

Orçamento e Saúde: a transversalidade do gasto em saúde com base em gênero e raça

Larissa Maria Silva Rosa*; Bernardo Campolina**; Clara Zanon Brenck*;

*Cedeplar/UFMG e Made

**Cedeplar/UFMG

Resumo

O artigo investiga o acesso ao gasto público em saúde e sua relação com a característica socioeconômica familiar. O trabalho relaciona duas perspectivas: a discussão da desigualdade em saúde e um debate sobre orçamentos responsivos com orçamento focalizado em públicos específicos. Foi utilizada como fonte de dados a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2017-2018. Analisamos a relação das variáveis socioeconômicas na distribuição do orçamento público em saúde. Os resultados indicaram baixo dos grupos minoritários (famílias chefiadas por mulheres e compostas majoritariamente por pessoas pretas). Finalizamos discutindo os efeitos de uma política de distribuição orçamentária que considerasse gênero e raça.

Palavras-chave: Desigualdade, Saúde, Gasto, Gênero, Raça, Orçamento.

CÓDIGO JEL: I14 Health and Inequality; I3 Welfare, Well-Being, and Poverty;
H51 Government Expenditures and Health

Abstract

The article investigates access to public spending on health and its relationship with family socioeconomic characteristics. The work relates two perspectives: the discussion of inequality in health and a debate on responsive budgets with budgets focused on specific audiences. The 2017-2018 Family Budget Survey (POF) was used as a data source. We analyzed the relationship between socioeconomic variables and the distribution of the public health budget. The results showed that minority groups (families headed by women and composed mostly of black people) were underprivileged. We conclude by discussing the effects of a budget distribution policy that takes gender and race into account.

Keywords: Inequality, Health, Spending, Gender, Race, Budget.

CÓDIGO JEL: I14 Health and Inequality; I3 Welfare, Well-Being, and Poverty;
H51 Government Expenditures and Health

Área temática: POLÍTICAS PÚBLICAS: GÊNERO, RAÇA, INCLUSÃO

O autor e as autoras agradecem ao Cedeplar/UFMG pela infraestrutura e apoio na realização do trabalho.

As autoras Larissa Rosa e Clara Brenck agradecem ao Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Desigualdades (MADE/FEA-USP) pela bolsa de pesquisa.

1. Introdução

O principal objetivo deste artigo é analisar o como o gasto público em saúde é distribuído e se as famílias mais necessitadas de fato conseguem ter acesso ao serviço de saúde. Para realizar este objetivo o trabalho está organizado em mais quatro seções além desta introdução.

A segunda seção resgata o debate acerca do modelo de saúde brasileira que convive com um sistema misto - de um lado o sistema Único de Saúde, de abrangência nacional e universal, e de outro o sistema privado de planos e seguros de saúde, e pagamento direto. Este debate é central pois envolve aspectos ligados a uma discussão de acesso ao serviço de saúde, bem estar, equidade e eficiência do gasto público em saúde.

A terceira seção aborda uma discussão que vem ganhando importância ao longo dos últimos anos, qual seja, os orçamentos sensíveis como forma de responder a problemas de desigualdade e exclusão. A orientação do gasto público e do orçamento público como forma de contemplar grupos excluídos e minorias tem ganhado importância na agenda e vem sendo incorporada progressivamente nas discussões sobre cidadania, dignidade humana e desigualdade.

A quarta seção apresenta a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) e como a base foi utilizada para mensurar os gastos públicos em saúde e como os mesmos são distribuídos entre as diferentes camadas da população. Utilizamos um modelo econométrico para testar que características socioeconômicas explicam o maior acesso ou restrição de acesso aos serviços de saúde públicos.

Na última seção apresentamos algumas considerações finais em que destacamos a menor probabilidade de famílias com determinadas características acessarem os serviços públicos de saúde e os desafios para melhorar a cobertura do sistema. Discutimos como a formatação de políticas e de um orçamento sensível pode contribuir para melhorar o acesso de determinados grupos populacionais ao sistema de saúde.

2. O sistema de saúde brasileiro e a desigualdade

O debate acerca do modelo brasileiro de saúde envolve, de um lado, o Sistema Único de Saúde (SUS), de abrangência nacional e universal, criado na Constituição Federal de 1988 e, por outro lado, o sistema privado, por meio dos planos e seguros de saúde ou mesmo o pagamento direto.

A combinação dos modelos privados e públicos torna a provisão de saúde no Brasil bastante complexa e envolve aspectos importantes ligados a questões de justiça social e acesso a serviços de saúde (Santos, Ugá e Porto, 2005).

O SUS, criado em 1988 de caráter nacional e cobertura universal, não garantiu ao longo dos últimos 40 anos o atendimento em bases justas à saúde no Brasil. Essa discussão remete a conceitos teóricos importantes no que diz respeito à igualdade e equidade. O princípio da igualdade diz que todos os indivíduos são iguais e tem, portanto, os mesmos direitos. A equidade, por sua vez, reconhece que os indivíduos são diferentes e, portanto, sujeitos a tratamentos diferentes (Medeiros, 1999). Uma das implicações deste debate no que tange à saúde diz respeito a universalização versus focalização. Barreto (2018) apresenta um panorama internacional da problemática sobre a questão, procurando discutir diferentes abordagens teóricas e resultados empíricos referentes às desigualdades no acesso à saúde no mundo, mostrando com esse debate permanece atual a despeito da sua evolução temporal.

