

# Eqüidade no Consumo de Bens Meritórios: Um Estudo para o Caso dos Bens de Saúde no COREDE Metropolitano Delta do Jacuí<sup>1</sup>.

Janice Santos Viana\*  
Izete Pengo Bagolin<sup>♦</sup>  
Augusto Mussi Alvim<sup>▪</sup>  
Rodrigo Salvato de Assis<sup>°</sup>

**RESUMO:** A proposta deste artigo é investigar a eqüidade no consumo de bens meritórios tomando como base o setor saúde no Conselho Regional de Desenvolvimento Metropolitano Delta do Jacuí (COREDE MDJ), bem como o perfil dos demandantes dos bens de saúde em classes de rendimentos. Busca-se avaliar as disparidades no consumo dos bens de saúde no sistema de saúde pública, tomando a renda como principal variável de análise. Todas as informações inerentes ao perfil dos consumidores dos serviços de saúde foram obtidas a partir de dados primários, com aplicação de questionários nas unidades de atendimento (hospitais e postos/centros) dos municípios em questão, na oportunidade os usuários declararam sua condição socioeconômica e situação de saúde. De modo geral, busca-se evidenciar se a provisão dos bens de saúde favorece aos grupos que auferem menores rendimentos, ou seja, se o acesso aos bens de saúde têm sido favorável aos mais pobres, perfazendo a principal contribuição deste estudo. Além disto, torna-se possível investigar a presença de desigualdade social com base em indicadores tais como educação, sexo, raça bem como seu reflexo nos cuidados com a saúde, em que usaremos como *proxy* visitas às unidades de atendimento do COREDE MDJ.

**PALAVRAS-CHAVE:** Bens Públicos, Eqüidade, Desigualdade.

## 1 INTRODUÇÃO

*“O argumento dos “bens públicos” para que vá além do mecanismo de mercado suplementa as razões para a provisão social originadas da necessidade de capacidades básicas, como no caso dos serviços básicos de saúde e das oportunidades educacionais elementares. Assim, considerações sobre a eficiência suplementam o argumento em favor da eqüidade quando se defende a assistência pública na provisão de educação básica, serviços de saúde e outros bens públicos (ou semipúblicos)”.*(Sen, 2000, p. 155)

---

<sup>1</sup> **Área: Estudos Urbanos**

\* Mestranda em Economia do Desenvolvimento pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, e-mail: [viana.janice@yahoo.com.br](mailto:viana.janice@yahoo.com.br)

<sup>♦</sup> Doutora em Economia, Professora e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, e-mail: [izetepb@terra.com.br](mailto:izetepb@terra.com.br)

<sup>▪</sup> Doutor em Economia, Professor e Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, e-mail: [augusto.alvim@puers.br](mailto:augusto.alvim@puers.br)

<sup>°</sup> Graduando em Ciências Econômicas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS - (PIBIC/CNPq), e-mail: [digotolkki@hotmail.com](mailto:digotolkki@hotmail.com).

Promover a equidade no acesso aos bens públicos na área da saúde é uma das preocupações centrais da literatura sobre saúde pública, principalmente quando se trata de um país em desenvolvimento em que se perpetua um alto grau de concentração, como é o caso do Brasil. Pesquisas que buscam identificar e caracterizar as iniquidades no setor da saúde, tem mostrado que o acesso a tais serviços ocorre de forma bastante desigual. Estudos empíricos tais como DIAZ (2001), NORONHA e ANDRADE (2002) apontam que, de modo geral, há desigualdade em saúde favorável aos grupos sociais de mais alta renda, assim a equidade no acesso à saúde passa a constituir um dos pontos centrais das políticas públicas voltadas a este setor. Por outro lado a eficiência também focada pela ótica da demanda é apenas parte do processo que envolve o poder público, os profissionais que prestam serviços e a população, já a ótica da oferta é dada pela gestão destes serviços.

Com a constituição de 1988, os bens de saúde recebem a titulação de “universal” com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim, todos os indivíduos possuem os mesmos direitos e se a igualdade entre os indivíduos for violada, os direitos e a dignidade humana serão afetados, gerando desigualdade, iniquidade e injustiça social (PORTO, 1995). No Rio Grande do Sul (1999 - 2002) com a implantação da municipalização solidária da saúde passando esta a ser descentralizada do sistema de saúde prevista constitucionalmente, os municípios passam a adotar critérios com o objetivo de promover a equidade (PELIGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005).

O conceito de equidade diz respeito à gestão equitativa dos recursos públicos destinados à saúde, na busca por uma melhor alocação dos recursos no sentido ao enfoque aos demandantes dos bens de saúde que carecem de maior atenção, por sua situação de saúde e/ou condição socioeconômica. A distinção entre igualdade e equidade é adotada na avaliação das desigualdades sociais no acesso aos bens de saúde, baseando-se na forma com que o direito dos indivíduos é atendido. Por igualdade concernem aos direitos dos indivíduos na sociedade, no sentido da saúde tomada como universal e por equidade ao enfoque no sentido de priorizar atendimento/cuidados aos mais fragilizados ou aos que necessitam de maiores cuidados. Assim, a provisão dos serviços de saúde deve ser focada de acordo os conceitos de igualdade e equidade.

Se por um lado, fica claro que todos têm direito ao uso dos serviços de saúde, distinção descrita por West (1979)<sup>2</sup> em que devemos entender o princípio da equidade horizontal de forma a atribuir tratamento igual aos iguais e o princípio da equidade vertical em que se designa tratamento desigual aos desiguais. O conceito equidade horizontal busca relacionar o princípio de

---

<sup>2</sup> WEST, P.; CULLIS J. Introducción a la economía de la salud. Oxford, 1979, citados por PORTO,(1995).

igualdade enquanto o conceito de equidade vertical remete à alocação dos recursos, ou ao enfoque com uma “discriminação necessária” no sentido de reduzir as desigualdades e priorizando atenção aos indivíduos mais carentes.

Desta forma fazem-se necessários os subsídios governamentais focados para assim reduzir as desigualdades sociais. Quando os governos “ajustam” políticas públicas aos grupos sociais que auferem menores rendimentos, provoca mudanças nas condições de vida das famílias melhorando a qualidade de vida e saúde da população. No entanto, a forma com que os recursos são geridos bem como sua distribuição é motivo de controvérsias, tanto nos aspectos relativos à eficiência quanto à equidade.

A alocação eficiente dos recursos em saúde depende da participação do governo como provedor e como gestor dos recursos públicos, tendo como base os preços relativos vigentes. O gasto público afeta a economia e conseqüentemente a população, por influenciar no equilíbrio macroeconômico, particularmente, déficits comercial, fiscal e taxa de inflação. Estas mudanças, em contrapartida, influenciam diretamente no padrão de vida de toda a sociedade por afetar indiretamente nas rendas reais e nas taxas de crescimento da economia. O aumento do gasto público promove aumento nos rendimentos beneficiando os domicílios com baixos níveis de rendimentos, este ciclo viabiliza o desenvolvimento pelo processo multiplicador de renda, o chamado efeito-renda primário do gasto público. As transferências governamentais aumentam os rendimentos da população sob a forma monetária ou como auxílio social (DEMERY, 2000).

A provisão dos bens de saúde visa melhorar a alocação dos recursos de forma a produzir resultados que garantam equidade e eficiência, ou seja, a alocação dos recursos públicos deve gerar resultados positivos independente da condição econômica, nível de escolaridade, sexo, raça entre outras variáveis. No entanto, não se sabe se o problema apresenta-se apenas do lado da demanda por bens e serviços na área da saúde ou se também do lado da oferta, pois ainda são insuficientes estudos que buscam mostrar a desigualdade na alocação de recursos públicos na área da saúde. A escolha de mecanismos de provimento desses bens e serviços está relacionada à discussão sobre quais mecanismos são mais eficientes para garantir o acesso da população a estes bens meritórios. Neste aspecto, cabe a investigação da eficiência do setor e alocação dos recursos de forma a reduzir as desigualdades e sob a racionalidade do provimento e/ou financiamento público dos bens de saúde. A proposta deste artigo é investigar a equidade no consumo de bens meritórios, tomando como base o setor saúde no COREDE Metropolitano Delta do Jacuí, bem como o perfil dos demandantes dos bens de saúde em classes de renda.

Este artigo está dividido em cinco seções. Além da introdução, uma breve revisão dos estudos na área da saúde, métodos aplicados na literatura recente e evidências empíricas internacionais, tópicos discutidos na segunda seção. A terceira seção contém uma análise dos bens públicos de saúde. Na quarta seção uma descrição detalhada do perfil dos demandantes dos bens de saúde classificados pela condição socioeconômica e situação de saúde. E finalmente, as considerações finais serão apresentadas na quinta seção.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA RECENTE

Em mercados baseados em bens distintos, como é o caso da saúde, torna-se difícil utilizar os preços vigentes como base para estimar os bens públicos. O principal problema envolve o provimento de serviços básicos como é o caso da educação, infra-estrutura e em especial a saúde, e baseia-se na identificação um “nível ótimo” de subsídios destinados a tais serviços. A maior parte da literatura recente se preocupa em fundamentar esse problema (Walle e Nead, 1995)<sup>3</sup>.

Aaron e McGuire (1970)<sup>4</sup> buscaram compreender até que ponto as despesas governamentais são justificadas no contexto da provisão dos serviços públicos, tendo os indivíduos como elemento principal, ou seja, até que ponto os subsídios beneficiam os indivíduos. Este estudo foi baseado pelo lado da demanda tendo como base os preços dos serviços avaliados pelos consumidores individualmente, variando de acordo com a ótica de cada consumidor.

Estudos mais recentes por (Brennan, 1976)<sup>5</sup> foram realizados para estimação dos custos marginais dos bens e serviços públicos. Desde então, duas diferentes aproximações foram elaboradas. A primeira (problema central) enfatiza a necessidade para medir preferências individuais para os bens públicos, baseado nos estudos propostos por Aaron e metodologia de McGuire. Estas análises foram fundamentadas pela da teoria microeconômica, no entanto requerem informações (dados), referentes às demandas individuais ou domiciliares.

O segundo problema concerne na análise de incidência do benefício, que combina os gastos públicos de prover o bem, usando informações para gerar distribuições do benefício do gasto governamental. Sua aplicação se torna conhecida em países em desenvolvimento desde os

---

<sup>3</sup> WALLE, Van de; NEAD, Dominique K. Public Spending and the Poor - Theory and Evidence. 1995, Johns Hopkins University Press, Baltimore, Md, citados por DEMERY (2000).

