Chefia feminina e saúde: um enfoque preliminar *

Rafael Guerreiro Osorio**
Sérgio Francisco Piola***

Introdução

Há razões para se acreditar que existam relações entre o tipo de estrutura familiar e as condições de saúde das pessoas. Os perfis dos grupos populacionais formados pelas famílias com diferentes tipos de estrutura são, em geral, bastante distintos. Muitas das diferenças residem em aspectos que concorrem, com inúmeros outros, para o estabelecimento de situações particulares de saúde, como a idade, o sexo, e a situação econômica dos membros dos grupos. A população das famílias chefiadas por mulheres, em especial, tem uma composição etária mais envelhecida, e uma proporção mais elevada de mulheres, em relação ao restante da população. Esses dois fatores podem influenciar a situação e as necessidades de saúde deste grupo.

Porém, as famílias chefiadas por mulheres não compõem um grupo homogêneo. Existem vários tipos de estruturas familiares chefiadas por mulheres. Há, por exemplo, mulheres mais velhas, separadas ou viúvas, morando sozinhas; mulheres com seus filhos; mulheres adultas vivendo com parentes (como a mãe, uma tia ou a avó); e mesmo casais em que a mulher foi apontada como chefe. O grupo das famílias monoparentais femininas, em especial, chama a atenção por sabermos que forma uma população com alta incidência de pobreza, um fator influente na saúde.

Neste enfoque preliminar sobre as relações entre as estruturas familiares chefiadas por mulheres e a situação de saúde de seus membros, primeiro, é realizada uma comparação entre a estrutura etária e a composição por sexo, bem como a situação econômica, de alguns tipos de família. Depois, passa-se à relação entre os tipos definidos de famílias e alguns aspectos da saúde, como a cobertura por planos de saúde suplementar, a prevalência de doenças crônicas e características de acesso e utilização dos serviços de saúde.

---

* Trabalho apresentado no Pré-Evento "Mulheres Chefes de Família: crescimento, diversidade e políticas" do XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Ouro Preto, 4 de novembro de 2002.

** Consultor da Diretoria de Estudos Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (DISOC/IPEA).

*** Técnico da Diretoria de Estudos Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (DISOC/IPEA).

A heterogeneidade das famílias chefiadas por mulheres

Existem vários estudos sobre as famílias brasileiras e as transformações por que têm passado ao longo do século XX, especialmente na segunda metade. Uma destas transformações é o aumento das famílias chefiadas por mulheres, relacionado, principalmente, com o movimento feminista, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho, com o envelhecimento da população, e com a flexibilização dos padrões tradicionais de formação de famílias, esta última especialmente a partir da legalização do divórcio, no final da década de 1970.

Dentre estes estudos, há os que abordam as mudanças nas famílias em perspectiva histórica, como Patarra & Baeninger (1988) e Berquó (1989). Muitos foram dedicados às relações entre nupcialidade e as mudanças nos níveis de fecundidade, e nas estruturas familiares, por exemplo, Goldani & Wong (1981), Greene & Rao (1992) e Berquó & Oliveira (1992). Outros trabalharam aspectos metodológicos relacionados às fontes de dados disponíveis para o estudo das famílias, como Goldani (1984a; 1984b), Medeiros & Osorio (2001) e Medeiros, Osorio & Varella (2002). Há ainda os que foram dedicados às mudanças recentes na composição das estruturas familiares e o aumento da heterogeneidade destas, como Costa, Nozoe & Porto (1987) e Medeiros & Osorio (2000). Mas é nos estudos que relacionam famílias e políticas públicas, como Arriagada (1997; 1998), ECLAC (1995) e Medeiros (2000), que a chefia feminina, especialmente de famílias monoparentais com crianças e jovens, é tratada como um possível catalisador da vulnerabilidade social. Mais recentemente, o trabalho de Berquó (2002) traça a evolução e o perfil demográfico das famílias chefiadas por mulheres; e o de Oliveira, Sabóia & Cobo (2002) compila informações censitárias sobre estas famílias.

Muitas classificações de famílias são usadas nestes trabalhos. No presente estudo será utilizada uma tipologia de composição, que se baseia simultaneamente em características do núcleo e da periferia[1] das estruturas familiares[2]. Por núcleo entende-se a pessoa de referência (chefe) do domicílio e seu cônjuge, se existente. Assim, há três opções possíveis de núcleo: i) casal, quando a pessoa de referência[3] possui um cônjuge; ii) feminino, quando a pessoa de referência é uma mulher sem cônjuge; iii) e, na situação oposta à anterior, masculino. As opções de composição da periferia dos arranjos

[1] O termo periferia é despido de conotações valorativas e se refere às pessoas que não fazem parte do núcleo: filhos, outros parentes e agregados (Medeiros & Osorio, 2001).

[2] Considera-se família como o grupo de pessoas que reside em um domicílio. Para uma discussão sobre os conceitos de domicílio e de família usados nas PNADs e suas implicações, ver Medeiros, Osorio & Varella (2002)

[3] Nos casais, a pessoa de referência é, geralmente, um homem. A proporção de casais nos quais a pessoa de referência é uma mulher, embora tenha crescido de 1981 em diante, é muito reduzida, em torno de 2% (Medeiros & Osorio, 2001). Nas PNADs de 1976 a 1979, o homem era sempre classificado como chefe dos domicílios cujo núcleo era um casal.

familiares dependem da presença de filhos, de outros parentes do chefe ou do cônjuge, e de agregados[4]. Na tipologia adotada, será considerada somente a presença de filhos, ou a ausência de periferia (para distinguir os arranjos unipessoais). Com isto, chega-se a 8 tipos:

1) Casais com filhos
2) Casais sem filhos
3) Mulher com filhos (monoparental feminina)
4) Mulher sem filhos
5) Homem com filhos (monoparental masculina)
6) Homem sem filhos
7) Unipessoal feminina
8) Unipessoal masculina

Na Tabela 1 pode-se ver tanto a proporção da população quanto a proporção do total de famílias de cada tipo, bem como os números médio e modal de membros. A maioria da população está em estruturas familiares cujo núcleo é um casal. Todavia, 17% da população podem ser encontrados em famílias cujo núcleo é uma mulher, que representam 21% das estruturas familiares do Brasil. As proporções de pessoas ou de famílias cuja estrutura tem núcleo masculino são comparativamente bem menores.

As variações[5] no número de membros das famílias estão diretamente relacionadas aos núcleos, principalmente nos três tipos com filhos – casais e monoparentais. Em qualquer um destes, o número médio de filhos é dois, com coeficiente de variação igual a 0,6.

TABELA 1. CARACTERÍSTICAS DA TIPOLOGIA DE FAMÍLIAS ADOTADA. BRASIL, 1998.

Tipo de família	% da população	% das famílias	Nº de membros	
			Média	Moda
Casais com filhos	72	59	4,6	4
Casais sem filhos	7	12	2,2	2
Monoparental feminina	14	14	3,7	3
Mulher sem filhos	2	2	2,7	2
Monoparental masculina	2	2	3,6	2
Homem sem filhos	1	1	2,8	2
Unipessoal feminina	1	5	1,0	1
Unipessoal masculina	1	4	1,0	1

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

[4] Pensionistas, empregados domésticos e parentes de empregados domésticos não foram considerados neste estudo. As pessoas nestas categorias representavam menos que 1% da população brasileira em 1998 (Medeiros & Osorio, 2001).

[5] Em sincronia. Ao longo do tempo, o número de filhos é fundamental para a determinação do tamanho dos arranjos (Medeiros & Osorio, 2000).

As estruturas etárias e a composição por sexo da população de cada tipo de família podem ser vistas no Gráfico 1. Uma visão geral revela que a falta do cônjuge do sexo oposto desequilibra a razão entre os sexos: mulheres predominam nas famílias de núcleo feminino, e homens nas de núcleo masculino. Com a exceção óbvia dos tipos unipessoais, as estruturas familiares compostas por uma mulher sem cônjuge com parentes e/ou agregados são as que possuem a composição por sexo mais desigual, com 74% de mulheres (Gráfico 1.D).

