

TEXTO PARA DISCUSSÃO

3155

**DESIGUALDADE DE RAÇA E GÊNERO
E IMPACTOS DISTRIBUTIVOS DOS
GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE E
EDUCAÇÃO NO BRASIL**

**JOÃO PEDRO FREITAS GOMES
PEDRO ROMERO MARQUES
FERNANDO GAIGER SILVEIRA**

**DESIGUALDADE DE RAÇA E GÊNERO
E IMPACTOS DISTRIBUTIVOS DOS
GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE E
EDUCAÇÃO NO BRASIL**

JOÃO PEDRO FREITAS GOMES¹

PEDRO ROMERO MARQUES²

FERNANDO GAIGER SILVEIRA³

1. Bolsista do Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Desigualdades da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária da Universidade de São Paulo (Made/FEA-USP). *E-mail:* jpedrofgomes@gmail.com.

2. Bolsista do Subprograma de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). *E-mail:* p.romero.marques@gmail.com.

3. Diretor de Desenvolvimento Institucional (Dides) do Ipea. *E-mail:* fernando.gaiger@ipea.gov.br.

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidenta

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional

FERNANDO GAIGER SILVEIRA

Diretora de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia

LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais

ARISTIDES MONTEIRO NETO

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais,
de Inovação, Regulação e Infraestrutura

PEDRO CARVALHO DE MIRANDA

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

LETÍCIA BARTHOLO DE OLIVEIRA E SILVA

Diretora de Estudos Internacionais

KEITI DA ROCHA GOMES

Chefe de Gabinete

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

Coordenadora-Geral de Imprensa e
Comunicação Social

GISELE AMARAL DE SOUZA

Ouvidoria: <https://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <https://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2025

Gomes, João Pedro Freitas

Desigualdade de raça e gênero e impactos distributivos dos gastos públicos com saúde e educação no Brasil / João Pedro Freitas Gomes, Pedro Romero Marques, Fernando Gaiger Silveira. – Rio de Janeiro: Ipea, 2025.

40 p.: il., gráfs. – (Texto para Discussão ; n. 3155).

Inclui Bibliografia.

ISSN 1415-4765

1. Desigualdades de Raça e Gênero. 2. Política Fiscal. 3. Benefícios in-kind. 4. Política de Bem-Estar. I. Marques, Pedro Romero. II. Silveira, Fernando Gaiger. III. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IV. Título.

CDD 339.5

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

Como citar:

GOMES, João Pedro Freitas; MARQUES, Pedro Romero; SILVEIRA, Fernando Gaiger. **Desigualdade de raça e gênero e impactos distributivos dos gastos públicos com saúde e educação no Brasil**. Rio de Janeiro: Ipea, ago. 2025. 40 p.: il. (Texto para Discussão, n. 3155). DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/td3155-port>

JEL: I14; I24; I38.

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).

Acesse: <https://repositorio.ipea.gov.br/>.

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 e Orçamento.

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

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	6
2 REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1 O Estado de bem-estar social e o caso brasileiro	8
2.2 Raça e gênero na saúde e educação públicas.....	12
3 METODOLOGIA.....	15
3.1 Bases de dados.....	16
3.2 Renda monetária e particularidades da análise	16
3.3 Medida de desigualdade e decomposição	17
4 GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE E EDUCAÇÃO REDUZEM DESIGUALDADES DE RAÇA E GÊNERO?	19
4.1 Incidência dos gastos com saúde e educação	21
4.2 Desigualdade de raça e gênero associada às provisões públicas em saúde e educação	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE.....	38

SINOPSE

Este artigo debate o papel redistributivo da política fiscal no Brasil por meio da análise da incidência dos benefícios *in-kind* (gastos públicos com saúde e educação) na renda das famílias. A partir de uma metodologia que utiliza dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e de registros administrativos, analisa-se a distribuição destes benefícios considerando diferentes estratos de renda e grupos demográficos, tendo como foco a desigualdade de raça e gênero. Os resultados mostram que estes gastos incidem especialmente sobre os 10% mais pobres e as famílias chefiadas por mulheres negras. A decomposição do índice de Gini e o índice de progressividade de Hoffmann reforçam esta questão, mostrando que há um caráter pró-negros e pró-pobres destas transferências. O cálculo do índice L de Theil revela que, embora a incidência destes benefícios *in-kind* reduza a desigualdade de renda total, há pouca alteração no componente atribuído à desigualdade entre grupos.

Palavras-chave: desigualdades de raça e gênero; política fiscal; benefícios *in-kind*; políticas de bem-estar.

ABSTRACT

This article discusses the redistributive role of fiscal policy in Brazil by analyzing the impact of in-kind benefits (public spending on health and education) on household income. Using a methodology that utilizes data from the Household Budget Survey (Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF), the National Health Survey (Pesquisa Nacional de Saúde – PNS), and administrative records, the distribution of these benefits is analyzed across different income strata and demographic groups, focusing on racial and gender inequality. The results show that these expenditures fall particularly heavily on the poorest 10% and families headed by Black women. The decomposition of the Gini coefficient and the Hoffmann progressivity index reinforce this point, demonstrating that these transfers have a pro-Black and pro-poor nature. The Theil L index reveals that, although the impact of these in-kind benefits reduces overall income inequality, there is little change in the component attributed to inequality between groups.

Keywords: race and gender inequalities; fiscal policy; in-kind benefits; welfare policies.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, uma série de estudos sobre o impacto distributivo da política fiscal no Brasil tem destacado a contribuição central do gasto público para a redução da desigualdade de renda (Barros, Foguel e Ulyssea, 2006; Resende *et al.*, 2023; Lustig, Pessino e Scott, 2013; Lustig, 2014). Este efeito apresenta-se, em parte, como consequência de uma ampliação significativa dos gastos sociais nas últimas décadas, seja na forma de transferências monetárias de renda, como é o caso do Bolsa Família, seja na forma de provisão pública de serviços de saúde e de educação. Silveira e Palomo (2023), ao enfocarem as edições da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizadas entre 2002 e 2003, 2008 e 2009 e 2017 e 2018, indicam a importância desse fenômeno: os gastos sociais corresponderam a uma redução de 15,9% da desigualdade no período,¹ medida pelo índice de Gini. Tal impacto foi capaz de compensar os efeitos concentradores de renda do sistema tributário brasileiro, sabidamente regressivo devido à relevância dos impostos indiretos. Como resultado, portanto, foi possível observar que a política fiscal cumpriu um papel redistributivo ao longo desses anos.

Sem diminuir a relevância desta conclusão, é interessante tomá-la como ponto de partida para análises complementares, reconhecendo que qualificações deste resultado permitem identificar os limites e as possibilidades do potencial redistributivo da política fiscal no Brasil. Este é o objetivo principal deste *Texto para Discussão*, que atenta para a incidência da provisão pública de saúde e educação em diferentes estratos de renda, mas desta vez a partir de um recorte de raça e gênero. Esse debate é realizado por meio de uma abordagem que situa a questão da oferta de saúde e educação no âmbito da discussão dos modelos possíveis de provisão de bem-estar em um país como o Brasil, reconhecendo suas particularidades histórico-institucionais (Esping-Andersen, 1991; Draibe, 2007; Arretche, 2018). Além disso, parte do reconhecimento das diferenças que caracterizam o acesso a esses serviços no Brasil sob as óticas de raça e gênero (Cobo, Cruz e Dick, 2021; Leal *et al.*, 2023; Tomasiello *et al.*, 2023).

Assim sendo, considerando a POF entre 2017 e 2018, os dados administrativos do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e as System of Health Accounts (contas SHA), baseadas na metodologia da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) desenvolvida

1. Outros fatores para além da ampliação do gasto público, como crescimento econômico e os aumentos sistemáticos do valor do salário mínimo, também contribuíram para esta queda na desigualdade. No entanto, uma análise dos estágios de renda, como a realizada por Silveira e Palomo (2023), destaca que as transferências associadas à educação e saúde públicas produzem efeito substancial para essa redução.

TEXTO para DISCUSSÃO

por meio da parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ilustra-se a distribuição dos gastos públicos com saúde e educação entre os estratos de renda brasileiros, considerando quatro grupos sociodemográficos: homens negros, mulheres negras, homens brancos e mulheres brancas. A partir dessa apreciação, discute-se a importância destas provisões públicas para atenuar excessivas onerações da renda dos mais pobres, indicando que, entre os mais ricos, existem outras possibilidades de acesso a serviços essenciais como saúde e educação.

Propõe-se o cálculo da desigualdade medida pelo índice L de Theil, que permite diferenciar o componente *intragrupos* da desigualdade de renda do componente *entre grupos*. Além disso, realiza-se a decomposição do índice de Gini segundo as parcelas de renda ou variáveis sociodemográficas e o cálculo do índice de progressividade de Hoffmann. Desta maneira, ampliam-se as reflexões possíveis sobre o desenho das políticas públicas de saúde e educação no país.