<sup>4</sup> AARON, Henry; McGuire, Martin C. Public Goods and Income Distribution. *Econométrica*, 1970, Vol. 38, N° 6, p. 907-20, citados por DEMERY (2000).

<sup>5</sup> BRENNAN, Geoffrey. The Distributional Implications of Public Goods. *Econométrica*, 1976, Vol. 44, p. 391-399, citado por DEMERY (2000).

estudos de Meerman (1979) para Malásia e Selowsky (1979) para Colômbia. As duas metodologias de aproximações são de natureza de equilíbrio parcial, ambas se preocupam com benefícios atuais (não considerando os benefícios ao longo da vida de um indivíduo). Esta última metodologia de análise torna-se alvo deste estudo que busca delinear e entender o perfil dos beneficiados e a provisão dos recursos públicos aplicados aos bens de saúde dos dez municípios que compõem o COREDE MDJ: Alvorada, Cachoeirinha, Eldorado do Sul, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Porto Alegre, Santo Antônio da Patrulha, Triunfo e Viamão.

### **3 BENS MERITÓRIOS: UMA APLICAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE**

Segundo a teoria do bem-estar social, sob determinadas condições mercados competitivos geram uma alocação eficiente de recursos denominada na literatura de “Pareto Ótimo”<sup>6</sup>, em que, não é possível melhorar a situação de um agente sem causar simultânea queda na satisfação de outro agente. Associado a essa teoria, existe a idéia de que para se obter uma alocação no sentido de “Ótimo Paretiano” não é condição necessária a figura do Estado, dado que se as firmas operam em mercado competitivo, atingir-se a um ideal de máxima eficiência.

No entanto, para que ocorra eficiência de mercado, são necessários alguns pressupostos básicos, tais como: (i) inexistência de progresso técnico; (ii) modelo de concorrência perfeita em funcionamento<sup>7</sup>. Este seria um ideal de mercado, o que não ocorre na realidade, dado a existência de “falhas de mercado”.

Os bens públicos puros possuem duas características básicas que garantem que o consumo seja não-rival e não-excludente. A primeira característica remete à sua indivisibilidade de forma que os indivíduos não podem ser excluídos dos benefícios<sup>8</sup>, garantindo que todos os indivíduos possuam igual acesso. A não-rivalidade no consumo, como segunda característica implica que o custo marginal de provimento é nulo, que garante que o ato do consumo não reduz a quantidade disponível para consumo de outros demandantes.

Uma vez produzidos os bens públicos, estes são disponibilizados à todos, tornado-se difícil “precificar” as preferências individuais, pois, se todos possuem acesso, consumidores tenderiam a não revelar suas preferências de modo a reduzir suas contribuições. Neste contexto, existe o problema dos “caronas”, pela característica da não-exclusão do consumo; os indivíduos

---

<sup>6</sup> Conceito desenvolvido pelo economista italiano Vilfredo Pareto.

<sup>7</sup> Hipóteses da Concorrência Perfeita: a) Produtos homogêneos; b) Livre entrada e saída de firmas, c) As firmas são tomadoras de preços.

<sup>8</sup> A propriedade dos bens públicos não poderá ser individualizada por não ser divisível, sua impossibilidade de exclusão se dá em razão dos elevados custos.

podem negar a necessidade do consumo de modo a não contribuir e ainda usufruir dos benefícios gerados. Esta última característica atribuída aos bens públicos, torna a iniciativa privada ineficiente na produção da quantidade adequada requerida aos membros da sociedade, pois, se existem os “caronas” que irão usufruir dos benefícios, representados pelos indivíduos que não irão revelar suas preferências no consumo. Assim, a provisão dos bens públicos recai sobre o governo (GIAMBIAGI e ALÉM, 2000).

Aos bens públicos de saúde são incorporados conceitos de igualdade e equidade por trazerem importantes particularidades. A abordagem desses conceitos será realizada com o intuito de fazê-los claros, pois, perfazem um dos elementos-chave para um melhor entendimento de questões que são tidas como alvo deste artigo. O conceito de igualdade reconhece que todos os membros da sociedade são iguais por natureza, sendo portadores dos mesmos direitos que são tidos como fundamentais da humanidade e definem a dignidade dos indivíduos.

Em geral, serviços preventivos de doenças tais como: programas de vacinação, tratamento de doenças contagiosas (tuberculose, malária, HIV-Aids), redução de gases poluentes, entre outros, são serviços sujeitos à custos e/ou benefícios externos significantes, em que os benefícios são externalizados, ou seja, não se beneficia apenas o indivíduo contaminado como também os indivíduos que “contrairiam” a doença, caso o indivíduo doente não obtivesse tratamento adequado. Estes são serviços em que a natureza dos bens públicos é bem estabelecida sendo de provimento pelo Estado, uma vez que o sistema privado, não ofertaria tais serviços de modo a garantir o acesso à toda população, limitando o acesso de parcela significativa da população dados aos altos custos de obtenção e manutenção dos tratamentos.

No entanto, o estado de saúde de um indivíduo está diretamente relacionado à sua capacidade produtiva e qualidade de vida. O provimento e financiamento dos bens e serviços de saúde apresentam um aspecto normativo que os caracterizam como bens meritórios. Assim, uma das metas dos governos é garantir que toda a população possa usufruir de bens e serviços associados à saúde, por estarem diretamente associados à vida; não existindo do ponto de vista individual a saciedade em relação ao consumo dos mesmos, pode-se citar como exemplo, o acesso ao saneamento básico, em que, serviços de infra-estrutura desta natureza não são ofertados de maneira equânime, ou seja, nem todos os grupos de classe conseguem o acesso a tais bens e serviços.

Existem evidências de que a população pertencente às classes de renda familiar de mais baixos rendimentos possui acesso restrito ou encontra-se excluída na alocação dos gastos públicos destinados à saúde. Bens Públicos Puros, normalmente incide ao Estado todos os custos

de financiamento. Por outro lado, serviços na área da saúde ofertados pelo mercado possuem benefícios ou custos adicionais que merecem intervenção governamental, como é o caso de prevenção de doenças, tratamento entre outras medidas que produzem resultados melhorando as condições de saúde e habilidades cognitivas da população, isto traduz em aumento de bem-estar da sociedade em geral.

Em análise da Incidência do Benefício existem duas direções de enfoque das quais merecem atenção. A primeira fundamenta-se nas principais características atribuídas aos bens públicos puros, por serem não rivais e não excludentes no consumo, é garantido acesso homogêneo entre os indivíduos, não podendo sua alocação ser atribuída em benefício a certos grupos da população.

A segunda concerne nas dificuldades enfrentadas para se definir as necessidades de atendimento de saúde individual, por exemplo, grupos da população por idade. Mulheres adolescentes e jovens necessitam de atenção e cuidados em saúde que diferem das necessidades dos homens nesta mesma fase da vida, isto reflete ambigüidade, gerando dificuldades na definição do grupo que carece de maiores cuidados/atenção em saúde a favor da redução da desigualdade social, de modo que, não existe nenhuma *proxy* que determine a alocação de recursos públicos voltada à saúde, orientada para redução das desigualdades.

Outro impasse gerador de dificuldades encontradas no estudo deste tema está contido em questões relacionadas aos dados estatísticos. Isso remete à grande carência de dados relacionados à saúde aliado à dificuldades impostas pelas pesquisas realizadas em domicílios, tais pesquisas refletem a auto-avaliação em saúde dos indivíduos, onde os mais pobres são mais prejudicados por possuírem maiores dificuldades em relatar seu próprio estado de saúde e em recordar o uso regular ou periódico dos serviços saúde nas unidades de atendimentos, ou mesmo consultas e tipo de tratamentos em que foram submetidos, o que conduz à informações que nem sempre refletem o real estado de saúde que se encontram, gerando sub-estimação do uso dos serviços, que de certa forma menospreza o objetivo de se verificar a incidência de benefício (DEMERY, 2000).

A principal meta deste artigo é entender a forma com que os recursos públicos são alocados na área da saúde pelo mecanismo institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) e se de fato este mecanismo tem sido eficiente, elevando o bem-estar da população que busca por atendimento nas unidades de saúde hospitais e postos/centros de saúde dos municípios do COREDE Metropolitano Delta do Jacuí. O ponto de partida deste artigo é a análise institucional da saúde considerando a incidência de benefício dos gastos na saúde bem como condição socioeconômica e situação de saúde dos consumidores dos bens de saúde pública, tendo como

principal enfoque o exame das disparidades no sistema de saúde em que a renda é tomada como principal variável.

#### **4 PERFIL DOS CONSUMIDORES DOS BENS DE SAÚDE: BENEFÍCIO *versus* FAVORECIDO.**

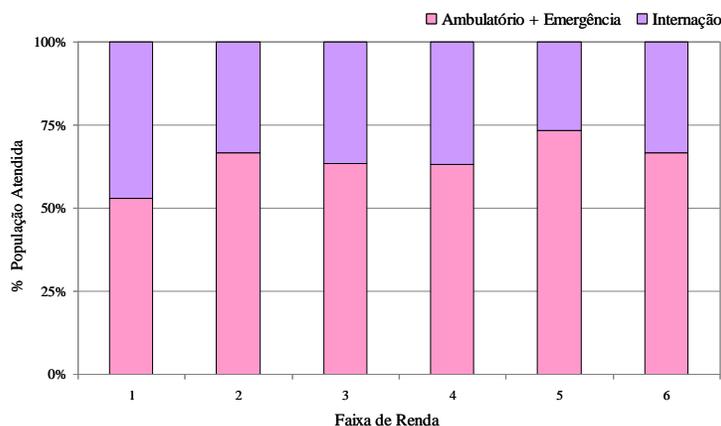
Mesmo considerando que sempre haverá um determinado grau de concentração, pelos motivos supracitados, é necessário estudar se a concentração existente não está sendo fator gerador de exclusão na sociedade. A ocorrência de externalidades negativas da acumulação de serviços, custos de transporte no deslocamento dos demandantes, entre outros fatores, pode gerar ineficiência na prestação de serviços e desigualdade dentro do COREDE. Dessa forma, busca-se analisar o perfil dos demandantes dos bens de saúde e sua relação entre classes de renda. NORONHA e ANDRADE (2002b) estimam um modelo para o Brasil da utilização dos serviços de saúde, e concluem que o acesso aos bens de saúde revela-se favorável aos grupos sociais de alta renda, fato observado na prestação de serviços ambulatoriais, já os serviços de internação hospitalar, são dirigidos mais freqüentemente aos mais pobres; conclusões que podem ser replicadas aos municípios do COREDE MDJ.