Como fica evidenciado, a questão da desigualdade é importante no acesso à saúde. No plano internacional, os primeiros trabalhos foram desenvolvidos por Le Grand (1987), Wagstaff et al (1991) e Doorslaer et al (1997). O primeiro utilizou os indicadores clássicos de desigualdade como a Diferença da Média Absoluta e o Índice de Atkinson. No caso de Wagstaff et al (1991) e Doorslaer et al (1997) houve um avanço ao considerar aspectos socioeconômicos para a construção das medidas de desigualdade em saúde. Há um intenso debate metodológico na literatura a respeito da construção destes indicadores, como bem apontam Noronha e Andrade (2002).

No caso brasileiro as aplicações são do final da década de 1990, com os trabalhos de Travassos, et al (2000); Nunes, et al (2001); Noronha e Andrade (2002); Neri e Soares (2002). A maioria destes trabalhos aportou diferentes abordagens sobre o tema. Vários trabalhos apontam uma melhoria no acesso ao SUS no início do século XXI (Macinko e Lima-Costa, 2012; Almeida et al, 2013; Andrade, et al, 2013). Mas a questão da oferta de serviços de saúde tem sido bastante discutida como um elemento para explicar a desigualdade de acesso.

A dimensão regional, de gênero e raça vem ganhando importância no debate sobre acesso à saúde ao longo das últimas décadas, principalmente após a pandemia da Covid-19. Os trabalhos de Amaral, et al (2017) e Amaral, et al (2021) dizem respeito à oferta de serviços de saúde em

termos regionais. Outros trabalhos têm discutido gênero e raça como elementos também importantes para o acesso a saúde (Goes e Nascimento, 2013; Santos, 2011; Bairros, 2011)

A relativa estagnação econômica experimentada pelo Brasil ao longo dos últimos 10 anos, o envelhecimento populacional e a incorporação de novas tecnologias, tem levado a um debate crescente sobre o financiamento e a desigualdade do acesso à saúde. Uma questão central neste debate diz respeito a equidade do acesso, em especial da população mais pobre e de baixa renda ao sistema único de saúde e a necessidade ou não de focalização. Além disso, o debate sobre gênero e raça vêm ganhando relevância cada vez maior no desenho de políticas públicas como um todo. Uma forma de abordar este tema é trazer para a discussão a questão do orçamento e da focalização das políticas públicas em determinados grupos populacionais, como este trabalho procura apontar.

O objetivo do presente trabalho é discutir a realidade do gasto em saúde através dos dados da pesquisa de orçamento familiar (POF), além de analisar um modelo de probabilidades no uso deste recurso público. O trabalho propõe-se a pensar na distribuição do orçamento em saúde levando em consideração variáveis de gênero e raça. Dessa forma, busca-se compreender se os grupos minoritários (definidos por gênero feminino e/ou raça preta¹) têm maiores ou menores probabilidades de receber um recurso em saúde. Conseqüentemente, podemos constatar se o orçamento tem atuado de forma a propor a equidade no acesso a bens e serviços públicos.

A estrutura deste artigo compreende, além desta introdução, outras quatro seções. Na segunda, tratou-se da definição de um orçamento responsivo, suas características e possibilidades, o terceiro capítulo abordou a estrutura dos dados da POF para discutir os gastos em saúde com ênfase na doação pública; no quarto, apresentam-se o método de estimação, os dados utilizados e os resultados obtidos, que visam analisar como os gastos públicos têm sido distribuídos entre as classes de rendas no Brasil. Por fim, discutimos os resultados obtidos e as possibilidades de se considerar uma distribuição que levasse em conta as características das famílias.

¹ A classificação da raça preta seguiu os parâmetros do IBGE em que pretos e pardos atendem à mesma categoria

3. Orçamentos responsivos como forma de redução das desigualdades

Os Orçamentos responsivos - também conhecidos como "orçamentos focalizados" ou "orçamentos de desempenho" - ocupam um debate político a respeito do papel do Estado na garantia de direitos sociais e redução de desigualdades. Para compreensão desse debate, Costa, Osório, e Silva., (2006) discorreram acerca das diferenciações entre políticas universais, afirmativas e focalizadas: As políticas universais compõem os princípios de políticas públicas do Estado, que busca estabelecer acesso a bens e serviços públicos sem qualquer tipo de discriminação. Já as políticas afirmativas atuam em conjunto com a definição anterior, como estratégias para ampliar o aspecto universal das políticas públicas através da priorização de grupos discriminados na luta pela universalização dos direitos. As políticas focalizadas, por sua vez, são definidas como aquelas em que se defende que o Estado atue de forma universal, e concentre determinado nível de investimento nas camadas mais pobres e excluídas da população (Costa, Osório, e Silva., 2006).

