

GASTOS EM SAÚDE NO BRASIL E SUAS MACRORREGIÕES A PARTIR DE DISTINTOS NÍVEIS DE RENDA

HEALTH EXPENDITURES IN BRAZIL AND ITS MACRO-REGIONS FROM DIFFERENT INCOME LEVELS

GASTOS DE SALUD EN BRASIL Y SUS MACRORREGIONES DE DIFERENTES NIVELES DE INGRESOS

Michele Lopes Pereira¹
Wellington Adilson Domingos Júnior²
Evandro Camargos Teixeira³

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar a relação entre os gastos em saúde das famílias brasileiras e nível de renda familiar, considerando as macrorregiões do país e diferentes estratos de renda. A pesquisa é de caráter quantitativo e descritivo e, para isso, são utilizados dados secundários provenientes da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referente ao período 2017-2018, sendo a dimensão da amostra de 57.920 domicílios, que correspondem a aproximadamente 170.000 indivíduos. Como principais resultados, constatou-se as famílias mais pobres, concentradas principalmente nas regiões Norte e Nordeste, possuem proporcionalmente maior gasto com saúde, destacando-se aqueles relacionados a medicamentos em geral, além de consultas e exames.

Palavras-chave: Gastos em saúde. Nível de renda. Brasil. Macrorregiões.

Abstract

This article aims to analyze the relationship between health expenditures of Brazilian families and family income level, considering the macro-regions of the country and different income strata. The research is quantitative and descriptive in nature and, to this end, secondary data from the Household Budget Survey (POF) of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) referring to the period 2017-2018 are used, and the sample size is 57,920 households, corresponding to approximately 170,000 individuals. As main results, it was found that the poorest families, concentrated mainly in the North and Northeast regions, have proportionally highest spending on health, highlighting those related to medicines in general, as well as consultations and exams.

Keywords: Health Expenditure. Income level. Brazil. Macro-regions.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar la relación entre los gastos en salud de las familias brasileñas y el nivel de renta familiar, considerando las macrorregiones del país y los diferentes estratos de renta. La investigación es cuantitativa y descriptiva y, para eso, se utilizan datos secundarios de la Encuesta de Presupuesto Familiar (POF) del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) referente al período 2017-2018, con un tamaño de muestra de 57.920 hogares, que corresponden a aproximadamente 170.000 individuos. Como principales resultados, se constató que las familias más pobres, concentradas principalmente en las regiones Norte y Nordeste, tienen proporcionalmente mayores gastos en salud, destacándose los relacionados con medicamentos en general, además de consultas y exámenes.

Palabras clave: Gasto en salud. Nivel de ingreso. Brasil. Macrorregiones.

¹ Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica (PPGED) da Universidade Federal de Viçosa (UFV). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5916-2608> E-mail: michele.lopes@ufv.br

² Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica (PPGED) da Universidade Federal de Viçosa (UFV). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6470-2103> E-mail: wellingtondomingosjr@gmail.com

³ Doutor em Economia Aplicada pela ESALQ/USP. Mestre em Desenvolvimento Econômico pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e graduação em Economia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Atualmente, é Professor Associado II do Departamento de Economia da UFV e trabalha com Desenvolvimento Econômico, particularmente com os seguintes temas: criminalidade, saúde, educação e pobreza. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6470-2103> E-mail: evandro.teixeira@ufv.br

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabelece que a saúde é um direito de toda população (BRASIL, 1988), sendo tal diretriz uma das maiores conquistas políticas e sociais atribuídas a diferentes lutas e esforços empreendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária (PAIM, 2009).

A partir da Constituição, surgiram princípios que serviram como pilares para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentado por meio das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 e Lei Complementar nº 141/123-5, que definiram que o SUS seria inteiramente financiado por receitas fiscais gerais do país, cujas principais fontes de financiamento se referem a arrecadação dos impostos das três esferas do governo (PAIM, 2009; SILVEIRA, OSÓRIO e PIOLA et al. 2002).

Apesar da existência de uma lei constitucional que garante a existência de um sistema público de saúde, que garante a universalidade como um de seus princípios fundamentais, o país tem apresentado gastos privados em saúde superiores aos gastos públicos, já que o nível de gastos diretos das famílias como parcela do gasto total em saúde no Brasil, de 25%, está acima da média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que é de 20% (FIGUEIREDO et al., 2018).

Nesse sentido, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) ⁴ de 2002-2003 apontou que os gastos com planos de saúde e medicamentos representaram a maior parcela dos gastos com saúde em todos os estados federativos, representados por cerca de 60% do total no país e mais de 80% nas regiões Norte e Nordeste (MENEZES et al., 2006).

Além disso, analisando-se a composição dos pagamentos diretos, verifica-se que dois terços de todos os gastos diretos estão relacionados a custos com medicamentos. Drummond et al. (2018), usando dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, demonstraram que somente 15,3% da população brasileira teve acesso gratuito pelo sistema público de saúde a todos os medicamentos prescritos e que 63,9% dos indivíduos tiveram dispêndio monetário para obtenção dos fármacos.

Ainda, Silveira, Osório e Piola (2002) destacam que as decisões das famílias brasileiras em alocação de recursos para os itens de saúde; tais como equipamentos, tratamentos, consultas e exames, medicamentos e planos de saúde; exercem significativo impacto no

⁴ Pesquisa realizada pelo IBGE, que tem como principal finalidade avaliar as estruturas de consumo, incluindo gastos e diferentes faixas de rendimentos (IBGE, 2019).

orçamento doméstico. Para os autores, esses gastos competem com outros dispêndios também necessários, tais como alimentação, habitação, educação e transporte.

Assim, considerando que as famílias com menores condições econômicas tendem a remanejar seu orçamento, deixando de adquirir insumos importantes para sua subsistência no intuito de adquirir medicamentos, essas tornam-se mais suscetíveis a problemas de saúde, ou, pela ordem econômica, podem se tornar mais pobres ou até mesmo indigentes (IBGE, 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010; JONES et al., 2006).

Nesse sentido, a temática referente aos gastos das famílias com saúde tem sido recorrente na literatura, dado o referido peso em relação ao nível de renda das mesmas no Brasil (ANDRADE e LISBOA, 2006; MENEZES et al., 2006; SILVEIRA, OSÓRIO e PIOLA, 2002). Entretanto, poucos estudos investigaram as desigualdades nesses gastos, conforme os estratos de renda das famílias (DINIZ et al., 2007) e não foram encontrados trabalhos que o fizeram por macrorregiões brasileiras.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo analisar a relação entre os gastos em saúde das famílias brasileiras, categorizados em despesas com medicamentos, consultas e exames, hospitalização e gastos com planos privados de saúde; e o nível de renda familiar no Brasil e suas macrorregiões, considerando distintos estratos de renda da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), correspondente ao período 2017-2018.

Como já ressaltado, poucos estudos correlacionarem os gastos privados em saúde com diferentes níveis de renda e não foram encontrados trabalhos que fizeram tal análise por macrorregiões brasileiras, o que aponta a contribuição dessa pesquisa. Além disso, o trabalho é relevante ao identificar o padrão de consumo das famílias em saúde, com destaque para aquelas com menor nível de renda. Esse diagnóstico pode fornecer subsídios importantes para o direcionamento de políticas sociais, como aquelas de renda mínima, segurança alimentar, educação, habitação etc. (ALMEIDA e AZZONI, 2016).

Para sua consecução, além dessa seção introdutória, este trabalho está dividido em mais cinco seções. A próxima seção refere-se às evidências teóricas e empíricas relacionadas ao tema. A terceira seção apresenta a metodologia, sendo sucedida pelas seções de resultados, discussão e considerações finais.