Para mencionar sobre equidade na distribuição dos recursos públicos em saúde, a população atendida em hospitais e postos/centros de saúde foi distribuída em classes de renda. Desta forma, os demandantes dos serviços de saúde foram agrupados pela faixa de rendimentos auferidos e pela freqüência às unidades de atendimento públicas de saúde. A condição em que se encontram os usuários das classes de baixa remuneração merece destaque, por serem os maiores demandantes dos serviços de saúde representados pelos setores mais intensivos em cuidados médicos, ou seja, os setores de internação.

Assim foi possível destacar uma importante relação, que pode ser um indicativo de ocorrência de desigualdade no acesso aos serviços de saúde no COREDE MDJ. Outro ponto importante a se destacar é que na medida em que a renda aumenta, os usuários destas unidades de atendimento tendem aos setores menos intensivos em cuidados médicos, ou seja, nos setores de ambulatório/emergência do que aos setores de internação. No gráfico 1, os demandantes dos serviços de saúde das unidades de atendimento hospitalar do COREDE MDJ encontram-se

classificados em faixas de renda<sup>9</sup> das quais declararam pertencer, distribuídos nos setores de atendimento em que foram atendidos. Esses usuários foram abordados em três setores de atendimento: ambulatório, emergência e internação. Do total das visitas hospitalares, 62% dos usuários foram entrevistados nos setores ambulatoriais, os setores de emergência tiveram a participação de 2% e nos setores internação 36% destes usuários.

**População Atendida nos Hospitais por setor e faixa de renda no COREDE MDJ - 2006**



**Gráfico 1 - (%) População Atendida em Hospitais do COREDE MDJ nos Setores de Ambulatório/Emergência e Internação por Faixa de Renda – 2006.**

Fonte: Elaboração dos autores, com base nos questionários aplicados nos hospitais do COREDE, 2006.

Pode-se perceber uma importante evidência enfatizada nesta primeira relação. Na distribuição dos usuários em classes de renda, ressalta-se que a participação dos usuários da faixa 1 de renda é mais expressiva nos setores de internação, representando 47%<sup>10</sup> do total dos usuários entrevistados nessas unidades de atendimento. No entanto, no outro extremo da distribuição este percentual reduz para 26,7%, equivalente aos usuários pertencentes à faixa 5 de renda. Já nos setores de ambulatório/emergência este percentual é de 53% e 73,3% do total dos usuários pertencentes às faixas de renda 1 e 5 respectivamente.

Nas faixas de renda 2, 3 e 4, a distribuição dos usuários nos setores de atendimento tanto de internação quanto ambulatorial/emergência da rede hospitalar do COREDE apresentam similar freqüência. Nestas faixas de renda foram atendidos 66,7% do total dos usuários da faixa

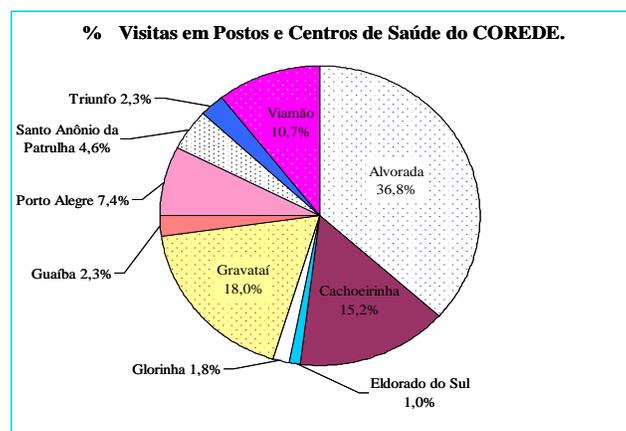
<sup>9</sup> Os usuários foram classificados em 7 faixas de renda familiar a que declararam pertencer: faixa 0 corresponde às famílias sem rendimento; faixa 1 – famílias com rendimento de até 350 reais; 2 – entre 351 e 700 reais; 3 entre 701 e 1.050 reais; faixa 4 – entre 1.051 e 1.750; 5 – 1.751 e 3.500 reais e faixa 6 - acima de 3.500 reais.

<sup>10</sup> Aos usuários das faixas de renda 1, foram somados os usuários “sem remuneração” uma vez que estes usuários estiveram sub-representados no período da aplicação dos questionários (representando cerca de 0,2% do total dos usuários entrevistados, percentual verificado nos setores de internação).

de renda 2 nos setores de internação, seguido de 33,3% dos usuários desta mesma faixa de renda nos setores ambulatoriais/emergência, nas faixas de renda 3 e 4 apresentam resultado análogo no percentual de visitas apresentando aproximadamente 63% de visitas ocorridas nos setores de internação e 37% nos setores ambulatorial/emergência. Cabe ressaltar que o percentual de visitas nos dois setores de atendimento em análise, apresentou-se idêntico nas faixas de renda 2 e 6, mas, o número de visitas apresentado nestas duas faixas de renda difere, sendo os usuários pertencentes à faixa de renda 2 representam 42,4% contra 0,8% de usuários da faixa 6 de renda, com relação ao total das visitas hospitalares do COREDE.

No entanto, a distribuição de atendimentos nos postos/centros de saúde dos municípios do COREDE e na cidade de Porto Alegre é bem heterogênea (veja - Figura 2). A participação de visitas nestas unidades de atendimento está determinada como percentual de visitas em cada um dos municípios com relação ao total das visitas em postos/centros de saúde.

Porto Alegre recebe apenas 7,4% do total das visitas em postos de saúde, os municípios subsequentes que tiveram uma maior participação de visitas foram: Alvorada 36,8%, Gravataí 18%, Cachoeirinha 15,2% e Viamão 10,7%, Santo Antônio da Patrulha 4,6%, Eldorado do Sul, Glorinha, Guaíba e Triunfo tiveram uma participação em visitas inferior a 3% do total das visitas do COREDE. A distribuição da população por classe de renda nos hospitais e postos de saúde pode nos indicar sobre a equidade na distribuição dos recursos públicos no COREDE MDJ.

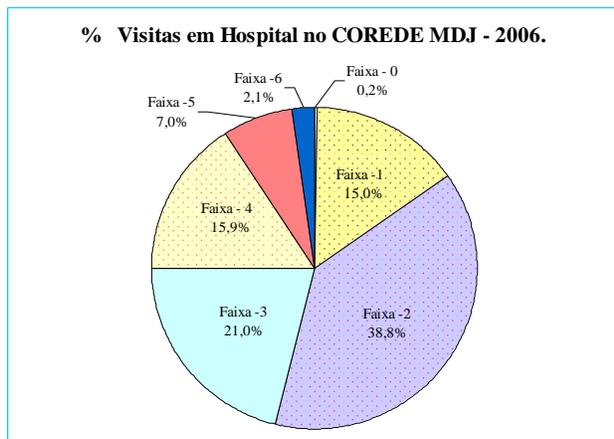


**Figura 2** - % Visitas em Postos/Centros de saúde do COREDE - 2006.

Fonte: Elaboração dos autores, com base nos questionários aplicados em Postos/Centros de Saúde do COREDE, 2006.

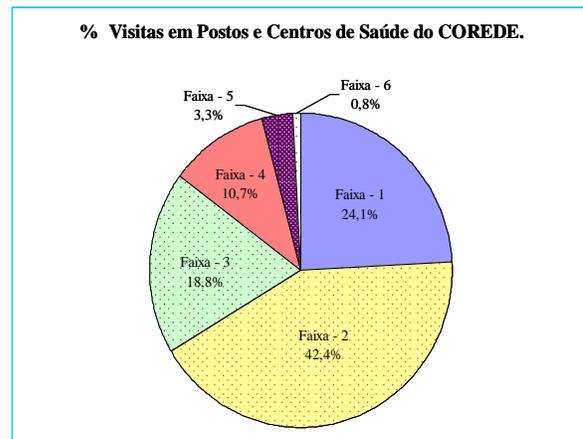
Verifica-se a seguir a situação dos consumidores dos bens de saúde pública conforme demanda nas unidades de atendimento, hospitais e postos/centros e de acordo com suas faixas de

renda familiar. Busca-se, desta forma, descrever o percentual de visitas nestas unidades de atendimento.



**Figura 3 – (%) de visitas em Hospital por faixa de renda no COREDE - 2006.**

Fonte: Elaboração dos autores, com base nos questionários aplicados nos hospitais do COREDE, 2006.



**Figura 4 – (%) Visitas em Postos/Centros de saúde por faixa de renda no COREDE – 2006.**

Fonte: Elaboração dos autores, com base nos questionários aplicados em Postos/Centros de Saúde do COREDE, 2006.

Pode-se observar os dois extremos da distribuição com respeito aos usuários em suas faixas de renda, sendo que os usuários “sem remuneração” e pertencentes às faixas de renda 6, são os que possuem a menor participação em visitas em relação ao total das visitas em hospital do COREDE (veja - Figura 3).

O percentual de visitas às unidades de atendimento tanto hospitais quanto postos/centros de saúde apresenta-se muito bastante desigual em análise da distribuição entre classes de renda. Os demandantes dos bens de saúde nas unidades de atendimento hospitalares que se situam na faixa 1 de renda representam 15% do total das visitas nestas unidades de atendimento, enquanto visitas dos representantes da faixa 2 de renda é de 38,8% , e assim sucessivamente na faixa de renda 3 - 21%, faixa 4 - 15,9%, faixa 5 - 7% e na faixa 6 de renda, estas visitas reduzem para 2,1%. Os usuários que declararam pertencer à faixa de renda “sem remuneração” representam 0,2% do total das visitas nos hospitais do COREDE (veja figura 3). A mesma analogia acima foi utilizada para descrever o perfil dos usuários nas unidades de atendimento postos/centro de saúde (veja - figura 4). Percebe-se que a predominância dos usuários pertencentes às faixas 2, 3 e 1 nesta ordem, já os usuários pertencentes a faixa de renda dos indivíduos “sem remuneração” possuem a menor participação dentre as faixas de renda.

Na tabela 1, estão reunidos todos os atendimentos prestados nas unidades de atendimento hospitalares, postos/centros de saúde, bem como os usuários classificados em classes de renda.

Pode-se observar que o volume de visitas dos usuários classificados por faixas de renda nas unidades de atendimento, hospitais e postos/centros de saúde em cada um dos municípios dos quais fazem a composição do COREDE. A participação de cada município, bem como unidades de atendimento que disponibilizou atendimento para população foi representada a seguir.

