a24<=7)
replace nbi_agua =. if a24==9
tab nbi_agua [aw=peso]
* PRIVAÇÃO EM SANEAMENTO
gen nbi_sanit = 0
replace nbi_sanit = 1 if a20==0
replace nbi_sanit = 1 if a21==2
replace nbi_sanit = 1 if (a22>=3 & a22<=7)
tab nbi_sanit [aw=peso]

* PRIVAÇÃO EM MATERIAIS DE
CONSTRUÇÃO DO DOMICÍLIO
gen _piso = (a15==6 | a15==7)
gen _matpared = (a14==3 | a14==4 | a14==5)
replace _matpared =. if a14==6
gen nbi_mat_viv = max(_piso,_matpared)
tab nbi_mat_viv [aw=peso]
* PRIVACIÓN EN ELECTRICIDAD
gen nbi_elec = (a26==4 | a26==5)
replace nbi_elec =. if a26==9
tab nbi_elec [aw=peso]
* PRIVACIÓN EN COMBUSTIBLE
gen nbi_combu = (a28==2 | a29==3 | a29==4)
tab nbi_combu [aw=peso]
* PRIVAÇÃO EM ATIVOS
recode a45(0=1)(1/4=0)(9=.), gen(dom_fixo)
recode a46(0=1)(1/4=0)(9=.),
gen(dom_celular)
gen dom_telefone=.
replace dom_telefone=1 if(dom_fixo==1 &
dom_celular==1)
replace dom_telefone=0 if(dom_fixo==0 |
dom_celular==0)
replace dom_telefone=0 if(dom_fixo==0 &
dom_celular==0)
tab dom_telefone [aw=peso], miss
recode a47(0=1)(1/4=0)(9=.), gen(dom_TV)
tab dom_TV [aw=peso], miss
recode a50(0=1)(1/4=0)(9=.),
gen(dom_geladeira)
recode a52(0=1)(1/4=0)(9=.),
gen(dom_freezer)
gen dom_gelfre=.
replace dom_gelfre=1 if(dom_geladeira==1 &
dom_freezer==1)
replace dom_gelfre=0 if(dom_geladeira==0 |
dom_freezer==0)
replace dom_gelfre=0 if(dom_geladeira==0 &
dom_freezer==0)
tab dom_gelfre [aw=peso], miss
recode a53(0=1)(1/4=0)(9=.),
gen(dom_automovel)
recode a56(0=1)(1/4=0)(9=.),
gen(dom_bicicleta)
recode a57(0=1)(1/4=0)(9=.),
gen(dom_motocicleta)

gen dom_transporte=.
replace dom_transporte=1
if(dom_automovel==1 & dom_bicicleta==1 &
dom_motocicleta==1)
replace dom_transporte=0
if(dom_automovel==0 | dom_bicicleta==0 |
dom_motocicleta==0)

```

```

*se não respondeu sobre algum dos itens,
entrará como missing(.)
tab dom_transporte [aw=peso], miss

gen          _ativosdom          =
dom_transporte+dom_gelfre+dom_TV+dom_t
elefone
gen nbi_ativos = (_ativosdom>=2)
tab nbi_ativos

** INTERNET
*Calculado a partir da base de pessoas
tab nbi_internet [aw=peso]

**RENDA
*Calculado a partir da base de pessoas
tab nbi_renda

*** EDUCAÇÃO ***
*Calculado a partir da base de pessoas

*FREQUENCIA ESCOLAR
tab nbi_asiste [aw=peso]

*ANOS DE ESCOLARIDADE
tab nbi_logroed [aw=peso]

*TRABALHO INFANTIL
tab nbi_trabinfantil [aw=peso]

*** SAÚDE ***
*calculado a partir da base de pessoas
tab nbi_mortinfant [aw=peso]
tab nbi_saudee [aw=peso]

*****CALCULO DO IPM GERAL*****
***CONTANDO AS PRIVAÇÕES
gen _nbi_total = nbi_mortinfant + nbi_logroed
+ nbi_asiste + nbi_renda + nbi_saudee +
nbi_trabinfantil + nbi_agua + nbi_sanit +
nbi_mat_viv + nbi_elec + nbi_combu +
nbi_internet + nbi_ativos
tab _nbi_total[aw=peso]