GASTOS PRIVADOS EM SAÚDE E NÍVEL DE RENDA: EVIDÊNCIAS TEÓRICAS E EMPÍRICAS

Nesta seção, inicialmente, são apresentados apontamentos sobre a dinâmica dos gastos em saúde no mundo e no Brasil, considerando possíveis nuances de disparidade regional. Posteriormente, discute-se a importância do nível de renda como fator relacionado aos referidos gastos.

Segundo Bueno (2016), analisando-se o ano de 2012, observa-se que os gastos em saúde corresponderam a aproximadamente 10,1% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial. Santos (2015) destaca que, de modo geral, as nações tendem a diversificar a forma de realização dos gastos com saúde, todavia esse específico segmento de gastos torna-se efetivo diante de diretrizes do sistema público ou privado.

Nesse sentido, de acordo com Jones et al. (2006) e Santos (2015), à medida em que se expande o sistema privado de saúde, observa-se retração ou ausência dos gastos públicos relacionados à saúde. Dessa forma, os autores inferem que no mundo a cobertura do serviço público de saúde está intimamente ligada à cesta de consumo dos serviços particulares, considerando a quantidade e o tipo de gasto privado.

Assim, analisando-se a dinâmica dos gastos em saúde nos países desenvolvidos, observa-se certas particularidades em relação a esse específico segmento de consumo. De acordo com Lobato e Giovanella (2012), no que se refere aos gastos com saúde nos Estados Unidos, é possível identificar a existência de um paradoxo, uma vez que o país é aquele com o maior gasto com saúde em termos mundiais e paralelamente possui os piores indicadores dentre os demais países desenvolvidos. Para Blank (2012) e Macciocco (2019), essa dinâmica relacionada aos gastos norte-americanos com saúde refere-se ao contexto da ampla participação privada na área da saúde, frente a uma pouca participação efetiva do poder público, ainda que tenha ocorrido desde o governo Roosevelt, intensificado na era Clinton e Obama, maior aproximação da universalidade do acesso a saúde, via planejamento de políticas sociais.

Segundo Brandão (2019), já no Canadá é possível identificar a existência de gastos públicos e privados relacionados ao sistema de saúde. De acordo com o autor, médicos e demais profissionais da saúde são considerados funcionários liberais, havendo poucos ligados diretamente ao governo. Nesse caso, o que ocorre é a existência de planos de saúde provinciais (de acordo com as províncias do Canadá) custeados pelo governo, de forma que

todos os cidadãos possuem direito ao acesso. Brandão (2019) destaca ainda que no Canadá a rede de atenção primária é a base do modelo, havendo modalidade de médico da família para a comunidade, características essas que por si só tendem a diminuir a tendência de execução de outros gastos privados.

Gurgel et al. (2017), por meio de pesquisas referentes aos gastos com saúde na Alemanha, França e Grã-Bretanha, ressaltam a presença significativa de gastos privados em saúde associados à contratação de seguros privados, além dos gastos diretos realizados pelas próprias famílias.

De acordo com os autores, na França observa-se a realização de gastos em saúde mediante o sistema de copagamento, o que por sua vez induziu a expansão dos gastos privados. Gurgel et al. (2017) salientam que na Grã-Bretanha o seguro social é garantido a toda população, no entanto os gastos com planos privados de saúde são utilizados de forma paralela para obtenção de leitos e outros procedimentos imediatos, sem ausência de fila. Por sua vez, na Alemanha, os autores salientam que o sistema de saúde está vinculado ao sistema de seguridade social, de modo que os que optam por planos privados não podem participar do sistema público de saúde.

Em suma, para os autores, mesmo diante de iniciativas de participação do setor público, nos três países observa-se tendência de elevação dos gastos privados em saúde, situação que tende a comprometer cada vez mais o orçamento das famílias.

De acordo com Montekio et al. (2011), em relação aos gastos com saúde no Brasil, é possível observar dois cenários, sendo estes o que compreende o sistema público de saúde (SUS) e o sistema privado (bens e serviços particulares). Para Paim et al. (2011), o SUS corresponde ao serviço público, sendo este gratuito e universal, de modo que todo cidadão brasileiro tem como prerrogativa o acesso. Em contrapartida, os autores ressaltam que paralelo ao sistema público de saúde há o sistema privado, o qual compreende a contratação direta de serviços, mediante prestadores particulares, como clínicas, hospitais, empresas de planos de saúde dentre outros. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2007), esses dois setores são os responsáveis pelo sistema de saúde suplementar do brasileiro, ou seja, a rede de saúde do país.

Carneiro et al. (2013) destacam que no Brasil a própria característica social do país associada a assistência à saúde tende a gerar contextos de desigualdade socioeconômica. Para os autores, uma das alternativas de enfrentamento de determinadas disparidades é a obtenção de preços mais justos, através de um bom gerenciamento das organizações

responsáveis (instituições públicas e privadas); observação das características populacionais e regionais, como por exemplo a questão etária, pois à medida que se expande faz-se necessário maior nível de gastos; além de verificação das condições de acesso da população aos mecanismos de acesso à saúde que estão disponíveis.

De modo específico, Albuquerque (2017) destaca que é possível observar uma constante diminuição dos leitos, equipamentos e serviços hospitalares nos pequenos municípios em localidades distantes dos grandes centros, frente ao aumento de equipamentos de média e alta complexidade em um número restrito de municípios de grande porte e centros macrorregionais, situação que demonstra aspectos da desigualdade regional, vigente entre as regiões do país.

Para Viacava (2016), o próprio contexto socioeconômico que ilustra as desigualdades regionais, no caso a disparidade de renda, escolaridade, padrões de vida entre as diferentes regiões do país, são fatores que perpetuam determinadas desigualdades na distribuição de recursos necessários aos serviços de saúde, que por sua vez tendem a alimentar essa disparidade regional presente ainda em tempos atuais.

Desse modo, observa-se que a desigualdade entre as diferentes regiões do país tende a se transfigurar em determinadas assimetrias, que de acordo com Santos (2018), podem ser identificadas inclusive em relação aos serviços de saúde. Para o autor, essas assimetrias podem ser melhor analisadas junto a outros indicadores econômicos, como o nível de renda. Dessa forma, ao analisar questões referentes ao nível de gastos com medicamentos diante de diferentes estratos de renda, torna-se relevante uma análise que leve em consideração as diferenças socioeconômicas entre as regiões do Brasil, trazendo assim uma maior gama de informações sobre a realidade do cenário nacional e suas implicações econômicas, diante do objeto de estudo a ser investigado.

A análise dos gastos familiares em saúde de acordo com o nível de renda é importante, já que como ressaltado por Rosa et al. (2014), o fator renda é um importante recurso de análise, uma vez que possibilita a classificação da sociedade ou sua estratificação, quando necessária a observação de determinados grupos associados a determinadas formas de consumo.

Ainda, Nogueira et al. (2019) observam que a renda tem sido um indicador relevante, amplamente utilizado em medidas de mensuração da pobreza, índices de desigualdade, inclusive quando na observação das circunstâncias que restringem a escolha dos agentes econômicos. Para os autores, ainda que haja debate sobre o uso sistemático da renda para

subsequentes análises, salienta-se que diferentes níveis de renda influenciam nas diferentes estratégias utilizadas pelas famílias na alocação dos recursos.

No que se refere a relação do nível de renda com os gastos em saúde, de acordo com Figueiredo et al. (2018), grande parte das famílias possui como gasto direto o pagamento de serviços de saúde, medicamentos, exames e consultas, de modo que determinadas precariedades as direcionam a uma maior necessidade de realização de dispêndios relacionados à saúde.