Deve-se destacar dois importantes pontos, o primeiro apesar de trivial é uma das análises que merecem atenção. A capital do estado, como era de se esperar, apresenta o maior volume de visitas em suas unidades de atendimento – hospitais recebendo visitas de usuários representando de todos os classes de renda, guardadas as devidas proporções. Segundo, percebe-se que o comportamento da população é bem diferente quando com relação às visitas nas unidades de atendimento – postos/centros de saúde. Porto Alegre lidera em demanda por bens de saúde nas unidades de atendimento - hospitais, já nas unidades de atendimento postos/centros de saúde possui uma demanda bem reduzida.

Tabela 1 – (%) Visitas por Faixa de Renda Familiar em Relação ao Total das Visitas – Hospitais, Postos e Centros de Saúde nos Municípios do COREDE MDJ -2006.

Percentual de Visitas por Faixas de Renda - Hospitais, Postos e Centros de Saúde do COREDE MDJ* em 2006.								
MUNICÍPIOS	Local das Visitas	% Visitas por Faixa de Renda						
		0	1	2	3	4	5	6
Alvorada	Hospitais	-	0.2	0.9	-	-	-	-
	Postos e Centros de Saúde	0.8	7.6	17.5	5.8	3.8	0.5	0.8
Cachoeirinha	Hospitais	-	0.2	0.7	-	-	-	-
	Postos e Centros de Saúde	0.3	2.3	6.3	3.6	2.0	0.8	-
Eldorado do Sul*	Postos e Centros de Saúde	-	0.3	0.5	0.3	-	-	-
Glorinha*	Postos e Centros de Saúde	0.5	-	0.5	0.8	-	-	-
Gravatí	Hospitais	-	0.5	0.2	0.2	0.2	-	-
	Postos e Centros de Saúde	-	6.3	5.8	3.6	1.8	0.5	-
Guaíba	Hospitais	-	0.5	0.2	0.5	-	-	-
	Postos e Centros de Saúde	-	-	0.8	0.8	0.5	0.3	-
Porto Alegre	Hospitais	0.2	12.6	36.2	20.3	15.4	7.0	2.1
	Postos e Centros de Saúde	0.5	1.3	2.8	1.5	0.8	0.5	-
Santo Ant. da Patrulha	Hospitais	-	0.2	0.2	-	-	-	-
	Postos e Centros de Saúde	-	0.8	2.5	0.5	0.5	0.3	-
Triunfo	Hospitais	-	-	0.2	-	-	-	-
	Postos e Centros de Saúde	-	1.0	0.3	0.3	0.5	0.3	-
Viamão	Hospitais	-	0.7	-	-	0.2	-	-
	Postos e Centros de Saúde	0.3	2.3	5.3	1.8	0.8	0.3	-

\* Os municípios de Eldorado do Sul e Glorinha não possuem hospital.

Fonte: Elaboração dos autores com base nos questionário aplicados nas unidades de atendimento de saúde do COREDE, maio 2006.

A população atendida nos hospitais de Porto Alegre encontra-se classificadas em classes de renda, de modo que, percebe-se que os usuários classificados na faixa 2 de renda foram os que mais recorreram à estas unidades de atendimento, perfazendo 36,2% do total dos consumidores de saúde das unidades hospitalares de atendimento do COREDE, situação oposta ocorre entre os

usuários classificados na faixa de menor renda, o percentual de visitas dos mesmos foi de 0,2%, na faixa 1 de renda temos 12,6% , faixa 3 - 20,3%; percorrendo entre as faixas mais elevadas de renda 4, 5 e 6 este percentual reduz para 15,4%, 7% e 2,1% respectivamente.

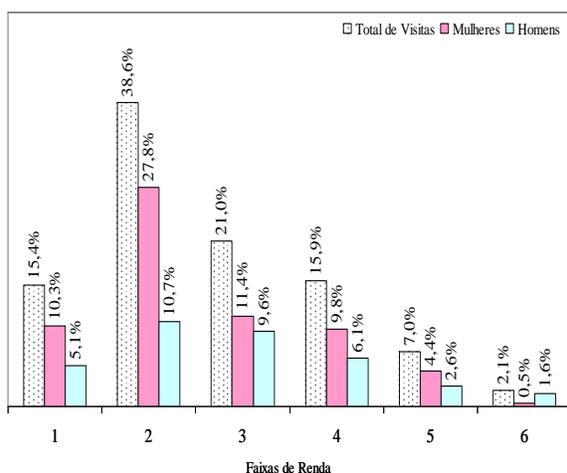
#### **4.1 DUAS DESAGREGAÇÕES: GÊNERO E GRUPOS ÉTNICOS**

Estudos empíricos apontam que existe uma forte correlação entre desigualdades de oportunidades e raça na sociedade brasileira, fato marcante quando analisamos os dados entre as unidades da federação e regiões do país, em que a diferença entre brancos e negros e/ou entre homens e mulheres é fortemente destacada. Parte importante das pesquisas sobre desigualdades e iniquidades na incidência de benefício dos serviços públicos em saúde busca desagregar informações pelas dimensões de gênero e origem étnica. Estudos recentes (TRAVASSOS, 2000) revelam tais características bem como nível de instrução podem determinar a procura por serviços de saúde. A procura por bens e serviços na área da saúde tem se revelado favorável às mulheres brancas com elevado nível de instrução, no Brasil. Estes resultados mostram-se bem afinados com as informações referentes aos municípios do COREDE MDJ. Visto a importância deste tema buscou-se desagregar tais informações também pela etnia ou grupos raciais.

A primeira desagregação proposta nos permite verificar a necessidade de cuidados por sexo e entre as diferentes classes sociais, sendo possível identificar a distribuição de homens e mulheres na busca por cuidados médicos no COREDE. Assim, constata-se que as mulheres possuem maior presença, tanto nos hospitais quanto em postos/centros de saúde. Nas unidades de atendimento hospitalares as mulheres representam 64,3% das visitas contra 35,7% das visitas registradas por homens, assim como ilustrado no gráfico 5. Nas unidades de atendimento postos/centros as visitas das mulheres revela-se ainda mais elevada 72,5% contra 27,5% de homens. A distribuição em faixas de renda entre homens e mulheres pode ser observada nos gráficos a seguir.

Ponto importante e que deve ser contemplado é que independente da condição socioeconômica as mulheres demandam mais intensamente os bens de saúde, superando a frequência dos homens nas unidades de atendimento de saúde. Somente na faixa de renda 6, a participação dos homens sobrepõem-se à participação das mulheres, nas unidades de atendimento hospitalares, no entanto, os usuários pertencentes à esta faixa de renda possuem uma baixa representatividade em relação aos usuários do COREDE, não podendo esta informação representar uma mudança no comportamento dos homens desta faixa de renda.

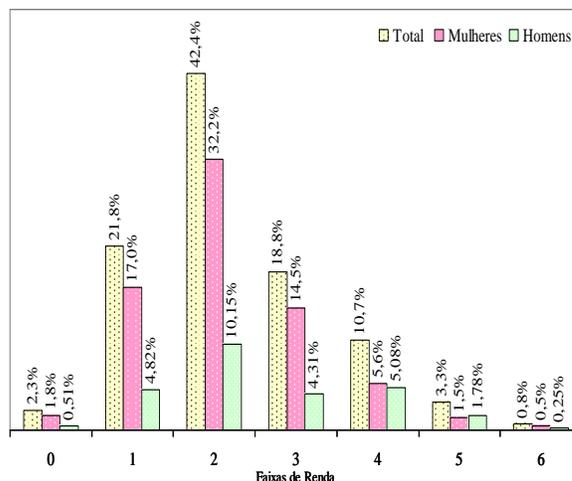
**% Visitas em Hospital - COREDE - 2006**



**Gráfico 5 - (%) Visitas por Faixa de Renda e Gênero em Hospitais do COREDE – 2006.**

Fonte: Elaboração dos autores, com base nos questionários aplicados nos hospitais do COREDE, 2006.

**% Visitas à Postos e Centros de Saúde do COREDE.**



**Gráfico 6 - (%) Visitas por Faixa de Renda e Gênero em Postos/Centros COREDE - 2006.**

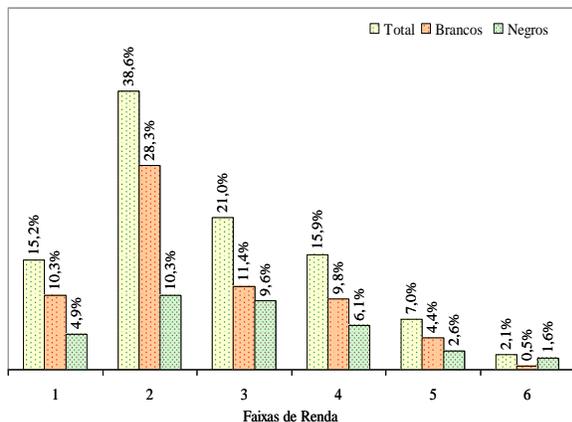
Fonte: Elaboração dos autores, com base nos questionários aplicados nos postos/centros de saúde do COREDE, 2006.

A segunda desagregação refere-se às desigualdades raciais em que se busca identificar os usuários entre as cinco origens étnicas, negra, branca, parda, amarela e indígena nas unidades de atendimento (hospitais e postos/centros de saúde), somente os usuários dos grupos raciais brancos 65% e negros 35% buscaram atendimento nas unidades hospitalares, já nos postos de saúde a distribuição dos grupos étnicos que buscaram atendimento foi de 78% de origem branca, em seguida temos 15% de negros e 7% de pardos, os negros e pardos foram agrupados, desta forma, a leitura de gráficos e tabelas relativas à distribuição dos grupos étnicos em postos/centros de saúde será por brancos e não brancos (representando os negros e pardos).

Não foram identificados usuários das origens étnicas amarela e indígena em nenhuma das unidades de atendimento no período em que as pesquisas foram realizadas.

Através desta desagregação foi possível destacar que parcela considerável das visitas foram atribuídas aos usuários de raça branca classificados na faixa 2 de renda, ou seja, usuários com rendimentos domiciliares entre 351 e 700 reais, tanto nas unidades de atendimento hospitalares quanto em postos/centros de saúde.

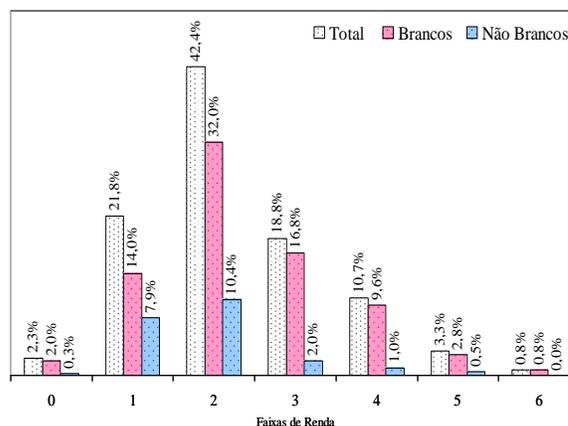
**% Visitas em Hospital - COREDE - 2006.**



**Gráfico 7 - (%) Visitas por Faixa de Renda e Raça em Hospitais do COREDE – 2006.**

Fonte: Elaboração dos autores, com base nos questionários aplicados nos hospitais do COREDE, 2006.