Busca-se, enfim, dialogar com alguns estudos recentes que vêm incorporando os recortes raciais e de gênero como importantes métricas de análise da desigualdade e da incidência de políticas públicas no Brasil (Pires, Cardoso e Oliveira, 2021; Bottega *et al.*, 2021; Osorio, 2021; Gomes *et al.*, 2024; Silveira *et al.*, 2022; Passos, Silveira e Cardomingo, 2023; Silveira *et al.*, 2024), e também com a literatura dos chamados benefícios *in-kind*, a qual demonstra a importância da provisão de serviços públicos do ponto de vista distributivo (Paulus, Sutherland e Tsakloglou, 2010; Halasa, Nassar e Zaky, 2010; Silveira e Palomo, 2023).

Para além desta introdução, a próxima seção contextualiza a discussão a partir de uma retomada da literatura, enfocando dois temas basilares – os modelos de provisão de bem-estar e a questão de gênero e raça no acesso à saúde e à educação no Brasil. Em seguida, apresenta-se a metodologia. A quarta seção contempla os resultados obtidos e é seguida por uma última seção de considerações finais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção tem o intuito de situar o debate proposto pela metodologia utilizada e pelos resultados obtidos em um contexto mais geral de discussão sobre modelos possíveis de provisão de bem-estar e de como se observa o acesso à saúde e educação públicas a partir destes no caso brasileiro, atentando particularmente para as questões de gênero e raça. Com uma retomada não exaustiva da literatura, a ideia é apontar que

a contribuição deste trabalho se orienta para uma discussão associada às especificidades da incidência da saúde e da educação pública brasileira olhando para grupos demográficos específicos. Porém, ressalta-se que tal debate está, em instâncias mais gerais, associado a reflexões sobre as trajetórias histórico-institucionais dos sistemas de proteção social e dos regimes de bem-estar de cada país.

2.1 O Estado de bem-estar social e o caso brasileiro

Para que se possa discutir o papel cumprido pela provisão de educação e saúde públicas no que se refere à estrutura da desigualdade brasileira, cabe retomar as contribuições em torno dos sistemas de proteção social que caracterizam os Estados modernos, identificar as diferentes formas possíveis de classificá-los e, por fim, aventar como o Estado brasileiro pode ser compreendido no âmbito desta literatura.

Um dos primeiros autores a propor comparações entre sistemas de proteção social foi Richard Titmuss (1963; 1974), que buscou classificar os diferentes tipos de “Estados de bem-estar” ou *welfare state* (WS) a partir da formação e consolidação dessas instituições no continente europeu. Em *Social Policy e Essays on the Welfare State*, Titmuss concentra sua análise em duas variáveis: i) o gasto social; e ii) o conteúdo da política social, indicando três tipos de WS: residual, meritocrático-particularista e institucional-redistributivo (Vazquez, 2007).

No primeiro tipo, a intervenção estatal no âmbito social ocorre quando as outras instituições provedoras de bem-estar (mercado, família, comunidade etc.) falham em satisfazer as necessidades dos indivíduos e a política social ganha, assim, contornos mais temporários e emergenciais. Já no segundo tipo, a intervenção é apenas parcial, tendo como foco a correção de falhas na ação de mercado. Há, neste caso, uma ligação forte da política social com a posição no mercado de trabalho, com a presença de políticas específicas para trabalhadores de determinados setores (por exemplo, a existência de sistemas especiais de previdência para algumas categorias). Por fim, o terceiro tipo indica uma visão universalista das políticas sociais, na qual o Estado cumpre o papel de garantir a todos os cidadãos o acesso a direitos sociais elementares.

O trabalho de Titmuss inspirou outras contribuições que também buscaram construir algum tipo de categorização destes sistemas de proteção social. Nesse caso, vale destacar o trabalho de Esping-Andersen (1991), que veio a se tornar uma das referências mais relevantes para o estudo comparado de WS. Neste artigo, Esping-Andersen desenvolve uma tipologia baseada em uma série de conceitos, entre os quais merece

TEXTO para DISCUSSÃO

destaque a “desmercadorização”, um processo de afirmação da garantia dos direitos sociais a partir de um *status* legal e prático que pressupõe a inviolabilidade e a universalidade. A desmercadorização “ocorre quando a prestação de um serviço é vista como uma questão de direito ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado” (Esping-Andersen, 1991, p. 102). Esta concepção é central para a nova tipologia introduzida pelo autor, uma vez que os processos de desmercadorização que deram origem aos WS contemporâneos se constituíram a partir de desenvolvimentos distintos, implicando diferentes trajetórias institucionais de cada sistema de proteção social. Nesse sentido, o grau de desmercadorização é capaz de servir, entre outros aspectos, como métrica de diferenciação dos tipos de regime de WS.

Assim sendo, o primeiro tipo definido por Esping-Andersen (1991) é o liberal, regime de bem-estar com o menor grau de desmercadorização entre os três definidos pelo autor. Neste caso, os direitos sociais estão fortemente associados à comprovação da necessidade e, portanto, predominam as políticas de assistência aos cidadãos cuja pobreza pode ser atestada. De um lado, o Estado cumpre o papel de apenas limitar o efeito da desmercadorização, recorrendo a benefícios reduzidos. De outro lado, há um encorajamento das soluções pela via dos mercados para todos aqueles que têm capacidade de acessá-los. De certa forma, há significativa semelhança entre este regime e o residual definido por Titmuss.

O segundo tipo é o WS conservador ou corporativo. Sua particularidade é definida pela existência de um grau maior de desmercadorização, porém fortemente atrelado à relevância de instituições tradicionais, como a família e a igreja, que pautam a forma de garantia dos direitos sociais. O regime corporativo é fundamentado nas contribuições ligadas à participação no mercado de trabalho, o que relaciona direito social com classe e tipo de ocupação. Esping-Andersen (1991, p. 109) destaca o papel cumprido pelos sistemas previdenciários nestes casos, mas alerta para a existência de estruturas desiguais. Por exemplo, a “previdência social exclui tipicamente as esposas que não trabalham fora, e os benefícios destinados à família encorajam a maternidade. (...) o princípio de ‘subsidiaridade’ (sic) serve para enfatizar que o Estado só interfere quando a capacidade da família de servir os seus membros se exaure”.

Por último, há o regime de WS social-democrata, que também guarda algumas semelhanças com um dos tipos propostos por Titmuss, o institucional-redistributivo. De modo geral, este regime apresenta um maior nível de desmercadorização e o Estado passa a ser o principal provedor de bem-estar. Nestes casos, a igualdade é um princípio orientado não pelas necessidades mínimas, mas por melhores padrões de qualidade,

o que implica, segundo Esping-Andersen (1991, p. 103), uma participação mais plena da população de forma geral no exercício de direitos de qualidade, usualmente desfrutados pelos cidadãos mais ricos. Na prática, isso implica o oferecimento de “benefícios básicos e iguais para todos, independente de ganhos, contribuições ou atuação anteriores no mercado”.

As tipologias de Titmuss e Esping-Andersen servem aqui como ponto de partida para uma análise não exaustiva da estrutura do WS no caso brasileiro. Antes, porém, é preciso reconhecer que há também diversas críticas às tipologias mencionadas. Castles (1993), por exemplo, aponta que alguns países europeus, como Portugal e Itália, se encaixariam em uma quarta variante dos regimes de WS, devido a uma presença ainda mais forte de instituições além do Estado e do mercado na provisão do bem-estar, mesmo se comparado aos WS corporativos. Outros trabalhos, como o de Orloff (1996), realizam uma crítica feminista a estas teorizações, apontando a relevância do cuidado exercido pelas mulheres na provisão de bem-estar.

Ainda assim, partindo do debate exposto anteriormente, Draibe (2007) busca caracterizar em que consiste o WS brasileiro e como se deu o seu processo de construção. Para a autora, a história do WS brasileiro começa durante a Era Vargas, na década de 1930, período em que houve a instituição de diversas políticas sociais. Exemplos foram a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões e o estabelecimento da legislação trabalhista. O segundo momento de criação de novas políticas de bem-estar é durante a ditadura militar – com o Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e as políticas de habitação. No entanto, é interessante observar que, em ambos os períodos, grande parte das políticas instituídas atingiam somente aqueles cidadãos que participavam do mercado de trabalho e, mais ainda, em setores específicos. Desta forma, pode-se dizer que, entre as décadas de 1930 e 1980, o Brasil construiu um Estado de bem-estar relativamente próximo do que seria o Estado de bem-estar conservador ou corporativo destacado por Esping-Andersen (1991).

