ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	CAPÍTULO 28 – GASTOS COM SAÚDE DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS: UM RECORTE REGIONAL A PARTIR DAS PESQUISAS DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2002-2003 E 2008-2009
Autores (as)	Leila Posenato Garcia Ana Cláudia Sant'Anna Lúcia Rolim Santana de Freitas Luís Carlos Garcia de Magalhaes
DOI	

Título do livro	BRASIL EM DESENVOLVIMENTO 2013: ESTADO, PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS
Organizadores (as)	Rogério Boueri Marco Aurélio Costa
Volume	3
Série	Brasil: o Estado de uma Nação
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2013
Edição	1ª
ISBN	978-85-7811-183-0
DOI	

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/ portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

CAPÍTULO 28

GASTOS COM SAÚDE DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS: UM RECORTE REGIONAL A PARTIR DAS PESQUISAS DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2002-2003 E 2008-2009

Leila Posenato Garcia*
Ana Cláudia Sant'Anna**
Lúcia Rolim Santana de Freitas***
Luís Carlos Garcia de Magalhães****

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde foi declarada como direito de todos e dever do Estado na Constituição Federal de 1988 (CF/88, Artigo 196). O mesmo documento instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), criado para integrar as ações e os serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (Brasil, 1988).

Durante o período de construção do SUS, fatores políticos, institucionais, jurídicos e financeiros contribuíram para a consolidação de uma gestão descentralizada e participativa do sistema e da política de saúde e para uma maior governabilidade setorial na garantia do direito à saúde (Lucchese, 2003; Ugá *et al.*, 2003). Ações implementadas no âmbito do SUS resultaram em impactos positivos sobre diversos indicadores de saúde da população brasileira, com destaque para a importante redução da taxa de mortalidade infantil e da incidência e mortalidade por diversas doenças imunopreveníveis e por HIV/AIDS (Brasil, 2009; Victora *et al*; 2011b; Barreto *et al.*, 2011). A ampliação da oferta e do acesso a serviços de saúde por meio do SUS certamente contribuiu para estes resultados. Um estudo, que utilizou dados dos Suplementos Saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs), revelou que, entre 1998 e 2003, houve melhora no acesso aos serviços de saúde em todas as regiões brasileiras, com exceção da Norte (Travassos, Oliveira e Viacava, 2006). Também merece destaque o fato de que o SUS, por meio de políticas universais, como a estratégia Saúde da Família, tem contribuído para o alcance da equidade (Sisson, 2007; Facchini e Garcia, 2009), ou seja, tem promovido a redução das diferenças consideradas injustas, além de desnecessárias e evitáveis, entre as pessoas ou grupos sociais.

Apesar dos indiscutíveis avanços na situação de saúde da população, alcançados com a criação e implantação do SUS, permaneceram desigualdades regionais importantes, tanto na distribuição

* Técnica de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação, Regulação e Infraestrutura (Diset) do Ipea.
** Assistente de Pesquisa da Diset do Ipea.
*** Estatística da Diset do Ipea.
**** Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diset do Ipea.

da oferta de serviços de saúde e na alocação de recursos humanos quanto no acesso, na utilização dos serviços e na qualidade da atenção prestada (Travassos *et al.*, 2000; Nunes *et al.*, 2001; Travassos, Oliveira e Viacava, 2006; Porto, Ugá e Moreira, 2011; Silva *et al.*, 2011). Além disso, é importante destacar que a situação social e o local de residência têm forte influência sobre a possibilidade de acesso dos brasileiros aos serviços de saúde (Travassos, Oliveira e Viacava, 2006). Estas desigualdades são amplamente conhecidas e refletem, sobremaneira, diferenças na situação de desenvolvimento social e econômico entre as regiões do Brasil.

Uma das maneiras pelas quais podem ser estudadas as desigualdades no acesso a serviços de saúde é por meio dos gastos das famílias, especialmente no Brasil, onde os gastos privados representam uma parcela relevante do gasto total com saúde. Dados do estudo Contas-Satélite de Saúde revelam que as despesas com consumo final de bens e serviços de saúde corresponderam a 8,5% do produto interno bruto (PIB), em média, de 2007 a 2009. Neste período, as famílias responderam por mais da metade das despesas com consumo final de bens e serviços de saúde (média de 56,3%). Todavia, o crescimento do gasto do governo foi maior que o das famílias, apesar de a participação das despesas com saúde no total das despesas do governo ter permanecido relativamente estável, entre 17,5% e 18% (IBGE, 2009).

Ademais, as despesas com saúde têm um peso importante sobre o orçamento das famílias brasileiras. No período coberto pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, os gastos com saúde corresponderam a 7,2% do total dos dispêndios, o que representou a quarta maior participação nas despesas das famílias, atrás apenas das despesas com habitação (35,9%), alimentação (19,8%) e transporte (19,6%) (IBGE, 2010a).

A composição dos gastos das famílias com saúde reflete a situação do sistema de saúde brasileiro, composto por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços, e caracterizado por uma combinação público-privada, cujo financiamento é feito principalmente por meio de recursos privados. Apesar de serem distintos, os componentes público e privado do sistema estão imbricados, e as pessoas podem utilizar os serviços de natureza pública, privada ou suplementar, dependendo de sua capacidade de acesso ou de pagamento (Paim *et al.*, 2011). O conhecimento da composição dos gastos das famílias com saúde, sob um recorte regional, pode fornecer subsídios para a elaboração de políticas públicas voltadas a este setor.

O objetivo deste estudo é descrever a composição e a evolução dos gastos com saúde das famílias nas cinco macrorregiões e nas áreas urbana e rural do Brasil, no período 2002-2009.

2 MÉTODOS

Este estudo descritivo tem como fonte os microdados das POFs realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2002-2003 e 2008-2009. A POF apresenta informações detalhadas sobre tipos de gastos, quantidade, valor, especialidade de serviços, assim como sobre os rendimentos das famílias ou unidades de consumo (Andrade e Lisboa, 2001). Estas são definidas como morador ou conjunto de moradores que compartilham o mesmo estoque de alimentos e/ou conjunto de despesas alimentares. Quando não existem

estoques, nem despesas com alimentos, a unidade de consumo é definida perante as despesas com moradia (IBGE, 2004). Assim, a POF permite traçar o perfil das condições de vida das famílias brasileiras a partir da análise de seus orçamentos domésticos.