*Pobre por NBI con k=3
gen pobre3_nbi = (_nbi_total>=3)
replace pobre3_nbi = . if (_nbi_total==.)
tab pobre3_nbi

*PONDERAÇÕES
foreach var in nbi_mortinfant {
gen w_`var' = 1/6
}

foreach var in nbi_logroed {
gen w_`var' = 1/9
}

foreach var in nbi_asiste {
gen w_`var' = 1/9
}

foreach var in nbi_rendatotal {
gen w_`var' = 1/24
}

foreach var in nbi_saudee {
gen w_`var' = 1/6
}

foreach var in nbi_trabinfantil {
gen w_`var' = 1/9
}

foreach var in nbi_agua {
gen w_`var' = 1/24
}

foreach var in nbi_sanit {
gen w_`var' = 1/24
}

foreach var in nbi_mat_viv {
gen w_`var' = 1/24
}

foreach var in nbi_elec {
gen w_`var' = 1/24
}

foreach var in nbi_combu {
gen w_`var' = 1/24
}

foreach var in nbi_internet {
gen w_`var' = 1/24
}

foreach var in nbi_ativos {
gen w_`var' = 1/24
}

/*MATRIZ PONDERADA DE
PRIVAÇÕES*/

global indicators nbi_mortinfant nbi_logroed
nbi_asiste nbi_renda nbi_saudee
nbi_trabinfantil nbi_agua nbi_sanit
nbi_mat_viv nbi_elec nbi_combu nbi_internet
nbi_ativos

```



```

foreach var of global indicators {
gen w_hh_d`var' = `var'* w`var'
*label var `var' "Household deprived in `var'"
label var w`var' "Weight `var'"
label var w_hh_d`var' "Weigthed Deprivation
of `var'"
}

/*VETOR DE CONTAGEM*/
egen ci=rsum(w_hh_d_*)
label var ci "Counting Vector"
tab ci [w=peso], m

/*LIMPADO OS CASOS "MISSING"*/
egen n_miss=rmiss(w_hh_d_*)
tab n_miss [w=peso]
label var n_miss "Number of Missing"
tab n_miss
drop if n_miss>0

/*IDENTIFICAÇÃO E AGREGAÇÃO*/
/* CALCULANDO H PARA DISTINTOS K*/
forvalue k=10(10)100 {
gen h`k'p=(ci>=`k'/100)
label var h`k'p "Poverty Identification with
k=`k'%"
gen a`k'p=ci if h`k'p==1
label var a`k'p "Individual Deprivation Share
with k=`k'%"
gen m0`k'p=0
replace m0`k'p=ci if h`k'p==1
label var m0`k'p "Individual Censored ci with
k=`k'%"
}

su h_*p a_*p m0_*p[w=peso], sep(5)

/* TABULAÇÕES POR VARIÁVEIS DE
CONTROLE*/

tabstat m0_*p [w=peso], by (reg_plan)
tabstat m0_*p [w=peso], by (meso)
tabstat m0_*p [w=peso], by (situ)

/*DESCOMPOSIÇÃO COM K=30% */

local k=30
foreach var of global indicators {
gen ch`var'_k`k'p=
(ci>=`k'/100 & `var'==1)
label var ch`var'_k`k'p
"Censored headcount of dimension`var' with
k=`k'"
}

su m0`k'p [w=peso]
local m0`k'p=r(mean)
foreach var of global indicators {
gen abs_cont`var'_k`k'p=
ch`var'_k`k'p*w`var'
label var abs_cont`var'_k`k'p
"Weigthed contribution of dimension `var' to
M0 with k=`k'"
gen rel_cont`var'_k`k'p=
ch`var'_k`k'p*w`var'/^m0`k'p
label var rel_cont`var'_k`k'p
"National contribution of dimension `var' to
M0 with k=`k'"
}

noi su abs_cont_*_k`k'p [w=peso],
sep(6)
noi su rel_cont_*_k`k'p [w=peso],
sep(6)