As primeiras experiências de um orçamento responsivo foram as experiências de orçamentos com enfoque em gênero. A Austrália foi o país pioneiro na implantação de um orçamento sensível a gênero (OSG), tendo início em meados da década de 1980 através dos governos estaduais e federais (HOFBAUER, VINAY, 2012). A partir da IV Conferência Mundial sobre a Mulher das Nações Unidas e da Plataforma de Ação de Beijing de 1995, os OSG foram instituídos oficialmente e amplamente recomendados nas políticas de planejamento governamentais pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Segundo Melo (2020), a lógica do planejamento público brasileiro remonta ao século XX, momento em que o cenário brasileiro se dividia entre lutas pelo sufrágio universal e até mesmo políticas de branqueamento da população brasileira. A defesa da neutralidade sobre a elaboração do orçamento público cunhada nesse momento, embora razoável ao planejamento governamental, também ocultou desigualdades estruturais perpetuadas na decisão pública (Melo, 2020). Desde então, os reguladores econômicos e as políticas de redução do estado que buscam atender aos valores de eficiência e controle do endividamento público seguiram sendo implementados, instituindo um senso comum sobre como manejar os gastos públicos. No entanto, tais visões muitas vezes desconsideram como esta estrutura também impacta de forma desigual a população, uma vez que essa também é historicamente atravessada por diferentes realidades socioeconômicas. Assim, ainda que essas políticas sejam designadas como

universal, o acesso aos bens e serviços públicos oferecidos acaba deixando de lado quem realmente precisa (Melo, 2020).

Os orçamentos sensíveis podem ser aplicados a diferentes perspectivas com foco em impactar diferentes grupos sejam eles relacionados ao gênero, raça e/ou etnia (Elson 2005). No caso do Brasil, a construção de um orçamento sensível a gênero e raça, por exemplo, poderia impactar diretamente no acesso a bens e serviços como saúde e educação, tão importantes no processo de alcance da equidade por parte destes grupos. A construção de um orçamento focalizado, no entanto, não diz respeito à elaboração de um orçamento à parte que busque atender especificamente às necessidades de um grupo, mas sim incluir uma avaliação dos impactos que o gasto público tem sobre os grupos que, em geral, ocupam justamente a periferia destas discussões.

Como discutido anteriormente, a maneira mediante a qual se formularam os orçamentos públicos no Brasil ignora a situação socioeconômica e as capacidades diferentes e socialmente determinadas que predominam entre mulheres, homens, negros e brancos. Se torna portanto indispensável considerar os impactos diferenciados das políticas públicas e reconhecer as condições reais das famílias para oferecer soluções reais a partir do orçamento (HOFBAUER, VINAY, 2012). Dessa forma, pensar em um orçamento focalizado consiste em incluir na atribuição dos recursos a consideração do impacto diferencial entre diferentes grupos sociais. A construção de um orçamento sensível deve ainda considerar a totalidade do governo, ou seja, as políticas de caráter transversal devem se estender por toda esfera política em cada área de interesse social. Para os grupos minoritários, o gasto público em saúde, educação e infraestrutura pode alavancar expressivamente suas condições de vida e reduzir consideravelmente as desigualdades (Silveira, et al., 2021).

O gasto em saúde é capaz de afetar consideravelmente as rendas das famílias mais pobres. Consequentemente, quando aplicado de maneira correta, o recurso possui alta capacidade progressiva (Silveira, et al., 2021). No entanto, é preciso melhor compreender como este gasto está distribuído não apenas entre diferentes grupos de renda, mas entre famílias chefiadas por homens ou mulheres, e por negros ou brancos. Conforme mencionado anteriormente, ainda que o sistema público de saúde brasileiro pretenda ser universal, características sociodemográficas das famílias parecem afetar o acesso a tais recursos públicos.

4. A Pesquisa de Orçamento Familiar e o gasto em saúde

Nos últimos anos, o Brasil assistiu a uma significativa redução da desigualdade movida pela política de inclusão de consumo das classes mais pobres e também pelo aumento dos recursos orçamentários destinados ao gasto social - focado em “atender às pessoas em situação de vulnerabilidade” (Marques, et al. 2022). No âmbito da saúde, este gasto envolve desde a construção de hospitais, pagamento de profissionais, realização de exames até a distribuição de remédios. No entanto, o retrato da evidente desigualdade no Brasil levanta o questionamento a respeito da efetividade da distribuição desse recurso.

A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), além de ter se consagrado como importante ferramenta na análise do padrão de consumo das famílias brasileiras, também se destaca pela visibilidade que dá aos gastos públicos. A pesquisa abrange uma série de informações relacionadas ao consumo das famílias, como alimentação, habitação, vestuário, serviços diversos, transporte, saúde e educação. A estrutura da POF permite combinar uma série de variáveis que identificam gastos não-monetários² do governo, décimos de renda das famílias, nível de escolaridade, gênero e raça do responsável pela unidade de consumo e outros. O grau de detalhamento e a combinação dos dados possibilita não só constatar a conjuntura atual dos gastos públicos bem como formular novas hipóteses e cenários de distribuição.