**% Visitas à Postos e Centros de Saúde do COREDE.**



**Gráfico 8 - (%) Visitas por Faixa de Renda e Raça em Postos/centros de Saúde do COREDE – 2006.**

Fonte: Elaboração dos autores, com base nos questionários aplicados nos postos/centros de saúde do COREDE, 2006.

No gráfico 7 temos a distribuição dos usuários em hospital por faixa de renda e raça. A maior parte dos demandantes dos bens de saúde em hospital e dos postos/centros de saúde foi classificada na faixa de renda 2 - 38,6% sendo que 28,3% dos usuários são brancos e 10,3% são não-brancos nas unidades de atendimento - hospitais, e 42,4% sendo que 32% dos usuários são brancos e 10,4% são não-brancos, nas unidades de atendimento - postos/centros de saúde. Da mesma forma como anteriormente descrito todos os usuários das unidades de atendimento foram classificados em classes de renda (veja gráficos 7 e 8).

## 4.2 DESPESAS IMPUTADAS AOS USUÁRIOS

Novamente compara-se a distribuição dos demandantes dos serviços de saúde bem como suas despesas nas unidades de atendimento – postos/centros de saúde, por faixas de renda familiares, nota-se que, a proporção dos usuários que possuem e que não possuem despesas com saúde é bem diferente, aqueles representam 64% e estes 32% do total dos usuários das unidades de atendimento - postos e centros de saúde.

No que concerne às informações das quais estamos descrevendo agora e fazendo-se merecedora de comentários ainda no início da descrição dos dados desta tabela é que na comparação com os hospitais, às unidades de atendimento - postos e centros de saúde recebem um maior percentual de usuários provenientes das faixas mais baixas de rendas, e na medida em

que se alargam as faixas de renda e conseqüentemente as remunerações familiares, temos o oposto.

#### **4.2.1 ANÁLISE DESCRITIVA: DESPESAS DOMICILIARES EM HOSPITAL**

Um dos motivos pelo qual se faz necessário o enfoque da provisão dos serviços de saúde para os mais pobres pode ser explicado pelas despesas<sup>11</sup> ligadas à saúde ou pela proporção dos gastos domiciliares em relação aos rendimentos auferidos pelos domicílios/famílias. As faixas de renda familiares mais baixas são as que mais carecem de atendimentos médicos, principalmente as mulheres mais pobres, isto é observado pela intensidade de busca por atendimentos médicos nas unidades de atendimento (hospitais, postos/centros de saúde). Claramente, os usuários mais pobres são os que possuem o maior percentual de suas remunerações empregadas nos serviços de saúde, decorrentes de despesas que se fazem necessárias para se realizar uma consulta/visita e/ou despesas auferidas em tratamentos nas unidades de atendimento do COREDE.

Para entender a importância da incidência de benefício em saúde, devemos interpretar as informações analisando as despesas em saúde entre as faixas de renda familiar de modo a identificar a composição dos gastos domiciliares e necessidade de cuidados médicos por domicílios/famílias. Os usuários dos serviços de saúde pública nas unidades de atendimento em hospital foram classificados em faixa de renda familiar e gastos com saúde (ver tabela 2), em que, do total dos demandantes dos serviços de saúde em hospital do COREDE, 73,6% possuem gastos com saúde contra 26,4% dos usuários que disseram não alocar parte do orçamento familiar em despesas com saúde. Todos os usuários dos serviços de saúde em hospital foram distribuídos em seis faixas de renda familiar, sendo possível relacionar as despesas em saúde com o orçamento dos mesmos. Na primeira faixa de renda familiar pode-se observar que nas unidades de atendimento hospitalares 11,8% do total dos usuários são provenientes da faixa 1 de renda e declararam possuir gastos com saúde, na faixa 2 de renda este percentual aumenta para 28,1%, nas outras faixas de renda a parcela de gastos com saúde reduz, e já na faixa de renda 3 passa para 15,3%, nas faixas de renda posteriores para 11,6%, 5,2% e 1,7% respectivamente nas faixas 4, 5 e 6 de renda.

---

<sup>11</sup> Total das despesas em saúde, desconsiderando despesas com consultas ou outras despesas referentes ao acesso às unidades de saúde, uma vez que estamos analisando unidades públicas de saúde. Ao nos referir sobre as despesas dos usuários estamos mencionando apenas despesas apresentadas nas tabelas, 2, 3, 4 e 5.

Tabela 2 – (%) Despesas em Saúde por Faixa de Renda dos Usuários dos Hospitais.

**Percentual Visitas e Despesas com Saúde por Faixa de Renda no COREDE MDJ - 2006**  
**(1).**

Faixas de Renda	Total da Renda Familiar em Reais	Percentual de Visita	% Despesas por faixa de renda		Plano de Saúde		Despesas (R\$)	
			Não	Sim <sup>1</sup>	Não	Sim	Média em Reais	% <sup>a</sup>
		100,0	26,4	73,6	85,7	13,8		
1	Até 350	15,3	3,5	11,8	14,7	0,7	174,36	49,8
2	351 - 700	38,9	10,8	28,1	35,3	3,0	181,48	34,5
3	701 - 1050	21,2	5,9	15,3	18,2	2,8	195,25	22,3
4	1051 - 1750	15,6	4,0	11,6	11,7	4,0	210,55	15,0
5	1751 - 3500	6,8	1,7	5,2	4,7	2,3	409,19	15,6
6	Acima de 3500	2,1	0,5	1,7	1,2	0,9	282,29	8,1

a - Percentual dos gastos com saúde em relação à média dos rendimentos domiciliares.

1 - Composição das despesas domiciliares em saúde; vide Tabela 3.

Fonte: Elaboração dos Autores.

Ainda na tabela 2, as informações sobre plano de saúde, foram utilizadas para demonstrar a necessidade de cobertura pelo SUS à população em questão. Neste aspecto pode-se considerar que a população dos municípios do COREDE de fato carece de atendimentos públicos na área da saúde, uma vez que, do total dos usuários das unidades de atendimentos hospitalares 85,7% disseram não possuir estas apólices, contra 13,8% de usuários que as possuem, ou seja, grande parte dos usuários dos serviços de saúde pública não possui acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo mercado privado, em todas as faixas de renda familiar o percentual de usuários que podem optar pela assistência particular de saúde é muito reduzido. Assim, parcela significativa da população não é coberta pelo sistema de saúde particular, no entanto, os gastos domiciliares com saúde representam grande peso no orçamento familiar, principalmente das famílias de mais baixa renda. Os gastos médios com saúde variam substancialmente entre as classes de renda, decrescendo nas faixas mais altas de renda.

Outra situação concernente ao tema são as despesas imputadas diretamente aos usuários. Estas despesas representam parcela considerável dos rendimentos familiares dos consumidores de saúde do COREDE MDJ. De modo geral, 73,6% dos usuários dos hospitais possuem despesas com saúde contra 26,4% de usuários não despendem nenhum tipo de gastos com saúde. Neste contexto, os usuário pertencentes às menores faixas de renda possuem uma alta carga de gastos com saúde, representando cerca de 50% dos rendimentos dos usuários da faixa 1 de renda, 34,5% representa as despesas com saúde dos usuários da faixa 2 de renda, e nas faixas posteriores de renda esta parcela dos gastos com saúde reduz para 22,3%, 15%, 15,6 e 8,1% dos rendimentos familiares entre as faixas 3, 4, 5 e 6 de renda respectivamente.

A composição média das despesas mensais em reais com saúde dos demandantes dos serviços de saúde em hospital e ainda a proporção destes gastos em relação aos rendimentos familiares nas respectivas faixas de renda familiar mostra-se crescente na medida em que as faixas de renda familiar diminuem (ver tabela 3), estas despesas estão relacionadas, sobretudo aos medicamentos, no entanto, foram identificadas outras despesas tais como: planos de saúde, transporte para tratamento, despesas hospitalares, sendo que pode ocorrer a incidência de relacionadas a duas ou mais despesas sobre o mesmo usuário.

Parece lógico que o percentual de gastos em relação à renda reduza na medida em que se atribui mais renda, ou seja, na medida em que avançamos nas faixas de renda, No entanto, é inegável que incide sobre a população mais carente uma carga considerável de gastos atribuídos em cuidados com saúde<sup>12</sup>.

Agora, veremos a composição das despesas imputadas aos demandantes dos serviços de saúde em hospital. Ao buscarem cuidados médicos nas unidades hospitalares de atendimento, os usuários incorrem em custos representativos de parcela significativa de seus orçamentos familiares, são custos relacionados à em planos de saúde, medicamentos, despesas hospitalares e transporte para tratamento. Nota-se que os indivíduos pertencentes à faixa de renda<sup>13</sup> “sem remuneração” freqüentam com menor intensidade as unidades de atendimentos, isto sugere que a menor participação destes indivíduos de mais baixa renda, pode estar relacionada aos elevados aos custos descritos anteriormente.

A tabela 3 reflete os custos que incide sobre os demandantes de saúde em hospitais bem como rendimentos familiares dos mesmos (faixa de renda familiar). Esta tabela pode ser vista como continuação da tabela 2 (4ª coluna), seu formato decompõe as despesas domiciliares. Estas despesas são auferidas na contratação de serviços privados de saúde, compra de medicamentos entre outros. Do total dos consumidores dos bens de saúde, 73,6% possuem algum tipo de gastos com saúde, deste percentual de gastos 2,6% são atribuídos às despesas com planos de saúde, já os medicamentos representam um dos componentes das despesas que mais induz à alta carga das despesas com saúde 45,8% do total das despesas.

---

<sup>12</sup> Cabe ressaltar os gastos imputados aos usuários são para cobertura de tratamento entre outras como discriminados na tabela 3. Não contendo gastos advindos das unidades de atendimento, como consultas, etc.

<sup>13</sup> Os indivíduos desta faixa de renda tiveram baixa representatividade (0,2%) do total dos usuários dos hospitais, por este motivo foram incluídos na da faixa 1 de renda.

Tabela 3 – (%) Despesas com Saúde dos Usuários em Hospital por Faixa de Renda.