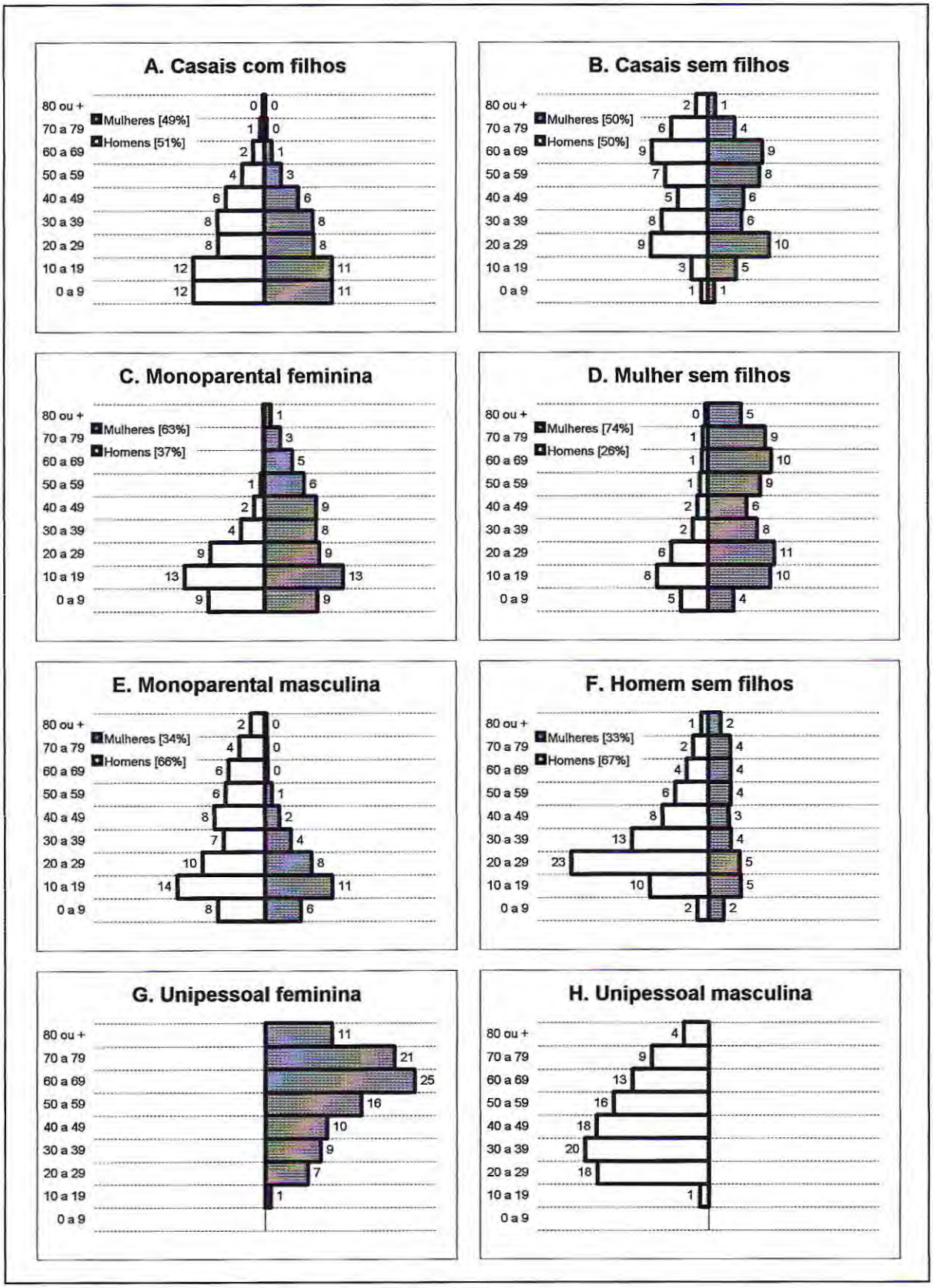
As famílias do tipo casais com filhos são bastante jovens: 77% de sua população têm 39 ou menos anos; 23% são crianças de 0 a 9 anos. Comparando-se a pirâmide deste tipo de família (Gráfico 1.A) com as das monoparentais (Gráfico 1.C/E) feminina e masculina, é possível notar primeiramente a diferença de formato devida à falta do cônjuge: em ambas a população do sexo oposto ao do chefe começa a se rarefazer a partir dos 30 anos. Por outro lado, abaixo dos 30 anos a composição se distingue por uma concentração na faixa dos 10 aos 19 anos, e um menor peso da primeira faixa etária. Como a imensa maioria dos chefes, 95% nas monoparentais femininas e 98% nas masculinas[6], experimentou ao menos uma união anterior, é plausível que esta diferença se deva a filhos que vieram ao mundo quando o núcleo da estrutura familiar ainda era um casal.

Outro aspecto interessante da comparação entre as monoparentais e os casais com filhos é o fato de haver relativamente mais pessoas, do mesmo sexo do chefe, em faixas etárias mais velhas nas monoparentais. Observando-se também a pirâmide dos casais sem filhos (Gráfico 1.B), que, ao que indica o tamanho médio e modal (Tabela 1), são compostas quase que exclusivamente pelo chefe e seu cônjuge, é possível perceber que estas se dividem em dois grupos: o dos casais jovens e o dos mais velhos.

Tudo leva a crer que as famílias monoparentais, e os casais mais velhos sem filhos, representam diferentes caminhos tomados pelas famílias ao longo de seu ciclo vital, enquanto os casais mais jovens sem filhos podem ser vistos como o início do ciclo (Oliveira, 1981). As famílias nasceriam como casais sem filhos, se tornariam casais com filhos, e, caso o núcleo se mantenha intacto, se tornam casais sem filhos novamente; entretanto, o núcleo pode se desfazer antes da saída dos filhos, originando as monoparentais.

[6] Segundo a PNAD de 1995.

GRÁFICO 1. ESTRUTURA ETÁRIA E COMPOSIÇÃO POR SEXO DA POPULAÇÃO SEGUNDO O TIPO DE FAMÍLIA. BRASIL, 1998 (EM %)



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Observando-se o topo da pirâmide dos casais sem filhos, percebe-se que há uma proporção maior de homens nas duas faixas etárias superiores. Isto é devido ao fato de que existe uma orientação cultural para que os homens se casem com mulheres mais novas. Como as mulheres costumam ser mais longevas, e estão casadas com homens mais velhos, há uma grande probabilidade de que venham a se tornar viúvas. O desenho da pirâmide das unipessoais femininas indica que grande parte destas, nas faixas etárias mais avançadas, são provenientes de casais mais velhos desfeitos pela morte do cônjuge. Efetivamente, 67% das mulheres com 50 ou mais anos em arranjos unipessoais são viúvas; 18% são separadas; e o restante nunca havia se casado[7].

Uma estrutura familiar particularmente interessante é a mulher sem filhos. Além de ser o tipo de composição mais feminina, quase não há agregados, com apenas 4% dos membros enquadrados em tal categoria. Como a categoria "parente" nas PNADs não permite maior detalhamento das relações de parentesco com a pessoa de referência, fica-se sem saber efetivamente que tipo de grupos de parentes formam estas famílias. A partir do Gráfico 1.D, percebe-se que uma parte significativa das mulheres neste tipo de estrutura familiar possui 50 ou mais anos.

TABELA 2. MÉDIA E CONCENTRAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DA RENDA DOMICILIAR *PER CAPITA* E INDICADORES DE POBREZA SEGUNDO O TIPO DE FAMÍLIA. BRASIL, 1998

Tipo de família	Renda média[1]	Índice de Gini	P0[2]	P1[2]	P2[2]	Distância média[1]
Casais com filhos	R$ 287,45	0,587	32%	0,146	0,089	R$ 13,16
Casais sem filhos	R$ 560,79	0,601	13%	0,041	0,023	R$ 3,73
Monoparental feminina	R$ 252,62	0,558	33%	0,139	0,080	R$ 12,48
Mulher sem filhos	R$ 388,20	0,588	25%	0,075	0,038	R$ 6,73
Monoparental masculina	R$ 341,24	0,604	28%	0,110	0,061	R$ 9,86
Homem sem filhos	R$ 438,77	0,551	15%	0,054	0,034	R$ 4,84
Unipessoal feminina	R$ 670,29	0,592	5%	0,034	0,031	R$ 3,10
Unipessoal masculina	R$ 835,31	0,667	9%	0,060	0,054	R$ 5,43

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.
Notas: 1) Inflacionado para valores de janeiro de 2002 pelo INPC ajustado sugerido por Courseil & Fogel (2002); 2) Linha de pobreza de R$ 71,83 em 1998, equivalente em janeiro de 2002 a R$ 90,00, ½ salário-mínimo.

Quanto à situação econômica, a Tabela 2 apresenta algumas características da distribuição da renda domiciliar *per capita* segundo o tipo de família. Os três tipos de família com renda média mais elevada, casais sem filhos, unipessoais femininas e unipessoais masculinas, possuem uma estrutura etária mais envelhecida, e não têm filhos. Os tipos de família com filhos são os de renda média mais baixa, sendo o de chefia feminina o que apresenta o menor valor.

[7] Segundo a PNAD de 1995.

A desigualdade da distribuição dentro de cada grupo populacional, indicada pelo Gini, aponta menor concentração de renda nos tipos com filhos, e maior nos tipos sem filhos de renda média elevada. As características da pobreza dentro dos grupos, aproximadas pelos indicadores FGT[8] mostram que a proporção de pobres (P0) é maior nos tipos com filhos, embora seja um pouco menor nas monoparentais masculinas. O tipo com maior proporção de pobres é o das monoparentais femininas, mas a diferença em relação aos casais com filhos é de apenas um ponto percentual, ou seja, praticamente inexistente.

Embora a incidência da pobreza seja ligeiramente maior entre as monoparentais femininas, a intensidade da pobreza (P1 ou P2) é, também ligeiramente, maior entre os casais com filhos. A última coluna da Tabela 2 exibe a distância média da renda domiciliar per capita dos pobres à linha de pobreza, em reais de janeiro de 2002. A diferença entre casais com filhos e monoparentais femininas é menor que um real, enquanto a diferença destes tipos para as monoparentais masculinas é maior que dois reais.

[8] Para maiores informações sobre a família FGT de indicadores de pobreza, vide Foster, Greer e Thorbecke (1984); para comentários sobre estes indicadores, o índice de Gini, e outras medidas de desigualdade e pobreza, vide Hoffmann (1998).

Estrutura familiar e saúde

Tomada em sua concepção mais ampla, a saúde se confunde com o bem-estar. Assim, características que vão da educação das pessoas às características de saneamento dos domicílios concorrem para a sua determinação. Como seria impossível estudar a saúde em todos os seus aspectos, alguns foram selecionados. Tal seleção foi em algum grau constrangida pela disponibilidade de dados na fonte utilizada, a PNAD de 1998, mas também balizada pela facilidade de interpretação, e pela relação com os três principais fatores que diferenciam os tipos de família, estrutura etária, composição por sexo e situação econômica de suas populações.

PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE

Um dos fenômenos importantes acontecidos na saúde na década de 1990 foi a expansão do mercado de saúde suplementar, representado pelos planos e seguros de saúde. É importante lembrar que ter um plano de saúde não é necessariamente garantia de serviços de saúde de melhor qualidade, e não implica a perda do direito ao atendimento gratuito pelo SUS. Porém, ter um plano de saúde significa ter uma alternativa a mais para o atendimento, e geralmente garante o acesso rápido (sem fila) aos serviços de saúde, necessários ou desejados.

Em 1998, por volta de 24% da população estava coberta por algum tipo de plano de saúde. Entre as mulheres, a cobertura era um pouco maior, 26%; e entre os homens, um pouco menor, 23%. Isto denota uma baixa associação entre sexo e a posse de planos de saúde.

O principal determinante da posse de planos de saúde parece ser a situação econômica das pessoas. Efetivamente, como pode ser visto no Gráfico 2.A, a proporção de pessoas cobertas por planos de saúde aumenta exponencialmente à medida que décimos mais ricos da população são considerados: enquanto entre os 10% mais pobres apenas 1% das pessoas são cobertas por planos de saúde, no último décimo, 74% das pessoas são cobertas.