Para analisar a efetividade do orçamento em mitigar as desigualdades e alcançar a população carente dos serviços públicos, a última versão da POF (2017-2018) trouxe inovações em relação à identificação dos gastos não-monetários em saúde e educação. A partir dessa variável é possível identificar exatamente quais dos valores gastos pelas unidades de consumo são oriundos de doações (privadas ou do governo). Essa informação nos permite compreender o nível do gasto não-monetário em saúde que as famílias de cada décimo de renda e com diferentes composições sociodemográficas acessam. Consequentemente, é possível analisar se os gastos de fato chegam às famílias que se encontram nos décimos de renda mais pobres, bem como inferir sobre a universalidade do uso do SUS.

A POF também permite acessar informações referentes a gastos com planos de saúde, consultas médicas, medicamentos, procedimentos hospitalares, entre outros. Essas informações

² Os gastos não monetários são definidos pela POF como os serviços ou produtos consumidos pelas famílias sem incorrerem em um dispêndio monetário para sua obtenção. Além de doações, incluem troca, produção própria ou os serviços públicos consumidos pela população com saúde e educação.

colaboram para oferecer um panorama sobre a alocação de recursos das famílias no âmbito da saúde. Analisando os gastos com saúde em diferentes grupos socioeconômicos, é possível avaliar também se existem desigualdades geográficas no acesso aos serviços de saúde. Isso porque a POF oferece também informações sobre a região em que se localiza cada unidade de consumo permitindo formular hipóteses que confirmem ou não a dificuldade de acesso por famílias residentes da área rural ou mais afastadas das regiões metropolitanas.

Para esta pesquisa, além das variáveis relacionadas ao gasto da família, também foram consideradas as características sociais dos indivíduos como gênero, raça, média de anos de estudo, se possui plano de saúde além da renda per capita média disponível e do décimo de renda. Essas variáveis são utilizadas para construir um cenário geral das famílias. Ainda que seja evidente a desigualdade de acesso a serviços públicos no Brasil, é necessário refletir o quanto profundo é o *gap* entre as famílias com diferentes realidades econômicas. É necessário ressaltar que a correspondência entre despesas não-monetárias e os serviços públicos não pode ser diretamente relacionada, uma vez que a variável representa o quesito “doação” inclui tanto doações públicas quanto privadas. Ainda assim, a combinação das variáveis permite estabelecer conexões para nossas análises com ênfase na doação pública.

No âmbito do presente artigo, construímos uma análise que demonstra como se comporta cada décimo de renda em termos de gasto per capita e gasto não-monetário em saúde, renda disponível e renda não-monetária disponível. Além disso, buscamos entender quais as características sociais são predominantes nos décimos de renda mais pobres. O desenho do perfil das unidades de consumo pode nos confirmar se de fato há relação entre gênero, raça e desigualdade de acesso à saúde no Brasil. É necessário ressaltar que, para fins acadêmicos, a classificação da raça preta seguiu os parâmetros do IBGE em que pretos e pardos atendem à mesma categoria. Da mesma forma, ao discorrermos sobre a representação de gênero em cada décimo de renda, utilizamos apenas o gênero do responsável pelo domicílio (as variáveis utilizadas estão identificadas no apêndice A).

4.1. O perfil do gasto em saúde

A identificação dos gastos não monetários em saúde oriundos do governo na POF 2017-2018 trás revelações importantes não apenas acerca do acesso e investimento público, mas também das características socioeconômicas predominantes em cada décimo de renda. Inicialmente, ao analisarmos as características raciais das famílias em cada décimo de renda, percebemos a clara

sobrerrepresentação de famílias negras nos grupos mais pobres, especialmente no primeiro décimo, enquanto o número de famílias brancas cresce à medida que aumentamos a renda. Uma outra perspectiva também analisada foi a classificação racial a partir exclusivamente da raça do responsável pela unidade de consumo. Nesta configuração, optamos por refazer a análise apenas entre brancos e negros dado a expressividade dos dados nas duas categorias. As tabelas 2 e 3 a seguir ilustram as perspectivas discutidas:

Tabela 2 - Frequência racial das famílias por décimo de renda 2017/18.

Décimo de renda	Famílias brancas	Famílias Negras	Famílias Interraciais	Famílias de outras raças (amarela ou indígena)	Total
1	17,74%	76,67%	5,13	0,45	100%
2	22,52%	70,15%	7,08	0,23	100%
3	26,63%	65,15%	7,85	0,34	100%
4	29,79%	61,93%	8,145	0,12	100%
5	34,50%	56,99%	8,15	0,34	100%
6	40,18%	49,87%	9,20	0,74	100%
7	42,80%	47,37%	9,33	0,48	100%
8	49,28%	39,52%	10,68	0,50	100%
9	56,44%	33,90%	8,81	0,84	100%
10	68,61%	21,35%	8,58	1,44	100%

Fonte: Elaboração própria no Rstudio

Nota: Dados extraídos da POF

Tabela 3 - Frequência racial do responsável pela unidade de consumo por décimo de renda 2017/18.