Todavia, há uma mudança relevante neste cenário com a redemocratização e a Constituição de 1988, que, como aponta Arretche (2018), implicou um movimento de inclusão dos *outsiders*. Em outras palavras, tem-se que a parcela da população que não estava contemplada nas políticas sociais feitas até então passa a fazer parte no novo sistema de proteção social, o que proporcionou condições para uma redução substancial na desigualdade. Essa reorganização permitiu remodelar a trajetória corporativista de constituição do WS brasileiro, trazendo novas dimensões associadas

TEXTO para DISCUSSÃO

à perspectiva social-democrata. Tem-se, assim, que o regime de bem-estar do Brasil contemporâneo pode ser marcado por uma mistura das características das tipologias mencionadas anteriormente, possuindo tanto características universalistas, associadas ao WS social-democrata, quanto elementos corporativos, atrelados ao WS conservador. Draibe (2007) entende que tal sistema se sustenta sob os seguintes pilares: provisão pública universal – educação e saúde, por exemplo; programas de contribuição e subsídio; e setor privado – empresas, organizações não governamentais (ONGs), famílias etc.

É preciso reconhecer, no entanto, que o Brasil também se insere em um contexto mais amplo, associado às transformações recentes no que se refere ao combate à pobreza na América Latina. Para autores como Barrientos (2009), as particularidades do mercado de trabalho na região, fortemente caracterizado pela informalidade, é determinante para que, a partir do surgimento de novas formas de políticas de assistência social, seja possível aventar a hipótese de uma trajetória de remodelação dos WS da região sob uma perspectiva mais liberalizante e, portanto, relacionada ao primeiro tipo de Esping-Andersen (1991).

Uma vez reconhecidas essas especificidades do modelo brasileiro, vale avançar para o entendimento de como aconteceu a evolução da provisão pública de saúde e educação diante desse contexto. Sabe-se que as maneiras pelas quais os sistemas de educação e saúde foram construídos no país se deram a partir de perspectivas drasticamente diferentes. O sistema educacional brasileiro foi estabelecido com a Constituição de 1891 e obteve avanços substanciais, principalmente ao longo das últimas décadas. Nos níveis básicos de educação, a provisão é majoritariamente pública e a situação inverte-se somente no nível superior. Hoje, o acesso à educação primária é, em suma, universalizado (97% da população-alvo possui acesso). No entanto, ainda existem diversas questões relativas, de um lado, a gargalos da trajetória educacional e, de outro lado, à qualidade do sistema educacional brasileiro, que apresenta significativas desigualdades internas (Draibe, 2007).

Já o sistema de saúde brasileiro é substancialmente mais recente, tendo sido estabelecido com a Constituição de 1988. Entender o que existia enquanto provisão de saúde no país antes disso ajuda a explicar algumas das características do sistema atual. Durante a Era Vargas, a política de saúde existente era, resumidamente, uma parte do sistema previdenciário criado naquele contexto. Dessa forma, como mencionado, estava associada à inserção no mercado de trabalho e sujeita a recortes setoriais ou ocupacionais. Na ditadura militar, tal política foi expandida com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), em 1977.

Entretanto, apesar de o Inamps ser uma entidade pública responsável pela saúde, a provisão dos serviços possuía forte presença da iniciativa privada, o que contribuiu para o fortalecimento da indústria de saúde privada no país. Ademais, apesar da expansão, o acesso à saúde ainda estava fortemente atrelado à inserção em determinadas posições no mercado de trabalho, ou seja, a saúde não era vista como direito universal (Arretche, 2005).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980 foi liderada pelo movimento sanitarista, visto que categorias mais organizadas politicamente, como os trabalhadores sindicalizados, tinham planos de saúde próprios. Essa particularidade parece estar relacionada ao menor interesse destas categorias na construção do novo sistema público de saúde. Não surpreende, portanto, que, ao longo do processo de construção do SUS, a saúde privada tenha conservado parte considerável do seu papel no sistema de saúde brasileiro (Arretche, 2005). Desta forma, apesar de o Brasil possuir uma oferta pública de saúde relevante, a saúde privada ainda ocupa papel expressivo, em especial para aqueles em níveis de renda mais altos.

2.2 Raça e gênero na saúde e educação públicas

Uma vez que se entendeu o caráter da saúde e educação públicas no Brasil, é importante investigar que, apesar de ambas serem universais, há uma discrepância na forma como esses serviços são utilizados de acordo com raça e gênero.

Os estudos sobre acesso à educação e saúdes públicas às mulheres e negros mostram diferenciais significativos nas trajetórias educacionais e no consumo de saúde entre essas populações. No caso da saúde, Cobo, Cruz e Dick (2021) apontam, de um lado, o efeito de padrões culturais e sociais no acesso e uso de serviços em saúde com destaque para a maior atenção a sua saúde, seja na procura por atendimentos preventivos seja no estilo de vida – menor consumo de álcool e tabaco. Nessa direção, a PNS de 2019 apontou que a “proporção de mulheres que consultaram um médico nos doze meses anteriores à pesquisa foi de 82,3%, enquanto a porcentagem de homens foi de 69,4%” (Cobo *et al.*, 2021, p. 4023) e, também, que 17,0% das mulheres consumiram álcool ao menos uma vez na semana, ao passo que, para os homens, essa participação atinge 37,1%.

A necessidade de serviços de saúde está intimamente relacionada à autoavaliação da saúde e, nesse sentido, mulheres reportam piores estados de saúde, assim como a população negra. “Pretos e pardos referenciaram piores estados de saúde que brancos

TEXTO para DISCUSSÃO

e as mulheres pretas ou pardas foram as que menos avaliaram seus estados de saúde como bom e muito bom” (Cobo *et al.*, 2021, p. 4024). Os autores concluíram que “as desigualdades de gênero e raça (...) se refletem nos dados” da PNS 2019, “que confirmou a tendência de mulheres serem mais cuidadosas com a saúde que homens” (Cobo *et al.*, 2021, p. 4030). Alertam que “não devemos (...) avaliar mulheres e homens como grupos homogêneos, uma vez que brancos e pardos apresentam comportamentos e acessos diferenciados no que tange o cuidado com a saúde”. Esses diferenciais se evidenciam no consumo público ou privado de serviços de saúde, com o atendimento público no primeiro atendimento representando 68% entre os negros, enquanto na população não negra é o atendimento privado que predomina.

Grande parte dos estudos sobre acesso e uso de serviços à saúde em uma perspectiva de gênero e raça tem por foco os serviços preventivos ligados à saúde reprodutiva. Silva *et al.* (2023) realizaram revisão sistemática com a finalidade de analisar as evidências científicas da associação entre raça, cor de pele ou etnia e utilização dos serviços de saúde entre mulheres. Identificaram 428 registros, por meio da busca de estudos epidemiológicos observacionais com mulheres adultas de 18 a 60 anos, que investigaram a relação entre raça e cor e acesso e uso dos serviços de saúde, excluídos revisões de literatura e estudos fora do país com menos de cem participantes. Foram selecionados “63 estudos para leitura completa e apenas três documentos que atenderam aos critérios de elegibilidade”: associação entre raça ou cor e acesso e uso de serviços de saúde. Estes três fazem análise sobre dois desfechos de saúde reprodutiva feminina: aborto e exame Papanicolau – detecção precoce do câncer de colo do útero. A revisão evidencia a presença de barreiras institucionais (espera para atendimento e leito) e individuais (receio do tratamento e custo do transporte) na busca pelo primeiro atendimento, no caso do acesso e assistência ao aborto. No caso dos exames preventivos, mulheres negras se mostraram menos propensas a realizar exames, com esse achado persistindo, ao se considerar os fatores demográficos e socioeconômicos. Na pesquisa sobre aborto, parto e nascimento no Brasil realizada entre 2022 e 2023 pela Fiocruz, se conclui que “a probabilidade de morte materna entre as mulheres pretas permanece em torno de duas vezes maior em comparação com as brancas e pardas” (Leal *et al.*, 2023, p. 11).

Em estudo com foco em aquilatar o quanto as desigualdades de raça e de renda afetam o acesso a serviços nas cidades brasileiras, Tomasiello *et al.* (2023, p. 31) concluem que “as populações de menor renda e de cor negra têm maior facilidade de acesso a estabelecimentos de saúde de atenção básica, devido à maior capilaridade na distribuição espacial desses serviços” e aos investimentos nesse nível de atenção,

que reduziram os vazios assistenciais. De outra parte, “há marcantes desigualdades intraurbanas nas condições de acesso a serviços de saúde de alta complexidade”. No que concerne à questão do acesso aos serviços segundo a cor ou raça, os autores observam que os negros têm, em média, menos acesso que os brancos, ponderando que tais diferenciais são fortemente influenciados pela desigualdade de renda. Afirmam, então, que “as desigualdades raciais de acesso à saúde encontradas praticamente desaparecem quando se compara a acessibilidade entre pessoas negras e brancas na mesma faixa de renda”.