Dessa forma, segundo Silveira Osório e Piola (2002), os gastos dos estratos mais pobres da população são qualitativamente e quantitativamente distintos daqueles realizados da parcela da população com nível de renda mais elevado. Nesse sentido, famílias das pessoas que estão entre os 30% mais ricos são responsáveis pela maior parte dos gastos totais, enquanto no caso das mais pobres a maior parte dos dispêndios em saúde se refere a compra de medicamentos, cujo peso na renda domiciliar é muito elevado.

Em paralelo, Diniz et al. (2007) ressaltam que famílias detentoras dos menores níveis de renda, no tocante aos gastos com saúde, gastam essencialmente com medicamentos e à medida que se observa progressivamente os estratos mais ricos, nota-se majoritariamente a importância dos dispêndios com planos de saúde. Desse modo, Libório (2021) elucida que ao se observar determinadas questões de disparidade social, a renda torna-se sem dúvidas um importante indicador na composição de um cenário mais amplo e complexo no tocante aos gastos em saúde.

Em suma, Kilsztajn et al. (2002) inferem que tratando-se dos orçamentos familiares, possíveis situações de reduções sistemáticas do nível de renda tendem a reduzir o nível médio de gastos com saúde. Todavia, para os autores, essa tendência pode não ocorrer, uma vez que determinados gastos são necessários para tratamento e recuperação de enfermidades, sendo esses necessários à sobrevivência. Desse modo, o que pode ocorrer é um maior peso do dispêndio com saúde em relação a quantidade de recursos disponíveis, inclusive em possíveis cenários de redução dos níveis de renda.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho caracteriza-se por ser uma pesquisa quantitativa e descritiva e, para isso, utilizou-se microdados originados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2017/2018 (POF 2017-2018). A POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares -, dentre suas várias

implicações têm como finalidade avaliar as estruturas de consumo, gastos, receitas e parte da variação patrimonial das famílias, o que possibilita a apresentação de um perfil das condições de vida da população brasileira, a partir da análise dos orçamentos domésticos.

O caráter quantitativo se deve ao fato de as variáveis utilizadas serem quantificáveis, possibilitando análises estatísticas sobre determinado grupo amostral. Segundo IBGE (2019), foram realizadas entrevistas em 57.920 domicílios, sendo que para a pesquisa foi considerada toda a amostra, sendo fosse possível realizar análises a nível nacional no intuito de fornecer uma resposta mais abrangente sobre o nível de gastos das famílias.

Em um primeiro momento, a partir da POF-1⁵, moradores, foram observadas informações referentes ao nível de renda dos domicílios, além de sua localização. A partir desses dados, foi criada a variável nível de renda total (*RT*). Essa variável permitiu observar as diferentes médias de renda de todos os domicílios e agrupá-los em diferentes categorias. Ao todo, foram criadas seis faixas de renda, sendo *RT1* referente a rendimentos de até $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo⁶, *RT2* renda entre $\frac{1}{4}$ de salário e $\frac{1}{2}$ salário-mínimo, *RT3* rendimentos entre $\frac{1}{2}$ salário e 1 salário-mínimo, *RT4* renda entre 1 salário-mínimo e 5 salários, *RT5* renda entre 5 e 10 salários-mínimos e *RT6* rendimentos acima de 10 salários-mínimos.

Para a construção da variável região, relevante para categorização dos estados brasileiros de acordo com as cinco principais regiões geográficas, dado o objetivo de sinalizar possíveis traços de disparidade regional, novamente foi utilizada a POF-1. Dessa forma, os domicílios, a partir da sua localização estadual, foram agrupados nas suas respectivas regiões. De modo subsequente, foi possível agrupar os domicílios nas cinco regiões do Brasil, respectivamente Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul.

Diante da proposta de realizar uma análise sob a ótica dos gastos, foi necessária a criação da variável gastos com saúde. Para tal, como forma de controle, utilizou-se a POF-3⁷ e POF-4⁸, sendo estes o bloco de consumo individual e a caderneta de despesas coletivas, respectivamente. Paralelo a esses dados, foi utilizada a POF-13, que retrata as questões específicas referentes à saúde. Salienta-se que no tocante a POF-4 foram considerados todos

² Questionário que agrupa características dos domicílios e dos moradores, havendo inúmeras informações que vão desde condições de escolaridade e saúde, até níveis de renda de cada domicílio (IBGE, 2019).

³ Ressalta-se que o salário-mínimo base foi corresponde ao valor de R\$ 937,00 referente ao ano de 2017, ano da pesquisa (IBGE, 2019).

⁷ Questionário que também pode ser definido como caderneta de despesas coletivas, referente aos gastos diários da unidade de consumo (IBGE, 2019).

⁸ Questionário que detém informações sobre o bloco de consumo individual, ou seja, gastos individuais realizados por morador do domicílio (IBGE, 2019).

os indivíduos em idade apta para obter um determinado nível de renda e realizar subsequentes gastos.

Sobre a escolha do uso desses três questionários, salienta-se que caso fosse utilizada somente a caderneta de despesas coletivas, por exemplo, poder-se-ia obter resultados somente dos gastos realizados pela pessoa de referência no domicílio, principal provedor, de modo que os gastos realizados por outros moradores não seriam representados. Assim, considera-se relevante considerar todos os moradores para que seja possível a obtenção de informações mais próximas com a realidade da população analisada, obtendo dessa forma análises mais concisas e fidedignas que possibilitem posteriormente a implementação de políticas públicas focalizadas e efetivas.

Para unificar a caderneta de despesas coletivas com as despesas individuais, foi necessário agrupar o código do informante, assim como o código de cada indivíduo, em seu respectivo domicílio, mediante o número do domicílio, obtido através do arquivo dicionário de variáveis. Nesse sentido, optou-se pela combinação desses dois segmentos de dados, acrescidos da POF-13 referente à saúde, que por sua vez continha as mesmas variáveis das demais, o que possibilitou a unificação das bases de dados, o que possibilitou uma análise mais concisa sobre a realidade dos domicílios.

De acordo com Garcia et al. (2013), ao se abordar determinados segmentos de consumo associados à saúde considera-se que os gastos com medicamentos, por exemplo, têm efeitos relevantes no tocante ao estado de saúde individual. Para os autores, esse gasto está relacionado à determinada capacidade produtiva e de renda do indivíduo, em paralelo ao orçamento familiar total disponível para o financiamento da assistência à saúde.

Dessa forma, ressalta-se que ainda que as decisões sobre os gastos com saúde sejam tomadas em família, ou seja, em grupo, os gastos são destinados a um indivíduo específico, situação que reforça tal procedimento. Além disso, a análise também perpassa pela temática da universalização da saúde, de modo que todos os indivíduos possuem o direito de acesso ao atendimento, tratamento e fornecimento de medicamentos.

No tocante às despesas, especificamente sobre o nível de gastos, todos esses bancos de dados possuíam em comum a variável 9001⁹, catalogada no dicionário de variáveis da POF (2017/2018), essa variável refere-se a todos os produtos catalogados e listados e consumidos

⁹ A variável de código 9001 refere-se todos os produtos adquiridos e consumidos por aqueles que vivem em determinada unidade domiciliar (IBGE, 2019).

nos domicílios em determinado espaço de tempo. Nesse caso, optou-se por considerar os gastos referentes ao consumo mensal.

A partir dessa variável foi necessário trabalhar de forma mais detalhada com o arquivo cadastro de produtos, onde são listados todos os itens consumidos no domicílio. Desse modo, foram selecionados todos os itens referentes ao segmento saúde. Salienta-se que esse arquivo continha todos os itens, sem nenhuma classificação ou categorização por segmento ou característica. Então, foi necessário separar e categorizar quais itens se enquadram no segmento saúde.