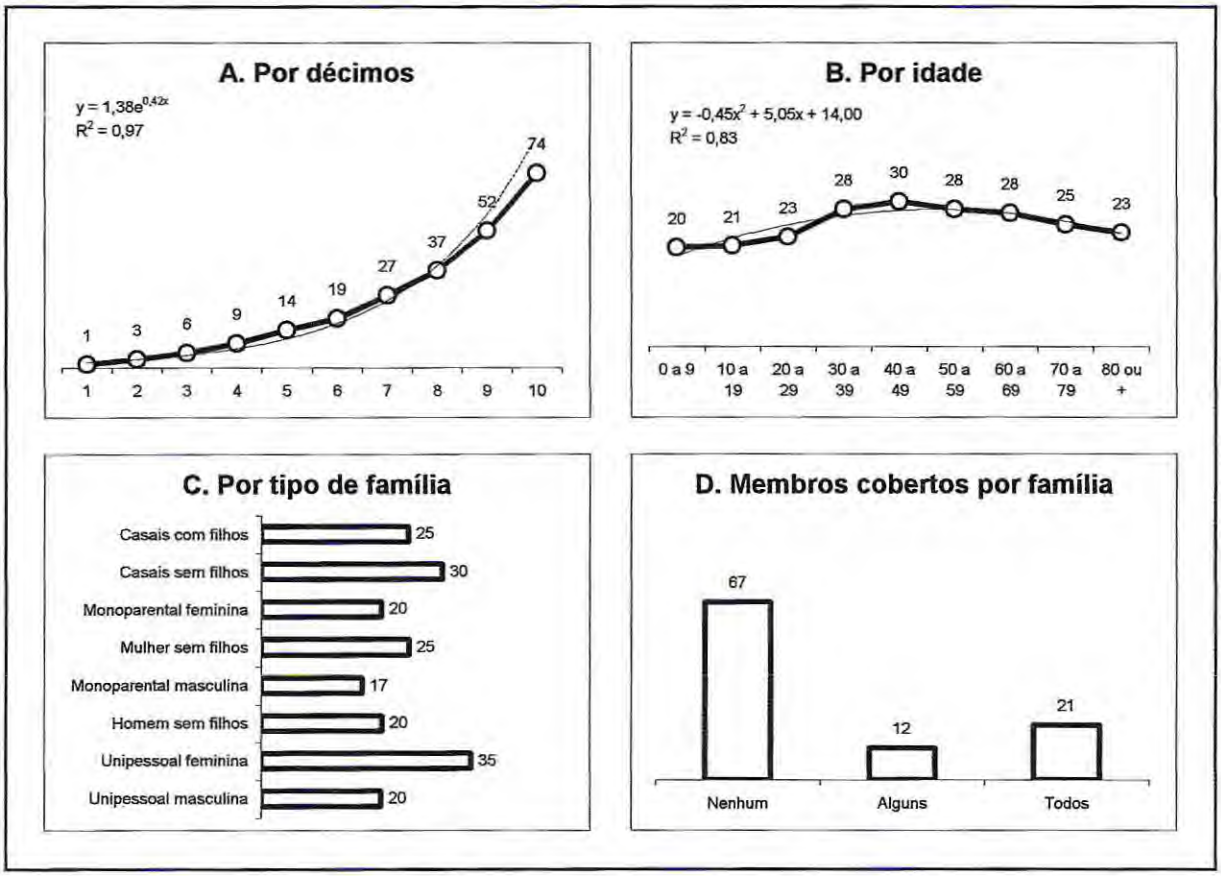
Por outro lado, a idade das pessoas também parece ter relação com a posse de plano de saúde (Gráfico 2.B). A cobertura é menor entre os mais jovens e os mais velhos, aumentando na faixa dos 30 aos 59 anos. A cobertura menor entre os mais jovens está de acordo com as expectativas, pois sabe-se que estes são mais representados nos contingentes mais pobres da população. Entretanto, a menor cobertura dos mais velhos parece contraditória, pois como estes são mais representados entre os mais ricos, em teoria deveriam apresentar níveis mais elevados de cobertura. Porém, sabendo-se que 65% das pessoas cobertas (titulares e dependentes) estão em alguma modalidade

coletiva ou empresarial de planos de saúde, ou seja, têm os planos via emprego, faz sentido a maior cobertura na faixa dos 30 aos 59 anos.

A percentagem da população coberta por tipo de família, vista no Gráfico 2.C, revela que as famílias chefiadas por mulheres, com exceção das unipessoais, possuem uma cobertura menor se comparadas às chefiadas por casais. As unipessoais femininas são um caso a parte, e o fato de terem a maior cobertura por planos pode ser creditado tanto à idade mais avançada (o segundo tipo com maior cobertura é o casal sem filho, de perfil etário também envelhecido) e à melhor situação econômica (é o segundo tipo em renda média e o com menor incidência de pobreza – vide Tabela 2) dessas mulheres.

Entretanto, as monoparentais femininas apresentam uma cobertura maior que a das masculinas, e o mesmo pode ser dito das estruturas do tipo mulher sem filhos em relação aos homens sem filhos. É um fato interessante, pois pelas diferenças de nível de renda entre estas estruturas, o contrário deveria ser observado (uma maior cobertura nas monoparentais masculinas e nas homens sem filhos, comparadas aos seus equivalentes de chefia feminina). Este aspecto merece ser investigado futuramente em maior profundidade.

GRÁFICO 2. PERCENTAGEM DE PESSOAS COM PLANO OU SEGURO DE SAÚDE. BRASIL, 1998



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Finalmente, outro aspecto interessante, que independe do tipo de estrutura familiar, é o fato de que a decisão pelo plano de saúde geralmente afeta todos os membros da família. No Gráfico 2.D, está representada a distribuição das famílias segundo uma classificação da quantidade de membros cobertos por planos de saúde. Nota-se que na imensa maioria das famílias, 67%, não há membro algum que tenha plano de saúde, o que seria de se esperar, pois a parcela coberta da população é pequena. Entretanto, quando a cobertura por plano de saúde existe, a tendência é a de que todos os membros sejam cobertos: 21% das famílias têm 100% dos membros cobertos (63% das famílias em que há ao menos um membro com plano).

PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS

Define-se a prevalência de uma enfermidade qualquer como sendo a quantidade de pessoas que a portam em uma população. O conceito de prevalência está relacionado com a idéia de um estoque de enfermos, e se aplica às doenças crônicas, com as quais as pessoas têm que conviver pelo resto de suas vidas, ou àquelas cujo tratamento é demorado (não teria sentido, por exemplo, se falar sobre a prevalência de gripe), ou ainda a determinados fatores de risco para a saúde[9].

A PNAD de 1998 averiguou a prevalência de doze tipos de doenças crônicas: doença de coluna ou costas; artrite ou reumatismo; câncer; diabetes; bronquite ou asma; hipertensão; doenças do coração; doença renal; depressão; tuberculose; tendinite ou tenossinovite; e cirrose. Convém ressaltar que todas estas enfermidades foram captadas por autodeclaração, ou seja, é plausível que alguns portadores de doenças crônicas, principalmente aquelas com as quais se pode conviver por longos períodos de tempo sem que os sintomas se manifestem, não saibam de sua condição de enfermos. No presente estudo, será considerada apenas a prevalência de doenças crônicas, sem distingui-las por tipo. Em 1998, 32% da população possuía uma ou mais enfermidades crônicas.

A partir do Gráfico 3.A é possível perceber que a prevalência de doenças crônicas vai aumentando suavemente à medida que estratos relativamente mais ricos da população são considerados. A menor prevalência entre os mais pobres pode ser devida tanto à estrutura etária mais jovem, quanto ao acesso mais restrito a serviços de saúde, o que pode impedir o diagnóstico de eventuais enfermidades (prejudicando a qualidade da informação captada por autodeclaração) ou pela conjunção destes dois fatores. De qualquer forma, a inclinação da reta de tendência revela que a associação entre situação econômica e a prevalência de doenças crônicas não é muito intensa.

Já a associação linear entre idade e prevalência é clara, como se pode ver no Gráfico 3.B: quanto maior a idade, maior a prevalência. E, provavelmente devido a maior

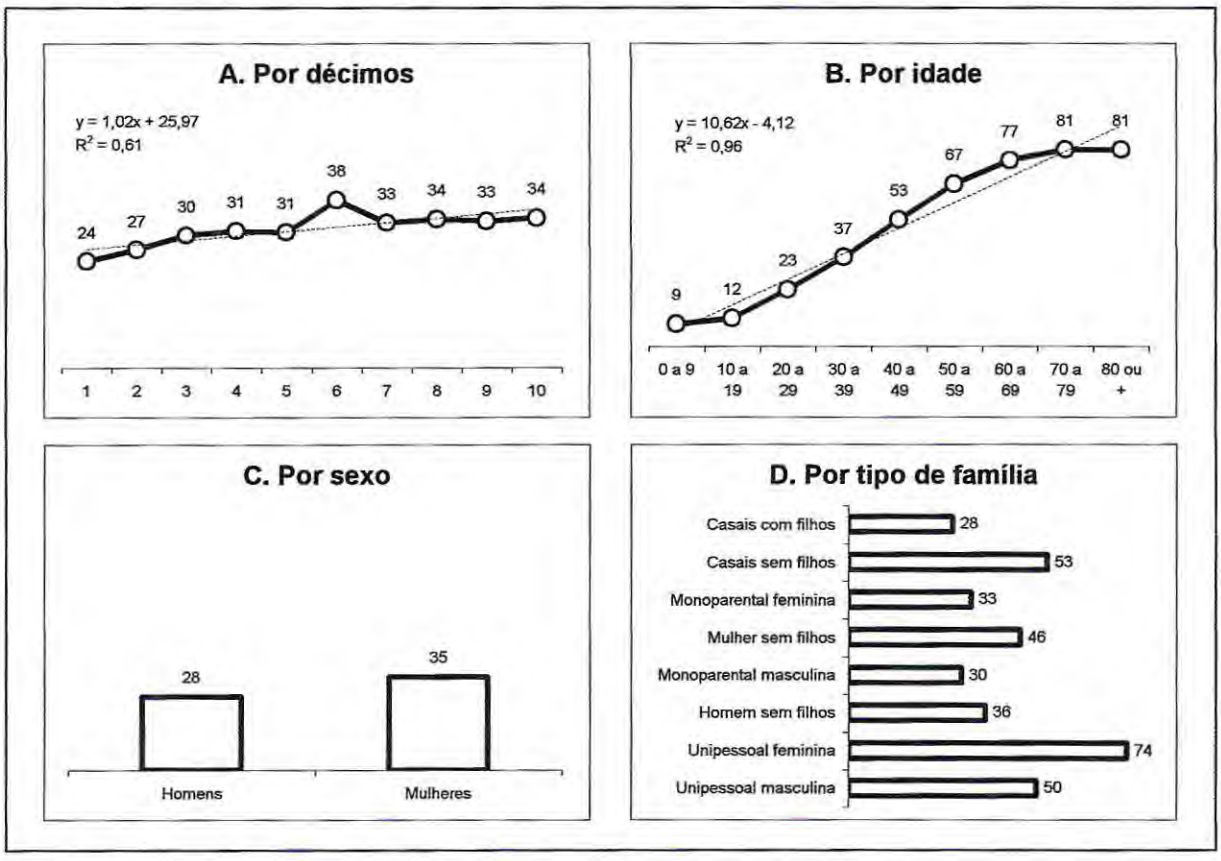
[9] Poder-se-ia pensar, por exemplo, em uma taxa de prevalência de fumantes regulares (há uma pesquisa em andamento com a finalidade de se investigar este hábito e produzir este indicador, vide RIPSA, 2002).

longevidade das mulheres, também parece haver associação com o sexo: enquanto 35% das mulheres são portadoras de ao menos uma enfermidade crônica, entre os homens esta proporção é de 28%. Assim, a chance de se encontrar uma mulher enferma é 1,4 vez maior que a de encontrar um homem enfermo.