A POF agrega o conjunto de informações de seis questionários: domicílios, despesa coletiva, caderneta de despesa coletiva, despesa individual, rendimento individual e avaliação das condições de vida (Menezes *et al.*, 2006). Os períodos de referência considerados diferem conforme o tipo de despesa. O gasto com medicamentos, coletado mediante o questionário de despesa individual, considera um período de trinta dias antes da entrevista. Quanto às demais categorias dos gastos com saúde, a coleta de dados se refere ao período de noventa dias antes da entrevista (Silveira, Osório e Piola, 2006).

Neste estudo, os gastos com saúde foram abordados como um todo, bem como segundo seus principais componentes: planos de saúde (inclusive odontológicos), medicamentos, tratamento dentário, consultas médicas e outros (hospitalização, óculos e lentes, serviços de cirurgia, tratamento médico e ambulatorial, exames e material de tratamento). Foram considerados apenas os gastos monetários (IBGE, 2010a).

Os agregados geográficos adotados para descrição dos gastos foram as cinco macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), além das áreas urbana e rural e o total do Brasil. Para estes agregados, foram calculados as porcentagens de famílias que tiveram gastos positivos e não nulos com saúde. Os valores dos gastos mensais, para o total das famílias e para aquelas que tiveram gastos positivos, foram descritos por meio de medidas de tendência central e dispersão – média, mediana, primeiro quartil (q25) e terceiro quartil (q75). A participação do gasto de cada componente em relação à renda total, à despesa total e ao gasto total com saúde foi calculada como porcentagem para o total das famílias. Foram consideradas a renda e a despesa totais (monetária e não monetária).

Para permitir a comparação dos valores absolutos dos gastos com saúde calculados a partir das duas POFs, foi feita correção segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do IBGE, obtido do Ipeadata,[1] tendo como base a data de referência da POF 2008-2009, 15 de janeiro de 2009. O IPCA foi selecionado por ser um índice de referência para famílias residentes em áreas urbanas, no Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor (SNIPC), cuja atualização ocorre mediante a POF, bem como por ser um índice já utilizado em outros estudos da área (Silveira *et al.*, 2007).

O índice de concentração (IC) foi empregado para analisar a evolução da desigualdade na distribuição dos gastos entre as famílias, segundo sua renda. O IC é uma medida de desproporcionalidade ponderada pelo tamanho populacional, que avalia o desequilíbrio entre a distribuição do desfecho entre os grupos e a distribuição da população e entre estes mesmos grupos. O IC é derivado de uma curva de concentração. Neste caso, que traça a proporção acumulada da variável gasto com saúde contra a proporção acumulada das famílias ordenadas

1. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br>.

segundo a renda (Konings *et al.*, 2009; O'Donnell, 2008), o IC foi estimado por meio da fórmula proposta por Kakwani, Wagstaff e van Doorslaer (1997). Para o cálculo deste índice, foram consideradas todas as famílias da amostra, independentemente de terem registrado gastos positivos com saúde no período de referência das POFs.

3 RESULTADOS

A POF 2002-2003 teve amostra composta por 48.568 famílias, enquanto a de 2008-2009 teve amostra de 56.091 famílias. A descrição dos gastos médios com saúde para o total das famílias e exclusivamente para aquelas que tiveram gastos com saúde nas duas POFs estudadas está apresentada na tabela 1.

TABELA 1
Média, mediana, primeiro (q25) e terceiro (q75) quartis dos gastos mensais com saúde[1] para o total das famílias e exclusivamente para aquelas que tiveram gastos com saúde – Brasil e regiões (2002-2003 e 2008-2009)
(Em R$)

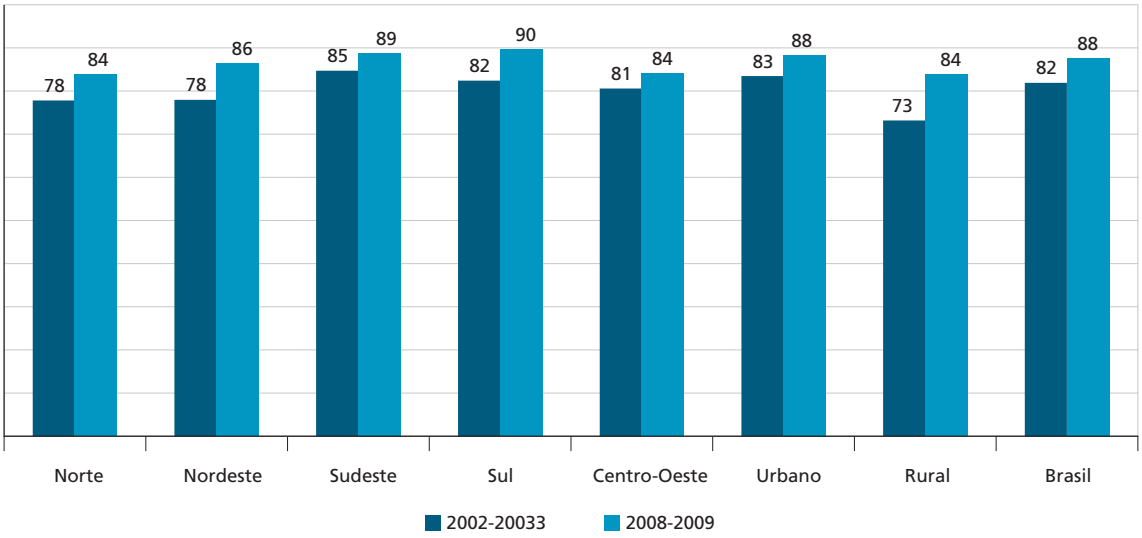
	Total das famílias								Famílias que tiveram gasto com saúde							
	Média		q25		Mediana		q75		Média		q25		Mediana		q75	
	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009	2002-2003	2008-2009
Norte	75,82	82,22	2,21	6,12	23,58	29,41	76,40	89,05	97,48	97,71	14,70	15,30	39,36	41,68	102,27	104,20
Nordeste	81,18	93,15	1,80	7,07	21,43	30,70	72,15	92,30	104,15	107,84	13,59	15,15	36,28	41,16	99,21	110,92
Sudeste	168,51	198,89	12,48	21,47	62,89	77,46	181,59	218,09	198,97	223,95	30,24	36,32	88,71	99,00	220,16	243,96
Sul	133,80	170,74	9,57	21,53	48,55	73,63	147,37	191,81	162,39	190,62	27,46	34,15	73,97	90,67	179,83	213,17
Centro-Oeste	127,21	130,73	6,74	9,90	40,36	46,77	125,43	135,14	157,92	155,53	24,01	24,75	62,49	64,45	159,97	164,17
Rural	58,18	79,19	0,00	6,12	18,14	30,28	60,04	88,51	79,55	94,53	13,81	16,50	34,95	42,20	84,87	105,03
Urbano	145,24	167,58	8,78	13,91	48,64	54,50	154,40	164,72	174,05	189,74	24,65	28,00	72,26	78,14	189,25	206,26
Brasil	**131,97**	**153,81**	**6,71**	**15,68**	**41,45**	**60,62**	**138,34**	**181,68**	**161,18**	**175,56**	**22,36**	**25,25**	**64,08**	**70,68**	**171,09**	**190,00**