Após o destaque desses itens, observou-se que havia uma ampla quantidade de produtos e despesas, optando por classificá-los em três categorias, sendo esses gastos com medicamentos (*gastosmed*), gastos com consultas, exames e procedimentos (*gconsultaexamepro*), gastos com hospitalização (*ghosp*) referente principalmente às internações, e gastos com planos privados de saúde (*gastoplan*). Sobre essas respectivas categorias, ressalta-se que elas correspondem aos três maiores blocos de consumo associados à saúde, partindo do pressuposto das vertentes básicas de Atenção Primária à Saúde, referente ao âmbito individual e coletivo, o qual abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2019).

De forma subsequente, foram obtidas as médias de cada uma dessas variáveis, ou seja, a média de gastos de cada uma das três categorias que envolvem os gastos com saúde. Desse modo, foi possível observar em que medida essas médias de gastos com saúde se alteram de acordo com as diferentes faixas de renda, além da região em que os domicílios estão localizados. A partir desses dados, foi possível obter as seguintes informações: média de gastos com medicamentos para as seis faixas de renda (RT1, RT2, RT3, RT4, RT5 e RT6) e cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), média dos gastos com consultas, exames e procedimentos para as respectivas seis faixas de renda e cinco regiões do país e média de gastos com hospitalização e planos privados de saúde para as seis faixas de renda e cinco regiões do Brasil, citadas anteriormente.

RESULTADOS

Esta seção está dividida em três subseções, sendo que na primeira são apresentados os resultados referentes aos gastos com saúde no Brasil em relação aos diferentes estratos de renda, ou seja, é possível observar a média de gastos com saúde (subdivido em quatro

categorias) em cada estrato de renda, sendo estes compreendidos em seis níveis de renda. Na subseção seguinte, são apresentados os resultados referentes ao nível de gastos com saúde para as cinco regiões do país, compreendidas entre as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Por fim, na última subseção são apresentados os resultados associados ao nível de gastos com saúde por faixas de renda e regiões, no intuito de observar possíveis traços de disparidades regionais no que tange a relação entre gastos em saúde e diferentes níveis de renda.

Gastos em saúde em relação aos diferentes estratos de renda

Diante do objetivo proposto nesse trabalho, apresentam-se os resultados que possibilitaram analisar o nível de gastos com saúde entre os diferentes estratos de renda e regiões do Brasil. Como primeiro resultado, a partir da Tabela 1, se faz presente a média de gastos com medicamentos, consultas/exames, hospitalização e planos de saúde de acordo com as diferentes faixas de renda.

É possível observar que à medida que os níveis de renda aumentam, existe uma tendência de elevação nos gastos com saúde, sendo esse resultado semelhante ao verificado por Garcia et al. (2013). Sobre as faixas de renda mais baixas, especificamente RT1 e RT2, observa-se que não houve comportamento uniforme de aumento gradual, como ocorreu nas demais faixas de renda.

Salienta-se que nessa pesquisa foram utilizados valores referentes à média de gastos com saúde e média de renda individual, considerando os domicílios como unidade doméstica de consumo, o que por sua vez pode gerar uma pequena discrepância de determinado segmento amostral para o outro. Ainda assim, torna-se relevante inferir que mesmo os domicílios com indivíduos categorizados em faixas de renda entre $\frac{1}{4}$ de salário, $\frac{1}{2}$ salário e 1 salário-mínimo, esses possuem gastos com medicamentos, consultas e exames.

Tabela 1 - Média dos gastos com saúde por faixas de renda.

Gastos	RT1 até $\frac{1}{4}$ de salário	RT2 $\frac{1}{4}$ até $\frac{1}{2}$ salário	RT3 $\frac{1}{2}$ até 1 salário	RT4 1 salário a 5 salários	RT5 5 a 10 salários	RT6 acima de 10 salários
Medicamentos	R\$ 23,11	R\$ 23,10	R\$ 25,11	R\$ 45,00	R\$ 59,27	R\$ 197,00

Consultas/Exames	R\$10,86	R\$24,84	R\$ 14,00	R\$ 45,48	R\$77,28	R\$ 177,75
Hospitalização	R\$ 0,00	R\$ 00,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 2,61	R\$ 6,14
Planos Privados de saúde	R\$ 5,23	R\$ 1,02	R\$ 5,35	R\$ 25,60	R\$ 115,6	R\$ 435,00

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE – POF 2017/2018.

Em tese, esses indivíduos estariam amparados pelo SUS, todavia eles tendem a arcar com parte de seus gastos com saúde. Salienta-se que em termos proporcionais, valores entre R\$ 10,00 e R\$ 25,00 são quantias significativas para aqueles que possuem rendimentos agrupados nas menores faixas de renda. Nesse sentido, Silveira (2002) aponta que a ausência de determinados gastos com saúde entre as famílias correspondentes aos estratos mais baixos de renda tende a ser creditada a existência do Sistema Único de Saúde. Ressalta-se que isso não isenta as famílias de terem seu orçamento comprometido em termos proporcionais, quando necessária a obtenção de determinados bens de consumo associados à saúde de forma privada.

Tratando-se dos gastos com hospitalização, estes não foram relativamente expressivos, de modo que independentemente da região ou nível de renda, seu valor oscilou entre R\$ 0,00 e R\$ 4,00. Segundo Varela et al. (2020), diante da complexidade que envolve a ótica dos gastos com saúde, acrescidas das limitações relacionadas a obtenção de informações e dados que retratem esse tipo específico de despesa, sugere-se a utilização de outras informações, tais como gastos com planos de saúde, no intuito agregar maior completude de análise. Em suma, diante desse comportamento, como método de controle foi inserida a variável gastos com planos privados de saúde.

Assim, a respeito dos gastos com planos privados de saúde, pode-se concluir que aqueles que possuem cifras mais expressivas com esse específico segmento de consumo, são indivíduos pertencentes aos domicílios que possuem rendimentos totais acima de 5 salários-mínimos. De acordo com Malta et al. (2017), observa-se a prevalência de indivíduos com planos de saúde privados em grupos com índices elevados de escolaridade e renda, em áreas majoritariamente urbanas e empregos fixos. Nesse caso, observa-se que existe um significativo distanciamento socioeconômico entre as famílias com menor nível de renda e aquelas que possuem rendimentos mais elevados, inclusive no tocante à saúde, situação que por sua vez sinaliza a amplitude da desigualdade social que se faz presente no país.

Diante das informações apresentadas na Tabela 1, pode-se inferir ainda que os gastos com medicamentos apresentam maior volume monetário entre indivíduos que possuem rendimentos acima de 5 salários-mínimos. Ao se observar as menores faixas de renda, destacando-se especificamente os estratos RT1, RT2 e RT3, onde nota-se que o nível de gastos com medicamentos, ainda que mais expressivo entre as diferentes categorias de consumo analisadas, não correspondem sequer à metade do valor observado entre os estratos mais ricos, situação que por sua vez denota traços de desigualdade social. Estes resultados vão ao encontro da pesquisa realizada por Cascaes et al. (2017). Para os autores, as famílias mais ricas são responsáveis por um volume maior de gastos com saúde, todavia tratando-se da renda familiar, o impacto total ainda é muito maior sobre os rendimentos dos domicílios mais pobres, o que por sua vez ilustra a existência de possíveis situações de desigualdade social.