Décimo de Renda	Responsável Preto	Responsável Branco	Total
1	77,83%	22,16%	100%
2	72,96%	27,03%	100%
3	70,24%	29,75%	100%
4	66,74%	33,25%	100%
5	61,57%	38,42%	100%
6	56,52%	43,45%	100%
7	52,00%	47,99%	100%
8	46,47%	53,52%	100%
9	39,83%	60,18%	100%
10	27,43%	72,56%	100%

Fonte: Elaboração própria no Rstudio

Nota: Dados extraídos da POF

Seguindo ainda as análises sociais sobre as famílias, ao olharmos para a questão de gênero o quadro se torna um pouco diferente, mas ainda representativo. Foi possível constatar que, apesar das famílias chefiadas por homens serem maioria em todos os décimos de renda, a frequência de uma chefe de família mulher decresce indiretamente ao aumento do décimo de renda. Se nos primeiros décimos de renda a quantidade de famílias chefiadas por homens e mulheres têm uma diferença de aproximadamente 10%, à medida que a renda cresce essa diferença aumenta drasticamente. A tabela 4 apresenta o cenário obtido:

Tabela 4 – Frequência do gênero do responsável pelo domicílio por classe de renda em 2017/18.

Décimo de Renda	Responsável de gênero feminino	Responsável de gênero masculino	Total
1	45,40%	54,59%	100%
2	44,97%	55,02%	100%
3	42,64%	57,35%	100%
4	43,45%	56,54%	100%
5	41,16%	58,83%	100%
6	36,68%	63,31%	100%
7	38,63%	61,36%	100%
8	36,92%	63,07%	100%
9	37,27%	62,72%	100%
10	35,33%	64,66%	100%

Fonte: Elaboração própria no Rstudio

Nota: Dados extraídos da POF

Dado os quadros apresentados é possível perceber como famílias negras e chefiadas por mulheres estão expressivamente representadas nos décimos com menor renda. A apresentação destes dados já nos confirma a hipótese apresentada de que os grupos minoritários têm cor e gênero muito bem definidos. A pesquisa demonstrou ainda que as famílias pertencentes aos décimos de renda mais pobres consomem menor parte do recurso público. Esse resultado demonstra como o orçamento não tem sido eficiente em chegar a quem mais necessita do serviço público. A tabela 5 a seguir contém informações gerais sobre os gastos familiares de acordo com os décimos de renda. Os dados também apontam a média de anos de estudo de cada décimo, gasto total domiciliar per capita, gasto total domiciliar per capita não monetário, renda familiar per capita média disponível e renda familiar per capita média disponível não monetária.

Tabela 5 - Distribuição do gasto familiar por décimo de renda; gasto e renda disponível em 2017/18.

Décimo de renda	Média de anos de estudo da Referência da casa	Despesa Total (Gasto domiciliar per capita) em R\$	Despesa Total não-monetária (Gasto domiciliar per capita) em R\$	Renda média disponível (domiciliar per capita) em R\$	Renda Total Disponível não-monetária (domiciliar per capita) em R\$
1	6.10	372.59	22.52	270.98	146.65
2	7.01	464.22	36.58	488.84	212.73
3	7.37	604.12	44.75	658.54	252.69
4	7.66	731.01	51.73	818.10	276.34
5	8.09	889.04	58.29	998.74	313.56
6	8.49	1064.34	56.58	1207.05	325.27
7	8.87	1264.62	66.90	1462.69	388.22
8	9.68	1630.54	77.04	1836.32	454.72
9	11.07	2256.94	80.93	2544.81	534.44
10	13.56	5093.05	81.60	6274.04	942.47

Fonte: Elaboração própria no Rstudio

Nota: Dados extraídos da POF

A tabela 6 apresenta os mesmos dados de gasto domiciliar per capita e gasto não-monetário domiciliar per capita, porém, focalizado nos gastos em saúde. A dimensão obtida nesta análise mostra que não surpreendentemente os gastos em saúde acompanham o panorama geral apresentado no quadro anterior. Mesmo o gasto não-monetário em saúde, que no sentido da equidade, deveria ser maior nos décimos mais pobres, se apresentou menor quanto menor o décimo.

Tabela 6 - Distribuição do gasto mensal em saúde por décimo de renda em 2017/18.