noi {
tabstat h_30p a_30p m0_30p
[w=peso], by (situ)
tabstat nbi_* [w=peso], by (situ)
tabstat abs_cont_*_k30p [w=peso], by
(situ)
tabstat rel_cont_*_k30p [w=peso], by
(situ)
tabstat rel_cont_*_k30p [w=peso], by
(meso)
tabstat rel_cont_*_k30p [w=peso], by
(reg_plan)
}

```

ANEXO 2 - DO FILE PARA UM IPM
PARA ANALISAR AS CONDIÇÕES DE
SAÚDE EM MINAS GERAIS:
ADAPTAÇÕES NECESSÁRIAS AO
MÉTODO DO IPM GLOBAL PARA
MINAS GERAIS

***** DADOS A PARTIR DE PESSOAS

EDUCAÇÃO

* FREQUENCIA ESCOLAR

```
gen _crianza = (idade>=6 & idade<=15)
gen nasisesc=(c03==5) & (_crianza)
/*Identifica as crianças que não frequentam a
escola*/
```

```
egen nbi_asiste = sum (nasisesc), by (dom) /*
Conta as crianças que não freqüentam a escola
em cada domicílio*/
```

```
recode nbi_asiste 1/max =1 /* Classifica como
privados a os domicílios onde ao menos uma
criança não vai à escola*/
```

* ANOS DE ESTUDO

```
gen adulto = (idade>=18) /* Identifica os
adultos no domicílio*/
```

```
egen adultodom = sum (adulto), by (dom) /*
Cria a variável quantidade de adultos no
domicílio*/
```

```
gen nlogredup = (anos_estudo<=8)
```

```
replace nlogredup =. if (anos_estudo==.) /*
Missing cases*/
```

```
egen nlogredupdom = sum (nlogredup), by
(dom) /*Cria a variável quantidade de pessoas
que não têm escolaridade completa*/
```

```
gen nbi_logroed = 1 if (adultodom ==
nlogredupdom) & adultodom>=1 /* Privado se
todos os adultos do domicílio são privados.
Conta somente os domicílios com adultos.*/
```

```
recode nbi_logroed .=0
```

* TRABALHO INFANTIL

*criança que trabalha

```
gen _criançatrab = (e02==1 | e03==1 | e04==1
| e05==1 | e06>0 | e32==1) & (idade<=16)
```

*horas trabalhadas

```
gen _e18 = e18
```

```
replace _e18=0 if (e18==.)
```

```
gen _e26 = e26
```

```
replace _e26=0 if (e26==.)
```

```
gen _e33 = e33
```

```
replace _e33=0 if (e33==.)
```

```
gen _horastrab = _e18+_e26+_e33
```

```
gen _trabinfantil = (_criançatrab == 1) &
(_horastrab > 5)
```

```
egen nbi_trabinfantil = sum (_trabinfantil), by
(dom)
```

```
recode nbi_trabinfantil 1/max =1
```

RENDA

*privados aqueles com renda per capita do
domicilio inferior a 120 reais - linha do bolsa
familia

```
gen _rendatotal = (rendtotal)
```

```
replace _rendatotal = 0 if (rendtotal==.)
```

```
egen _rendatotaldom = sum (_rendatotal), by
(dom)
```

```
egen _npesdom = count (pessoa), by (dom)
```

```
gen _rendapcapta =
(_rendatotaldom/_npesdom)
```

```
gen nbi_renda = (_rendapcapta<120)
```

```
replace nbi_renda =. if (_rendatotaldom==0)
```

INTERNET

*Domicilio é privado se nenhum de seus
moradores acessa a internet

```
gen _internet = (b22==2)
```

```
egen p_internetdom = sum (_internet), by
(dom) /* Conta as pessoas que não acessam
internet para cada domicílio*/
```

```
gen nbi_internet = 1 if
(p_internetdom==_npesdom)
```

```
replace nbi_internet = 0 if
(p_internetdom<_npesdom)
```

*****JÁ NA BASE DE DOMICÍLIOS:
CALCULO DOS INDICADORES
DOMICILIARES E DO IPM***

*****CÁLCULO INDICADORES*****

***Indicadores com informações individuais já
foram calculados em outro arquivo, e suas
colunas "nbi_" foram acrescentadas no arquivo
dos domicílios

*** PADRÃO DE VIDA ***

* PRIVAÇÃO EM AGUA