Fonte: Microdados das POFs 2002-2003 e 2008-2009.
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Valores dos gastos mensais com saúde expressos em reais (R$), atualizados pelo IPCA, tendo como base janeiro de 2009.

No período estudado, o gasto médio mensal com saúde para o total das famílias brasileiras elevou-se de R$ 131,97 para R$ 153,81, enquanto a mediana apresentou aumento de R$ 41,45 para R$ 60,62. O valor deste gasto foi notavelmente superior entre as famílias residentes em áreas urbanas em comparação com aquelas em áreas rurais, assim como nas regiões Sudeste e Sul em comparação com as demais regiões. Quando se considera apenas as famílias que tiveram registro de gasto com saúde nas POFs, o valor médio do gasto aumentou de R$ 161,18 para R$ 175,56, enquanto a mediana elevou-se de R$ 64,08 para R$ 70,68 (tabela 1).

Os valores das medianas são bastante inferiores àqueles das médias, refletindo a distribuição assimétrica do gasto, com uma proporção relativamente pequena das famílias concentrando uma grande parcela do gasto, conforme é possível observar no gráfico 1, que ilustra a proporção de famílias que tiveram gastos com saúde nas POFs estudadas.

GRÁFICO 1
Famílias que tiveram gastos com saúde no período de referência das POFs – Brasil e regiões (2002-2003 e 2008-2009)
(Em %)



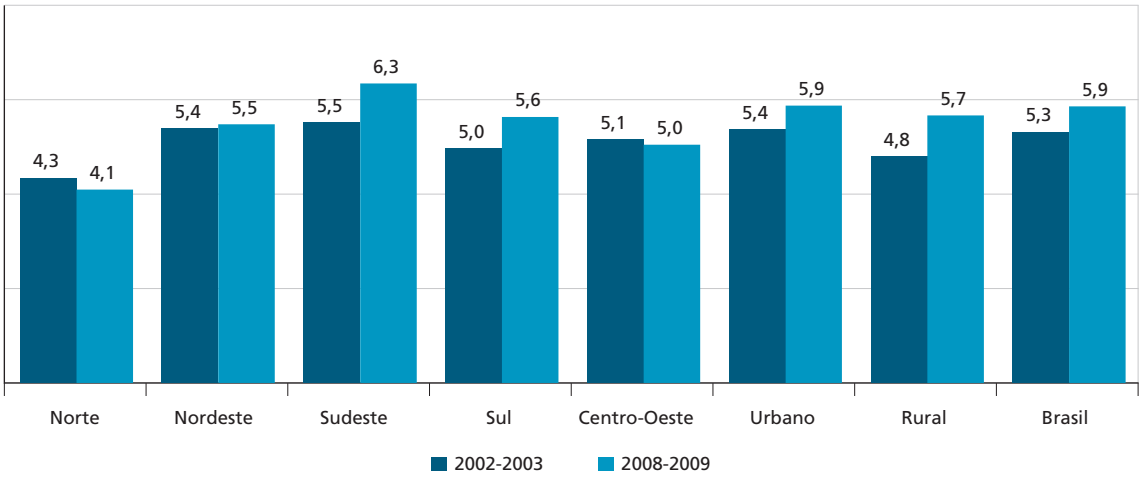
Fonte: Microdados das POFs 2002-2003 e 2008-2009.
Elaboração dos autores.

A proporção de famílias brasileiras que tiveram gastos com saúde durante o período de referência da POF foi 82%, em 2002-2003, e 88%, em 2008-2009. Aumentos semelhantes foram observados em todas as regiões. Todavia, a elevação foi mais acentuada entre as famílias residentes em áreas rurais (de 73% para 84%).

É importante notar que o gasto médio com saúde apresentou variação positiva (+ 16,5% para o total das famílias). Entre as famílias que tiveram gasto, também houve variação positiva no gasto médio com saúde (+ 8,9%).

Assim, é interessante verificar se houve alteração da parcela da renda familiar comprometida com saúde no período estudado, o que pode ser observado no gráfico 2.

GRÁFICO 2
Gasto com saúde em relação à renda total das famílias – Brasil e regiões (2002-2003 e 2008-2009)
(Em %)

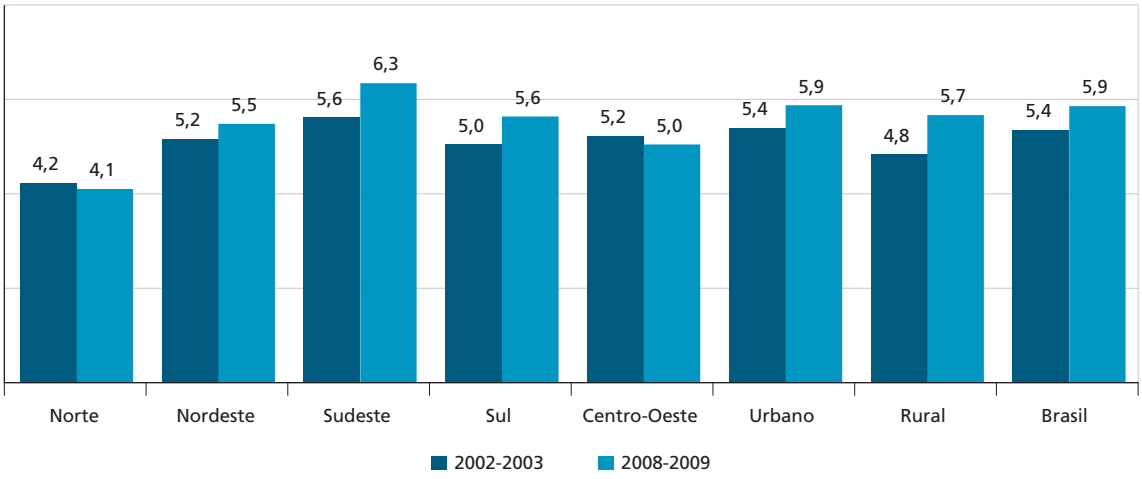


Fonte: Microdados das POFs 2002-2003 e 2008-2009.
Elaboração dos autores.