Décimo de renda	Gasto domiciliar per capita em Saúde em R\$	Gasto não-monetário domiciliar per capita em Saúde em R\$
1	19.16	2.41
2	25.55	4.34
3	36.90	5.19
4	44.66	7.13
5	55.90	8,96
6	75.33	10.22
7	88.92	12.00
8	117.11	17.23
9	166.14	15.67
10	377.45	13.13

Fonte: Elaboração própria no Rstudio

Nota: Dados extraídos da POF

Os gastos na primeira classe de renda o gasto total domiciliar per capita em saúde é de R\$ 19.16 e somente R\$ 2.41 desse total tem como origem doações ou transferências do governo. É possível acompanhar o aumento gradativo do gasto não-monetário à medida que os décimos de renda aumentam. A discrepância de valores advindos de doações e transferências do governo ao longo dos décimos de renda chama atenção para um diagnóstico desigual do acesso à saúde no país. Teoricamente, este gasto deveria estar em processo de queda à medida que avançamos para as classes mais ricas, no entanto, o resultado é o contrário: o dispêndio fruto de doações e transferências do governo atinge seu ponto máximo no oitavo décimo de renda que obtém R\$ 17.23 e cai de forma não muito expressiva nos décimos seguinte - R\$ 15,67 no nono décimo e R\$ 13.13 no último. Os dados analisados demonstram importantes constatações que denunciam como os grupos minoritários têm sido afetados pela distribuição dos recursos públicos. Além do nível infimo do gasto entre a população mais pobre, a distribuição desigual do recurso põe em dúvida a qualidade do acesso destes serviços pelos grupos minoritários e evidencia a perpetuação da pobreza entre negros e mulheres por parte do orçamento.

4.2. Testando a probabilidade de famílias serem beneficiados pelo gasto público em saúde

A partir da construção dos indicadores de renda, gênero e raça a partir dos dados da POF, é possível analisar as características sociodemográficas das famílias por nível de renda. Assim,

obtemos um panorama geral sobre quais as características sociais se apresentam sobressalentes entre os grupos que possuem maior ou menor acesso ao orçamento público de saúde.

Feito esse primeiro panorama geral, propomos uma estimação econométrica para avaliar quais dessas características identificadas mais afetam a probabilidade de uma determinada família receber um recurso público associado à saúde. A partir de um modelo do tipo logit medimos a probabilidade de uma família receber parte do recurso público de saúde dada as características imputadas nas variáveis. Desse modo, consideramos o evento binário “recebe recurso da saúde”, obtido a partir do questionário de renda não monetária da POF, como variável dependente. O modelo logit praticado foi aplicado através do software R, e pode ser descrito como:

$$P[\text{receber recurso saúde}_i = 1 | \beta X] = \frac{\exp(\beta X)}{1 + \exp(\beta X)} \quad (1)$$

$$\text{recebe recurso saúde}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{renda família}_i + \beta_2 \text{mulher responsável}_i + \beta_3 \text{família preta}_i + \theta Z_i \quad (2)$$

onde i indexa a família ou unidade de consumo, e “recebe recurso saúde” é uma variável binária igual a 1 caso a família receba recurso público de saúde. O modelo proposto aqui define a variável binária como dependente da matriz de variáveis explicativas (matriz X , na equação 1), composta por: “renda família” é a renda total monetária familiar, “mulher responsável” é uma variável dummie igual a 1 caso a responsável pela família seja do gênero feminino, “família preta” é uma variável binária igual a 1 quando a maioria dos integrantes da família são negros (maior que 50%), e Z é uma matriz de variáveis controle (*escolaridade do responsável, se domicílio urbano ou rural, número de crianças no domicílio, número de adolescentes no domicílio, número de adultos no domicílio, número de idosos no domicílio, e se a família tem plano de saúde*). O vetor $\beta = [\beta_0 \beta_1 \beta_2 \beta_3 \theta]$ é o vetor de coeficientes estimados.

Na tabela 7 apresentamos os resultados dos coeficientes estimados no modelo logit, construído a partir das características que buscamos para as famílias a serem assistidas pelo orçamento. A análise busca compreender quais as variáveis relevantes na probabilidade de uma família obter ou não um recurso em saúde.

Tabela 7 – Coeficientes do modelo *logit* para recursos da saúde

Coefficients:	Estimate Std.	Error	z value	Pr(> z)
(Intercept)	-1.119e+00	3.453e-02	-32.390	< 2e-16 ***
RENDA_MONET_Familia	-2.936e-05	3.008e-06	-9.761	< 2e-16 ***
Mulher_responsavel_uc	1.734e-01	2.011e-02	8.621	< 2e-16 ***
Escolaridade_da_Ref_uc	-5.399e-02	2.399e-03	-22.501	< 2e-16 ***
Urbano	1.990e-02	6.787e-03	2.932	0.00337 **
Crianças	-6.792e-02	1.513e-02	-4.489	7.17e-06 ***
Adolescentes	2.696e-02	1.321e-02	2.041	0.04122 *
Adultos	1.712e-01	1.211e-02	14.137	< 2e-16 ***
Idosos	6.210e-01	1.751e-02	35.466	< 2e-16 ***
Fam_Preta	-2.020e-01	2.045e-02	-9.882	< 2e-16 ***
Plano_saude	-6.699e-02	2.525e-02	-2.653	0.00798 **

Signif. codes: 0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Fonte: Elaboração própria no Rstudio