```
gen nbi_agua = (a24>=2 & a24<=7)
```

```
replace nbi_agua =. if a24==9
```

```
tab nbi_agua [aw=peso]
```

* PRIVAÇÃO EM SANEAMENTO

```
gen nbi_sanit = 0
```

```
replace nbi_sanit = 1 if a20==0
```

```
replace nbi_sanit = 1 if a21==2
```

```
replace nbi_sanit = 1 if (a22>=3 & a22<=7)
```

```
tab nbi_sanit [aw=peso]
```

* PRIVAÇÃO EM MATERIAIS DE
CONSTRUÇÃO DO DOMICÍLIO

```
gen _piso = (a15==6 | a15==7)
```

```
gen _matpared = (a14==3 | a14==4 | a14==5)
```

```
replace _matpared =. if a14==6
```

```
gen nbi_mat_viv = max(_piso,_matpared)
```

```
tab nbi_mat_viv [aw=peso]
```

* PRIVACIÓN EN ELECTRICIDAD

```

gen nbi_elec = (a26==4 | a26==5)
replace nbi_elec = . if a26==9
tab nbi_elec [aw=peso]
* PRIVACIÓN EN COMBUSTIBLE
gen nbi_combu = (a28==2 | a29==3 | a29==4)
tab nbi_combu [aw=peso]
* PRIVAÇÃO EM ATIVOS
recode a45(0=1)(1/4=0)(9=.), gen(dom_fixo)
recode          a46(0=1)(1/4=0)(9=.),
gen(dom_celular)
gen dom_telefone=.
replace dom_telefone=1 if(dom_fixo==1 &
dom_celular==1)
replace dom_telefone=0 if(dom_fixo==0 |
dom_celular==0)
replace dom_telefone=0 if(dom_fixo==0 &
dom_celular==0)
tab dom_telefone [aw=peso], miss
recode a47(0=1)(1/4=0)(9=.), gen(dom_TV)
tab dom_TV [aw=peso], miss
recode          a50(0=1)(1/4=0)(9=.),
gen(dom_geladeira)
recode          a52(0=1)(1/4=0)(9=.),
gen(dom_freezer)
gen dom_gelfre=.
replace dom_gelfre=1 if(dom_geladeira==1 &
dom_freezer==1)
replace dom_gelfre=0 if(dom_geladeira==0 |
dom_freezer==0)
replace dom_gelfre=0 if(dom_geladeira==0 &
dom_freezer==0)
tab dom_gelfre [aw=peso], miss
recode          a53(0=1)(1/4=0)(9=.),
gen(dom_automovel)
recode          a56(0=1)(1/4=0)(9=.),
gen(dom_bicicleta)
recode          a57(0=1)(1/4=0)(9=.),
gen(dom_motocicleta)

gen dom_transporte=.
replace          dom_transporte=1
if(dom_automovel==1 & dom_bicicleta==1 &
dom_motocicleta==1)
replace          dom_transporte=0
if(dom_automovel==0 | dom_bicicleta==0 |
dom_motocicleta==0)
*se não respondeu sobre algum dos itens,
entrará como missing(.)
tab dom_transporte [aw=peso], miss

gen          _ativosdom          =
dom_transporte+dom_gelfre+dom_TV+dom_t
elefone
gen nbi_ativos = (_ativosdom>=2)
tab nbi_ativos

```

```

** INTERNET
*Calculado a partir da base de pessoas
tab nbi_internet [aw=peso]

**RENDA
*Calculado a partir da base de pessoas
tab nbi_renda

*** EDUCAÇÃO ***
*Calculado a partir da base de pessoas
*FREQUENCIA ESCOLAR
tab nbi_asiste [aw=peso]
*ANOS DE ESCOLARIDADE
tab nbi_logroed [aw=peso]
*TRABALHO INFANTIL
tab nbi_trabinfantil [aw=peso]