No período estudado, a parcela da renda das famílias brasileiras comprometida com os gastos com saúde apresentou pequena elevação, de 5,3% para 5,9%. Também houve aumento da proporção do gasto com saúde em relação à renda familiar entre famílias residentes nas áreas urbana e rural, assim como nas regiões brasileiras, à exceção do Norte e Centro-Oeste.

Por sua vez, a parcela da despesa familiar comprometida com saúde no período estudado está ilustrada no gráfico 3.

GRÁFICO 3
Gasto com saúde em relação à despesa total das famílias – Brasil e regiões (2002-2003 e 2008-2009)
(Em %)

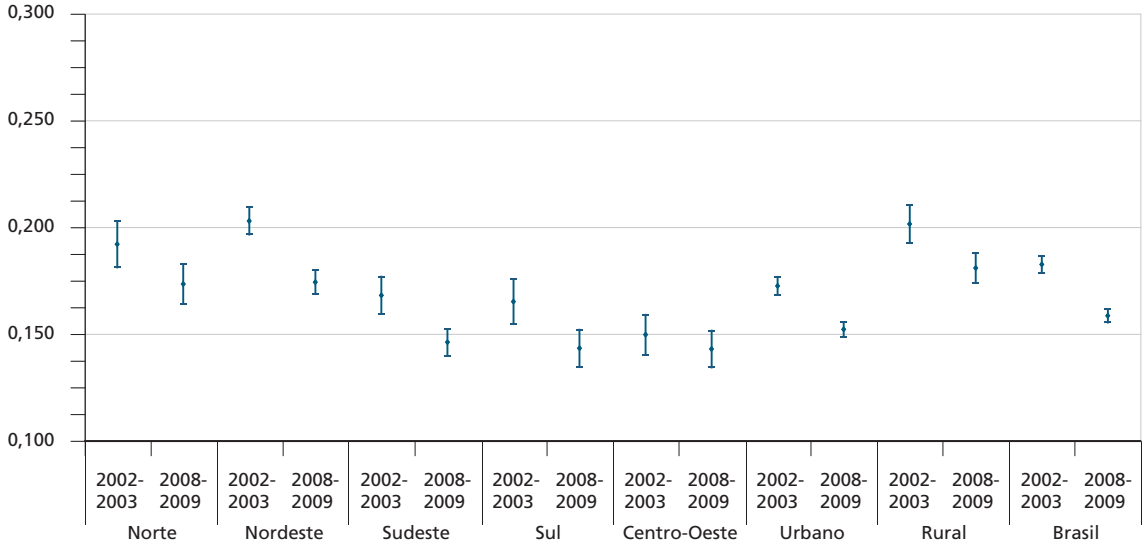


Fonte: Microdados das POFs 2002-2003 e 2008-2009.
Elaboração dos autores.

O comportamento do peso dos gastos com saúde em relação à despesa familiar revelou-se semelhante àquele em relação à renda. A participação dos gastos com saúde das famílias brasileiras em relação à sua despesa total também apresentou pequeno acréscimo, de 5,4% para 5,9%, de 2002 a 2009. Houve aumento em todas as regiões, à exceção do Norte e do Centro-Oeste.

A evolução da concentração dos gastos com saúde pode ser avaliada por meio dos índices de concentração, apresentados no gráfico 4. Para o total das famílias brasileiras, o valor do índice apresentou redução de 0,183 (IC 95% 0,179; 0,189) para 0,162, (IC 95% 0,156; 0,159) no período compreendido entre as POFs estudadas. Esta redução foi estatisticamente significativa, uma vez que não houve sobreposição entre os intervalos de confiança. Isto indica que o gasto com saúde se tornou menos concentrado entre as famílias no período 2002-2009. Também foi observada redução deste índice nas regiões brasileiras, à exceção do Norte e do Centro-Oeste.

GRÁFICO 4
Índice de concentração do gasto com saúde e intervalo de confiança de 95%, para o total das famílias – Brasil e regiões (2002-2003 e 2008-2009)



Fonte: Microdados das POFs 2002-2003 e 2008-2009.
Elaboração dos autores

Além do gasto total, é interessante verificar a composição dos gastos com saúde. A tabela 2 apresenta a proporção de famílias que tiveram gasto com cada componente e os valores médios destes gastos para este grupo de famílias.

TABELA 2
Famílias que tiveram registro de gasto com componentes do gasto com saúde e valor do gasto médio mensal segundo componentes para estas famílias – Brasil e regiões (2002-2003 e 2008-2009)

	Medicamentos				Plano de saúde				Tratamento odontológico				Consulta médica				Outros			
	2002-2003		2008-2009		2002-2003		2008-2009		2002-2003		2008-2009		2002-2003		2008-2009		2002-2003		2008-2009	
	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$
Norte	73,3	52,18	81,1	58,35	12,4	106,75	10,9	141,63	5,3	69,63	2,5	99,77	13,5	46,69	10,2	41,77	25,2	57,10	20,3	63,03
Nordeste	73,4	53,13	83,6	60,31	13,2	170,04	12,6	182,14	5,0	78,47	3,5	88,17	13,2	34,44	11,3	35,15	21,8	51,79	20,9	61,29
Sudeste	76,7	81,04	83,7	107,05	32,6	160,81	35,4	198,84	13,1	153,72	5,5	179,86	15,8	49,70	12,2	54,54	26,2	99,08	22,8	97,94
Sul	75,7	76,11	85,2	104,51	24,1	128,56	26,3	137,98	10,1	129,21	6,6	139,42	22,0	41,60	19,5	40,02	25,5	90,39	26,9	105,87
Centro--Oeste	72,8	75,87	79,6	85,07	19,6	147,66	16,3	177,20	8,1	162,74	3,8	197,64	18,2	39,44	13,7	46,01	22,5	100,92	20,8	98,62
Urbano	76,3	74,72	83,8	94,15	27,6	156,42	28,4	186,54	10,6	140,78	5,2	156,77	16,9	44,90	13,3	46,35	25,6	88,51	23,2	92,96
Rural	69,3	49,64	81,3	64,16	5,1	91,65	6,4	121,98	4,5	93,16	2,7	102,38	12,3	35,46	11,9	40,30	19,4	54,68	19,6	59,63
Brasil	75,2	71,20	83,4	89,60	24,1	154,35	24,9	183,97	9,7	137,41	4,8	151,94	16,2	43,80	13,1	45,49	24,7	84,45	22,6	88,45