Nota: Dados extraídos da POF

A análise do modelo *logit* indica que o pressuposto de correlação entre as variáveis foi de fato atendido e que há interação entre a maioria dos dados. Considerando o P-valor menor que o nível de significância (0.05), os resultados demonstraram que a relação entre a variável independente e a variáveis dependentes são significativas. O gênero feminino da responsável pelo domicílio aumenta a probabilidade de a família receber recursos públicos de saúde, bem como o fato de a família estar em uma região urbana e ter mais adultos, adolescentes e idosos em sua composição. Este resultado está em conformidade com o esperado, uma vez que mulheres tendem a realizar a maior parte do trabalho de cuidado em nossa sociedade, tornando-as mais orientadas a gastar com bens relacionados à saúde, e conseqüentemente acessar mais serviços de saúde. Além disso, a renda monetária da família afeta negativamente a probabilidade de receber recurso público de saúde. Este resultado demonstra o caráter ainda não universal da saúde pública no Brasil, que acaba atendendo às populações mais pobres, já

que as famílias mais ricas tendem a comprar planos de saúde privados. Chama especial atenção a variável de família preta, que aparece também com sinal negativo, o que ressalta a falta de acesso por parte da população negra, especialmente aos atendimentos de alta complexidade. Apesar da alta capilaridade que a atenção primária possui, boa parte dos serviços de alta complexidade ainda são oferecidos por instituições privadas através de contratos com o SUS, nesse sentido o acesso relativamente mais fácil aos assegurados por algum plano de saúde ou seguro (Tomasiello, et al., 2023). Além disso, nas regiões mais pobres, a alta complexidade se encontra majoritariamente nos grandes centros urbanos, o que envolve um deslocamento de tempo e recurso até esses serviços (Tomasiello, et al., 2023).

5. Considerações finais

Os resultados encontrados confirmam a hipótese de que os grupos minoritários têm tido o acesso a serviços públicos limitado, como por exemplo a saúde. Ao investigar os gastos totais por décimo de renda foi possível construir o perfil socioeconômico de cada grupo de renda. Isso nos permitiu confirmar que os grupos com menor escolaridade, menor aquisitivo e menor acesso ao gasto não-monetário são compostos por mulheres e principalmente por pessoas negras. Conseqüentemente, é possível afirmar que a pobreza no Brasil tem raça e gênero bem definidos. Através da análise dos dados da POF também foi constatado que o acesso ao serviço não-monetário em saúde se encontra expressivamente nas classes mais altas e não consegue chegar a quem mais precisa, o que aponta falhas no orçamento em servir como instrumento de promoção de equidade social.

Apesar do caráter universal do Sistema Único de Saúde (SUS) e de várias das políticas públicas elaboradas dentro do orçamento, essa configuração não aparenta ter sido capaz de suprir as necessidades reais em saúde das famílias brasileiras. O modelo logit analisado demonstrou como as variáveis de renda, gênero e raça podem influenciar significativamente na probabilidade de uma família receber ou não um recurso da saúde. A constatação de que as variáveis socioeconômicas têm correlação com a distribuição do recurso nos oferece um panorama sobre como os gastos precisam ser pensados para de fato atenderem a quem mais precisa. Um orçamento que oferecesse enfoque nas famílias pertencentes ao grupo minoritário poderia melhorar significativamente na queda da desigualdade e no nível de acesso à saúde por parte desses grupos.

A investigação da conjuntura atual do gasto bem como do modelo de probabilidade busca

avançar a partir da inclusão dessas informações no planejamento de uma distribuição de recursos em saúde. Compreender o vácuo existente no acesso aos serviços públicos pelas camadas mais pobres da sociedade pode levar a construção de um orçamento mais consciente e que realmente atenda a sociedade. Silveira, et. al., (2021) discorre sobre a importância que o gasto em saúde possui para as famílias brasileiras de forma geral. Nesse sentido, um orçamento em saúde sensível a gênero e raça, além de reduzir a desigualdade de acesso e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos também poderia impactar positivamente na renda das famílias mais pobres.

O diagnóstico deste trabalho é válido não somente para compreender os impactos que as características socioeconômicas como gênero e raça exercem sobre os grupos minoritários, mas também para defender a aplicação de um orçamento focalizado como medida de redução das desigualdades existentes no acesso aos serviços públicos em saúde. Dadas as limitações metodológicas, o trabalho cumpre com seu papel de oferecer insumos ao entendimento público dos orçamentos sensíveis, suas características e possíveis aplicações no atual cenário brasileiro.

6. Referências

Amaral, P., Carvalho, L. R. de, Luz, L., & Barbosa, A. C. Q. (2021). Estrutura espacial e provisão de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, 23. <https://doi.org/10.22296/2317-1529.rbeur.202110>

Amaral, P., Luz, L., Cardoso, F., & Freitas, R. (2017). Distribuição espacial de equipamentos de mamografia no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, 19(2), 326. <https://doi.org/10.22296/2317-1529.2017v19n2p326>.