Nos três estratos econômicos destacados, compreende-se que os gastos com medicamentos e consultas/exames são os mais expressivos dentre os gastos com saúde. De forma específica, foi possível verificar que os valores são similares, no entanto observa-se que não há uniformidade entre os gastos que mais se destacam entre esses três níveis de renda. É possível notar que os gastos com medicamentos e consultas são os mais significativos nesses domicílios com nível de renda entre $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo e 1 salário. Sobre as categorias de renda RT4 e RT5, observa-se que os gastos mais expressivos foram relativos a consultas e exames, situação que se transfigura quando observados aqueles que possuem rendimentos acima de 10 salários, em que os maiores gastos associados à saúde foram referentes aos planos privados de saúde.

Gastos em saúde nas macrorregiões do Brasil

Uma vez destacada a relação dos gastos com saúde com os diferentes estratos de renda, torna-se também importante realizar análises a nível regional, de modo que sejam obtidas maiores informações e riqueza de detalhes sobre a realidade brasileira, proporcionando um amplo entendimento sobre os gastos com saúde, além de possíveis discrepâncias no cenário nacional.

A partir da Tabela 2, observa-se que em relação à média de gastos com medicamentos, as regiões Norte e Nordeste apresentaram um nível médio de gastos abaixo da média nacional, sendo que essa situação não se restringe somente aos gastos com medicamentos, sendo também no tocante aos gastos com consultas/exames e planos privados de saúde. Sobre essa

variável, observa-se uma grande discrepância regional, onde o Sudeste foi a região que apresentou maior média de gastos, sendo de R\$ 158,00; frente à região Norte, onde observou-se uma média de R\$ 16,56 mensais. Tal cenário ilustra possíveis traços de desigualdade regional.

Tabela 2 – Média dos gastos com saúde por macrorregião

Gastos	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Centro-Oeste	Sul
Medicamentos	R\$ 52,08	R\$ 35,98	R\$ 42,16	R\$ 62,11	R\$ 56,73	R\$ 70,72
Consultas/Exames	R\$ 66,37	R\$ 40,57	50,19	R\$ 77,10	R\$95,77	R\$ 86,39
Hospitalização	R\$ 1,81	R\$ 1,75	R\$ 0,74	R\$ 1,84	R\$ 2,99	R\$ 4,03
Planos Privados de saúde	R\$ 92,14	R\$ 16,56	R\$ 69,05	R\$ 158	R\$ 115,7	R\$ 82,52

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE – POF 2017/2018.

*Os valores são referentes ao gasto mensal.

Esse resultado vai ao encontro das inferências de Assis e Linhares (2018). Para os autores, o Brasil, diante de sua vasta extensão territorial mesclado de um compilado de variedades étnicas, culturais, raciais e sociais, apresenta certas distinções regionais diante de distanciamentos socioeconômicos, notadamente observados entre as regiões Norte-Nordeste em relação aos estados do Centro-Sul.

Ao se analisar os gastos com medicamentos, é possível identificar que o valor médio desse específico segmento de gastos na região Sul é aproximadamente o dobro do valor observado na região Norte. Por sua vez, considerando-se a variável gastos com consultas/exames, nota-se que essa relação persiste não somente em relação à região Sul, mas também em comparação com a região Centro-Oeste e com a região Sudeste, situação que denota nuances de distanciamento regional em termos de consumo e acesso a determinados bens e serviços relacionados à saúde.

Em suma, pode-se destacar que as regiões Norte e Nordeste apresentam significativa discrepância em relação ao nível de gastos com saúde em comparação às demais regiões. Ainda assim, a região Norte destaca-se como a localidade que possui os menores gastos médios com medicamentos, consultas/exames e planos privados de saúde. Estes resultados corroboram com o que fora encontrado por Ribeiro et al. (2017). Para os autores, existe uma

ampla desigualdade socioeconômica quando observadas as regiões do eixo Norte-Nordeste em comparação com as regiões do Centro-Oeste Sudeste e Sul.

Gastos em saúde no Brasil e macrorregiões nos diferentes estratos de renda

A partir da Tabela 3 foi possível identificar o nível médio dos gastos com saúde em cada região e de acordo com as seis faixas de renda estabelecidas. Dessa forma, realizou-se uma comparação entre os indivíduos categorizados em domicílios com as mesmas faixas de renda e entre as diferentes regiões do Brasil.

Tabela 3 - Média dos gastos com saúde por faixas de renda e região

Gastos	Renda	Norte	Nordeste	Sudeste	Centro-oeste	Sul
Medicamentos	até ¼	R\$ 23,18	R\$ 17,83	R\$ 29,74	R\$ 19,89	R\$ 39,16
	entre 1/4 e 1/2 salário	R\$ 17,20	R\$ 21,53	R\$ 29,49	R\$ 46,07	R\$ 49,69
	entre 1/2 e 1 salário	R\$ 21,70	R\$ 21,87	R\$ 42,14	R\$ 29,04	R\$ 35,62
	entre 1 e 5 salários	R\$ 32,28	R\$ 37,32	R\$ 54,61	R\$ 49,71	R\$ 64,15
	entre 5 e 10 salários	R\$ 42,74	R\$ 54,21	R\$ 64,97	R\$ 55,57	R\$ 68,40
	acima de 10 salários	R\$ 70,92	R\$ 85,54	R\$ 90,70	R\$ 83,98	R\$ 96,81
Consultas/exames	até 1/4	R\$ 20,62	R\$ 2,16	R\$ 13,04	R\$ 4,99	R\$ 26,04
	entre 1/4 e 1/2 salário	R\$ 5,80	R\$ 21,25	R\$ 105,4	R\$ 3,51	R\$ 22,07
	entre 1/2 e 1 salário	R\$ 10,01	R\$ 15,67	R\$ 9,94	R\$ 23,24	R\$ 16,95
	entre 1 e 5 salários	R\$ 29,24	R\$ 42,18	R\$ 49,39	R\$ 54,65	R\$ 61,61
	entre 5 e 10 salários	R\$ 62,26	R\$ 62,89	R\$ 75,44	R\$ 101,9	R\$ 85,71
	acima de 10 salários	R\$ 123,3	R\$ 138,1	R\$ 201,1	R\$ 225,6	R\$ 165,5
Hospitalização	até 1/4	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	entre 1/4 e 1/2 salário	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	entre 1/2 e 1 salário	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	entre 1 e 5 salários	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	entre 5 e 10 salários	R\$ 4,40	R\$ 0,00	R\$ 3,22	R\$ 3,78	R\$ 2,39
	acima de 10 salários	R\$ 8,37	R\$ 5,81	R\$ 1,87	R\$ 7,03	R\$ 11,06
Planos privados	até 1/4	R\$ 0,00	R\$ 4,54	R\$ 18,12	R\$ 2,91	R\$ 5,53
	entre 1/4 e 1/2 salário	R\$ 0,13	R\$ 0,30	R\$ 3,40	R\$ 8,79	R\$ 5,11
	entre 1/2 e 1 salário	R\$ 0,87	R\$ 2,54	R\$ 22,38	R\$ 7,52	R\$ 17,44
	entre 1 e 5 salários	R\$ 4,76	R\$ 21,16	R\$ 46,13	R\$ 25,33	R\$ 26,23
	entre 5 e 10 salários	R\$ 25,95	R\$ 136,7	R\$ 166,2	R\$ 91,42	R\$ 73,69
	acima de 10 salários	R\$ 115,2	R\$ 456,9	R\$ 618,0	R\$ 455,1	R\$ 268,1

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE – POF 2017/2018.

Sobre os gastos com medicamentos, os indivíduos categorizados em faixas de renda entre $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$ salário-mínimo e localizados na região Norte, estes obtiveram as menores média de gastos com esse específico segmento de consumo, atingindo o valor médio de R\$ 17,20. Nesse sentido, a maior média de gastos com medicamentos foi de R\$96,81, referente aos domicílios da região Sul, com indivíduos que possuem rendimentos acima de 10 salários-mínimos.