*****CALCULO DO IPM GERAL*****
***CONTANDO AS PRIVAÇÕES
gen _nbi_total = nbi_logroed + nbi_asiste +
nbi_renda + nbi_trabinfantil + nbi_agua +
nbi_sanit + nbi_mat_viv + nbi_elec +
nbi_combu + nbi_internet + nbi_ativos
tab _nbi_total[aw=peso]

*Pobre por NBI con k=3
gen pobre3_nbi = (_nbi_total>=3)
replace pobre3_nbi = . if (_nbi_total==.)
tab pobre3_nbi

*PONDERAÇÕES

foreach var in nbi_logroed {
gen w_`var' = 1/6
}

foreach var in nbi_asiste {
gen w_`var' = 1/6
}

foreach var in nbi_rendatotal {
gen w_`var' = 1/16
}

foreach var in nbi_trabinfantil {
gen w_`var' = 1/6
}

foreach var in nbi_agua {
gen w_`var' = 1/16
}

foreach var in nbi_sanit {
gen w_`var' = 1/16
}

```

```

}

foreach var in nbi_mat_viv {
gen w_`var' = 1/16
}

foreach var in nbi_elec {
gen w_`var' = 1/16
}

foreach var in nbi_combu {
gen w_`var' = 1/16
}

foreach var in nbi_internet {
gen w_`var' = 1/16
}

foreach var in nbi_ativos {
gen w_`var' = 1/16
}

/*MATRIZ PONDERADA DE
PRIVAÇÕES*/
global indicators nbi_logroed nbi_asiste
nbi_renda nbi_trabinfantil nbi_agua nbi_sanit
nbi_mat_viv nbi_elec nbi_combu nbi_internet
nbi_ativos
foreach var of global indicators {
gen w_hh_d_`var' = `var'* w_`var'
*label var `var' "Household deprived in `var"
label var w_`var' "Weight `var"
label var w_hh_d_`var' "Weighed Deprivation
of `var"
}

/*VETOR DE CONTAGEM*/
egen ci=rsum(w_hh_d_*)
label var ci "Counting Vector"
tab ci [w=peso], m

/*LIMPANDO OS CASOS "MISSING"*/
egen n_miss=rmiss(w_hh_d_*)
tab n_miss [w=peso]
label var n_miss "Number of Missing"
tab n_miss
drop if n_miss>0

/*IDENTIFICAÇÃO E AGREGAÇÃO*/
/* CALCULANDO H PARA DISTINTOS K*/
forvalue k=10(10)100 {
gen h_`k'p=(ci>=`k'/100)
label var h_`k'p "Poverty Identification with
k=`k%"
gen a_`k'p=ci if h_`k'p==1
label var a_`k'p "Individual Deprivation Share
with k=`k%"
gen m0_`k'p=0
replace m0_`k'p=ci if h_`k'p==1
label var m0_`k'p "Individual Censored ci with
k=`k%"
}

su h_`k'p a_`k'p m0_`k'p [w=peso], sep(5)

/* TABULAÇÕES POR VARIÁVEIS DE
CONTROLE*/

tabstat m0_`k'p [w=peso], by (reg_plan)
tabstat m0_`k'p [w=peso], by (meso)
tabstat m0_`k'p [w=peso], by (situ)

/*DECOMPOSIÇÃO COM K=30% */

local k=30
foreach var of global indicators {
gen ch_`var'_k`k'p=
(ci>=`k'/100 & `var'==1)
label var ch_`var'_k`k'p
"Censored headcount of dimension `var' with
k=`k"
}

su m0_`k'p [w=peso]
local m0_`k'p=r(mean)
foreach var of global indicators {
gen abs_cont_`var'_k`k'p=
ch_`var'_k`k'p*w_`var'
label var abs_cont_`var'_k`k'p
"Weighed contribution of dimension `var' to
M0 with k=`k"
gen rel_cont_`var'_k`k'p=
ch_`var'_k`k'p*w_`var'/m0_`k'p'
label var rel_cont_`var'_k`k'p
"National contribution of dimension `var' to
M0 with k=`k"
}

noi su abs_cont_*_k`k'p [w=peso],
sep(6)
noi su rel_cont_*_k`k'p [w=peso],
sep(6)

noi {
tabstat h_30p a_30p m0_30p
[w=peso], by (situ)
tabstat nbi_* [w=peso], by (situ)
tabstat abs_cont_*_k30p [w=peso], by
(situ)
}

```