Fonte: Microdados das POFs 2002-2003 e 2008-2009.
Elaboração dos autores

Aproximadamente três quartos (75,2%) das famílias tiveram registro de gasto com medicamentos no período de referência da POF 2002-2003, esta porcentagem elevou-se para 83,4% na POF 2008-2009. Entre as famílias da região Centro-Oeste, foram observadas proporções um pouco mais baixas que entre as famílias das demais regiões. Também entre as famílias residentes em áreas rurais, a proporção daquelas que tiveram gastos com medicamentos foi inferior àquela das residentes em áreas urbanas. Todavia, houve redução desta diferença entre 2002-2003 e 2008-2009. O valor do gasto médio mensal das famílias brasileiras que tiveram gastos com medicamentos apresentou aumento, de R$ 71,20 para R$ 89,60. Entre as famílias que registraram gasto com medicamentos, o valor médio mensal foi maior entre aquelas da região Sudeste (R$ 107,05 em 2008-2009) e menor entre aquelas da região Norte (R$ 58,35 em 2008-2009). O gasto médio mensal das famílias que tiveram gasto com medicamentos foi maior nas áreas urbanas (R$ 94,15 em 2008-2009) em relação às rurais (R$ 64,16 em 2008-2009).

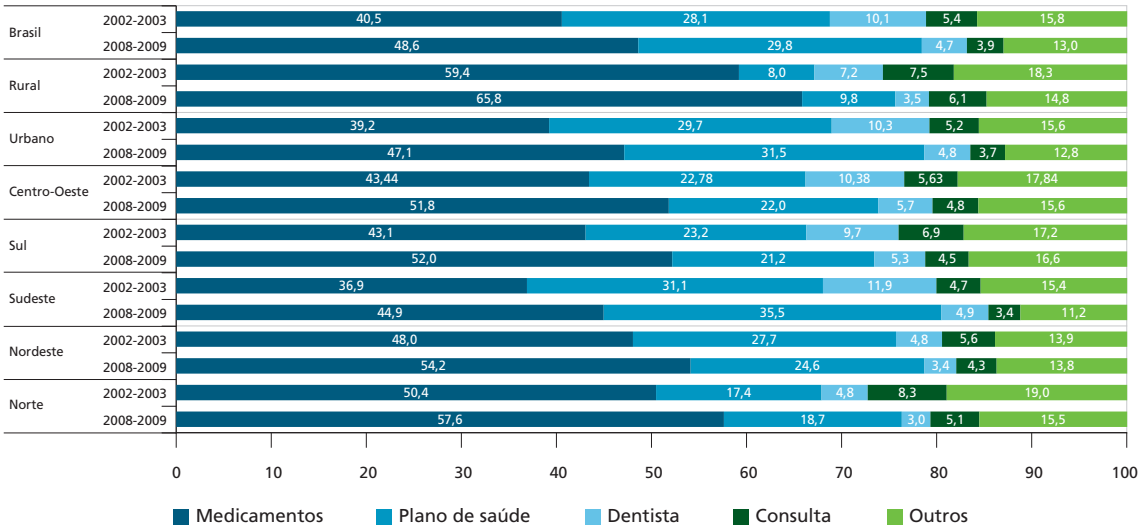
Aproximadamente um quarto das famílias brasileiras teve registro de gasto com planos de saúde nas duas POFs. Esta proporção foi superior entre as famílias da região Sudeste (35,4% em 2008-2009). Nas regiões Norte e Nordeste, esta proporção equivaleu, respectivamente, a 10,9% e 12,6%, em 2008-2009. Nas áreas rurais, esta proporção foi menor (6,4% em 2008-2009), em comparação com as áreas urbanas (28,4% em 2008-2009). No período 2002-2009, houve aumento do gasto médio mensal com planos de saúde entre as famílias que registraram este tipo de gasto, de R$ 154,35 para R$ 183,97. Em 2008-2009, o valor médio mensal do gasto com planos de saúde entre as famílias que registraram este tipo de gasto foi maior na região Sudeste (R$ 198,84) e menor na Sul (R$ 137,20). Também foi superior nas áreas urbanas (R$ 186,54) em relação às rurais (R$ 121,98).

A proporção de famílias brasileiras que tiveram registro de gasto com tratamento dentário apresentou redução, no período 2002-2009, de 9,7% para 4,8%. Estas reduções foram observadas em todas as regiões. Em 2008-2009, o gasto médio mensal com tratamento dentário entre as famílias que registraram este tipo de gasto foi de R$ 151,94.

Também foi observada redução na proporção de famílias que tiveram registro de gasto com consulta médica, de 16,2% para 13,1%, no período 2002-2009. Em 2008-2009, a proporção mais elevada foi observada na região Sul (19,5%) e a mais baixa, na região Norte (10,2%). A região Sudeste apresentou valor médio mensal do gasto mais elevado (R$ 54,54) em relação às demais regiões.

O gráfico 5 ilustra a composição proporcional do gasto com saúde segundo cada um de seus principais componentes.

GRÁFICO 5
Composição proporcional do gasto com saúde segundo componentes – Brasil e regiões (2002-2003 e 2008-2009)
(Em %)



Fonte: Microdados das POFs 2002-2003 e 2008-2009.
Elaboração dos autores.

Os medicamentos foram o principal componente do gasto com saúde em todas as regiões brasileiras, seguidos pelos planos de saúde. É importante destacar o crescimento da participação dos gastos com medicamentos em todas as regiões no período estudado. Para a totalidade das famílias, a participação dos gastos com medicamentos em relação ao total do gasto com saúde elevou-se de 39,2% para 48,6%. Em 2008-2009, o gasto com planos de saúde correspondeu a quase um terço (31,3%) do gasto com saúde entre as famílias residentes em áreas urbanas, enquanto entre aquelas residentes em áreas rurais, esta participação foi menor, equivalente a 8,0% na POF 2002-2003 e 9,8% na POF 2008-2009. Por seu turno, em todas as regiões houve redução da participação dos gastos com tratamento dentário. Esta redução foi de 7,2% para 4,7% para o total das famílias brasileiras entre as POFs estudadas.