**Composição das Despesas Domiciliares em Saúde dos Usuários das Unidades de Atendimento (Hospitais) do COREDE MDJ - 2006 (2).**

Despesas com Saúde por Faixa de Renda Familiar													
Faixas de Renda	Percentual de Visitas	% Despesas por faixa de renda		Plano de Saúde (1)	Medicamentos (2)	Despesas Hospitalares (3)	Transporte p/ Tratamento (4)	Outros (5)	(1) e (2)	(2) e (3)	(2) e (4)	(2) e (5)	3 ou mais
		Não	Sim										
	100,0	26,4	73,6	2,6	45,8	0,5	2,4	0,5	4,2	3,1	10,6	1,9	2,1
1	15,3	3,5	11,8	-	8,5	0,2	0,7	0,2	0,2	0,2	-	1,7	-
2	38,9	10,8	28,1	0,5	18,6	-	1,4	0,2	0,7	0,9	4,5	0,2	0,9
3	21,2	5,9	15,3	0,7	9,4	-	0,2	-	0,9	0,7	2,8	-	0,5
4	15,6	4,0	11,6	0,5	6,1	0,2	-	-	1,2	0,7	2,6	-	0,2
5	6,8	1,7	5,2	0,7	2,4	-	-	-	0,5	0,5	0,7	-	0,5
6	2,1	0,5	1,7	0,2	0,7	-	-	-	0,7	-	-	-	-

2 - Composição das despesas domiciliares em saúde, continuação da tabela 2.

Fonte: Elaboração dos Autores.

Outros componentes das despesas são as despesas hospitalares 0,5%, transporte para tratamento 2,4% e outras despesas 0,5% do total das despesas com saúde.

Parte destes usuários realiza dois ou mais tipos de despesas para obter o benefício de visitas e/ou tratamentos em hospital; 4,2% dos usuários disseram possuir despesas com planos de saúde e medicamentos, 3,1% realizam despesas com medicamentos e despesas hospitalares; 10,6% despesas com medicamentos e transporte para tratamento; 1,9% com medicamentos e Outras despesas, e finalizando 2,1% arcam com 3 ou mais despesas em saúde.

#### 4.2.2 ANÁLISE DESCRITIVA: DESPESAS DOMICILIARES - POSTOS/CENTROS DE SAÚDE

Para traçarmos o perfil dos demandantes de saúde pública e suas respectivas despesas como já descrito anteriormente nas unidades de atendimento em hospital, buscamos relatar também a situação dos demandantes de saúde pública nas unidades atendimento - postos e centros de saúde do COREDE MDJ.

Na seqüência a tabela 4, mostra que apesar do percentual das despesas realizadas entre as faixas de renda familiares em postos/centros de saúde ser ligeiramente menor do que o percentual das despesas realizadas entre as faixas de renda familiares em hospital, as despesas a estes usuários são muito elevadas, como descrito na tabela 4 abaixo.

Tabela 4 - (%) Visitas e Despesas em Saúde por Domicílio dos Usuários das Unidades de Atendimento – Postos/Centros de Saúde do COREDE – 2006.

Percentual de Visitas - Postos/Centros de Saúde e Despesas com Saúde por Faixa de Renda no COREDE - 2006						
Faixas de Renda	Total da Renda Familiar em Reais	Percentual de Visitas	% Despesas com Saúde		Plano de Saúde	
			Não	Sim	Não	Sim
		100,0	31,7	68,0	89,3	10,7
0	Sem Rend.*	2,3	1,0	1,3	2,3	-
1	Até 350	21,8	8,9	12,9	21,6	0,3
2	351 - 700	42,4	10,9	31,5	37,6	4,8
3	701 - 1050	18,8	7,1	11,4	16,2	2,5
4	1051 - 1750	10,7	3,0	7,6	8,4	2,3
5	1751 - 3500	3,3	0,8	2,5	2,5	0,8
6	Acima de 3500	0,8	-	0,8	0,8	-

1 - Composição das despesas domiciliares em saúde; vide Tabela 5.

\* - Usuários em domicílio "Sem Rendimentos".

Fonte: Elaboração dos Autores.

O percentual de usuários destas unidades de atendimento que buscam por atendimentos médicos nas unidades de atendimento postos/centros de saúde e que não possuem planos de saúde perfaz quase 90% do total dos usuários que visitam as unidades de atendimentos postos/centros de saúde. Outra questão que concerne nas necessidades do enfoque aos mais pobres pode ser embasada nas despesas com saúde atribuídas às famílias; 68% dos consumidores dos serviços de saúde possuem despesas com saúde, despesas que realçam as necessidades da provisão dos serviços de saúde pública focada aos mais pobres.

Na tabela 5 as despesas realizadas pelos usuários em postos e centros de saúde foram decompostas pelo tipo de despesas das quais incidem sobre os mesmos, nesta estão contidas informações que nos indicam a composição das despesas em saúde dos usuários.

Tabela 5 - Composição das Despesas em Saúde por Faixa de Renda em Postos/Centros de Saúde do COREDE - 2006.

Composição das Despesas Domiciliares em Saúde (Postos/Centros de Saúde) no COREDE - 2006 (2).											
Faixas de Renda	Despesas com Saúde por Faixa de Renda Familiar										
	Percentual de Visitas	% Despesas por faixa de renda		Plano de Saúde (1)	Medicamentos (2)	Transporte p/ Tratamento (4)	Outros (5)	(1) e (2)	(2) e (4)	(2) e (5)	3 ou mais
		Não	Sim								
		1,8	55,8	0,3	0,3	4,1	3,8	0,5	1,5		
0	2,3	1,0	1,3	-	1,3	-	-	-	-	-	
1	21,8	8,9	12,9	-	11,9	-	-	-	1,0	-	
2	42,4	10,9	31,5	0,8	26,1	0,3	0,3	2,0	1,3	0,3	
3	18,8	7,1	11,4	0,3	8,6	-	-	1,3	0,3	0,3	
4	10,7	3,0	7,6	-	5,6	-	-	0,8	1,0	-	
5	3,3	0,8	2,5	0,8	1,5	-	-	-	0,3	-	
6	0,8	-	0,8	0,0	0,8	-	-	-	0,0	-	

2 - Composição das despesas domiciliares em saúde, continuação da Tabela 4.

Fonte: Elaboração dos Autores.

Assim como nos hospitais esta decomposição se delineou através das despesas relacionadas abaixo: plano de saúde, medicamentos, transporte para tratamento, entre outras<sup>14</sup>. Alguns destes demandantes de saúde também obtiveram despesas em duas ou três colunas da tabela a seguir. Cabe destacar que nestas unidades de atendimentos do total das despesas auferidas pelos usuários, o item que mais gera ônus aos usuários são os medicamentos que compõe 55,8% do total das despesas dos usuários das unidades de atendimentos postos e centros de saúde do CORERE MDJ.

No entanto, as outras despesas e suas proporções em relação ao total de despesas efetuadas pelos usuários destas unidades de atendimento foram relacionadas a seguir: plano de saúde 1,8%, transporte para tratamento 0,3%, Outras 0,3%, plano de saúde e medicamentos 4,1%, medicamentos e transporte para tratamento 3,8%, medicamentos e outras despesas 1,5%.

No interior da tabela encontram-se os as informações sobre a composição das despesas em saúde dos usuários por faixa de renda nas unidades de atendimentos postos e centros de saúde do CORDE MDJ.

#### **4.3 NÍVEL DE INSTRUCAO E CUIDADOS COM SAÚDE DOS USUÁRIOS NAS UNIDADES DE ATENDIMENTOS HOSPITALARES E POSTOS\CENTROS DE SAÚDE**

Parte importante das pesquisas que estuda a relação entre desigualdade social e saúde busca avaliar as necessidades de cuidados em saúde e o consumo dos serviços em saúde, bem como o acesso da população ao longo da distribuição de renda, no entanto, outras características além dos rendimentos familiares indicam fortes relações entre o consumo dos serviços de saúde associado aos grupos sociais de mais alta renda, que é justamente a parcela da população que possui acesso mais amplo a serviços ligados à saúde, assim como seguro saúde, infra-estrutura (saneamento básico, abastecimento de água, coleta de lixo), bem como níveis de instrução mais elevados.

Diversos autores relacionam desigualdades sociais, educação e raça, “... cerca de 55% do diferencial salarial entre brancos e negros está associado à desigualdade educacional, sendo uma parte derivada da discriminação gerada no interior do sistema educacional e outra parte da herança da discriminação infligida às gerações dos pais dos estudantes.” (BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2001, p.26). Assim sendo, a equidade educacional faz parte de um

---

<sup>14</sup> As despesas hospitalares é o único tipo de despesa que não incide sobre os usuários de postos e centros de saúde.

importante processo de redução das desigualdades social e racial tidos como base para o desenvolvimento de qualquer país.

Partindo da população agrupada por seus rendimentos familiares, foram avaliados outros determinantes do consumo dos serviços de saúde, como forma de identificar qual tem sido o arranjo da distribuição e provisão destes serviços públicos. A determinação do consumo dado o nível de instrução da população foi avaliado com o intuito de identificar a relação entre o nível de instrução dos indivíduos e os cuidados em saúde que esta população se submete na tomada de decisão por uma vida mais saudável.

Em síntese, busca-se averiguar quantitativamente a associação entre nível de instrução e cuidados com a saúde, em que cuidados em saúde foram interpretados como medidas para se garantir uma vida mais saudável. Essas medidas foram relacionadas com a frequência dos usuários nas unidades de atendimento hospitalares e postos/centros de saúde, situação de saúde (doenças crônicas), bem como medidas utilizadas para prevenção de doenças. Para tanto buscamos relacionar as medidas supracitadas para então investigar o comportamento dos consumidores destes serviços e os cuidados ou atenção que atribuem à saúde fora das unidades de atendimento de saúde, ou seja, se os usuários utilizam medidas consideradas “adequadas” para se obter e/ou manter uma vida mais saudável.

Nesta etapa busca-se desagregar os usuários em níveis de instrução (fundamental, médio e superior), faixas de renda a que declararam pertencer, relacionando nível de instrução e cuidados com a saúde, este último ponto será abordado nas frequência/visitas (mensal, trimestral, semestral, anual ou somente quando se encontram doentes) com que os usuários recorrem às unidades de atendimento hospitalares – postos/centros de saúde.

De modo geral, observa-se que os indivíduos situados na faixa de renda que representa indivíduos “sem remuneração” são os que têm o pior acesso e/ou frequência nas unidades de atendimento hospitalares<sup>15</sup> e postos/centros de saúde, sendo os que menos consomem os serviços de saúde, assim, características como nível de instrução pode determinar a quantidade de cuidados com a saúde. Espera-se que quanto mais elevados forem os níveis de instrução maiores são os cuidados atribuídos à saúde.