A população feminina apresenta indicadores educacionais melhores que os homens, o que sinaliza um melhor acesso e utilização da educação pelas mulheres. Dois estudos que identificam os diferenciais de acesso à educação básica e de trajetórias no ensino fundamental mostram que as meninas exibem melhores desempenhos. Soares, Alves e Fonseca (2021), com base nos dados do Censo Escolar, categorizam as trajetórias no ensino fundamental de 2007 a 2015 em regular, com poucas irregularidades e muito irregular, e observaram que “há 12,4% a mais de meninas com trajetórias regulares em relação aos meninos” (Soares, Alves e Fonseca, 2021, p. 10). Como se conta com menos meninas na coorte analisada, pode-se afirmar que “há um filtro de seletividade para os meninos no sistema escolar. Eles são reprovados e abandonam mais e, em consequência, tornam-se minoria na conclusão do ensino fundamental” (Soares, Alves e Fonseca, 2021, p. 11). Os autores ainda destacam três resultados: i) meninas brancas e pardas exibem chances de trajetórias regulares acima da média desde o segundo quartil de nível socioeconômico da escola; ii) há aumento das chances de trajetórias regulares para brancos, pardos e pretos à medida que o nível socioeconômico da escola sobe, para ambos os sexos; e iii) nos dois quartos mais elevados de nível socioeconômico da escola, as probabilidades de brancos e pardos terem trajetórias regulares são bastante próximas.

Nas considerações finais, sintetizam o principal achado do estudo de que

(...) há grupos sociais mais sujeitos a uma trajetória [educacional] regular e outros com percurso marcado pelo insucesso. Destacamos as trajetórias dos meninos pretos, com elevado percentual de trajetórias irregulares e chances reduzidas de uma trajetória regular, mesmo quando estudam em escolas de nível socioeconômico médio-alto (Soares, Alves e Fonseca, 2021, p. 17).

Já Simões (2019) construiu *curva(s) de acesso* para os jovens de 19 anos, em 2017, onde constam as participações dos jovens com acesso aos anos escolares da educação básica para todos os nove anos dessa etapa educacional. Conclui que

TEXTO para DISCUSSÃO

“as desagregações [por quintis de renda, local de moradia, cor e sexo] da curva de acesso sugerem que, para os anos iniciais do ensino fundamental, praticamente não há desigualdade entre os grupos analisados. Já a partir do 6º ano, observa-se a brecha de acesso surgir e se expandir até o final do ensino médio” (Simões, 2019, p. 32). Destaca-se que os negros têm menor acesso tanto entre os pobres como entre os ricos, ficando evidente o “viés seletivo racial associado aos homens de baixo acesso escolar”, com homens brancos e mulheres negras apresentando curvas de acesso muito próximas.

Rosemberg e Madsen (2011, p. 401) já haviam apontado para os melhores indicadores educacionais das mulheres e que seu desempenho “resiste às diferenças étnico-raciais e regionais, mas sofre impacto da geração”, ou seja, observa-se uma redução “hiato de gênero” pró-mulher. As autoras mostram que, entre as mulheres brancas, há menos abalos no percurso da creche à graduação, com os dois gargalos da educação brasileira – educação infantil e ensino médio ou graduação – mostrando-se menos intensos. Na obra, indica-se ainda que, em 2009, mulheres brancas tinham o mesmo percentual de estudantes no ensino médio e superior. Em contrapartida, a distribuição de homens negros exibia a maior proporção de estudantes no ensino fundamental (63,1%) e a menor no ensino superior (5,8%)” (Rosemberg e Madsen, 2011, p. 414).

A análise das autoras sobre o indicador distorção idade-série sintetiza o aspecto da desigualdade pelo enfoque de gênero e cor ou raça na educação brasileira: a taxa de distorção é elevada, em geral, sendo maior entre homens para ambos os segmentos raciais e bem mais expressiva na população negra.

Os achados dessas pesquisas implicam que os efeitos distributivos do gasto público em educação e saúde com negros e mulheres são condicionados da seguinte forma: há proeminência das mulheres no uso de serviços de saúde e na trajetória educacional e viés racial no consumo de bens e serviços de educação e saúde. Ou seja, o fato de o gasto público nestas frentes ser pró-mulher está intimamente relacionado ao comportamento da população feminina em relação ao consumo dessas. E, como se verá, o fato de esses gastos serem pró-pobres implica que a saúde e a educação públicas terão um perfil pró-negros.

3 METODOLOGIA

A apresentação da metodologia compreende as bases de dados utilizadas, o cálculo dos estágios de renda que servem como referência e, finalmente, a medida de desigualdade que subsidia a discussão dos resultados. Esses elementos são abordados separadamente a seguir.

3.1 Bases de dados

A base utilizada nesta pesquisa é resultado da combinação entre os microdados da POF 2017-2018 e da PNS de 2018, as contas SHA referentes a 2017 e 2018 e os dados administrativos do Inep, disponibilizados anualmente. O procedimento de imputação dos benefícios *in-kind* (no caso, gastos públicos com saúde e educação) na renda das famílias segue a abordagem conhecida como “clássica” ou “não comportamental” (Lustig, 2014).² Tal procedimento consiste em distribuir os gastos do governo em serviços públicos computados por meio dos dados administrativos supracitados (as contas SHA, para saúde, e os dados do Inep, para educação) com base nas informações sociodemográficas da população, obtidas por meio das pesquisas amostrais relevantes para o uso desses serviços (POF e PNS). Os valores resultantes desse processo são uma aproximação do valor que tais indivíduos teriam gastado caso tivessem tido que pagar pelo custo total do serviço público (Lustig, 2014). É importante lembrar que os valores referentes à saúde e educação públicas não incluem os gastos tributários em saúde e educação, justamente por derivarem dos investimentos públicos diretos nessas áreas. Já os gastos privados são os reportados na POF.

3.2 Renda monetária e particularidades da análise

A análise dos estratos de renda parte do conceito de renda monetária. Este montante é diretamente identificável na POF, sendo representativo dos valores efetivamente recebidos pelas famílias. Na prática, a renda monetária consiste nos rendimentos do trabalho e do capital, lucros, dividendos e transferências monetárias. A renda monetária, portanto, não leva em conta a incidência da tributação. Optou-se por utilizar tal conceito justamente para que se considerasse somente os efeitos distributivos dos benefícios em saúde e educação pública, sem ponderar os efeitos advindos da tributação. Além da ausência do impacto tributário, uma limitação do tipo de análise conduzida neste trabalho é que não se tem em vista os efeitos econômicos indiretos gerados pelas transferências do governo, ou seja, os efeitos multiplicadores não são medidos pelos procedimentos descritos neste trabalho. Da mesma maneira, o exercício aqui realizado também não pode ser interpretado como um exercício causal, isto é, não se pode afirmar que, conforme os resultados deste *Texto para Discussão*, a desigualdade diminui por conta da educação e saúde públicas. Para tal afirmação, seriam necessárias evidências empíricas mais robustas. O que é feito aqui é um exercício

2. Mais detalhes sobre o processo de imputação dos benefícios *in-kind* podem ser encontrados no apêndice metodológico.

TEXTO para DISCUSSÃO

descritivo baseado na incidência da política fiscal sobre os estágios de renda, tal como se verifica em grande parte da literatura de desigualdade.³

3.3 Medida de desigualdade e decomposição

Um dos maiores desafios para a análise interseccional da desigualdade de renda consiste em estimar a contribuição do componente associado à diferenciação entre grupos analisados. Para lidar com este desafio, utilizamos o índice L de Theil, que faz parte de uma família de índices cuja principal vantagem é a possibilidade de decompor a medida de desigualdade a partir de grupos que carregam essa diferenciação (Medeiros, 2012).⁴ O índice L de Theil permite a decomposição da desigualdade de renda em dois componentes, *entre grupos* e *intragrupos*. Isso significa que, ao escolher um critério específico (como gênero), é possível avaliar, por exemplo, a desigualdade de renda das mulheres em relação aos homens (entre grupos) e entre as próprias mulheres (intragrupos).

A razão de optar por este índice específico se deve ao fato de que ele é mais sensível a alterações na desigualdade dentro de grupos de renda mais baixa, especialmente relevantes para o objetivo deste trabalho. Além disso, os índices de Theil⁵ são amplamente utilizados na literatura para mensurar desigualdade de um ponto de vista racial ou interseccional. Osorio (2021) e Lustig (2015) são exemplos de trabalhos deste tipo. A interpretação do índice L de Theil é um pouco desafiadora. Diferentemente do índice de Gini, ele não varia de zero a um, mas, sim, de zero até infinito,⁶ sendo que zero representa uma distribuição perfeitamente igualitária e, portanto, quanto maior a medida, maior a desigualdade.⁷ Assim, este índice mede o quão longe a distribuição de renda observada está de uma distribuição de renda perfeitamente igualitária.