Dadas estas associações entre sexo, idade, e doenças crônicas, é de se esperar que a prevalência destas varie bastante segundo o tipo de estrutura familiar. Efetivamente, é o que acontece, como pode ser constatado a partir do Gráfico 3.D. Na população das unipessoais femininas (que é, obviamente, composta apenas por mulheres), o tipo com estrutura etária mais envelhecida, a prevalência de doenças crônicas chega a 74%.

Comparadas com suas equivalentes chefiadas por homens, as famílias chefiadas por mulheres apresentam sempre uma prevalência de doenças crônicas maior. No caso das monoparentais, de estrutura etária mais semelhante, a maior proporção de mulheres nas femininas talvez seja a responsável pela pequena diferença observada. Nos arranjos sem filhos, há que se considerar também, além da maior proporção de mulheres, a estrutura etária como possível fator de diferença.

GRÁFICO 3. PERCENTAGEM DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS. BRASIL, 1998



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

CONSULTAS MÉDICAS

A realização de consultas médicas em um determinado período de tempo pode ser um indicador do grau de acesso de uma população aos serviços de saúde. Se quantificado, o número de consultas realizadas neste período de tempo funciona também como indicador do nível de utilização dos serviços. Independentemente da forma de construção e da finalidade, indicadores com base em consultas médicas devem ser interpretados de forma cuidadosa. Espera-se, por exemplo, que uma pessoa com enfermidade crônica faça consultas regularmente, enquanto um jovem saudável pode muito bem passar alguns anos sem ir ao consultório. Nesta seção, a abordagem é feita por intermédio da proporção de pessoas que realizaram ao menos uma consulta médica no período de um ano antes da data da entrevista, pois a preocupação principal é o acesso, e não o nível de utilização.

Em 1998, 55% da população tinha realizado uma consulta médica. O acesso ao consultório médico é bem sensível à situação econômica das pessoas, como pode ser visto no Gráfico 4.A. Enquanto entre os 10% mais pobres apenas 42% das pessoas havia realizado consultas, esta proporção era de 69% entre os 10% mais ricos. Essa associação entre situação econômica e consultas médicas provavelmente é intermediada pela posse de planos de saúde, também maior entre os mais ricos. Efetivamente, entre os que são cobertos por planos, 71% tinham se consultado, contra apenas 49% dentre os não cobertos.

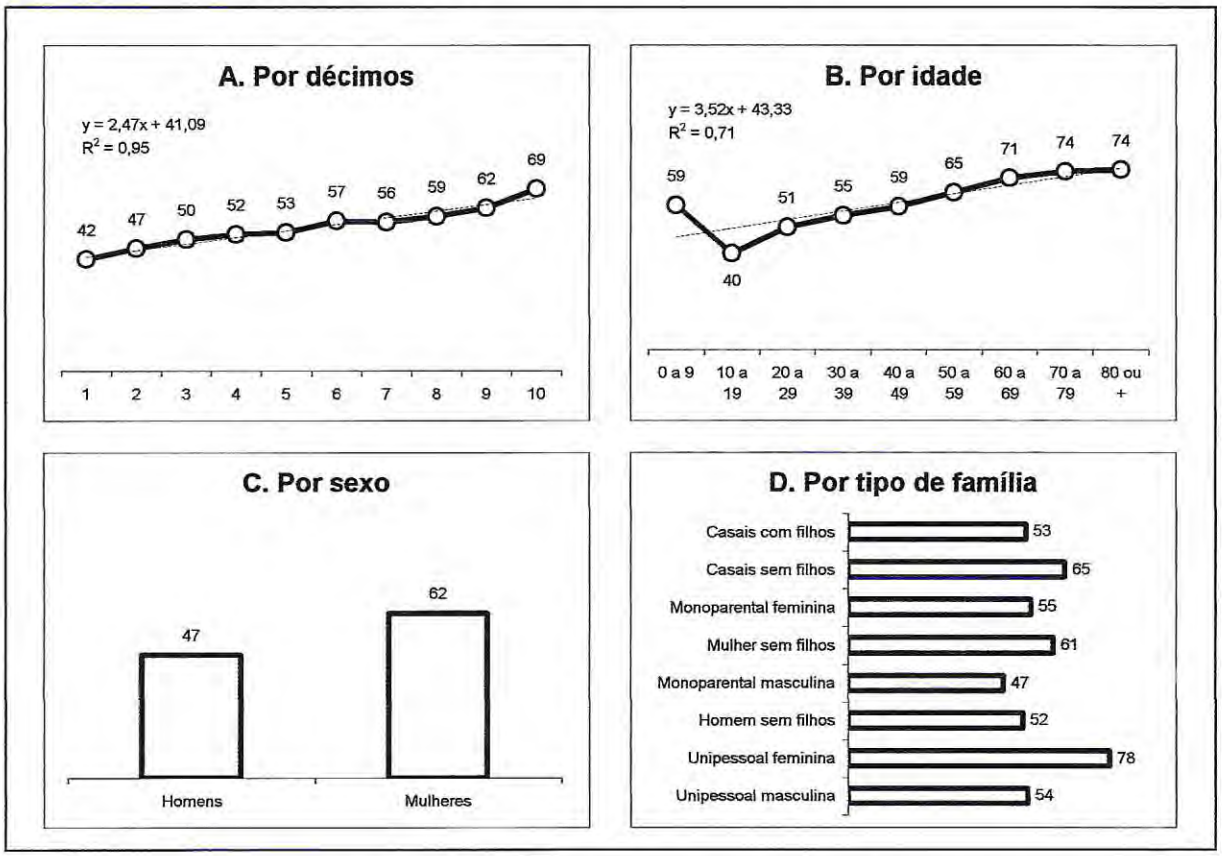
A freqüência ao consultório médico também está associada à idade. No Gráfico 4.B nota-se que quanto mais velho é o grupo considerado, maior é a proporção de pessoas com ao menos uma consulta no ano anterior à entrevista. Entretanto, as crianças de 0 a 9 anos constituem exceção a esta tendência, pois a proporção de consultados dentre elas é consideravelmente mais elevada do que nos três grupos etários subseqüentes. No mais, é lícito pressupor que a maior proporção de consultados entre os mais velhos tem a ver com a maior prevalência de doenças crônicas. De fato, entre as pessoas portadoras de enfermidades crônicas a proporção de consultados era de 72%, contra 47% no grupo das pessoas, ao menos em teoria, sãs.

Esses fatores (situação econômica, posse de plano, idade e enfermidade crônica) parecem agir sinergeticamente: entre a população sem plano, mas com doenças crônicas, a proporção de consultados é de 68%; já entre os que têm plano e doenças crônicas, a mesma proporção chega a 84%. Assim, ter plano de saúde parece garantir um acesso mais eficiente ao consultório médico.

O sexo das pessoas também parece concorrer na determinação de uma maior proporção de pessoas com consultas. Enquanto 62% das mulheres tinham se consultado, apenas 47% dos homens o fizeram (Gráfico 4.C). Para além das relações com a estrutura

etária da população feminina, esta maior proporção também é intermediada por outras associações anteriormente constatadas. Os homens, mesmo se portadores de enfermidades crônicas e com direito a planos de saúde, apresentam uma proporção de consultados sempre inferior ao do grupo feminino equivalente. No caso do grupo aludido, a proporção de consultados entre os homens é de 79%; entre as mulheres, 88%.

GRÁFICO 4. PERCENTAGEM DE PESSOAS QUE REALIZARAM AO MENOS UMA CONSULTA EM UM ANO. BRASIL, 1998



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

A interação dessas associações com as diferentes estruturas familiares gera resultados razoavelmente previsíveis, que podem ser constatados no Gráfico 4.D. Assim, o tipo com maior proporção de consultas são as unipessoais femininas, o mais velho, mais feminino e o segundo mais rico. Casais sem filhos e mulheres sem filhos vêm em segundo e terceiro, com as monoparentais femininas em seguida. Portanto, a exemplo do que foi constatado para a prevalência de doenças crônicas, as diferenças entre tipos de famílias no que toca às consultas médicas parece se dever mais ao perfil das populações de cada tipo do que à composição das famílias.

ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A todo momento, uma parcela da população não está sã, ou está se recuperando de problemas como doenças e acidentes. Estas pessoas, ao menos em teoria, devem estar utilizando os serviços de saúde. A PNAD de 1998 investiga com algum grau de detalhe uma série de quesitos relativos à acessibilidade e à utilização dos serviços de saúde públicos e privados em um período de duas semanas, para os atendimentos em geral, e em um período de um ano, para as internações. Nesta seção serão analisados alguns aspectos da utilização dos serviços de saúde pela população dos diferentes tipos de família, começando pelos atendimentos observados no período de duas semanas antes da data da entrevista[10]. Para tanto, serão consideradas, em um primeiro momento, apenas as pessoas que foram atendidas ou que necessitaram atendimento, e posteriormente, apenas as pessoas que foram internadas.