4 DISCUSSÃO

No período 2002-2009, o gasto médio com saúde das famílias brasileiras aumentou, assim como a proporção de famílias que registraram este tipo de gasto. Isto também é verdadeiro para as famílias residentes em todas as regiões brasileiras, assim como nas áreas urbanas e rurais. Todavia, uma análise mais detalhada revelou diferenças regionais importantes. O peso dos gastos com saúde sobre a renda e a despesa apresentou um acréscimo muito pequeno para o total das famílias brasileiras, assim como para aquelas residentes nas áreas urbanas e rurais e nas grandes regiões, exceto Norte e Nordeste. Também foi observada redução da concentração dos gastos com saúde entre as famílias, segundo sua renda, medida por meio do índice de concentração. O gasto com medicamentos foi o principal componente do gasto com saúde, seguido pelo gasto com planos de saúde. A participação dos gastos com medicamentos em relação ao gasto total com saúde aumentou, em todas as regiões, no período estudado. A participação do gasto com planos de saúde em relação ao total do gasto com saúde foi mais elevada entre as famílias urbanas em comparação com as rurais, enquanto para o gasto com medicamentos observou-se o inverso.

É importante ressaltar que os resultados expostos apresentam limitações. Entre elas, destacam-se aquelas inerentes aos estudos realizados a partir de dados secundários e de informações autorreferidas, assim como as referentes à metodologia das POFs. Assim, existem tanto a possibilidade de subestimação do gasto, no caso de sub-registro por parte das famílias, como de superestimação, em decorrência de se considerar apenas as famílias que tiveram registro de gasto durante o período de referência das POFs (Silveira *et al.*, 2006; Barros e Bertoldi, 2008). Outra limitação se refere à apresentação dos valores médios do gasto e da porcentagem do gasto com saúde em relação à renda, uma vez que é conhecida sua distribuição assimétrica, verificada por meio da discrepância entre a média e a mediana revelada nos resultados deste estudo. Todavia, as limitações são minimizadas pelo cuidadoso processo de realização das POFs, desde o planejamento, passando pela coleta de dados, até a revisão crítica dos resultados, que confere a estas pesquisas, ricas fontes de dados sobre consumo das famílias brasileiras, um elevado padrão de qualidade (Diniz *et al.*, 2007; IBGE, 2010a).

Neste estudo, ficou evidente que os gastos com saúde das famílias brasileiras são maiores entre aquelas residentes nas regiões do país que apresentam melhores indicadores socioeconômicos – Sul e Sudeste –, assim como em áreas urbanas. Esta situação é decorrente, principalmente, dos diferenciais de renda e da distribuição da oferta de serviços de saúde entre as regiões do Brasil. Este padrão pode sugerir uma especialização regional, com predomínio da utilização do SUS nas regiões mais pobres, e maior utilização de serviços privados nas regiões mais ricas.

A demanda por serviços de saúde é determinada por diversos fatores, como necessidade sentida, fatores psicossociais, seguridade social, demografia, epidemiologia, utilização dos serviços, regulamentação e fatores culturais (Zucchi, Del Nero e Malik, 2000). Além dos fatores relacionados à demanda, o gasto com saúde também é fortemente determinado pela renda.

Estes gastos aumentam à medida que se eleva a renda das famílias (Silveira *et al.*, 2006; Andrade e Lisboa, 2006; Garcia *et al.*, 2013). Assim, é coerente que o valor do gasto com saúde tenha sido maior nas regiões em que a renda das famílias é maior.

Apesar da melhoria na distribuição de renda no Brasil, observada ao longo das últimas décadas, o Brasil ainda é um dos países mais desiguais do mundo. A elevação dos níveis de renda, com declínio na pobreza e crescimento no nível geral de bem-estar da população, se deu de maneira a reproduzir o padrão histórico, marcado por desigualdades regionais (De Barros, Mendonça e Duarte, 1997). Segundo dados do Censo Demográfico 2010, o rendimento nominal mensal médio das pessoas de 10 anos ou mais de idade era de R$ 1.396 na região Sudeste e de R$ 806 na Nordeste. Este rendimento era mais que o dobro nas áreas urbanas (R$ 1.294) em relação às rurais R$ 596 (IBGE, 2012). O declínio na desigualdade de renda pode contribuir para explicar a redução da concentração dos gastos com saúde segundo a renda das famílias, observada neste estudo. Não obstante, ressalta-se que foram mantidas as diferenças regionais, com maior concentração do gasto com saúde entre as famílias de maior renda residentes em áreas rurais, assim como nas regiões Norte e Nordeste.

O gasto com saúde também está atrelado à oferta de serviços de saúde. As desigualdades nos gastos com saúde das famílias residentes nas diferentes regiões e em áreas urbanas e rurais do país mantêm relação com a distribuição desigual da oferta de serviços de saúde no território brasileiro. O menor valor do gasto entre as famílias residentes nas regiões Norte e Nordeste, assim como em áreas rurais, é coerente com a menor oferta de serviços de saúde nestas regiões.

Corroborando esta suposição, um estudo sobre internações hospitalares e oferta de serviços de saúde, utilizando dados da PNAD 1998, sugeriu a existência de efeito de demanda induzida pela oferta, no caso dos leitos hospitalares (Castro, Travassos e Carvalho, 2005). Ademais, Neri e Soares (2002) verificaram que a chance de procurar por serviços de saúde aumenta à medida que se eleva a densidade populacional, sendo 47% maior em áreas metropolitanas em comparação com áreas rurais.

Nunes *et al.* (2001) registraram importantes desigualdades regionais na oferta de infraestrutura de serviços e recursos humanos em saúde entre as regiões brasileiras, ainda na década de 1990. Enquanto o país possuía, em 1999, em média três leitos disponíveis para o SUS (sendo 2,1 privados) e 1,4 médico por mil habitantes, a região Norte apresentava 2,1 leitos para o SUS, 1,2 leito privado e 0,6 médico por mil habitantes, correspondendo a cerca da metade dos recursos por população existentes na região Sudeste. Quanto ao número de odontólogos por mil habitantes, a região Sudeste e a Centro-Oeste apresentavam valores quatro vezes superiores à região Norte e duas vezes à Nordeste.