```

tabstat rel_cont*_k30p [w=peso], by
(situ)
tabstat rel_cont*_k30p [w=peso], by
(meso)
tabstat rel_cont*_k30p [w=peso], by
(reg_plan)
}

```

ANEXO 3 – DO FILE ANÁLISE DA
SITUAÇÃO DE SAÚDE DA
POPULAÇÃO DE MINAS GERAIS
***ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE
SAÚDE***

```

*Auto avaliação do estado de saúde*
gen _auto=9
replace _auto=1 if (d02==1 | d02==2)
replace _auto=2 if (d02==3)
replace _auto=3 if (d02==4 | d02==5)
tab _auto [aw=peso]

```

```

*Doenças crônicas diagnosticadas por
médico
gen _card=d03
*replace _card=. if (d03==9)

gen _diab=d04
*replace _diab=. if (d04==9)

```

```

gen _hipert=d05
*replace _hipert=. if (d05==9)

```

```

gen _tuberc=d06
*replace _tuberc=. if (d06==9)

```

```

gen _depr=d07
*replace _depr=. if (d07==9)

```

```

gen _renal=d08
*replace _renal=. if (d08==9)

```

```

gen _bronqasma=d09
*replace _bronqasma=. if (d09==9)

```

```

gen _cancer=d10
*replace _cancer=. if (d10==9)

```

```

gen _artreum=d11
*replace _artreum=. if (d11==9)

```

```

gen _coluna=d12
*replace _coluna=. if (d12==9)

```

```

tab _card [aw=peso]
tab _diab [aw=peso]
tab _hipert [aw=peso]
tab _tuberc [aw=peso]
tab _depr [aw=peso]
tab _renal [aw=peso]
tab _bronqasma [aw=peso]
tab _cancer [aw=peso]
tab _artreum [aw=peso]
tab _coluna [aw=peso]

```

```

*Problema de saúde comum
gen _sintomas=d13
*replace _sintomas=. if d13==99
replace _sintomas=1 if (d13==1 | d13==2 |
d13==3 | d13==4 | d13==5 | d13==6 |
d13==7 | d13==8 | d13==9 | d13==10 |
d13==11 | d13==12)
tab _sintomas [aw=peso]

```

```

*Necessidade de e procura por
atendimento médico
gen _procura=d14
*replace _procura=. if (d14==9)
tab _procura [aw=peso]

```

****DOS QUE PRECISARAM E
PROCURARAM, na questão 14 (1)

```

*Local procurado
gen _locproc=d15
replace _locproc=4 if (d15==4 | d15==5 |
d15==6 | d15==7 | d15==8 | d15==9)
*replace _locproc=. if (d15==99)
tab _locproc [aw=peso]

```

```

*Local de atendimento
gen _locatend=d16
replace _locatend=4 if (d16==4 | d16==5 |
d16==6 | d16==7 | d16==8 | d16==9)
*replace _locatend=. if (d16==99)
tab _locatend [aw=peso]

```

```

*Tempo de espera:
gen _tempo=d17
replace _tempo=1 if (d17<=30)

```

```

replace _tempo=2 if (d17>30 &
d17<=120)
replace _tempo=3 if (d17>120 &
d17<=240)
replace _tempo=4 if (d17>240)
tab _tempo [aw=peso]

*Profissional que atendeu:
**Ngm atendido por: 4,5,6,7,8
gen _prof=d18
replace _prof=0 if (d18==2 | d18==3 |
d18==9 | d18==11 | d18==12)
*replace _prof=. if (d18==99)
tab _prof [aw=peso]

*Qualidade do atendimento
gen _quali=d19
*replace _quali=. if d19==9
tab _quali [aw=peso]

*Motivo do atendimento
gen _motivo=d20
*replace _motivo=. if (d20==99)
tab _motivo [aw=peso]