De acordo com as informações providas pelo suplemento de saúde da PNAD de 1998, em torno de 16% da população necessitou algum tipo de atendimento de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista. Destes, 79% (13%) procuraram serviços de saúde, e o restante não, por diversas razões, sintetizadas na Tabela 3.

TABELA 3. PORQUE PESSOAS QUE PRECISAVAM NÃO FORAM A UM SERVIÇO DE SAÚDE PARA BUSCAR ATENDIMENTO, SEGUNDO O TIPO DE FAMÍLIA. BRASIL, 1998

Tipo de família	Falta de dinheiro		Dificuldades de acesso		Problemas de tempo		Falta de especialista		Falta quem acompanhe		Outros	
	%	I_d	%	I_d	%	I_d	%	I_d	%	I_d	%	I_d
Casais com filhos	33	0,0	17	0,0	23	0,0	4	0,0	1	-0,5	20	0,0
Casais sem filhos	34	0,0	18	0,1	20	-0,2	5	0,1	2	-0,1	22	0,1
Monoparental feminina	32	0,0	15	-0,2	23	0,0	5	0,1	4	0,6	20	0,0
Mulher sem filhos	30	-0,1	20	0,2	22	-0,1	1	-1,8	4	0,5	23	0,2
Monoparental masculina	30	-0,1	21	0,3	17	-0,4	4	0,1	3	0,1	24	0,2
Homem sem filhos	27	-0,3	18	0,1	35	0,6	2	-0,7	2	-0,2	16	-0,3
Unipessoal feminina	29	-0,2	14	-0,2	19	-0,3	5	0,1	12	1,6	22	0,1
Unipessoal masculina	38	0,2	14	-0,2	19	-0,2	4	0,0	5	0,8	19	-0,1
Todos os tipos	33	0,0	17	0,0	23	0,0	4	0,0	3	0,0	21	0,0

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.
Notas: I_d é um índice de dissimilaridade simples constituído pelo logaritmo natural da razão entre a chance – p/(1-p) – de encontrar pessoas que alegaram um determinado motivo em um tipo de família, e a mesma chance em todos os tipos de família.

Percebe-se que o principal motivo, em geral e por tipo de família, para não ter buscado atendimento foi a falta de dinheiro, categoria que agrega também uma ínfima parcela de respondentes que alegaram não saber que tinham direito a atendimento gratuito pelo SUS. Curiosamente, o tipo de família em que é maior a proporção de pessoas que escolheram este motivo é justamente o mais rico, as unipessoais

[10] No suplemento de saúde, os períodos estão relacionados à data efetiva da entrevista, e não à data de referência (IBGE, 1998).

masculinas. A segunda razão mais alegada são os problemas de tempo, que se referem a horários incompatíveis ou ao longo tempo de espera para o atendimento. Depois vêm as dificuldades de acesso, que agregam os casos em que o atendimento não foi procurado por que o local era muito longe, ou por dificuldades de transporte para chegar ao serviço de saúde.

Esta ordem dos três motivos mais freqüentemente apontados vale para todos os tipos de família, com pequenas variações nas proporções. A única exceção notável são as famílias do tipo homem sem filhos, nas quais há um elevado percentual de pessoas que alegaram problemas de tempo como razão para não terem buscado atendimento. Dentre os demais motivos, a categoria outros não permite ilações sobre o seu conteúdo, o que certamente prejudica a qualidade da informação, dado o elevado percentual de entrevistados que a escolheram. A categoria falta de especialista, surpreendentemente, não parece ser um grande problema.

Porém, o motivo falta de acompanhante revela uma particularidade: entre as unipessoais femininas, a proporção de pessoas que o alegam é quatro vezes maior do que no conjunto das pessoas que não buscaram atendimento embora precisassem. Dado o fato de que nestas famílias as dificuldades de acesso e os problemas de tempo são menos importantes do que em outras, cabe pensar em algum tipo de ação a ser inserida nas políticas públicas de saúde que contemple este problema específico (como p.ex. um serviço de transporte, com acompanhantes treinados, que as pegue e leve em casa e ajude na ida ao serviço de saúde).

Quanto aos que se dirigiram a um serviço de saúde, a Tabela 4 exibe as informações sobre o principal tipo de atendimento recebido.

TABELA 4. PRINCIPAL TIPO DE ATENDIMENTO RECEBIDO PELOS QUE PROCURARAM UM SERVIÇO DE SAÚDE. BRASIL, 1998

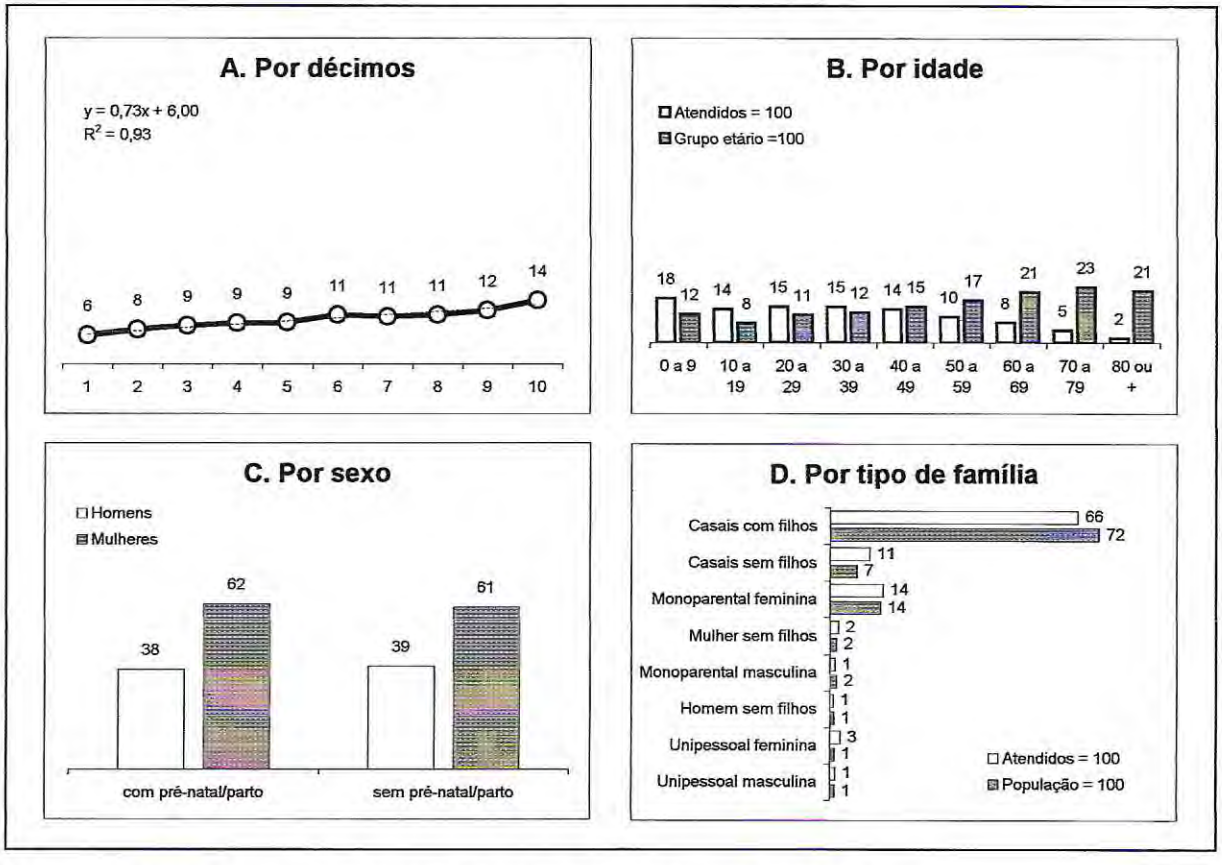
Tipo de Família	Consulta médica		Consulta odontológica		Outras consultas		Exames, vacinação, curativos, medicamentos		Intervenções	
	%	I_d	%	I_d	%	I_d	%	I_d	%	I_d
Casais com filhos	69	0,0	12	0,1	3	0,0	13	0,0	4	-0,1
Casais sem filhos	71	0,1	9	-0,3	3	0,0	13	0,0	5	0,2
Monoparental feminina	69	0,0	11	0,0	2	-0,1	13	0,0	4	0,0
Mulher sem filhos	70	0,0	10	-0,1	3	0,2	13	0,0	5	0,1
Monoparental masculina	66	-0,2	12	0,0	3	0,0	14	0,1	6	0,4
Homem sem filhos	64	-0,2	13	0,2	4	0,3	13	0,0	6	0,4
Unipessoal feminina	72	0,2	7	-0,5	4	0,3	13	0,0	4	0,0
Unipessoal masculina	61	-0,4	13	0,2	5	0,6	15	0,1	7	0,5
Todos os tipos	69	0,0	11	0,0	3	0,0	13	0,0	4	0,0

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.
Notas: I_d é um índice de dissimilaridade simples constituído pelo logaritmo natural da razão entre a chance – p/(1-p) – de encontrar pessoas que tiveram um determinado atendimento em um tipo de família, e a mesma chance em todos os tipos de família.

Percebe-se que o tipo de atendimento recebido não guarda grandes relações com o tipo de família do qual são membros os atendidos. Por volta de 80% dos atendimentos, com pequenas variações segundo o tipo de família, são consultas médicas ou odontológicas. Os atendimentos para a realização de exames complementares, para vacinação, ou para a aplicação de injeções, curativos, para a medição de pressão, e procedimentos congêneres, também se apresentam praticamente na mesma proporção em todos os tipos de família. O mesmo pode ser dito dos atendimentos que envolvem algum tipo de intervenção, como cirurgias ambulatoriais, internações hospitalares (no período de duas semanas) e imobilização ou colocação de gesso; e também de outros tipos de consulta, como as realizadas por psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, ou mesmo por agentes comunitários de saúde ou parteiras.

Um perfil dessas pessoas que procuraram atendimento pode ser visto no Gráfico 5. Percebe-se que a posse de planos de saúde pelos mais ricos, constatada anteriormente, exerce algum efeito sobre a utilização de serviços de saúde, visto que a percentagem dos atendidos nos estratos ricos é maior que a esperada (10%) na hipótese de não associação entre estrato de renda e atendimento (Gráfico 5.A).