---

<sup>15</sup> Nas unidades de atendimento hospitalares estes indivíduos representam 0,2% do total dos usuários, sendo assim estes foram incluídos a faixa 1 de renda.

### 4.3.1 ANÁLISE DESCRITIVA: NÍVEL DE INSTRUÇÃO E CUIDADOS COM A SAÚDE NAS UNIDADES HOSPITALARES

Na tabela 6, foram apresentadas informações que abrangem o nível de instrução dos usuários dos serviços hospitalares do COREDE, por setor de atendimento ambulatorial/emergência e internação. Em geral, os usuários dos setores ambulatorial/emergência e internação, possuem nível de instrução fundamental incompleto e ensino médio completo, sendo que aquele é mais evidente do que este. Mais da metade dos indivíduos encaminhados para os setores de internação possui nível fundamental incompleto, neste mesmo nível de instrução encontram-se aproximadamente 40% das pessoas encaminhadas nos setores ambulatorial/emergência.

Do total dos usuários das unidades de atendimento hospitalar nos setores ambulatoriais e de internação 4,8% são analfabetos, ainda neste setor o nível de ensino destes usuários foram relacionados a seguir. Nível de ensino fundamental incompleto 40,3%, completo 14,3%, ensino médio incompleto 10,3%, completo 23,8%, ensino superior incompleto 4%, completo 2,6%.

Tabela 6 – (%) Visitas em Hospital por Setor de Atendimento, Faixa de Renda e Nível de Instrução do COREDE - 2006.

% Visitas em Hospital COREDE MDJ - 2006.									
Setores	Faixa de Renda	Total da Renda Familiar	Nunca Estudou	NÍVEL DE INSTRUÇÃO					
				Fundamental		Médio		Superior	
				Incompleto	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo
AMBULATORIO / EMERGÊNCIA	Total		4,8	40,3	14,3	10,3	23,8	4,0	2,6
	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	1	12,8	1,8	7,0	2,2	1,1	0,7	0,0	-
	2	40,3	2,2	20,9	5,9	3,7	7,3	0,4	-
	3	20,9	0,7	9,2	2,2	2,6	4,8	0,7	0,7
	4	15,8	-	2,6	2,6	2,6	6,6	0,4	1,1
	5	8,1	-	0,7	1,1	0,4	4,0	1,8	-
6	2,2	-	-	0,4	-	0,4	-	0,7	
INTERNAÇÃO	Total		8,3	50,6	12,2	9,0	15,4	1,9	1,9
	0	0,6	-	0,6	-	-	-	-	-
	1	19,2	3,2	12,8	1,3	1,3	0,6	-	-
	2	35,3	3,8	21,2	4,5	2,6	3,2	-	-
	3	21,2	1,3	7,7	1,9	1,9	6,4	1,3	0,6
	4	16,0	-	6,4	3,8	0,6	4,5	0,6	-
	5	5,1	-	1,9	-	1,9	0,6	-	0,6
6	1,9	-	-	0,6	0,6	-	-	0,6	

Fonte: Elaboração dos Autores, com base nos questionários aplicados nos hospitais do COREDE.

Nos setores de internação, a distribuição das pessoas pelo nível de instrução ficou caracterizada da seguinte maneira: 8,3% do total das pessoas presentes nos setores de internação é a composição das pessoas analfabetas, já pessoas com ensino fundamental incompleto 50,6%,

completo 12,2%, ensino médio incompleto 9%, completo 15,4%, ensino superior incompleto 1,9%, completo 1,9%.

Com base na tabela acima, busca-se identificar os demandantes dos bens de saúde para compreender através da descrição dos dados se, a atenção com a saúde se relaciona com o nível de instrução dos mesmos. A atenção com saúde neste artigo está relacionada basicamente nas medidas utilizadas para prevenção de doenças utilizadas pelos usuários.

Na tabela 7, reportamos a porcentagem de usuários negligentes com a saúde, estes representam 30% do total dos usuários das unidades de atendimento hospitalar, estes disseram procurar atendimentos médicos apenas quando doentes. Quanto à periodicidade de procura por atendimentos, 40,3% dos usuários informaram buscar atendimentos médicos mensal, 16,3% buscam atendimento trimestral, 9,7% semestral, 3,8% buscam atendimentos com periodicidade anual.

Tabela 7 – (%) Visitas/Freqüência em Hospital por Faixa de Renda no COREDE - 2006.

<b>Freqüência em Hospitais do COREDE por Faixa de Renda - 2006</b>						
<i>Faixa de Renda</i>	<i>Total de Vistas</i>	<i>(%) Freqüência/Visitas</i>				
		<i>Mensal</i>	<i>Trimestral</i>	<i>Semestral</i>	<i>Anual</i>	<i>Quando Doente</i>
		40,3	16,3	9,7	3,8	30,0
1	15,3	6,8	1,9	1,4	-	5,2
2	38,7	17,2	5,0	3,3	2,1	11,1
3	21,2	8,5	2,8	1,7	0,9	7,3
4	16,0	4,7	4,7	1,9	0,5	4,2
5	7,1	2,4	1,4	1,2	0,2	1,9
6	1,7	0,7	0,5	0,2	-	0,2

Fonte: Elaboração dos Autores, com base nos questionários aplicados nos hospitais do COREDE.

Quando analisamos os usuários nas faixas de renda familiar relacionadas, verificamos que a freqüência destes usuários em hospital é bastante heterogênea, das faixas 1 à 6 de renda.

O perfil da população pela freqüência nestas unidades de atendimento, bem como medidas de prevenção de doenças encontra-se determinadas na tabela 8. A primeira nova relação que nela contém refere-se à população doente e não doente (análise relativa às doenças crônicas). Partindo das análises em hospitais, observa-se que, em geral, os usuários dos serviços hospitalares que não possuem doenças crônicas representam 56,3% contra 43,7% de usuários que possuem doenças crônicas. Os indivíduos que possuem doenças crônicas estão representados mais intensamente nas faixas 2 e 3 de renda, esta apresentando 9,6% e aquela 15,5% dos total dos demandantes dos serviços hospitalares, nas outras faixas de renda percentual de pessoas que possuem doenças crônicas reduz sucessivamente entre as faixas de renda.

Tabela 8 – (%) População Atingida por Doenças Crônicas e medidas de Prevenção de Doenças dos Usuários em Hospital do COREDE - 2006

Doenças Crônicas e Medidas de Prevenção de Doenças em Hospitais do COREDE MDJ - 2006.												
Faixa de Renda	Total / Renda Familiar	Doenças Crônicas/ Medidas de Prevenção										
		Doenças Crônicas		Medidas para Prevenção de Doenças								
		Não	Sim	Nenhuma	Atividade Física (1)	Vacinas (2)	Alimentação (3)	Outras	(1) e (2)	(1) e (3)	(2) e (3)	Mais de dois
Total		56,3	43,7	27,4	8,9	7,0	21,8	3,3	2,3	11,5	10,1	7,7
1	15,4	9,4	6,1	4,0	0,9	2,1	3,5	0,5	0,7	0,7	1,4	1,6
2	38,6	23,0	15,5	11,0	2,8	2,6	9,1	0,9	0,7	3,7	4,9	2,8
3	21,0	11,3	9,6	5,9	1,4	1,2	4,0	0,9	0,7	4,0	1,4	1,4
4	15,9	8,5	7,5	4,7	2,3	0,7	3,5	0,7	0,2	1,2	1,2	1,4
5	7,0	3,5	3,5	1,9	0,9	0,5	1,4	0,2	-	0,7	1,2	0,2
6	2,1	0,7	1,4	-	0,5	-	0,2	-	-	1,2	-	0,2

Fonte: Elaboração dos Autores, com base nos questionários aplicados em Hospitais do COREDE.

Quanto ao perfil da população que adota algum tipo de procedimento para prevenção de doenças, foram relacionadas algumas atividades e/ou medidas adotadas como meio de prevenção de doenças, nota-se que, geralmente, 21,8% dos usuários adotam a alimentação como medida de prevenção, 11,5% se previnem por meio de atividade física juntamente com alimentação, 10,1% utilizam das vacinas e alimentação, 8,9% somente atividades físicas, 7% vacinas, 7,7% utilizam mais de três dos procedimentos supracitados, 3,3% utilizam de outros meios e por fim, 2,3% recorrem à atividades físicas e vacinas.

#### 4.3.2 ANÁLISE DESCRITIVA: NÍVEL DE INSTRUÇÃO E CUIDADOS EM POSTOS/CENTROS DE SAÚDE

Ao comparar o perfil dos usuários nas unidades de atendimento hospitalares – postos/centros de saúde, observa-se um perfil diferenciado em termos de nível de instrução e similar em termos de visitas/frequência.

Com relação ao nível de instrução temos que os usuários com ensino fundamental incompleto correspondem à metade do total dos usuários dos postos e centros de saúde do COREDE MDJ, 16% possuem nível de instrução fundamental completo contra 9,9% nível médio incompleto e 13,2% nível médio completo; nível superior incompleto 2,8% e 1% incompleto, e uma população de analfabetos que representando 7,9% do total dos usuários.

Tabela 9 – (%) Visitas em Postos de Centros de Saúde por Faixa de Renda e Nível de Instrução.

<b>% Visitas em Postos de Centros de Saúde no COREDE MDJ - 2006.</b>								
Faixa de Renda	Total da Renda Familiar	NÍVEL DE INSTRUÇÃO						
		Nunca Estudou	Fundamental		Médio		Superior	
			Incompleto	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo
<b>Total</b>		<b>7,9</b>	<b>49,1</b>	<b>16,0</b>	<b>9,9</b>	<b>13,2</b>	<b>2,8</b>	<b>1,0</b>
0	2,3	0,3	1,5	0,5	-	-	-	-
1	21,8	1,8	14,8	2,8	1,8	0,8	-	-
2	42,4	3,1	22,6	6,6	5,1	3,6	1,5	-
3	18,8	1,8	6,1	3,8	1,3	4,8	0,3	0,5
4	10,7	1,0	2,8	1,3	1,3	3,1	0,8	0,5
5	3,3	-	1,0	1,0	0,3	0,8	0,3	-
6	0,8	-	0,3	-	0,3	0,3	-	-

Fonte: Elaboração dos Autores, com base nos questionários aplicados em Postos e Centro de Saúde do COREDE.

Como pode-se observar, na tabela 9, a distribuição da população e níveis de instrução e correspondentes as faixa de renda familiar, encontram-se na interior da tabela em seguida. No início da apresentação relatamos sobre a similar distribuição das visitas em hospitais – postos/centros de saúde, é o que pode-se comprovar em análise aos dados da tabela 10.