Andrade, M. V., Noronha, K. V. M. de S., Menezes, R. de M., Souza, M. N., Reis, C. de B., Martins, D. R., & Gomes, L. (2013). Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: Um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Economia Aplicada*, 17(4), 623–645. <https://doi.org/10.1590/S1413-80502013000400005>

Bairros, F. S. de, Meneghel, S. N., Dias-da-Costa, J. S., Bassani, D. G., Menezes, A. M. B., Gigante, D. P., & Olinto, M. T. A. (2011). Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 2364–2372. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200008>

Barreto, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7):2097-2108, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017227.02742017

COSTA, Delaine Martins, Andréa Barbosa OSÓRIO, and Afrânio de Oliveira SILVA. "Gênero e raça no orçamento municipal: um guia para fazer a diferença." *Orientações Básicas* (2006).

DOORSLAER, Eddy van, WAGSTAFF, Adam, BLEICHRODT, Han, CALONGE, Samuel, GERDTHAM, Ulf-G., GERFIN, Michael, GEURTS, José, GROSS, Lorna, HÄKKINEN, Unto, LEU, Robert E., O'DONNELL, Owen, PROPPER, Carol, PUFFER, Frank, RODRÍGUEZ, Marisol, SUNDBERG, Gun, WINKELHAKE, Olaf. Income – related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics*, vol 16, p. 93-112, 1997.

ELSON, Diane. Iniciativas orçamentárias sensíveis ao gênero: dimensões chave e exemplos práticos. *Revista do Serviço Público*, v. 56, n. 2, p. 161-178, 2005.

G. Ferreira de Souza, P. H. (2021). A Pandemia de Covid-19 e a Desigualdade Racial de Renda. *Boletim de Análise Político-Institucional*, 26, 37–44. <https://doi.org/10.38116/bapi26art4>

Goes, E. F., & Nascimento, E. R. do. (2013). Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: Uma análise sobre as desigualdades. *37(99)*, 571–579.

Santos, J. A. F. (2011). Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. *Dados*, 54(1), 05–40. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582011000100001>

Goes, E. F; Nascimento, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez 2013.

HOFBAUER, Helena Balmori; VINAY, Claudia. 2012. Orçamentos sensíveis a gênero - ferramentas metodológicas. Experiências internacionais e do México.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - Pesquisa Nacional de Saúde: 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento - Rio de Janeiro, 2020.

LE GRAND, Julian. Inequalities in health: some international comparisons. *European Economic Review*, v. 31, p. 182-191, 1987.

Marques, Pedro Romero, et al. "Gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro: a importância do gasto social em saúde e educação pública para a redução de desigualdades." *Nota de Política Econômica* 022 (2022).

Medeiros, M. Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde. *TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 687*. IPEA: Rio de Janeiro, 1999.

MELO, EBB. Branquitude e racismo institucional no Planejamento e Orçamento Governamental. *Gênero e Raça no orçamento público brasileiro*. Brasília: Assecor, p. 11-50, 2020.

Neri, M. & Soares, W. 'Desigualdade social e saúde no Brasil', **Cadernos de Saúde Pública** 18(Suplemento), 77–87, 2002

Nunes, A; Santos, J. R. S; Barata, R. B; Vianna, S. M. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

Santos, I. S; Ugá, M. A. D; Porto, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5):1431-1440, 2008.

Silveira, Fernando Gaiger, et al. "Impactos distributivos da educação pública brasileira: evidências a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF): 2017-2018." Nota de política econômica. São Paulo: Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Desigualdades (MADE) USP (2021).

Tomasiello, Diego Bogado, et al. Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras. No. 2832. Texto para Discussão, 2023.

Tomasiello, D. B; Bazzo, J; Parga, J; Servo, L. M; Pereira, R. H. M. Desigualdades raciais no acesso a saúde nas cidades brasileiras. Texto para Discursão Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2021.

Travassos, C., Viacava, F., Fernandes, C. & Almeida, C. M. 'Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil', *Revista de Ciência e Saúde Coletiva* 5(1), 133–149, 2000

WAGSTAFF, Adam, PACI, Pierella, DOORSLAER, Eddy van. 'n the measurement of inequalities in health. United Kingdom: **Social Science Medicine**, vol. 33, n. 5, p. 545-557, 1991.

APÊNDICE A - Variáveis da Pesquisa de Orçamento Familiar utilizadas na caracterização das famílias.

Variáveis de Gasto	Código na POF
Código da despesa	V9001
Forma de aquisição	V9002
Variáveis da chave de identificação da família	
Unidade da Federação	UF
Estratos do Plano Amostral	ESTRATO_POF
Situação do Domicílio	TIPO_SITUAÇÃO_REG
Código da Unidade Primária de Amostragem	COD_UPA
Número do Domicílio	NUM_DOM
Variáveis da composição familiar	
Idade em Anos	V0403
Gênero	V0404
Raça	V0405
Tem plano ou seguro-saúde?	V0406
Frequenta escola pública ou privada?	V0418
Renda disponível familiar per capita	RENDA_DISP_PC
Renda não-monetária familiar per capita	RENDA_NAO_MONET_PC
Renda monetária familiar per capita	RENDA_MONET_PC
Características do Chefe da Unidade de Consumo	
Gênero	V0404
Raça	V0405
Anos de Estudo	ANOS_ESTUDO

Fonte: elaboração própria