3. Para análises utilizando técnicas de inferência causal e/ou levando em conta os efeitos indiretos no Brasil, é interessante se atentar para Menezes-Filho, Fernandes e Picchetti (2006) e Toneto, Ribas e Carvalho (2021).

4. Essa família é composta pelas medidas de entropia generalizada, que possuem este nome por se basearem no conceito de entropia da teoria da informação. Resumidamente, mensura-se a “desordem” da distribuição de renda e, a partir disso, obtém-se sua desigualdade. Para mais detalhes, consultar Hoffman, Botassio e Jesus (2019).

5. Além do L de Theil, já mencionado, há também o índice T.

6. Esse comportamento assintótico ocorre quando a renda de uma pessoa na distribuição tende a zero, ou seja, a escala do índice muda de acordo com a presença ou não de elementos da distribuição que se aproximem de zero. No entanto, isto não altera a interpretação dos componentes.

7. A razão dessa ampla gama de variabilidade vem da própria forma pela qual se calcula o índice, a qual pode ser vista com mais detalhes em Hoffman, Botassio e Jesus (2019).

Para o contexto deste trabalho, o que mais importa é a decomposição do índice entre grupos, isto é, a investigação de quanto a desigualdade se deve à diferenciação proporcionada pelo recorte de raça e gênero. Suponha que, em determinado país, o índice L de Theil seja de 0,8 e que sua decomposição por raça indique um resultado de 0,6 para a desigualdade intrarraça (intragrupo) e de 0,2 para a desigualdade inter-raça (entre grupos).⁸ Isto significa que 25% da desigualdade total se manifesta por meio de uma desigualdade racial ou, então, numa interpretação contrafactual como a apresentada em Osorio (2021), de que a desigualdade seria 25% menor caso as rendas médias das raças consideradas fossem iguais.

Além do índice de Theil, também se emprega a decomposição do índice de Gini para avaliar o efeito redistributivo de parcelas da renda, o que, no caso, são os gastos públicos (renda não monetária) com saúde e educação, segundo variáveis demográficas. Tal decomposição é realizada de forma semelhante à presente em Passos, Silveira e Cardomingo (2023). Utiliza-se os coeficientes de concentração e a participação na renda de cada componente para realização da decomposição.

O coeficiente de concentração (CC) é uma medida que sintetiza como uma variável está distribuída na população ordenada por outra variável. Em geral, ordena-se a população pela renda final e, assim, calcula-se os coeficientes de concentração de transferências, tributos etc. Diferentemente do Gini, ele varia de -1 a 1 e, no caso de transferências, se o valor desses coeficientes for menor do que o Gini, eles são redistributivos. Por sua vez, caso sejam negativas, possuem um perfil pró-pobre. Ao realizar a soma dos coeficientes de cada um dos componentes da renda ponderados pela sua participação, obtém-se o índice de Gini.

Além disso, se calcula um índice de progressividade para avaliar os efeitos redistributivos dos gastos públicos. Para a realização desta análise de progressividade, é necessário, de certa forma, simular o contrafactual da ausência de transferências. No entanto, isto apresenta um problema: uma vez que a provisão pública de saúde e educação é expressiva e tem sua distribuição vinculada a fatores demográficos e socioculturais, a sua retirada, para fins de análise de impacto distributivo, pode implicar alterações na localização das pessoas ou famílias na distribuição de renda. Com esta alteração no ordenamento, temos uma mudança nos índices analisados que não provém exclusivamente da mudança das rendas das famílias. Em suma, isso significa que a medida de progressividade do gasto deve buscar responder pela maior parte

8. Perceba que o índice total é o resultado da soma dos dois componentes.

TEXTO para DISCUSSÃO

da mudança na desigualdade, com o fator reordenamento sendo menos expressivo. Para tanto, a renda final e sua desigualdade são o parâmetro de mensuração da progressividade, e não a renda inicial, como na medida de progressividade de Kakwani. Em outras palavras, utiliza-se neste artigo um índice ligado à concentração do gasto e não de sua incidência. Hoffmann (2007) trouxe esse debate sobre a mensuração da progressividade quando o foco são os gastos públicos sociais e não a tributação, *locus* da construção do conceito e dos índices de progressividade. Em razão do pioneirismo de Hoffmann, nomeamos a medida de progressividade obtida pela decomposição do Gini da renda final como índice Hoffmann de progressividade: $p_h = G_{renda\ final} - C_{gasto}$. Caso a parcela seja progressiva, o índice será positivo.

4 GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE E EDUCAÇÃO REDUZEM DESIGUALDADES DE RAÇA E GÊNERO?

Um ponto de partida para a discussão dos resultados obtidos é atentar para algumas características sociodemográficas dos grupos analisados considerando os dados da POF. Na tabela 1, a escolaridade média, a renda média e o número médio de dependentes dos indivíduos que constam como chefe de família mostram que, no geral, há disparidades significativas associadas ao custo social de reprodução das famílias quando considerado o recorte de raça e gênero:⁹ famílias chefiadas por pessoas negras apresentam menor média de anos de estudo e maior número de dependentes, enquanto possuem uma renda monetária menor.

TABELA 1

Informações sociodemográficas das pessoas chefes de família por diferentes grupos

	Mulher negra	Homem negro	Mulher branca	Homem branco
Média de anos de estudo	8,14	7,98	9,97	9,77
Número de dependentes	3,10	3,01	2,57	2,59
Renda monetária <i>per capita</i> média (R\$)	881,29	1.111,35	1.793,07	2.249,86

Fonte: POF, 2017-2018.

Elaboração dos autores.

9. É interessante notar que as mulheres exibem maior escolaridade relativa, independentemente do recorte de raça, e também que o diferencial de escolaridade entre as mulheres e os homens é similar quando consideradas pessoas brancas e negras.

Como aponta Lustig (2015), esse fenômeno é típico entre as economias latino-americanas, nas quais ocorre a concentração desproporcional da população negra e indígena entre os mais pobres, refletindo menor nível educacional, menores rendimentos, acesso restringido a serviços essenciais e maior probabilidade de atuação no setor informal de baixa produtividade.

A tabela 2 mostra como essa particularidade das economias latino-americanas se verifica no Brasil. A divisão por raça e gênero dos estratos de renda indica que quase 80% das pessoas chefes de família nos 10% mais pobres são homens negros ou mulheres negras. Nos 10% mais ricos, essa composição é significativamente distinta: mais de 70% das pessoas chefes de família são homens brancos e mulheres brancas.

TABELA 2

Distribuição demográfica dos chefes de família por décimo de renda

(Em %)

Décimos	Homem negro	Homem branco	Mulher negra	Mulher branca
1	39,80	11,62	38,08	10,51
2	40,66	14,36	34,85	10,12
3	37,78	19,07	30,95	12,20
4	37,10	19,93	29,43	13,54
5	38,50	21,87	25,25	14,37
6	33,92	24,68	23,61	17,79
7	32,59	30,73	20,53	16,15
8	29,67	34,34	17,36	18,63
9	25,84	37,61	14,61	21,93
10	20,07	47,08	9,02	23,83

Fonte: POF, 2017-2018.

Elaboração dos autores.

A concentração da população negra brasileira nos estratos inferiores de renda é, portanto, um dos pontos relevantes endereçados pela atuação do Estado como redutor dos custos de reprodução da base da pirâmide de renda. A partir da provisão de serviços públicos capazes de subsidiar parte deste custo, isto é, de diminuir o peso que cabe à renda familiar no acesso, por exemplo, à saúde e à educação, é possível delinear uma política fiscal que reduza o diferencial desse custo relativo entre a base e o topo da distribuição. No caso específico do Brasil, dadas as características sociodemográficas da população, essas provisões públicas de serviços essenciais parecem apresentar

TEXTO para DISCUSSÃO

potencial de reduzir a desigualdade tanto de renda como de raça, em virtude da alta concentração de pessoas negras nos estratos inferiores.

Com efeito, esta é uma particularidade da oferta de educação pública brasileira, como demonstra a análise proposta em Silveira *et al.* (2022). Utilizando os dados do Inep e da POF 2017-2018, os autores reconstroem a renda familiar antes e depois da incidência dos gastos públicos com educação. Após a consideração dessas despesas, nota-se uma redução de 5,22% a 9,62% do índice de Gini brasileiro, a depender da base utilizada. O estudo também atentou brevemente para a diferenciação entre famílias com responsáveis brancos e negros, indicando que o gasto público possui uma importância relativa maior no gasto total com educação entre as famílias chefiadas por pessoas negras, justamente pelo fato de terem mais dependentes em idade escolar, além de estarem sobrerrepresentadas nos estratos inferiores.