Tabela 10 - (%) Frequência em Postos/Centros de Saúde por Faixa de Renda do COREDE.

<b>Frequência em Postos e Centro de Saúde do COREDE por Faixa de Renda - 2006</b>						
Faixa de Renda	Total de Vistas	(% ) Frequência/Visitas				
		Mensal	Trimestral	Semestral	Anual	Quando Doente
		<b>36,4</b>	<b>12,5</b>	<b>6,6</b>	<b>3,6</b>	<b>41,0</b>
0	2,3	1,3	-	0,3	-	0,8
1	21,8	9,7	2,5	0,8	-	8,9
2	42,4	15,5	5,6	2,3	1,0	18,1
3	18,8	6,4	2,5	2,0	1,8	6,1
4	10,7	2,8	0,8	1,0	0,5	5,3
5	3,3	0,8	0,8	0,3	0,3	1,3
6	0,8	-	0,3	-	-	0,5

Fonte: Elaboração dos Autores, com base nos questionários aplicados em Postos e Centros de Saúde do COREDE.

A maior parte dos usuários, assim como nos hospitais, também nos postos/centros de saúde a periodicidade mensal de visitas faz-se mais intensa, e nestas unidades de atendimento 36,4%, o que difere é que a maior parte dos usuários das unidades de atendimento postos/centros de saúde buscam atendimento médicos somente quando doentes, estes representam 41% do total dos usuários, na seqüência temos atendimentos trimestrais, semestrais e anuais, 12,5%, 6,6% e 3,6% respectivamente.

Na tabela 11, podemos analisar a situação de saúde dos usuários das unidades de atendimento postos/centros de saúde, bem como a situação de saúde e medidas utilizadas para

obtenção de melhores condições de vida e saúde, para tanto pode-se por meio da tabela 11, verificar que mais de metade dos mesmo não possuem doenças crônicas 56,7%.

Tabela 11 - (%) População Atingida por Doenças Crônicas e medidas de prevenção de Doenças dos Usuários em Postos/Centros de Saúde do COREDE - 2006.

Doenças Crônicas e Medidas de Prevenção de Doenças em Postos e Centros de Saúde do COREDE MDJ - 2006.												
Faixa de Renda	Total / Renda Familiar	Doenças Crônicas/Medidas de Prevenção										
		Doenças Crônicas		Medidas para Prevenção de Doenças								
		Não	Sim	Nenhuma	Atividade Física (1)	Vacinas (2)	Alimentação (3)	Outras	(1) e (2)	(1) e (3)	(2) e (3)	Mais de dois
Total		56,7	43,3	26,2	6,6	7,9	22,1	1,0	1,3	11,5	12,2	10,4
0	2,3	1,0	1,3	0,8	-	0,5	0,3	-	-	0,3	0,3	0,3
1	21,9	10,9	10,9	6,4	0,8	2,8	4,8	0,3	-	2,5	3,3	0,5
2	42,5	23,4	18,8	12,0	3,3	3,1	8,7	0,5	1,0	4,1	4,8	4,6
3	18,8	11,2	7,6	4,3	1,3	1,5	4,8	0,3	0,3	2,0	2,0	2,3
4	10,4	7,1	3,6	2,3	1,0	-	2,3	-	-	2,0	1,0	2,0
5	3,3	2,5	0,8	0,3	0,3	-	1,0	-	-	0,5	0,8	0,5
6	0,8	0,5	0,3	0,3	-	-	0,3	-	-	-	-	0,3

Fonte: Elaboração dos Autores, com base nos questionários aplicados em Postos e Centro de Saúde do COREDE.

Do total de usuários 26,2% não utilizam de nenhuma medida dentre as destacadas para prevenção de doenças, 22,1% utilizam de uma boa alimentação para a adequação de uma vida mais saudável. Outras análises podem ser realizadas em seqüência com o auxílio da tabela abaixo.

Cabe destacar que os usuários das unidades de atendimento dos hospitais, postos/centros de saúde apresentam situação de saúde similar (comparação tabelas 8 e 11).

## 5 CONSIDERACOES FINAIS

Ao longo do artigo foram discutidas questões relativas ao acesso dos consumidores aos bens de saúde no COREDE MDJ. Toda a discussão foi baseada nas visitas/frequência dos usuários nas unidades de atendimento em hospitais e postos/centros de saúde distribuída entre todos os municípios que fazem parte do COREDE MDJ. Todos os usuários foram classificados em classes/faixas de renda, entre outras variáveis que “definem” a condição socioeconômica e situação de saúde, assim analisamos variáveis como, gênero, grupos étnicos/raça, nível de escolaridade, bem como variáveis representam a situação de saúde como, frequência/visitas às unidades de atendimento, medidas utilizadas para prevenção de doenças. Além disto, destacamos as despesas (fora das unidades de atendimento) que são imputadas aos usuários. Deste perfil, foi possível identificar qual a representatividade dos usuários das menores faixas de renda que tem sido atendido nestas unidades de atendimento de saúde.

Conforme discutido em seções anteriores, os usuários mais pobres entre todas as faixas de renda, ou seja, os usuários “sem remuneração” foram os que tiveram menor participação em visitas tanto nos hospitais quanto em postos/centros de saúde. No outro extremo da distribuição encontram-se os usuários relacionados aos maiores rendimentos (faixas 5 e 6 de renda), estes também possuem baixa representação, principalmente nos setores que demandam maiores necessidades de cuidados representados pelo setor de internação. Já os usuários pertencentes as faixas de renda 1, 2 e 3 são os mais freqüentes nas unidades de atendimento hospitalares e postos/centros de saúde, e representam os usuários mais onerados com despesas (fora das unidades de atendimento), dentre outras despesas os medicamentos e transporte para tratamento são as despesas que mais pesam sobre o orçamento dos mesmos.

Quanto às apólices de saúde, parcela expressiva dos usuários das unidades de atendimento hospitalar não as possui e nas unidades de atendimento postos/centros de saúde esse percentual reduz ainda mais. Desta constatação é possível perceber a importância da assistência pública na saúde nos municípios do COREDE.

Neste contexto, existe a necessidade de políticas públicas que visem criar oportunidades sociais. Criar oportunidade visando a expansão dos serviços básicos como é o caso da saúde, entre outros, contribui para a qualidade de vida da população com níveis rendimentos relativamente baixos. Ao melhorar a qualidade de vida da população impacta diretamente sobre as habilidades produtivas, tornando-os mais produtivos e bem remunerados.

## BIBLIOGRAFIA

AARON, Henry; MCGUIRE Martin C. Public Goods and Income Distribution. *Econometrica* V.38, N.6, p. 907-20, 1970.

BARROS, Ricardo P.; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA Rosane. A Estabilidade Inaceitável: Desigualdade e Pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea, 2001.

DEMERY, Lionel. Benefit Incidence: A Practitioner's Guide. Poverty and Social Development Group Africa Regions, The World Bank, July, 2000.

DIAZ, Maria D. M. Desigualdade Socioeconômica na Saúde no Brasil. Texto para Discussão no14/2001. Programa de Seminários Acadêmicos, IPE/USP. São Paulo, 2001, p.1-19.

FILMER, Deon; HAMMER, Jeffrey; PRITCETT, Lant. Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain World Bank Policy Research Working Paper Number 1874 (January), 1998.

FONSECA, Rosa M. G. S. Equidade de Gênero e Saúde das Mulheres. *Rev Esc Enferm USP*, 39(4):450-9, 2005.

GIAMBIAGI, Fábio, ALÉM, Ana C. D. Finanças Públicas - Teoria e Prática no Brasil. 2ª edição – Rio de Janeiro; Elsevier, 2000.

HENRIQUES, Ricardo. Desigualdade Racial no Brasil: Evolução das Condições de Vida na Década de 90. Rio de Janeiro: Ipea, 2001.

LOPES, Fernanda. Experiências Desiguais ao Nascer, Viver, Adoecer e Morrer: Tópicos em Saúde da População Negra no Brasil. (Projeto - 914BRA3002 - Convênio FUNASA/MS e UNESCO). Brasília, dez 2004.

MEERMAN, Jacob. Public Expenditures in Malaysia: Who Benefits and Why? New York: Oxford University Press, 1979.

NERI, Marcelo; SOARES Wagner. Desigualdade Social e Saúde no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(suplemento): 77-87, 2002.

NISHIJIMA, Marislei; JUNIOR, Geraldo B.; CYRILLO, Denise C. Análise Econômica da Interação entre Saúde Pública e Privada no Brasil: Tratamentos de Alta Complexidade. Área de classificação da ANPEC – 11, Código JEL: I11, I18, D12.

NORONHA, Kenya V. M. de S.; ANDRADE, Mônica V. Desigualdade Social no Acesso aos Serviços de Saúde na Região Sudeste do Brasil. X Seminários sobre a Economia Mineira, 2002.

NORONHA, Kenya V. M. de S.; ANDRADE, Mônica V. Desigualdade Social no Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil. 2002b (mimeo).

PELEGRINI, Maria, L.M.; CASTRO, Janice D.; DRACHLER, Maria L. Equidade na Alocação de Recursos para Saúde: A Experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & A Saúde Coletiva*, 10(2):275-286, 2005.

PORTO, Silvia M. Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde. IN: PIOLA, Sérgio F., VIANNA, Sólton M. (Org.). Economia da Saúde: Conceitos e Contribuições para Gestão da Saúde. Brasília: 1995. p. 123 - 140.

SELOWSKY, Marcelo. Who Benefits from Government Expenditure? New York: Oxford University Press, 1979.

SEN, Amartya K. Desenvolvimento como Liberdade. São Paulo, Companhia das Letras, 2000.

SIMÕES, Celso C. S. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2002.

SOMANATHAN, Aparnaa. Benefit Incidence Analysis: Preliminary results from the Equitap Project. Institute of Policy Studies, Sri Lanka, 2003. Disponível em: <http://www.equitap.org/publications/express/iHEA20031.pdf>. Acesso em 29/jan/08.

SZWARCWALD, Célia L., BASTOS, Francisco I., ESTEVES, Maria A. P., ANDRADE, Carla L. T., PAEZ, Marina S., MEDICI, Érika V., DERRICO, Mônica. Desigualdade de Renda e Situação de Saúde: o caso do Rio de Janeiro. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(1):15-28, jan-mar, 1999.

TRAVASSOS, C., VIACAVA, F., PINHEIRO, R. & BRITO, A. Utilização dos Serviços de Saúde no Brasil: Gênero, Características Familiares e Condição Social. Revista Panamericana de Salud Pública, 11:365-373, 2002.