GRÁFICO 5. PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA. BRASIL, 1998



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

Quanto à idade, é possível notar, no Gráfico 5.B, que se a referência é a população atendida, as pessoas mais jovens são as que mais utilizam os serviços de saúde. Por outro lado, se se considera as pessoas atendidas como percentagem do grupo etário a que pertencem, tem-se que a utilização dos serviços cresce com a idade. Assim, embora 18% das pessoas atendidas fossem crianças de 0 a 9 anos, apenas 12% das pessoas desta faixa etária demandaram serviços de saúde; já as pessoas de 70 a 79 anos representavam apenas 5% do total de atendidos, mas 23% das pessoas deste grupo etário.

As mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens, mas isto não parece estar ligado às necessidades particulares de saúde delas. Se são considerados os atendimentos para consultas de pré-natal, ou para a realização de partos, as mulheres são 62% das pessoas atendidas; sem considerá-los, a percentagem quase não se altera, caindo para 61%. Isto se deve ao pequeno percentual de atendimentos com esses propósitos, como será visto adiante.

Finalmente, o Gráfico 5.D exibe a distribuição dos atendidos comparando-a com a distribuição da população total pelos tipos de família (informação já provida na Tabela 1). As duas maiores discrepâncias ficam por conta dos atendidos em casais com filhos, que estão em percentagem um pouco menor entre os atendidos; e por conta das unipessoais femininas, que exibem uma tendência contrária, com percentagem entre os atendidos mais que duas vezes maior que na população total. Nos casais sem filhos verifica-se também uma pequena diferença, que se torna insignificante nos demais tipos de família.

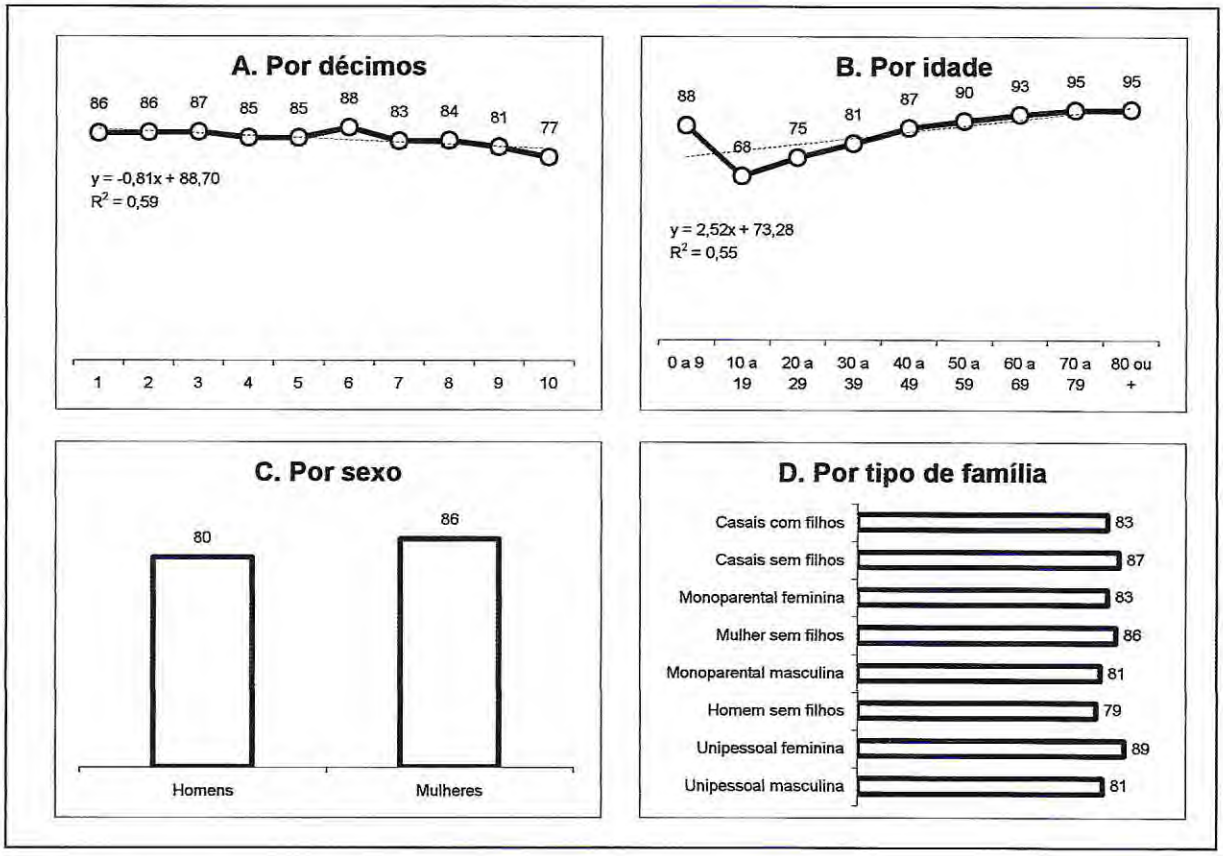
Para analisar os motivos que levaram as pessoas atendidas a procurar atendimento, foi empreendido um reagrupamento das nove categorias originais do suplemento de saúde. Como resultado obteve-se três categorias: a primeira reúne os atendimentos esperados, ou seja, as pessoas que procuraram um serviço de saúde para fazer exames de rotina ou prevenção, para tratamentos ou reabilitação; a segunda reúne os atendimentos inesperados, aqueles que foram motivados por doenças, acidentes ou lesões, e por problemas odontológicos; a última categoria agrega atendimentos que são exclusivamente para mulheres, consultas de pré-natal ou parto. Atendimentos para vacinação ou para a solicitação de atestados médicos foram desconsiderados (em torno de 3% do total de atendimentos).

Os atendimentos exclusivamente femininos representam uma proporção muito pequena dos atendimentos considerados, 3% do total; apenas 5% das mulheres atendidas o foram para fazer pré-natal ou parto. A distribuição percentual desses atendimentos (parto ou pré-natal) por tipo de família é extremamente semelhante, quase igual, a dos atendimentos em geral (Gráfico 5.D), a exceção ficando por conta das unipessoais masculinas que, por razões mais do que óbvias, não possuem pessoas atendidas por esses motivos (e o 1% deles vai todo para os casais com filhos). Dada

essa situação, e com o intuito de simplificar a análise, optou-se por não considerar os atendimentos para pré-natal e partos. Todavia, tratar-se-á de partos novamente adiante, na seção dedicada às internações.

Fica-se portanto com duas categorias de atendimentos, os "esperados" e os "inesperados", ou imprevistos, somando 100% dos atendimentos considerados. Em geral, 84% dos atendimentos se enquadram na categoria dos esperados. O Gráfico 6 exibe o percentual de pessoas que tiveram atendimentos esperados segundo as categorias de outras variáveis: décimos da distribuição da renda domiciliar per capita; grupos etários decenais; sexo; e tipo de família.

GRÁFICO 6. PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO ATENDIDA POR MOTIVOS ESPERADOS OU PREVISÍVEIS. BRASIL, 1998



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

A proporção de pessoas atendidas por motivos esperados decresce suavemente à medida que os estratos mais ricos da população são analisados, como pode ser percebido no Gráfico 6.A. É um comportamento curioso e que contraria as expectativas, que aparentemente está relacionado com uma maior procura por atendimentos odontológicos, que aqui foram agregados aos atendimentos imprevistos. Como não é possível distinguir o tratamento odontológico continuado (motivo esperado) do atendimento odontológico de urgência, e os problemas odontológicos são

proporcionalmente maiores entre os mais ricos, efeitos de composição podem ser responsáveis pela diferença observada.

O comportamento segundo a faixa etária, representado no Gráfico 6.B, é o esperado: quanto mais velhas as pessoas, maior é a previsibilidade de seus atendimentos, no sentido em que tendem a ser tratamentos ou exames de rotina e/ou prevenção, e não o resultado de imprevistos, como acidentes e doenças. A exceção fica por conta da faixa etária dos 0 a 9 anos, que também apresenta uma proporção alta de atendimentos esperados, que espelha a tendência vista anteriormente na seção dedicada ao acesso a consultas médicas. Considerando o sexo, os homens parecem ser mais dados a atendimentos imprevistos do que as mulheres (Gráfico 6.C).

A análise por tipo de família, exibida no Gráfico 6.D, não apresenta nenhum resultado surpreendente. A percentagem de pessoas que procuram o atendimento de saúde por motivos esperados ou previsíveis é sempre próxima dos 84% verificados para a população em geral. Nas famílias de estrutura etária mais envelhecida e/ou de composição predominantemente feminina, casais sem filhos, mulher sem filhos e unipessoal feminina, a percentagem é superior a 84%. Nas demais famílias, mais jovens e/ou de composição etária predominantemente masculina, as percentagens são inferiores a 84%.

Além dos atendimentos de saúde realizados no período de duas semanas anterior à data da entrevista, a PNAD de 1998 também levantou informações sobre internações hospitalares ocorridas no período de um ano, como a quantidade de internações e o propósito e características da última delas, caso a pessoa tenha passado por mais de uma. Uma parcela correspondente a 7% da população brasileira havia sido internada, e um perfil destas pessoas pode ser visto no Gráfico 7.