A Pesquisa Assistência Médico-Sanitária realizada pelo IBGE, em 2009, revelou que houve melhoria nos indicadores de oferta de serviços de saúde no período 1999-2009. As regiões Norte e Nordeste eram as mais desprovidas de leitos por habitante – com 1,8 e 2,0, respectivamente, em 2009. Embora tenha havido aumento do número de leitos públicos nestas regiões e de estes representarem mais de 50% dos leitos disponíveis para internação,

este aumento não foi suficiente para compensar a diminuição do número de leitos privados e o aumento do tamanho da população (IBGE, 2010b).

Não obstante, Porto *et al.* (2007), ao avaliarem uma metodologia para alocação de recursos financeiros para a saúde no Brasil, constataram que a incorporação das variáveis de oferta nas equações de uso de serviços de saúde não foi capaz de eliminar o efeito negativo das condições sociais e de saúde no uso de serviços de saúde. Este achado corrobora a hipótese de que as desigualdades na disponibilidade de serviços não são a única explicação para as desigualdades sociais no uso. Ou seja, existem outras barreiras sociais no acesso aos serviços de saúde, como a capacidade de compra e a cobertura de planos de saúde, ambos fatores relacionados à renda das famílias.

Possivelmente, a renda também é fator importante para a determinação da composição dos gastos com saúde entre as diferentes regiões brasileiras. Em todas as regiões brasileiras, os gastos com medicamentos foram o principal componente do gasto com saúde, seguidos pelos planos de saúde. Todavia, a participação do gasto com planos de saúde em relação ao total do gasto com saúde foi menor entre famílias residentes em áreas rurais, em relação às urbanas. Ainda, esta participação foi menor na região Norte, em relação às demais regiões. Isto pode estar relacionado não apenas à renda das famílias mas também à oferta de planos de saúde nas diferentes regiões.

No período compreendido entre as duas POFs estudadas, a participação do gasto com planos de saúde em relação ao total do gasto com saúde das famílias brasileiras apresentou pequena elevação, de 28,1% para 29,8%, embora tal comportamento não tenha sido observado em todas as regiões. Ademais, não houve aumento da proporção de famílias que tiveram gasto com planos de saúde, mas houve elevação do valor médio do gasto. Isto é coerente com o fato de que a receita das operadoras de planos de saúde elevou-se de R$ 28 bilhões, em 2003, para R$ 73 bilhões, em 2010 (ANS, 2011). Apesar dos lucros crescentes e dos subsídios do governo, os planos privados de saúde não atuam de maneira sinérgica com o sistema público. Segundo Ocké-Reis (2012), o mercado privado oferece cobertura duplicada aos serviços oferecidos pelo SUS, porém os beneficiários dos planos ainda usufruem dos serviços públicos e os planos de saúde, em grande parte, não realizam de maneira adequada o ressarcimento das despesas de seus beneficiários para o governo.

Além disso, os planos de saúde contribuem para gerar desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde, uma vez que cobrem uma parcela específica da população brasileira, que inclui pessoas com renda mais elevada, cor da pele branca, maior nível de escolaridade, inseridas em determinados ramos no mercado de trabalho e residentes em capitais ou regiões metropolitanas (Pinto e Soranz, 2004). Muitas vezes, as famílias com menor renda adquirem planos de saúde básicos, que não provêm acesso a determinados exames ou procedimentos, de modo que seus usuários podem ter um diagnóstico muito tardio de determinadas doenças, o que pode trazer consequências adversas para estes e para o SUS. Bahia, Simmer e Oliveira (2004) destacam, entre as consequências da segmentação do sistema de saúde brasileiro (entre público e privado), o elevado padrão de gastos privados com saúde, a transferência de riscos

relacionados com custos assistenciais do privado para o público e o padrão diferenciado, segundo condição de cobertura, de utilização de serviços, no que tange à quantidade de serviços utilizados e, possivelmente, à qualidade da atenção prestada.

Santos (2011), ao estudar os possíveis efeitos dos seguros privados sobre os sistemas nacionais de saúde, concluiu que a cobertura duplicada pode contribuir para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços, e incentivar o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público, como consultas especializadas, cirurgias eletivas e medicamentos. Ademais, não reduz a pressão da demanda por serviços do sistema público, tampouco no financiamento deste sistema. Também não contribui para a preservação dos objetivos gerais do SUS – universalidade, integralidade e equidade – nem para os objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população. Segundo o autor, os planos de saúde "corroem" estes objetivos (Santos, 2011, p. 2.747).

Recentemente, tem havido intenso debate sobre a existência de subsídio público ao subsistema privado de saúde (Bahia, 2009; Piola, 2006). Devido ao princípio da universalidade, usuários que necessitam de procedimentos complexos não cobertos pelos planos de saúde recorrem ao SUS, ainda que os pagamentos das mensalidades dos planos sejam, em grande parte, dedutíveis do imposto de renda. Este subsídio é altamente regressivo, ou seja, beneficia as pessoas com maior renda, que têm capacidade de pagamento, ao mesmo tempo que reduz a capacidade de financiamento do SUS. O subfinanciamento é preocupante, pois se sabe que é o SUS que garante, por direito constitucional, atenção à saúde integral e universal à população brasileira. A rígida regulação dos planos privados de saúde é essencial para minimizar a competição entre o setor público e o privado e determinar o reembolso ao SUS quando os usuários de planos de saúde utilizam serviços públicos (Victora *et al.*, 2011a).

Diversos estudos demonstraram que o gasto com saúde tem maior peso para as famílias de menor renda (Silveira, Osório e Piola, 2006; Andrade e Lisboa, 2006; Garcia *et al.*, 2013). É amplamente conhecida a associação direta entre renda e saúde, ou seja, quanto maior a renda, melhor a situação de saúde. As pessoas mais pobres, justamente aquelas que têm mais necessidades de saúde, são as que têm menos acesso aos serviços de saúde, o que acaba por aprofundar as desigualdades. Por sua vez, as decisões individuais ou políticas públicas que afetam direta ou indiretamente a saúde têm efeitos cruciais sobre o desenvolvimento econômico de um país (Andrade e Lisboa, 2006). Nesse sentido, as políticas públicas de saúde também são políticas de combate à pobreza e à desigualdade (Neri e Soares, 2002).