Tratando-se dos gastos com consultas e exames, aqueles provenientes da região Nordeste dos indivíduos com rendimentos de até $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo corresponderam às menores médias, sendo de aproximadamente R\$ 2,16. Diante dessa cifra, pode-se ilustrar a inexistência desse serviço ou a necessidade de realização do gasto, situação que por sua vez reafirma o possível contexto de precariedade e de falta de acesso a saúde que algumas famílias podem estar inseridas.

Salienta-se que frente a esse ínfimo gasto, o maior dispêndio com consultas e exames foi de R\$225,60, observado em domicílios localizados na região Centro-Oeste, entre aqueles que possuem rendimentos acima de 10 salários-mínimos. No tocante aos gastos com planos de saúde, constatou-se que a região que possui a maior média de gastos com esse específico segmento de consumo foi o Sudeste e entre aqueles que possuem rendimentos acima de 10 salários (RT6) mínimos, que apresentaram média de gastos com planos privados de aproximadamente R\$ 618,00.

Observando-se aqueles que possuem rendimentos categorizados nas faixas de RT4 e RT5, foi possível inferir que a região Sudeste se mantém como aquela que possui a maior média de gastos com planos privados de saúde. De modo geral, considerando todas as faixas de renda analisadas, as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste destacam-se como as que possuem as maiores médias de gastos com saúde.

Ainda, analisando-se as três categorias que envolvem gastos com saúde, essas regiões mantêm-se nessa posição de destaque. Por sua vez, as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores médias de gastos com saúde, situação que aponta possíveis traços de desigualdade social e regional. Esses resultados confirmam o que fora verificado por Piola et al. (2018), que ao avaliarem os níveis de gastos com saúde da população brasileira, notaram que os valores correspondentes a cada região são nitidamente desiguais.

DISCUSSÃO

Diante dos resultados apresentados, foi possível compreender que no tocante aos gastos com saúde, categorizados como gastos com medicamentos, consultas/exames e hospitalizações, observa-se significativos traços de desigualdade social e regional. Assim, indivíduos provenientes de domicílios localizados nas regiões Norte e Nordeste com rendimentos entre $\frac{1}{4}$ de salário e 1 salário-mínimo são os que possuem as menores médias de gasto com saúde, o que foi verificado em todas as categorias destacadas.

Ainda, de acordo com Araújo e Flores (2017), existe um distanciamento das regiões Norte e Nordeste frente aos territórios com menor concentração de pobreza. Para o autor, mesmo que o país como um todo tenha passado por um processo de crescimento econômico nos últimos 20 anos, reduzindo distanciamentos socioeconômicos, a concentração de pobreza nas regiões mais vulneráveis aumentou em comparação às demais localidades.

Dessa forma, esse contexto tende a transfigurar-se na disponibilidade de recursos a serem direcionados ao consumo, comprometendo de forma significativa os domicílios com menores faixas de renda, que frente a esse cenário tendem a apresentar maiores limitações associadas aos gastos com bens essenciais, dentre eles os gastos com saúde.

A partir dos resultados da pesquisa, identificou-se ainda que as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul, alternam-se entre si as posições de maior média nos gastos com saúde à medida em que se variam as categorias analisadas. Segundo Santos et al., (2018), é notório o entendimento de que o Brasil é marcado historicamente por traços de desigualdade regional, de modo que as regiões Sul e Sudeste, além do Centro-Oeste, se destacam como as mais ricas do país.

De modo específico, com relação aos gastos com hospitalização¹⁰, a partir dos dados apresentados, observou-se que independentemente da faixa de renda ou região, os valores mantiveram-se entre aproximadamente R\$ 0,00 e R\$ 11,00; observando-se a Tabela 3. Esse resultado não foi considerado expressivo e novamente foi inserida na análise a variável gastos com planos privados de saúde. Essas duas variáveis analisadas de forma conjunta possibilitam a compreensão de dois contextos distintos e complementares.

De acordo com Ocké-Reis (2015), indivíduos que possuem rendimentos abaixo de 1 salário-mínimo, diante de possíveis limitações na disponibilidade de recursos e em caso de necessidade de atendimento hospitalar, tendem a realizar essa ação mediante o respaldo do

¹⁰ Salienta-se que os gastos com hospitalização são referentes aos gastos propriamente associados às internações.

SUS, que possui dentre suas principais diretrizes a gratuidade e universalidade do atendimento à saúde, não sendo necessário o dispêndio de gastos. Desse modo, para o autor, o SUS tem sido exitoso no acesso a determinados bens e serviços, inclusive em casos de internações, ainda que em determinados casos e setores de serviços não atenda plenamente a população, situação que faz com que as famílias assumam alguns gastos, como aqueles com medicamentos.

De forma concomitante, pode-se notar que os indivíduos que possuem rendimentos acima de 5 salários-mínimos, em caso de hospitalização, havendo necessidade de internação, tendem a realizar essa ação mediante a utilização do plano de saúde privado, que é expressivo entre indivíduos categorizados nessa faixa de renda. Assim, não haveria gastos com internação, uma vez que o plano mensalmente pago, em tese, já fornece esse tipo de atendimento e custeio. De acordo com Rocha et al. (2020), aproximadamente 50% dos leitos são pertencentes à rede privada, situação que sinaliza uma elevada proporção no número de leitos particulares.

Em suma, como observado por Ocké-Reis et al. (2015), a partir desses dois contextos, processo desigual de dupla entrada por aqueles que detêm planos de saúde e uma entrada via SUS por aqueles que não possuem planos privados, observa-se que em ambos os casos a tendência dos gastos com hospitalização é mínima, o que tende a ilustrar os resultados ínfimos associados a variável gastos com hospitalização.

Sobre os gastos com planos de saúde, no geral, foi possível verificar que as regiões que mais se destacam com as maiores médias são Sudeste e Centro-Oeste, respectivamente. Sobre essa constatação, é possível inferir que as supracitadas regiões são importantes centros de referência no tratamento para as mais diversas patologias, além de serem aquelas que apresentam as maiores médias de renda.

Além disso, de acordo com Garcia et al. (2015), os gastos com planos privados de saúde no Brasil estão positivamente associados ao nível de renda das famílias. Para os autores, quando se observa de forma específica as regiões, pode-se afirmar que os gastos com planos privados de saúde das regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul, chegam a ser até três vezes superiores em comparação com as regiões Norte e Nordeste, situação que ilustra a amplitude dos distanciamentos regionais.

Especificamente no que tange a adesão aos planos privados de saúde, observa-se que maiores taxas de não adesão são para as regiões Norte e Nordeste (TAVARES et al, 2016; MENGUE et al, 2016). Uma das explicações cabíveis para tal resultado se dá pelo fato de que

nessas regiões tem-se menor funcionalidade/acesso aos serviços de saúde (VIACAVA e BELLIDO, 2016), além de menor acesso a medicamentos e assistência à saúde, em comparação com as demais regiões (DRUMMOND et al., 2018).

Como já ressaltado, neste trabalho, optou-se por analisar gastos médios com medicamentos, hospitalização, consultas médicas e planos de saúde para o total dos indivíduos inseridos em seus respectivos domicílios, segundo grupos de renda e região. Nesse sentido, no geral, a compra de medicamentos foi o componente de maior peso no total dos gastos com saúde das famílias de menor renda, embora em termos absolutos seja muito menor que o gasto das famílias com maior nível de renda. Já os gastos com planos de saúde corresponderam ao maior peso total para as famílias de maior nível de renda. Esse resultado vai ao encontro da pesquisa realizada por Garg e Karan (2009), onde os gastos com planos de saúde corresponderam a um valor de aproximadamente 70% dos dispêndios.

