

OS DETERMINANTES SOCIOECONÔMICOS DO ESTADO DE SAÚDE INDIVIDUAL DAS CRIANÇAS NO BRASIL RURAL

EWERLING, Fernanda¹; TEJADA, César Augusto Oviedo²

¹Universidade Federal de Pelotas, curso de Economia; ²Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Economia. cesartejada9@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos, a mortalidade infantil diminuiu significativamente no Brasil, porém, essa taxa ainda é alta se comparada às internacionais, como mostra Alves e Belluzzo (2004). A mortalidade infantil é um indicador de saúde bastante utilizado em dados agregados, logo, pode constatar-se que existe precariedade na saúde infantil brasileira (Laurenti et al 2005).

Dentre diversos fatores que afetam a saúde das crianças, a renda domiciliar é tida como uma das mais importantes, sendo colocada, inclusive, como um transmissor intergeracional de desigualdade social por Reis e Crespo (2009), Case et al (2002) e Case e Paxson (2006), pois crianças mais pobres têm pior saúde, o que as leva a ter piores rendimentos escolares e, no futuro, além de serem adultos menos saudáveis, elas têm menor capacidade produtiva. Além da renda, a escolaridade dos pais (principalmente materna) e a saúde dos pais são citadas na literatura como fatores positivos para a saúde dos filhos (Alves e Belluzzo 2004). Mães com maior nível de escolaridade tendem a entender melhor o que é saudável e o que seus filhos precisam, levando-os a apresentar melhores níveis de saúde (Medrano et al 2008, Haidar et al 2001, Cavalhões e Benício 2002). Além disso, a escolaridade materna também está correlacionada com a renda, pois maior escolaridade leva a maiores salários, logo, mães mais educadas também terão melhores condições socioeconômicas podendo comprar insumos para a saúde de seus filhos, como planos de saúde, cuidados médicos, e alimentação saudável. Com relação ao fato de ter pais saudáveis ser um fator positivo para a saúde das crianças, uma possível explicação seria a genética, ou seja, as crianças provavelmente não apresentariam doenças hereditárias. Além disso, esses pais devem levar vidas mais saudáveis, tendo a alimentação saudável e a prática de esportes em sua rotina, portanto seus filhos também tenderiam a ser mais saudáveis que os filhos de pais com pior saúde.

No Brasil, ainda existem condições socioeconômicas precárias em geral, principalmente na área rural. Por isso, este trabalho tem o propósito de estudar os determinantes socioeconômicos do estado de saúde individual das crianças no Brasil rural através de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2008, com vista a dar suporte ao melhor direcionamento de políticas públicas que visem a melhoria da saúde infantil.

2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

A PNAD é uma base de dados que abrange todo o território brasileiro e apresenta características gerais da população, informações de educação, trabalho, renda, entre outros. Além disso, a PNAD, periodicamente, apresenta suplementos no questionário, com questões sobre a saúde da população. Na PNAD em 2008 foram pesquisadas 391 868 pessoas e 150 591 unidades domiciliares distribuídas

por todas as Unidades da Federação. Depois de obter dados disponíveis para as variáveis, faixa etária e lugar de interesse, a quantidade de observações que restaram foi 4 622, considerando a expansão da PNAD para população esse número equivale a 2 285 732 crianças. Todas essas crianças são filhas das pessoas de referência. A escolha pelo ano de 2008 se deve ao fato de a PNAD trazer suplementos a cada ano sobre um tema específico, e neste ano a saúde da população foi abordada no suplemento. E ainda, uma das novidades que a PNAD 2008 trouxe em relação a outras que também cobriam suplementos de saúde (1998 e 2003) foi a informação de quais domicílios eram cadastrados no Programa Saúde da Família (PSF). Já a restrição à faixa etária provavelmente evita o problema de bi-causalidade entre renda e saúde.

A variável saúde reportada pelos pais ou responsáveis será a proxy de saúde utilizada neste trabalho, onde esta é classificada em uma escala de um a cinco: 1 é indicação de saúde muito boa; 2 indica saúde boa; 3 saúde regular; 4 saúde ruim e 5 saúde muito ruim. A mesma será utilizada através de um modelo probit ordenado e também estimaremos um modelo probit, onde neste último caso a variável binária 1 indica saúde muito boa e 0 as demais categorias.

Para analisar os determinantes do estado de saúde individual das crianças no Brasil rural iremos utilizar as seguintes variáveis independentes: renda domiciliar per capita (renda); escolaridade dos pais em anos (educ_mãe e educ_pai); idade dos pais em anos (idade_mãe e idade_pai); duas dummies para a saúde dos pais (saúde_mãe e saúde_pai), onde 1 indica saúde boa ou muito boa; dummy para o acesso ao PSF onde 1 indica que domicílio é cadastrado no Programa Saúde da Família (PSF), dummy onde 1 indica que domicílio tem rádio (rádio), dummy onde 1 indica que domicílio tem televisão (tv); dummy onde 1 indica que domicílio tem filtro (filtro); dummy onde 1 indica que o domicílio tem banheiro (banheiro), idade da criança em meses (idade); dummy de sexo da criança onde 1 indica sexo feminino (sexo); dummy de cor da criança onde 1 indica pardo ou negro (cor), número de crianças entre 0 e 4 anos (crian_0-4_dom), entre 5 e 9 anos (crian_5-9_dom), entre 10 e 14 anos (crian_10-14_dom); número total de pessoas no domicílio e dummies para as regiões do país (d_N, d_NE, d_S, d_SE e d_CO).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tab. 1 mostra os resultados marginais para o modelo probit ordenado. Além deste, foi estimado o modelo probit binário, que foi estimado inclusive separando a amostra por regiões brasileiras, por grupos de renda e por educação materna.