Segundo Silveira, Osório e Piola (2002), o SUS é um fator de peso na explicação da menor proporção de famílias que tiveram gasto com saúde entre as famílias de menor renda. O aumento da oferta de serviços odontológicos no SUS, aliado às melhorias nas condições de saúde bucal da população brasileira (Brasil, 2011), pode ter contribuído para redução dos gastos com tratamento dentário, em todas as regiões brasileiras, observada neste estudo. Da mesma maneira, o aumento da oferta de consultas médicas, especialmente relacionado à expansão da estratégia Saúde da Família (Facchini e Garcia, 2009), pode ter contribuído para a redução da proporção de famílias que tiveram gastos com estes serviços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é um dos maiores sistemas públicos universais de saúde do mundo. Melhorias marcantes na situação de saúde da população brasileira que ocorreram nas últimas décadas podem ser indiscutivelmente atribuídas a este sistema. Todavia, em grande parte devido ao subfinanciamento, o SUS ainda não é capaz de prover cobertura universal e atenção integral à população brasileira. Existem importantes barreiras ao acesso, que se dá de forma desigual entre regiões do país e entre grupos socioeconômicos distintos. Como consequência, o gasto privado ainda é um componente importante do gasto com saúde no Brasil.

Os achados deste estudo corroboram estudos prévios, indicando importantes desigualdades regionais no valor e na composição do gasto com saúde das famílias brasileiras. Sabe-se, ainda, que persistem desigualdades no gasto com saúde segundo a situação socioeconômica das famílias, com maior concentração do gasto entre as famílias de maior renda. Todavia, o peso deste gasto é muito maior sobre o rendimento das famílias de menor renda. Desta forma, existe grande potencial para que as políticas públicas de saúde, implementadas no âmbito do SUS, tenham um impacto redistributivo e, possivelmente, possam contribuir não apenas para a redução das desigualdades regionais e sociais em saúde mas também para a redução da pobreza no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANDRADE M. V.; LISBOA M. B. A economia da saúde no Brasil. *In:* LISBOA, M. B.; MENEZES FILHO, N. A. (Orgs.). **Microeconomia e sociedade no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2001. p. 285-332.

_____. Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. *In:* SILVEIRA, F. G. *et al*. **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006. p. 84-106.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de informação da saúde suplementar**: beneficiários, operadoras, planos de saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: <http://canaldasassociadas.unimedcentro.com.br/wp/wp-content/uploads/2011/10/ Caderno-Inf.SSupl_.Set20111.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2012.

BAHIA, L. The Brazilian health system between norms and facts: mitigated universalization and subsidized stratification. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 753-762, 2009.

BAHIA, L.; SIMMER, E.; OLIVEIRA, D. C. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 921-929, dez. 2004.

BARRETO, M. L. *et al*. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **The Lancet**, v. 377, n. 9.780, p. 1.877-1.889, 2011.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. **International journal of epidemiology**, Oxford, n. 37, p. 758-765, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008**: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. S. B. Brasil. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010**: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral /projeto_sb2010_relatorio _final.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2012.

CASTRO, M. S. M.; TRAVESSOS, C.; CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 277-84, abr. 2005.

DE BARROS, R. P.; MENDONÇA, R.; DUARTE, R. P. N. **Bem-estar, pobreza e desigualdade de renda**: uma avaliação da evolução histórica e das disparidades regionais. Brasília: Ipea, 1997 (Texto para Discussão, n. 454).

DINIZ, B. P. C. *et al*. As pesquisas de orçamentos familiares no Brasil. *In:* SILVEIRA, F. G. *et al*. **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. v. 2. p. 17-74.

FACCHINI, L. A.; GARCIA, L. P. Evolução e avanços da Saúde da Família e os 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil. *In:* BRASIL. **Saúde Brasil 2008**: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-62.

GARCIA, L. P. *et al*. Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas: composição e evolução no período 1995-2009. **Ciência e saúde coletiva**, v. 18, n. 1, p. 115-128, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100013 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2013**.**

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**: primeiros resultados, Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

_____. Coordenação de Contas Nacionais. **Contas-satélite de saúde**: Brasil – 2005-2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

_____. **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária 2009. Brasília: IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>. Acesso em: 1º abr. 2013.

_____. **Censo Demográfico 2010**: resultados do universo. Brasília: IBGE, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_universo.shtm>.

KAKWANI, N.; WAGSTAFF A.; VAN DOORSLAER, E. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. **Journal of econometrics**, v. 77, n. 1, p. 87-103, 1997.

KONINGS, P. *et al*. Analysis of socioeconomic health inequalities using the concentration index. **International journal of public health**, v. 55, n. 1, p. 71-74, 2009.

LUCCHESE, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, jun. 2003.

MENEZES, T. *et al*. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF 2002-2003. *In:* SILVEIRA, F. G. *et al*. **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006. p. 314-344. v. 1.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 77-87, 2002.

NUNES, A. *et al*. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: Ipea; Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

O'DONNELL, O. The concentration index. *In*: **Analyzing health equity using household survey data**: a guide to techniques and their implementation. Washington D.C.: World Bank, 2008.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS**: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIM, J. *et al*. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, Philadelphia, v. 377, n. 9.779, p. 1.778-1.797, maio 2011.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-88, 2004.

PIOLA, S. F. Tendências do financiamento da saúde. **Debates G. V. Saúde**, v. 2, ago. 2006. Disponível em: <http://www.eaesp.fgvsp.br/subportais/gvsaude/Pesquisas_publicacoes/debates/02/20.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2013.

PORTO, S. M.; UGÁ, M. A. D.; MOREIRA, R. S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3.795-3.806, 2011.

PORTO, S. *et al*. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.393-1.404, jun. 2007.

SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2.743-2.752, 2011.

SILVA, Z. P. *et al*. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, 2003-2008. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 1.011-1.022, set. 2011.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 719-731, 2002.

_____. Os gastos das famílias com saúde. *In:* SILVEIRA, F. G. *et al*. **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006. v. 1.

SILVEIRA, F. G. *et al*. **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006. v. 1.

_____. **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. v. 2.

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 85-91, dez. 2007.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 976-986, dez. 2006.

TRAVASSOS, C. *et al*. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413 81232000000100012&lng=en &nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2012.

UGÁ, M. A. *et al*. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, nov. 2003.

VICTORA, C. G. *et al.* Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**, Philadelphia, p.90-102, 2011a. (Série Saúde no Brasil, n. 6). Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde_Celia%20Almeida_2011.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2013.

VICTORA, C. G. *et al*. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9.780, p. 1.863-1.876, 2011b.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M.; Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 127-15, jan.-dez. 2000.