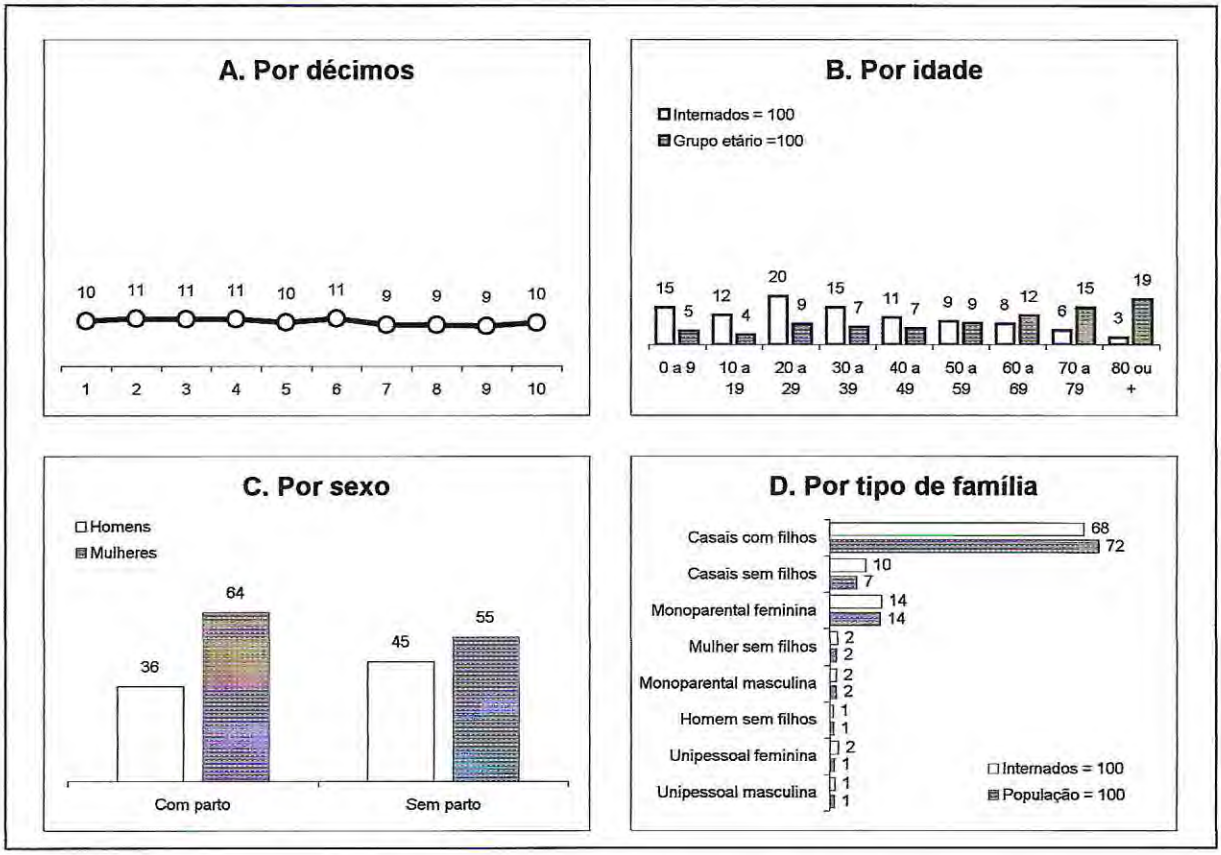
Observa-se que, ao contrário dos atendimentos em geral, a probabilidade de ser internado não está relacionada à situação econômica. No Gráfico 7.A as freqüências relativas da distribuição dos internados pelos estratos de pobreza relativa (décimos) construídos para a população total são muito próximas às esperadas (10%).

Quanto à relação com a idade, a tendência é a mesma verificada para os atendimentos em geral: entre os internados, os jovens são maioria. Todavia, considerando-se os internados em relação aos seus grupos etários, os mais velhos sofrem mais internações. Assim, no Gráfico 7.B, 20% dos internados têm de 20 a 29 anos, embora eles representem apenas 9% da população deste grupo etário; por outro lado, apenas 3% dos internados têm 80 ou mais anos, mas eles são 19% das pessoas nesta faixa de idade.

As mulheres são 64% da população internada, proporção muito próxima à verificada entre a população atendida (Gráfico 7.C). Todavia, no caso dos atendimentos, quando os motivos exclusivamente femininos, consultas de pré-natal e partos, foram excluídos do

total, a proporção de mulheres entre os atendidos permaneceu quase a mesma. Já entre os internados, quando são retiradas as internações para a realização de partos normais ou cesáreos, a proporção de mulheres cai para 55% dos internados.

GRÁFICO 7. PERFIL DA POPULAÇÃO INTERNADA. BRASIL, 1998



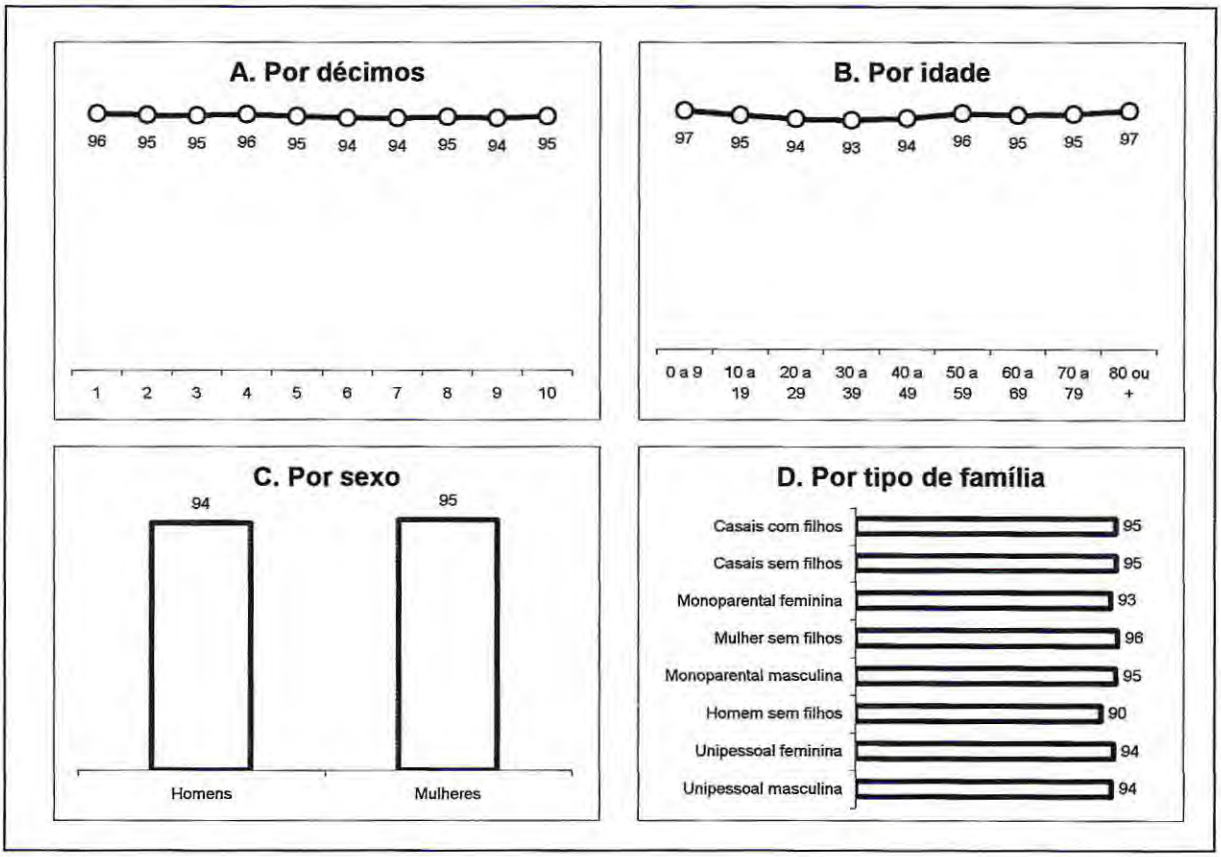
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

A distribuição dos internados pelos diversos tipos de família, exibida no Gráfico 7.D, não apresenta grandes discrepâncias em relação à da população total. As diferenças existentes ficam no terreno do esperado, dado os perfis etários e a proporção de mulheres de cada tipo.

A exemplo do procedimento realizado para classificar os motivos dos atendimentos, as seis categorias de motivos para internação existentes na PNAD de 1998 foram reagrupadas em quatro categorias: uma para os tratamentos clínicos e cirurgias; outra para os partos normais e cesáreos; uma terceira para tratamentos psiquiátricos; e a última para exames.

Excluindo-se as internações para partos, a imensa maioria das demais teve por motivo a realização de tratamentos clínicos e cirurgias. Como se pode observar no Gráfico 8, a percentagem de pessoas internadas por esse motivo praticamente não varia segundo a situação econômica, a faixa etária, o sexo, e o tipo de família.

GRÁFICO 8. PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO INTERNADA PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRURGIA. BRASIL, 1998



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

TABELA 5. RAZÃO PELA QUAL AS PESSOAS FORAM INTERNADAS SEGUNDO O TIPO DE FAMÍLIA. BRASIL, 1998

Tipo de família	Considerando partos (%)				Sem considerar partos (%)		
	Tratamento clínico ou cirurgia	Parto normal ou cesáreo	Tratamento psiquiátrico	Exames	Tratamento clínico ou cirurgia	Tratamento psiquiátrico	Exames
Casais com filhos	72	25	1	2	95	2	3
Casais sem filhos	89	7	2	3	95	2	3
Monoparental feminina	78	17	3	2	93	4	2
Mulher sem filhos	89	7	3	1	96	3	1
Monoparental masculina	76	20	3	1	95	3	1
Homem sem filhos	80	11	4	5	90	4	6
Unipessoal feminina	93	1	1	4	94	1	4
Unipessoal masculina	94		3	3	94	3	3
Todos os tipos	75	21	2	2	95	2	3

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Elaboração DISOC/IPEA.

A Tabela 5 mostra, por tipo de família, a proporção de internações por cada uma das razões, considerando ou não aquelas que foram realizadas para partos. A proporção de

internações para partos é sempre maior nos tipos de família com filhos, especialmente nos casais com filhos. Do total de internações para partos, 82% são de mulheres que estavam em casais com filhos, e 11% em monoparentais femininas.

Quanto aos demais motivos para internações, uma informação interessante revelada na Tabela 5 é a de que a proporção de internações para tratamento psiquiátrico é ligeiramente maior nos tipos de família cujo núcleo não é um casal. A exceção fica por conta das unipessoais femininas, nas quais as internações para tratamento psiquiátrico se apresentam em proporção ligeiramente inferior a dos casais. Todavia, escapa aos propósitos deste trabalho especular sobre as razões desta diferença particular.

Conclusões

Buscou-se neste texto apresentar, através de uma análise estatística simples e exploratória, um enfoque preliminar sobre as possíveis relações entre as estruturas familiares e a situação de saúde de seus membros, aproximada por alguns aspectos selecionados. Neste enfoque, uma atenção especial foi dada às famílias chefiadas por mulheres, com a finalidade de averiguar se o fato de as pessoas viverem neste tipo de arranjo concorre na determinação de uma situação particular de saúde ou de acesso e utilização dos serviços.