Reconhecendo a particularidade brasileira no que se refere à concentração da população negra nos estratos de renda inferiores e aos efeitos de provisões públicas de natureza redistributiva, a discussão a seguir procura avançar o debate em dois pontos. O primeiro é uma apreciação conjunta da incidência das despesas públicas com saúde e educação no Brasil, ampliando as investigações sobre o impacto dos benefícios sociais para além das transferências monetárias de renda e destacando, assim, a importância de arranjos variados de política social. O segundo ponto diz respeito à proposição de um recorte interseccional na análise da distribuição desses gastos, o que permite capturar o papel redistributivo do Estado brasileiro a partir de distintas óticas, podendo indicar complementaridades ou mesmo contradições. Especificamente, a questão central para essa investigação é a relação entre as diferenciações de raça e de gênero e a desigualdade de renda no país. A partir do índice L de Theil e dos outros índices observados, propõe-se uma discussão acerca do impacto desses benefícios na desigualdade de gênero e raça, atentando para as particularidades desse efeito uma vez consideradas as características sociodemográficas da população brasileira.

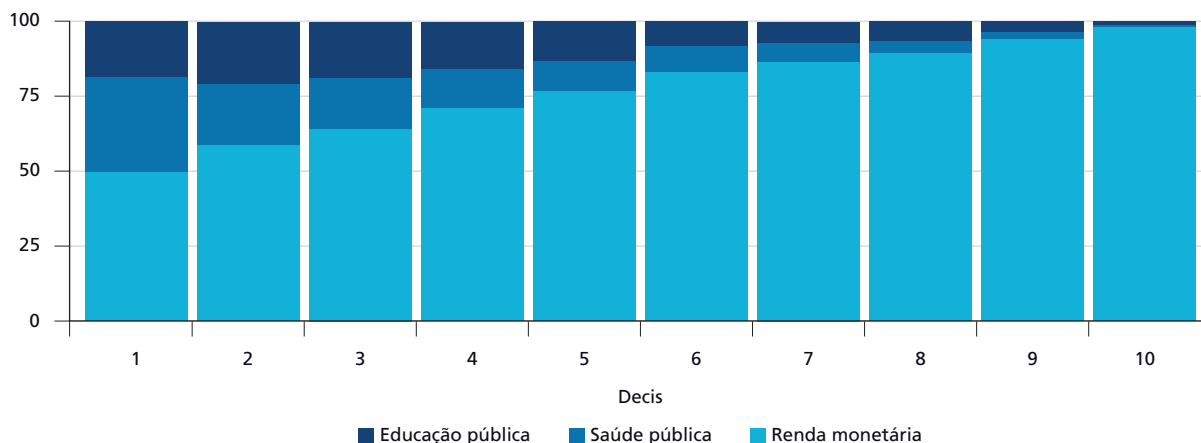
4.1 Incidência dos gastos com saúde e educação

Os gastos públicos com saúde e educação como proporção da renda das famílias brasileiras estão expressos no gráfico 1, considerando as características sociodemográficas da pessoa responsável pelo domicílio por estrato de renda.

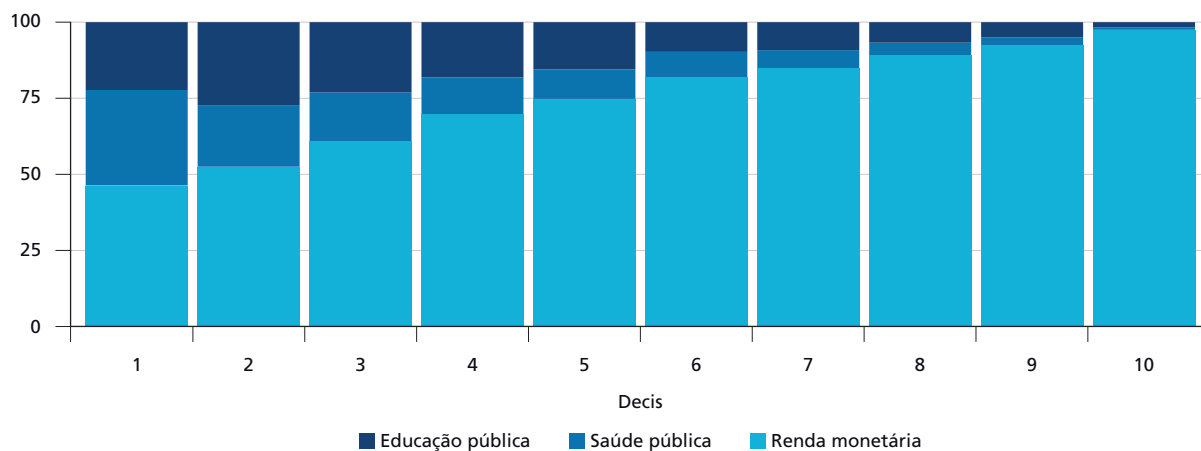
GRÁFICO 1

Composição da renda por décimo e por grupo demográfico do chefe de família
(Em %)