Quanto aos gastos com medicamentos, observou-se que esses foram expressivos tanto para a população com maior nível de renda, assim como para a população mais pobre. Embora o Brasil possua políticas de distribuição de medicamentos e incentivos governamentais de cunho gratuito, viabilizados mediante o Programa de Farmácia Popular, compreende-se que as famílias com menor nível de renda ainda comprometem, proporcionalmente, maior parcela da renda familiar com medicamentos do que as famílias mais ricas (GARCIA et al., 2013).

Analisando-se os gastos dos décimos mais pobres e dos mais ricos é possível verificar que os gastos são qualitativamente próximos, ainda que distintos. Para as famílias mais pobres, a principal categoria de gastos com saúde são os medicamentos. Já à medida que os estratos com renda mais elevada são avaliados, crescem paulatinamente os gastos com planos de saúde. Ressalta-se que os gastos com medicamentos são proporcionalmente expressivos em todos os décimos de renda. Além disso, quando analisados os gastos por regiões do país, percebe-se que a adesão a medicamentos indica desequilíbrio e desigualdade entre as regiões do país.

Nesse sentido, Pitombeira e Oliveira (2020) destacam que as condições de saúde da população brasileira estão intimamente associadas à desigualdade social, fruto de uma trajetória histórica. Para os autores, os gastos com saúde entre os mais pobres estão presentes, ainda que em níveis desproporcionais em relação às famílias com rendimentos mais elevados. Os autores definem que isso ilustra a ideia de que toda a população, diante de variados contextos de vida, possui essa despesa de alguma forma, mas existe uma variação

quantitativa e qualitativa dos gastos efetuados de acordo com as características socioeconômicas de cada família.

Para Paes e Siqueira (2008), tratando-se das desigualdades regionais observadas, compreende-se que existem economias com traços de crescimento e desenvolvimento que ainda apresentam bolsões de pobreza e índices socioeconômicos precários. Segundo os autores, esses contextos sinalizam um padrão persistente de desigualdade regional ainda presente no Brasil, de modo que as regiões mais precárias ainda são expressivamente distantes economicamente das que possuem os melhores índices de desenvolvimento.

Por fim, em síntese, em concordância com o que fora relatado por Santos (2015), o acesso a saúde no Brasil ocorre de forma dupla: mediante o acesso privado, que por sua vez engloba os planos de saúde ou realização de gastos imediatos por compra direta; e de forma paralela, através do Sistema Único de Saúde – SUS, com vias universais e igualitárias de cunho gratuito. Quando essas duas formas de acesso a saúde são utilizadas apenas por uma parcela da população, constata-se iniquidade e serve de incentivo para o crescimento do setor privado, restringindo o acesso da população mais pobre ao sistema público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso a saúde tem se tornado um importante medidor para implementação e formulação de políticas públicas, tendo em vista a garantia do bem-estar dos indivíduos. Assim, o objetivo deste trabalho foi o de analisar o componente privado de gastos das famílias em diferentes classes de renda e regiões do Brasil. Mais especificamente, a partir das informações provenientes da POF/2017-2018, foi analisado o comportamento das diferentes categorias de gastos com saúde (medicamentos, plano de saúde, medicamentos, consultas e exames, e cuidado hospitalar) de acordo com as diferenças das famílias nos âmbitos socioeconômico (distintas faixas de renda) e demográfico (macrorregiões brasileiras).

Como resultados mais importantes, foi possível observar que existem domicílios que possuem maiores chances de estarem em maior situação de risco social, quando analisado o nível de gastos com saúde. Dessa forma, compreende-se que indivíduos provenientes de domicílios localizados nas regiões Norte e Nordeste, categorizados em faixas de renda entre $\frac{1}{4}$ de salário e 1 salário-mínimo, apresentam as menores médias de gastos com medicamentos, consultas/exames e planos de saúde.

Esse cenário ilustra possíveis traços de precariedade e vulnerabilidade socioeconômica em que algumas famílias podem estar inseridas diante de bens e serviços que são básicos e necessários à sobrevivência, direito de todos e todas mediante a Constituição Federal. Além disso, foi possível concluir que as famílias mais pobres gastam proporcionalmente mais em saúde em relação às famílias com nível de renda médio e alto, caracterizando, dessa forma, desigualdade no que se refere a cobertura universal de saúde.

Nesse sentido, diante dos resultados que levam em consideração os gastos com saúde das famílias brasileiras por faixas de renda e macrorregiões, ressalta-se a importância da formulação e implementação de políticas públicas, que tenham como foco a melhor distribuição de renda e maior acesso a saúde por parte da parcela mais pobre da população brasileira.

Por fim, importante salientar que a base de dados utilizada na pesquisa, POF, apesar de se configurar como uma importante fonte de informações para pesquisas, apresenta limitações. Nesse caso, existe chance de subestimação ou superestimação de alguns gastos durante o processo de análise, transcrição das informações por parte das famílias.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de.; Viana, Ana Luiza d'Ávila.; Lima, Luciana Dias de.; Ferreira, Maria Paula.; Fusaro, Edgard Rodrigues.; Lozzi, Fabíola Lana. **Desigualdades regionais na saúde**: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2017. v. 22, 1055-1064 p.

ALMEIDA, Alexandre Nunes; AZZONI, Carlos Roberto. **Custo de vida comparativo das regiões metropolitanas brasileiras**: 1996-2014. São Paulo: Estudos Econômicos, 2016. v.46(1), 253–276 p.

ARAÚJO, Victor e FLORES, Paulo. **Redistribuição de renda, pobreza e desigualdade territorial no Brasil**. Curitiba: Revista de Sociologia e Política, 2017. v. 25, n. 63, 159-182 p.

ASSIS, Dércio Nonato Chaves de.; LINHARES, Fabrício Carneiro. **"Dinâmica da Pobreza, Mudanças Macroeconômicas e Disparidades Regionais no Brasil"**. São Paulo: Pesquisa e Planejamento Econômico, 2018. v.48 n 2: 47-96 p.

BLANK, Robert H. **Transformation of the US Healthcare System**: Why is change so difficult? Florida, USA: Current Sociology, 2012. v. 60, n. 4, 415-426 p.

BRANDÃO, José Ricardo de Mello. **A atenção primária à saúde no Canadá**: realidade e desafios atuais. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2019. v. 35, n. 1, e00178217.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional**: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019 / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS. Diário Oficial da União 2019.

BUENO, Denise Rodrigues.; Marucci, Maria de Fátima Nunes.; Codogno, Jamile Sanches.; ROEDIGER, Manuela de Almeida. **Os custos da inatividade física no mundo**: estudo de revisão. Rio de Janeiro: Ciência & saúde coletiva, 2016. v. 21, 1001-1010 p.

CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira.; CAMPINO, Antonio Carlos Coelho.; LEITE, Francine.; RODRIGUES, Cristina Guimarães.; SANTOS, Greice Maria Mansini dos.; SILVA, Amanda Reis Almeida. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**. [online]. São Paulo, 2013.

CASCAES, Andreia Morales.; CAMARGO, Maria Beatriz Junqueira de.; CASTILHOS, Eduardo Dickie de.; SILVA, Alexandre Emidio Ribeiro.; BARROS, Aluísio J. D. **Gastos privados com saúde bucal no Brasil**: análise dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2008-2009. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2017. v. 33, n. 1e00148915.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. In: SUS, editor. Coleção Progestores [online]. Brasília: 20a ed. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007. 234 p.