Primeiramente, viu-se que os tipos definidos de família têm características singulares no que toca à estrutura etária, à razão entre os sexos, e a situação econômica de suas populações. Este três fatores têm grande influência sobre vários aspectos da saúde, o que gera a expectativa de que os diferentes tipos de família tenham características particulares de saúde, o que efetivamente ocorre. Na maior parte dos casos, as diferenças averiguadas parecem poder ser explicadas, ou previstas, pelas interações desses três fatores dentro das estruturas familiares.

A prevalência de doenças crônicas e a realização de consultas médicas no período de um ano são dois aspectos, dentre os investigados, onde isto ocorre. No primeiro caso, a prevalência está altamente correlacionada com a idade, e em grau um pouco menor com o sexo: mulheres e pessoas mais velhas têm maior probabilidade de serem enfermos crônicos. Isto faz com que a prevalência de doenças crônicas seja particularmente elevada em dois tipos de família de chefia feminina, as unipessoais femininas, e as mulheres sem filhos. Porém, existem dois outros tipos de família com perfil mais envelhecido que as de mulheres sem filhos, nos quais a prevalência é conseqüentemente maior, embora menor que nas unipessoais femininas (o tipo mais velho), respectivamente, os casais sem filhos e as unipessoais masculinas. Porém, excluindo-se as famílias cujo núcleo é um casal e comparando os tipos de chefia feminina com os seus equivalentes de chefia masculina, nas primeiras a prevalência de doenças crônicas é sempre maior.

No caso das consultas médicas, além da relação com a idade e sexo (que influem na probabilidade de se ter doenças crônicas, que por sua vez determinam uma maior frequência aos consultórios), há uma associação com a situação econômica que é intermediada pela posse de planos de saúde. Assim, torna-se mais difícil prever como todos estes fatores interagem nas diferentes estruturas familiares no sentido de determinar o percentual de pessoas que fizeram consultas médicas em cada tipo.

Todavia, no caso particular das consultas médicas, fica-se com a impressão (embora no estado atual da investigação não se possa afirmar tal fato com certeza) de que nas

famílias chefiadas por mulheres parece haver uma maior preocupação com a saúde dos membros. Efetivamente, a proporção de pessoas que foram a consultas é sempre maior nas chefiadas por mulheres, quando comparadas a suas equivalentes chefiadas por homens, ou mesmo às chefiadas por casais. Assim, p.ex. nas unipessoais femininas a proporção de consultados é de 78%, contra 65% nos casais sem filhos e 54% nas unipessoais masculinas; nos tipos com filhos, tem-se 55% nas monoparentais femininas, 53% nos casais, e 47% nas monoparentais masculinas; nas mulheres sem filhos, 61% contra 52% nos homens sem filhos. Diferenças pequenas que em conjunto podem ser muito significativas.

Outro aspecto que depõe a favor de um maior cuidado com a saúde dos membros nas famílias chefiadas por mulheres é a cobertura dos membros por planos de saúde. Dado o fato de que a posse de planos de saúde é intensamente correlacionada com a situação econômica, em grau bem menor com idade, e mostra quase nenhuma relação com o sexo, esperar-se-ia uma cobertura menor nas famílias de chefia feminina em comparação aos seus equivalentes de chefia masculina, o que não acontece. A cobertura por planos de saúde é inexplicavelmente, ao menos em termos dos fatores selecionados como possíveis determinantes, maior nas famílias de chefia feminina.

Finalmente, um terceiro achado que também parece apontar no sentido de um maior cuidado das famílias chefiadas por mulheres com a saúde dos seus membros é o fato de que os motivos inesperados (doenças, acidentes) que levaram pessoas a buscarem atendimentos de saúde se revelam em maior proporção nas famílias chefiadas por homens, ainda que tal fato possa estar sendo intermediado por diferenças nas estruturas etárias e na composição por sexo. Nas famílias de chefia feminina, estes tipos de atendimento são proporcionalmente menores, assim como nos casais. Embora os dados não permitam uma afirmação cabal sobre isto, tudo leva a crer que nas famílias chefiadas por mulheres o aparente maior cuidado com a saúde de seus membros leva a uma maior busca pela saúde preventiva (o que também poderia ser dito dos casais), enquanto nas chefiadas por homens eventuais problemas parecem ser deixados ao largo até que finalmente uma intervenção se torne absolutamente necessária.

Além destas diferenças sutis, porém importantes, dois aspectos particulares se sobressaíram da análise da utilização dos serviços. O primeiro é o fato de que, entre as unipessoais femininas, a proporção de pessoas que tiveram problemas de saúde mas não procuraram um serviço por falta de quem as acompanhasse ao local aonde poderiam obtê-lo é nada menos que quatro vezes maior do que nos demais tipos de famílias. Políticas simples como a instituição de um sistema de transporte com acompanhantes treinados poderiam ser adotadas para amenizar tal situação, que não é experimentada na mesma intensidade por mulheres que vivem com outras pessoas. Outro fato, que não temos a pretensão de analisar, diz respeito a maior proporção de internações para

tratamento psiquiátrico nos tipos de família cujo núcleo não é um casal, excetuando-se as unipessoais femininas.

Esses resultados preliminares aqui apresentados sugerem a necessidade de investigações mais aprofundadas e com técnicas de análise multivariada, que permitam estudar a associação entre as diversas variáveis que influenciam a situação de saúde das pessoas e as estruturas familiares nas quais estas vivem. Dois tipos em particular de famílias chefiadas por mulheres parecem merecer atenção especial em futuros estudos: as unipessoais femininas e as mulheres sem filhos. As famílias monoparentais femininas, que costumam ser objeto de muita atenção, não pareceram apresentar uma situação de saúde muito distinta das ostentadas pelos casais com filhos.

O conhecimento de como diversos fatores que afetam a situação de saúde interagem dentro das estruturas familiares pode também ser importante para a elaboração de políticas públicas. Gestores e planejadores podem levá-las em consideração no sentido de aproveitar seus efeitos para o desenho de políticas mais eficazes, ou para a correção de rumos das existentes. Nos casos de famílias que claramente apresentem necessidades de atendimentos diferenciados, políticas podem ser desenvolvidas especialmente para contemplá-las. Além disto, em situações nas quais exista a informação sobre famílias, elas podem vir a ser usadas como *proxies* das necessidades particulares de saúde dos indivíduos.

Bibliografia

ARRIAGADA, I. "Familias latinoamericanas: convergencias y divergencias de modelos y políticas". Revista da CEPAL, n.65, agosto de 1998.

ARRIAGADA, I. "Políticas Sociales, Familia y Trabajo en la América Latina de Fin de Siglo". Santiago: ECLAC, 1997. (Políticas Sociales, 21)

BERQUÓ, E. "A família no século XXI: um enfoque demográfico". Revista Brasileira de Estudos de População, v.6, n.2, jul/dez 1989.

BERQUÓ, E. "Perfil demográfico das chefias femininas no Brasil". *In*: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. "Gênero, democracia e sociedade brasileira". São Paulo: Editora 34, Fundação Carlos Chagas, 2002.

BERQUÓ, E.; OLIVEIRA, M.C.F.A. "Casamento em tempos de crise". Revista Brasileira de Estudos de População, v.9, n.2, jul/dez 1992.

COSTA, I; NOZOE, N.; PORTO, C. "Estrutura das famílias e dos domicílios no Brasil: mudanças quantitativas e linhas de convergência". Estudos Econômicos, São Paulo, 17(3) set/dez. 1987.

COURSEIL, C.H.; FOGEL, M. "Uma sugestão de deflatores para rendas obtidas de algumas pesquisas domiciliares do IBGE". Rio de Janeiro: IPEA, 2002. (Texto para Discussão, 897)

ECLAC. "Family and future: a regional programme in Latin America and the Caribbean". Santiago: ECLAC, 1995.

FOSTER, J.; GREER, J.; THORBECKE, E. "A class of decomposable poverty measures". Econometrica, v.52, n.3, maio 1984.

GOLDANI, A.M. "A demografia 'formal' da família: técnicas e dados censitários". Anais do Quarto Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. v.3. São Paulo: ABEP, 1984.

GOLDANI, A.M. "A informação de família no Censo Demográfico". *In*: Censos: consensos e contra-sensos. São Paulo. ABEP (III Seminário metodológico sobre o Censo demográfico, Ouro Preto, Junho 1984.

GOLDANI, A.M.; WONG, L.R. "Padrões e tendências da nupcialidade no Brasil". Anais do Segundo Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. São Paulo: ABEP, 1981.

GREENE, M.E.; RAO, V. "A compressão do mercado matrimonial e o aumento das uniões consensuais no Brasil". Revista Brasileira de Estudos de População, v.9, n.2, jul/dez 1992.

HOFFMANN, R. "Distribuição de renda: medidas de desigualdade e pobreza". São Paulo: Edusp, 1998.

IBGE. "Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 1998: manual de entrevista". Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

MEDEIROS, M. "A importância de se conhecer melhor as famílias para a elaboração de políticas sociais na América Latina". Rio de Janeiro: IPEA, 2000. (Texto para Discussão, 699).

MEDEIROS, M.; OSORIO, R.G. "Arranjos domiciliares e arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1998. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para Discussão, 788).

MEDEIROS, M.; OSORIO, R.G. "Mudanças na composição dos arranjos domiciliares no Brasil: 1978 a 1998". Revista Brasileira de Estudos de População, v.17, n.1/2, jan/dez 2000.

MEDEIROS, M.; OSORIO, R.G.; VARELLA, S.F. "O levantamento de informações sobre as famílias nas PNADs de 1992 a 1999". Rio de Janeiro: IPEA, 2002. (Texto para Discussão, 860).

OLIVEIRA, M.C.F.A. "Algumas notas sobre o 'ciclo vital' como perspectiva de análise". Anais do Segundo Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. São Paulo: ABEP, 1981.

OLIVEIRA, S.; SABÓIA, A.L.; COBO, B. "Dimensões preliminares da responsabilidade feminina pelos domicílios: um estudo do fenômeno a partir dos censos demográficos de 1991 e 2000". Rio de Janeiro: IBGE, Diretoria de Pesquisas, 2002. (Textos para Discussão, 7)

PATARRA, N.L.; BAENINGER, R. "Família na transição demográfica: o caso de São Paulo". Revista Brasileira de Estudos de População, v.5 n.2, jul/dez 1988.

RIPSA. "Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações". Brasília: OPAS, 2002.