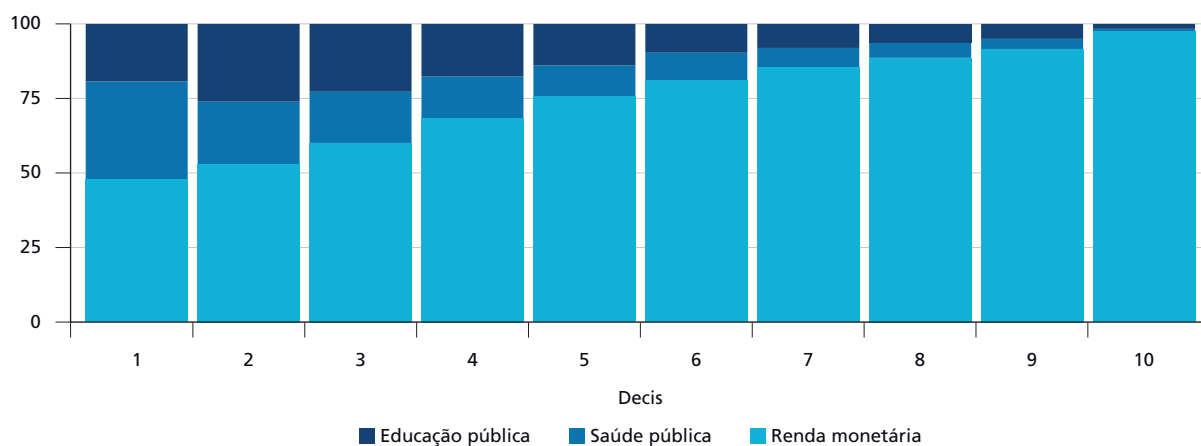
1A – Homem branco



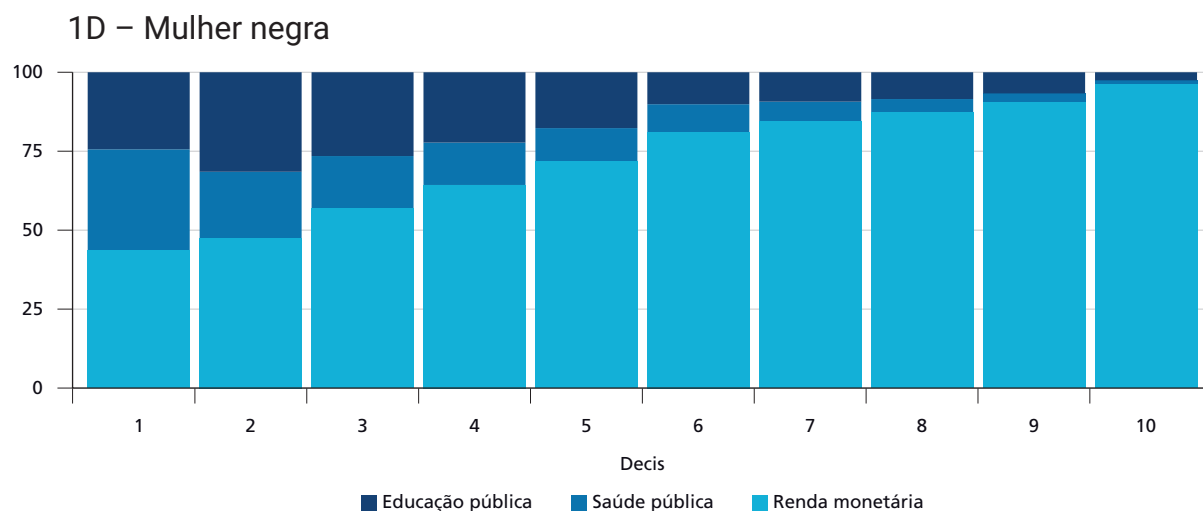
1B – Homem negro



1C – Mulher branca



TEXTO para DISCUSSÃO



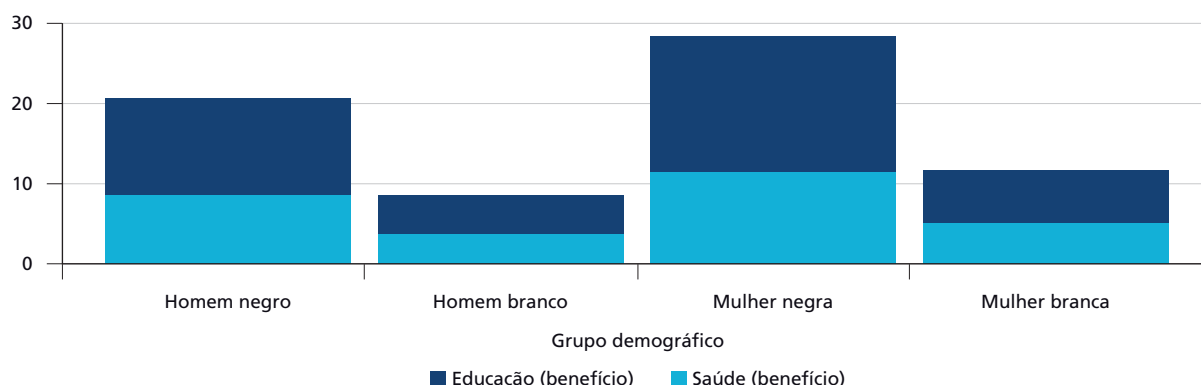
Uma primeira observação é que os gastos públicos com saúde e educação são parte significativa da renda dos mais pobres do país, especialmente daqueles que ocupam os estratos da base. Independentemente do recorte de raça e gênero associado ao chefe de família, esses gastos são, até o quinto décimo, maiores ou iguais a 25% da renda final das famílias brasileiras. No caso dos 10% mais pobres, a provisão pública com saúde e educação representa cerca de metade da renda final das famílias, cumprindo um papel fundamental para a redução dos custos de reprodução desse estrato de renda. Destaca-se o tamanho relativo da saúde entre os 10% mais pobres, que supera a contribuição da educação neste estrato e nos seguintes.

O gráfico 1 também mostra que as provisões públicas de saúde e educação têm caráter progressivo, isto é, são relativamente menos importantes para a renda final das famílias à medida que se avança para o topo da distribuição. É interessante notar, entretanto, que não há aparente diferenciação deste efeito progressivo entre as quatro categorias demográficas consideradas: a participação desses gastos é relativamente similar na distribuição de renda das famílias chefiadas por homens brancos, mulheres brancas, homens negros e mulheres negras.

Ainda assim, olhando para o montante agregado, é possível identificar que há diferenças no peso relativo das provisões públicas por gênero e raça. O gráfico 2, por exemplo, mostra que, apesar de tanto a saúde quanto a educação públicas corresponderem a uma proporção relativamente similar da renda monetária dentro dos grupos sociodemográficos, o tamanho dessas provisões varia em proporção à soma da renda monetária dos indivíduos de cada grupo.

GRÁFICO 2

Peso da educação e saúde públicas na renda monetária total por grupo demográfico do chefe de família
(Em %)



Fonte: POF, 2017-2018.

Elaboração dos autores.

Entre as famílias chefiadas por mulheres negras, por exemplo, o total dessas provisões corresponde a mais de 25,0% da renda monetária, e, no caso daquelas chefiadas por homens negros, quase atinge os 25,0%. Para famílias chefiadas por mulheres brancas, a proporção dessas provisões é de cerca de 12,5%, sendo ainda mais reduzida para aquelas chefiadas por homens brancos. Nota-se, portanto, a maior importância relativa das provisões públicas em saúde e educação para famílias chefiadas por pessoas negras, especialmente mulheres. Nesse caso, vale lembrar a tabela 2 – dado que essas famílias estão concentradas nos estratos menos elevados da distribuição, é esperado que a contribuição da saúde e da educação pública seja relativamente maior.

Assim, diante da progressividade apresentada pelos gastos com saúde e educação, bem como da sua maior importância relativa para a população negra, é importante lembrar as suas especificidades no caso brasileiro. Essas particularidades ressaltam o papel que estes gastos cumprem na redução do custo monetário de reprodução das famílias da base da distribuição. Diferentemente de outros benefícios pagos pelo Estado brasileiro – como é o caso, por exemplo, do seguro-desemprego e das aposentadorias, que estão associados ao vínculo de trabalho formal –, grande parte do acesso a serviços públicos de saúde e de educação não exige condicionalidades por parte dos usuários. Em certa medida, isso implica assumir que essas provisões funcionam como parcelas relativamente estáveis da renda das famílias brasileiras, atuando como amortecedores do impacto de crises sobre os índices de pobreza e desigualdade. Por exemplo, um aumento no desemprego, ainda que possa estar relacionado, não implica

TEXTO para DISCUSSÃO

necessariamente maiores taxas de evasão escolar ou maior comprometimento da renda familiar com tratamentos de saúde.

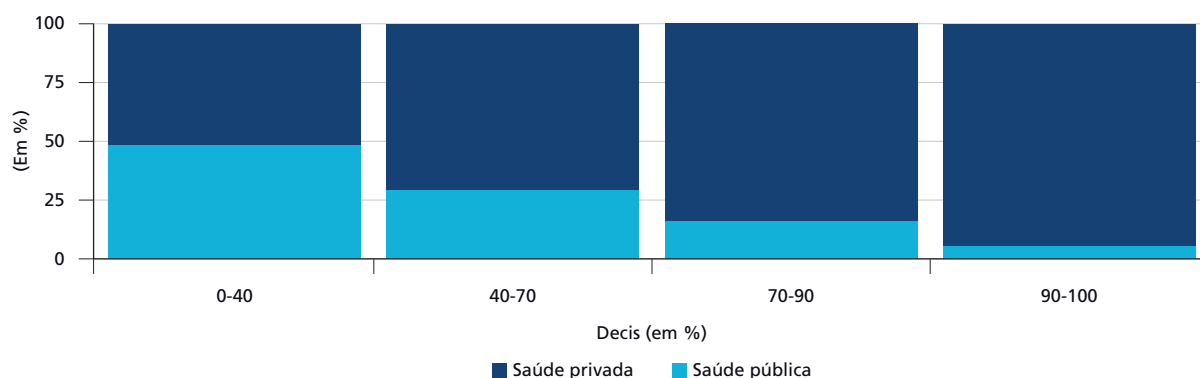
A importância distributiva desses benefícios *in-kind* ganha outro contorno quando analisada em contraste com o gasto privado incorrido pelas famílias em atividades da mesma natureza. Enquanto os primeiros consistem em uma transferência de renda que libera o orçamento familiar para consumo de outros bens e serviços, o segundo é uma expressão da mercadorização de serviços essenciais, cujo acesso passa então a ser condicionado pela capacidade monetária de adquiri-los.

O que se percebe no gráfico 3, que atenta especificamente para o gasto com saúde, é que a redução da importância relativa das provisões públicas, na medida em que a distribuição avança para o topo, tem como contrapartida direta o aumento da participação relativa dos gastos privados incorridos pelas famílias. Essa é uma cisão já documentada por estudos que se debruçaram sobre os gastos com saúde no Brasil, os quais têm indicado que o SUS é majoritariamente utilizado pela população de menor renda, sendo os planos de saúde a escolha associada aos estratos mais elevados da distribuição.¹⁰

GRÁFICO 3

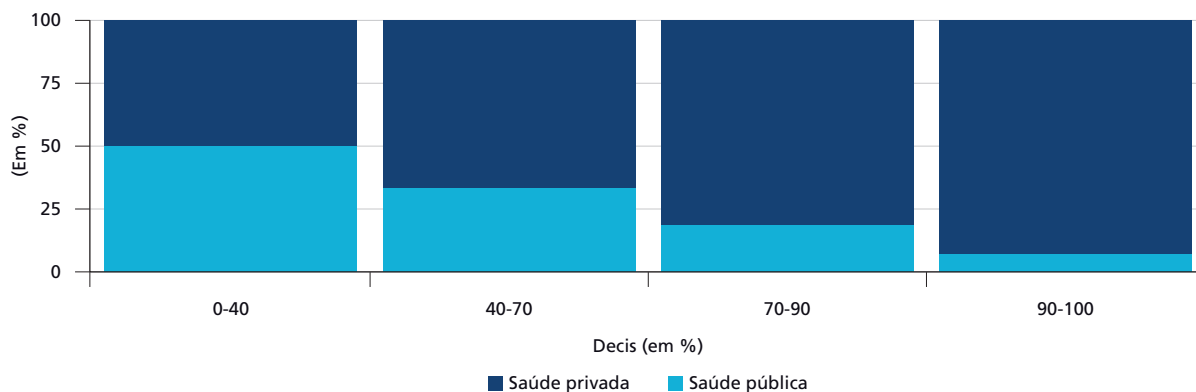
Gastos com saúde privada e pública por estrato de renda e grupo demográfico (proporção do gasto total em saúde)¹