Tabela 1 – Efeitos marginais do modelo probit ordenado, Brasil rural.

	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim	Muito Ruim
lnrenda	0.011*** (0.000)	-0.006*** (0.000)	-0.005*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)
educ_mãe	0.002*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)
educ_pai	0.002*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)
dsaúdema	0.131*** (0.001)	-0.054*** (0.000)	-0.068*** (0.000)	-0.007*** (0.000)	-0.002*** (0.000)
dsaúdepai	0.101***	-0.044***	-0.051***	-0.005***	-0.001***

	(0.001)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
TV	0.050***	-0.024***	-0.024***	-0.002***	-0.001***
	(0.001)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
radio	-0.001	0.000	0.000	0.000	0.000
	(0.001)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
Filtro	0.028***	-0.015***	-0.012***	-0.001***	-0.000***
	(0.001)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
banheiro	-0.037***	0.020***	0.015***	0.001***	0.000***
	(0.001)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
PSF	0.025***	-0.013***	-0.011***	-0.001***	-0.000***
	(0.001)	(0.000)	(0.000)	(0.000)	(0.000)
Observações	4622	4622	4622	4622	4622

Fonte: Cálculos do autor

Notas: As regressões contêm como controle todas variáveis do modelo completo como na coluna 5 da tabela A1.

Erros padrão robustos entre parênteses *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Os principais resultados mostram que fatores como maior nível de renda, melhor saúde dos pais, maiores níveis de informação, acesso a água de maior qualidade, além de políticas públicas como o Programa Saúde da Família têm uma relação positiva e significativa tanto estatisticamente como em magnitude. Os efeitos marginais do PSF se mostraram maiores para as regiões Norte e Nordeste, para os mais pobres, e no caso de maior educação das mães (onde foi comparado crianças com mães até 4 anos de estudo com as com mais de 4 anos). Com relação à educação dos pais, os efeitos são em alguns casos pequenos ou não estatisticamente significativos. Esses últimos resultados devem ser analisados com cautela já que a escolaridade pode não estar sendo traduzida em educação, o que provavelmente se deve à baixa qualidade do ensino na área rural especialmente nos primeiros anos. No caso de crianças que as mães tem mais de 4 anos de estudo o efeito se apresentou forte e significativo (parecendo este efeito ser devido a grupo de maior renda). Em todos os casos deve ser lembrada a relação indireta que deve existir entre educação dos pais e saúde das crianças, neste caso podendo acontecer devido à relação desta primeira com a renda.

4 CONCLUSÃO

As condições socioeconômicas precárias gerais de grande parte dos indivíduos da área rural acarretam pior saúde das crianças. Ademais, essa precariedade na saúde das crianças pode afetar seus níveis de educação, e, além da relação que pode existir entre saúde na infância e na fase adulta, essa condição precária pode afetar os rendimentos futuros devido à baixa acumulação de capital humano, tanto na forma de saúde como de educação. Ou seja, essa condição socioeconômica precária pode se perpetuar.

Portanto, percebe-se a importância de políticas públicas que consigam afetar a saúde das crianças, seja através de melhorias no nível de renda das pessoas da área rural, ou mesmo nos níveis de educação dos pais, ou ainda, políticas de saúde como o PSF, que parece ter importância principalmente para a população mais carente.

5 REFERÊNCIAS

ALVES, D.; BELLUZO, W. Infant mortality and child health in Brazil. **Economics and Human Biology** 2, p. 391–410, 2004.

CASE, A., LUBOTSKY, D. et al. Economic status and health in childhood: the origins of the gradient. **The American Economic Review** v.92, n. 5, p.1308-1334, 2002.

CASE, A. and PAXSON, C. Children's Health and Social Mobility. **The Future of Children** 16, n. 2, Fall 2006, p. 151-172, 2006.

CAVALHÃES, M. A. d. B. L. e M. H. D. A. BENÍCIO. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. **Revista de Saúde Pública**, 36, p. 188-197, 2002.

HAIDAR, F. H., U. F. OLIVEIRA, et al. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública**, 17, p. 1025-1029, 2001.

LAURENTI, R., JORGE, M. H. P. d. M. et al. **Estatísticas de Saúde**. São Paulo, EPU, 2005.

MEDRANO, P., C. RODRÍGUEZ, et al. Does Mother'S Education Matter In Child'S Health? Evidence From South Africa. **South African Journal of Economics**, 76(4), p. 612-627, 2008.

REIS, M.; CRESPO, A. "O Impacto da Renda Domiciliar sobre a Saúde Infantil no Brasil." **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**, Texto para discussão, n.1397, 2009.