*Pagamento do atendimento
gen _pagto=d21
*replace _pagto=. if (d21==9)
tab _pagto [aw=peso]
**Valor pago: para os que, em _pagto,
marcaram 1(sim)
gen _valorpg=d22
*importante fazer o replace porque são
valores em reais
replace _valorpg=0 if (d22==9999)
replace _valorpg=1 if (d22<=100)
replace _valorpg=2 if (d22>100 &
d22<=250)
replace _valorpg=3 if (d22>250 &
d22<=500)
replace _valorpg=4 if (d22>500 &
d22<=1000)
replace _valorpg=5 if (d22>1000)
tab _valorpg [aw=peso]

*Atendido pelo SUS?
gen _SUS=d23
tab _SUS [aw=peso]

*Distância

**Precisou ir a outro municipio?
gen _outromun=d24
tab _outromun [aw=peso]
**Para os que precisaram:
***Não vou usar as questoes 25 e 26 -
pedem o nome do dmunicipio e o estado
*transporte usado
gen _trans=d27
tab _trans [aw=peso]
*custo do transporte (só ida)
gen _pgtrans=d28
replace _pgtrans=. if (d28==.)
replace _pgtrans=1 if (d28 > 0 & d28 <=
10)
replace _pgtrans=2 if (d28 > 10 & d28 <=
50)
replace _pgtrans=3 if (d28 > 50 & d28 <=
100)
replace _pgtrans=4 if (d28 > 100 & d28 <=
1000)
tab _pgtrans [aw=peso]
*tempo de viagem
** lembrar de tirar os missing da hora
gen _tempoviag=d29_totalmin
replace _tempoviag=. if (d29h==.)
replace _tempoviag=1 if (d29_totalmin
<=30)
replace _tempoviag=2 if (d29_totalmin >
30 & d29_totalmin <= 120)
replace _tempoviag=3 if (d29_totalmin >
120 & d29_totalmin <=240)
replace _tempoviag=4 if (d29_totalmin >
240)
tab _tempoviag [aw=peso]

*** PARA QUEM NÃO PROCUROU
ATENDIMENTO MÉDICO NOS
ULTIMOS 30 DIAS

*Motivo de não ter procurado
gen _motivonproc=d30
replace _motivonproc=3 if (d30==4 |
d30==5 | d30==6 | d30==7 | d30==8 |
d30==9 | d30==10)
tab _motivonproc [aw=peso]

*Deixou de realizar alguma atividade por
motivo de saude
gen _impedimento=d31
tab _impedimento [aw=peso]

```

*Quantos dias de trabalho perdeu nos últimos 30 dias

gen _perdtrab=d32

*pensando que uma semana de trabalho tem 5 dias, sem contar o fds

replace _perdtrab=7 if (d32 > 5 & d32 <= 10)

replace _perdtrab=9 if (d32 > 10 & d32<=30)

tab _perdtrab [aw=peso]

*** OUTROS

*Internação

gen _internado=d33

tab _internado [aw=peso]

**Para quem ficou internado (1 na 33)

***Valor pago

gen _pgintern=d34

replace _pgintern=0 if (d34==0)

replace _pgintern=1 if (d34 != 0 & d34 <=500)

replace _pgintern=2 if (d34 > 500 & d34 <=2000)

replace _pgintern=3 if (d34 > 2000 & d34 <=5000)

replace _pgintern=4 if (d34 > 5000 & d34 < 9999999)

tab _pgintern [aw=peso]

***Tipo de atendimento

gen _atintern=d35

tab _atintern [aw=peso]

***Qualidade do atendimento

gen _qualintern=d36

tab _qualintern [aw=peso]

tabstat _qualintern [aw=peso], by (_pgintern)

**rola de fazer um daqueles graficos de ponto (correlação) entre quanto pagou e a qualidade do atendimento

*Tem plano de saude?

gen _planosaude=d37

tab _planosaude [aw=peso]

*Gastos com saude

**com plano ou seguro de saude

gen _gplano=d38

replace _gplano=1 if (d38<=200)

replace _gplano=2 if (d38>200 & d38<=500)

replace _gplano=3 if (d38 > 500 & d38<=1000)

replace _gplano=4 if (d38 > 1000 & d38 < 9999999)

tab _gplano [aw=peso]

**com remedios de uso continuo

gen _gremedio=d39

replace _gremedio=0 if (d39==0)

replace _gremedio=1 if (d39<=100 & d39!=0)

replace _gremedio=2 if (d39>100 & d39<=200)

replace _gremedio=3 if (d39>200 & d39<=500)

replace _gremedio=4 if (d39>500 & d39<=1000)

replace _gremedio=5 if (d39>1000 & d39<9999999)

tab _gremedio [aw=peso]

**com remedios de uso ocasional

***to com um problema na tabulação

gen _goc_remedio=d40

replace _goc_remedio=0 if (d40==0)

replace _goc_remedio=1 if (d40<=100 & d40!=0)

replace _goc_remedio=2 if (d40>100 & d40<=200)

replace _goc_remedio=3 if (d40>200 & d40<=500)

replace _goc_remedio=4 if (d40>500 & d40<=1000)

replace _goc_remedio=5 if (d40>1000 & d40<9999999)

tab _goc_remedio [aw=peso]

*Para MULHERES de 10 a 49 anos

**Gravidez

gen _gravida=d41

tab _gravida [aw=peso]

**Para as que estão gravidas (1 na 41)

***Tempo de gestação

gen _nmeses=d42

tab _nmeses [aw=peso]

***Pré-natal