DINIZ, Bernardo P. Campolina.; SERVO, Luciana Mendes Santos.; PIOLA, Sérgio Francisco.; EIRADO, Marcos. **Gasto das famílias com saúde no Brasil**: evolução e debate sobre gasto catastrófico [internet]. Brasília, DF: Ipea, 2007.

DRUMMOND, Elislene Dias.; SIMÕES, Taynãna César.; ANDRADE, Fabíola Bof de. **Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos**. [online], Revista Brasileira de Epidemiologia, 2018. v. 21. e180007.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira.; Prado, Níli Maria de Brito Lima.; Medina, Jairnilson Silva Paim. **Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados**. [online], Saúde em Debate, 2018. v. 42, 37-47 p.

GARCIA, Leila Posenato.; SANT'ANNA, Ana Cláudia.; MAGALHÃES, Luís Carlos Garcia de.; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de.; AUREA, Adriana Pacheco. **Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar**: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. [online], Cadernos de Saúde Pública, 2013, v. 29, n. 8, 1605-1616 p.

GARG, Charu. C.; KARAN, Anup K. **Reducing out-of-pocket expenditures to reduce poverty: a disaggregated analysis at rural – urban and state level in India**. Health policy plan, Oxford, 2009. v. 24, 116-128 p.

GURGEL, D. Gurgel, Jr.; SOUSA, Islândia M. Carvalho de.; OLIVEIRA, Sydia Rosana de Araújo.; SANTOS, Francisco de Assis da Silva e DIDERICHSEN, Finn. **The National Health Services of Brazil and Northern Europe: universality, equity, and integrality - time has come for the latter.** Int J Health Serv, 2017. v. 47(4), 690-702 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003.** Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: primeiros resultados.** 2019.

JONES, Andrew.; KOOLMAN, Xander.; VAN DOORSLAER, Eddy. **O impacto de ter plano de saúde suplementar privado na utilização de especialistas.** [online], Annales d'Economie et de Statistique, 2006. 251-275 p.

KILSZTA, Samuel.; CAMARA, Marcelo Bozzini Da.; CARMO, MANUELA SANTOS NUNES DO. **Gasto privado com saúde por classes de renda.** [online], Revista da Associação Médica Brasileira, 2002. v. 48, 258-262 p.

LIBÓRIO, Matheus Pereira.; MARTINUCCI, Oseias da Silva.; MACHADO, Alexei Manso Correa.; HADAD, Renato Moreira.; BERNARDES, Patrícia.; CAMACHO, Vitor Augusto Luizari. **Adequação e consistência de um indicador de desigualdade intraurbana construído por meio de análise de componentes principais.** [online] O Geógrafo Profissional, 2021. v. 73, n. 2, 282-296 p.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa.; GIOVANELLA, Lígia. **Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica.** In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, ed. 2. 2012.

MACCIOCCO, Gavino. Sono pazzi questi americani. [online]. **Salute Internazionale.info**, 2019.

MALTA, Deborah Carvalho.; STOPA, Sheila Rizzato.; PEREIRA, Cimar Azeredo.; SZWARCOWALD, Célia Landmann.; OLIVEIRA, Martha.; REIS, Arthur Chioro dos. **Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** [online], Ciência & Saúde Coletiva, 2017. v. 22. 179-190 p.

MENEZES, Tatiane.; CAMPOLINA, Bernardo.; SILVEIRA, Fernando Gaiger.; SERVO, Luciana Mendes.; PIOLA, Sérgio Francisco. **O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF de 2002-2003.** In: Silveira F. G.; Servo L. M.; Menezes T.; Piola S. F.; organizadores. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006. 313-43. 2006 p.

MONTEKIO, Víctor Becerril.; MEDINA, Guadalupe.; Aquino R. **The health system of Brazil.** México: Salud Publica, 2011. v. 53(2), 120-131 p.

NOGUEIRA, José Ricardo.; SIQUEIRA, Rozane Bezerra; LUNA, Carlos Feitosa. **Notas sobre a mensuração de pobreza e desigualdade no Brasil**: o que muda quando microdados de gasto são usados no lugar de renda? São Paulo: Pesquisa & Debate. 2019. v. 31, n. 2 (56).

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Gasto privado em saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.]. [online] FapUNIFESP (SciELO), 2015. v. 31, n. 7, 1351-1353 p.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

PAIM, Jairnilson Silva.; TRAVASSOS, Cláudia.; ALMEIDA, Célia.; BAHIA, Lígia.; MACINKO, James. **The Brazilian health system**: History, advances, and challenges. [online]. Lancet, 2011.

PIOLA, Sergio Francisco. BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde**: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. [online], Textos para discussão. IPEA, 2018.

PITOMBEIRA, Delane Felinto.; OLIVEIRA, Lucia Conde de. **Pobreza e desigualdades sociais**: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. [online] Ciência & saúde coletiva, 2020. v. 25, 1699-1708 p.

RIBEIRO, José Mendes.; MOREIRA, Marcelo Rasga.; OUVENERY, Assis Mafort.; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. **Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil**: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. [online], Ciência & Saúde Coletiva, 2017. v. 22, 1031-1044 p.

ROCHA, André Santos da. **Globalização, gestão e acesso aos sistemas público e privado de saúde**: A Baixada Fluminense no contexto da pandemia. Espaço e Economia. [online], Revista brasileira de geografia econômica, 2020. n. 18.

ROSA, Thiago Mendes.; GONÇALVES, Flávio de Oliveira.; FERNANDES, Adriana Sbicca. O. **Estratificação Socioeconômica**: uma proposta a partir do Consumo. [online], XIX Encontro Regional de Economia, 2014.

SANTOS, Isabel Cristina Martins. **A Iniquidade do Financiamento nas Aquisições de Medicamentos** - Gastos Catastróficos e Empobrecimento. Programa de Pós-Graduação em Economia – TESE. Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. **Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil**. [online], Saúde e Sociedade, 2018. v. 27, 556-572 p.

SANTOS, Taíse Gama dos.; SILVEIRA, Jonas Augusto Cardoso da .; LONGO-SILVA, Giovana.; RAMIRES, Elyssia Karine Nunes Mendonça.; MENEZES, Risia Cristina Egito de. **Tendência e fatores associados à insegurança alimentar no Brasil**: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004, 2009 e 2013. [online], Cadernos de Saúde Pública, 2018. v. 34, e00066917.

SILVEIRA, Fernando Gaiger.; OSÓRIO, Rafael Guerreiro.; PIOLA, Sérgio Francisco. Os gastos das famílias com saúde. [online], Ciência & Saúde Coletiva, 2022. v. 7, n. 4, 719-731 p.

TAVARES, Noemia Urruth Leão.; BERTOLDI, Andréa Dâmaso.; MENGUE, Sotero Serrate.; ARRAIS, Paulo Sergio Dourado.; LUIZA, Vera Lucia.; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora.; RAMOS, Luiz Robert.; FARIAS, Mareni Roch.; PIZZOL, Tatiane da Silva Dal. **Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil.** [online], Revista de Saúde Pública, 2016. v. 50, suppl 2.

VARELA, PATRÍCIA SIQUEIRA.; FARINA, MILTON CARLOS. **Relação entre gastos com saúde, índice de esforços da atenção básica em saúde e tipologia da estrutura do sistema de saúde dos municípios do estado de São Paulo.** RAM. [online], Revista de Administração Mackenzie, 2020. v. 8,153-172 p.

VIACAVA, Francisco.; BELLIDO, Jaime G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, 2016. v. 21, n. 2, 351-70 p.

WHO - World Health Organization and World Bank. **Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2019**, 2019.

WHO - World Health Organization Regional Office for Europe, **Can people afford to pay for health care?** New evidence on financial protection in Europe, 2019.