```

****Fonte:
http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/pro
tocolos/prenatal.pdf
*****Até 32 semanas (<=8):mensal;
depois, até 40 (=9): 15 em 15; depois de
40: semanal
***** está em dia se realizou n consultas
=>n meses de gravidez
***** ainda nao tem um mes é missing
gen _prenatal=.
replace _prenatal=0 if (d43 < d42)
replace _prenatal=1 if (d43 >= d42)
replace _prenatal=99 if (d42==99)
tab _prenatal [aw=peso]

*Para CRIANÇAS menores de 7 anos

**Peso ao nascer
***fonte:
https://www.google.com.br/amp/br.guiainf
antil.com/m/materias/bebes/desenvolvimen
too-peso-do-bebe-ao-
nascer/amp/?client=safari
***Fonte:
http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories
/pdfs/nutricao/unidade_neonatal.pdf
gen _pesonas=d44
replace _pesonas=1 if (d44<2500)
replace _pesonas=2 if (d44>=2500 &
d44<4000)
replace _pesonas=3 if (d44>=4000)
replace _pesonas=999 if (d44==9999)
tab _pesonas [aw=peso]
*para confirmar se nao tinha 9999
replace _fxetaria=2 if (idade>=15 & idade<=24)
replace _fxetaria=3 if (idade>24 & idade<60)
replace _fxetaria=4 if (idade>=60)
tab _fxetaria [aw=peso]

noi{
  tabstat _* [aw=peso], by (situ)
  tabstat _* [aw=peso], by (reg_plan)
  tabstat _* [aw=peso], by (_fxetaria)
}

*gen _curioridade=d44
*replace _curioridade=0 if (d44<4000)
*tab _curioridade [aw=peso]

**Problema ao nascer
gen _probnas=d45
tab _probnas [aw=peso]

**Acompanhamento equipe de saude
gen _equipesaude=d46
tab _equipesaude [aw=peso]

**Vacinação
gen _vacina=d47
tab _vacina [aw=peso]

**Amamentação: leite materno
***Fonte:
http://www.opas.org.br/amamentacao-
alimentacao-complementar-e-desnutricao/
***Problema: se não amamentou (88) ou
se amamentou menos de 6 meses
gen _amam=d48
replace _amam=0 if (d48==88 | d48<6)
replace _amam=1 if (d48==6)
replace _amam=2 if (d48>6 & d48<99)
tab _amam [aw=peso]

**Quem cuida quando está em casa
gen _cuid=d49
tab _cuid [aw=peso]

***FAIXAS ETÁRIAS***
gen _fxetaria=idade
replace _fxetaria=1 if (idade<15)

```