3A – Homem branco

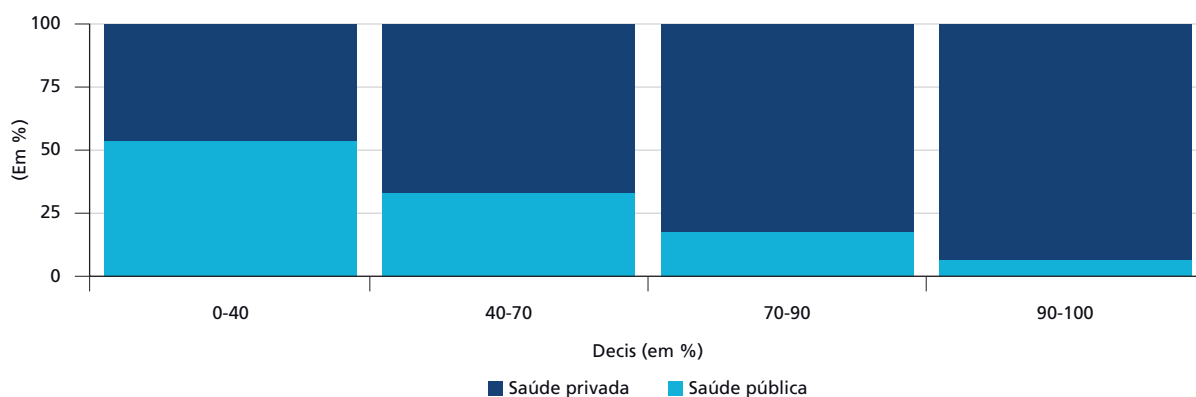


10. Há uma série de elementos que ajudam a explicar esse fenômeno no Brasil, entre eles a própria reivindicação do movimento sindical organizado pelo acesso a planos de saúde. A literatura explora as consequências dessa divisão, sendo uma das principais o crônico subfinanciamento do SUS, cujos recursos têm crescido a taxas inferiores do que os gastos totais com saúde privada nos últimos anos (Silveira e Gaiger, 2021).

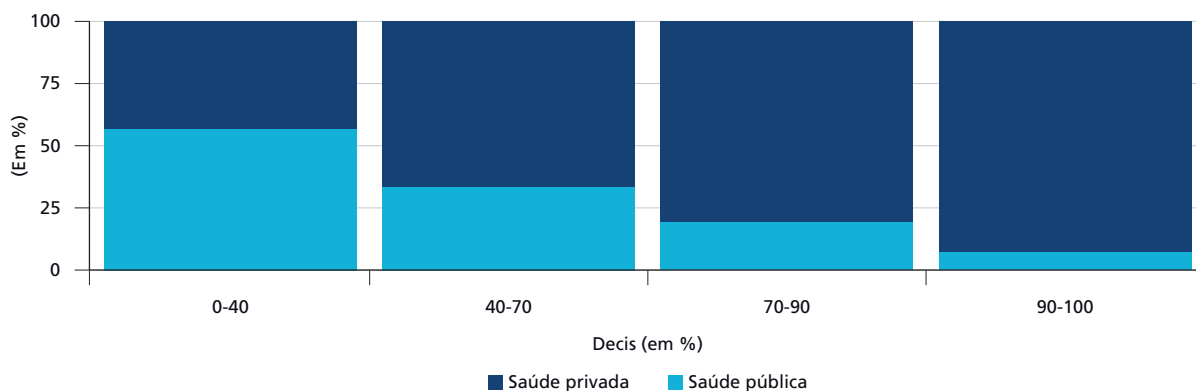
3B – Mulher branca



3C – Homem negro



3D – Mulher negra



Fonte: POF, 2017-2018.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Ainda que seja possível realizar exercícios similares relacionados à provisão de educação pública e privada, estes exigem acomodações metodológicas e procedimentos que não cabem neste *Texto para Discussão* e podem ser discutidos em eventuais pesquisas posteriores. Para uma aproximação desta metodologia, ver Silveira et al. (2022).

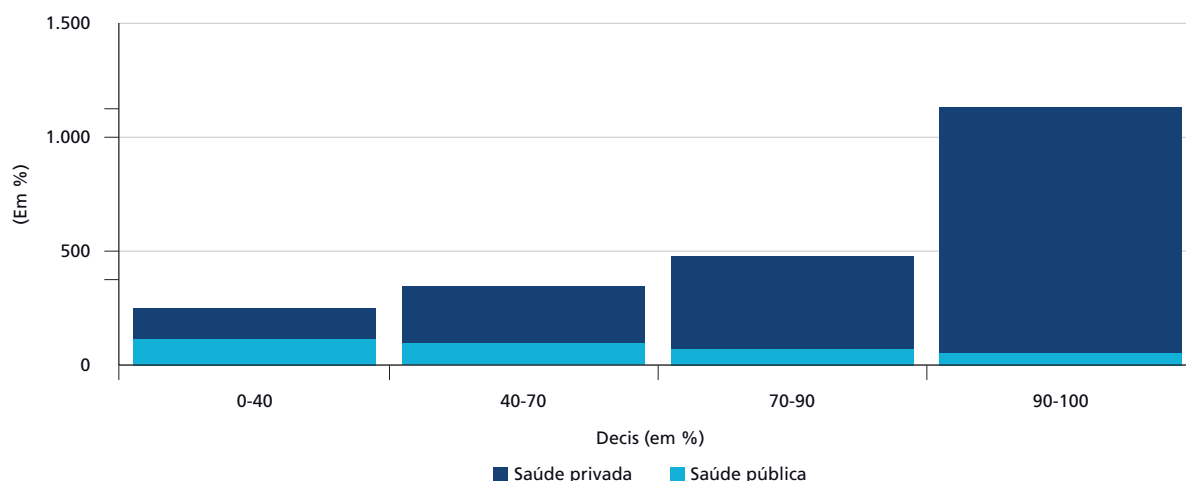
TEXTO para DISCUSSÃO

Novamente, as proporções explicitadas no gráfico 3 não mostram diferenciações significativas entre homens brancos, mulheres brancas, homens negros e mulheres negras: o tamanho relativo dos gastos privados com saúde aumenta ao longo da distribuição de renda de modo mais ou menos uniforme para todas essas categorias. É possível, todavia, reinterpretar essa particularidade a partir do gráfico 4, que apresenta os mesmos gastos em saúde pública e privada, mas desta vez em termos de gasto *per capita*.

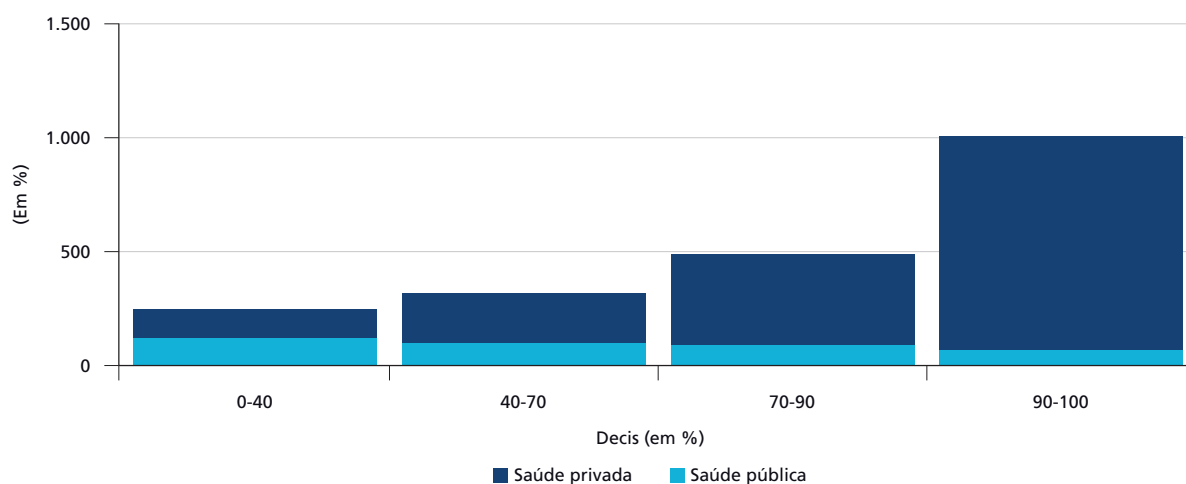
GRÁFICO 4

Gastos *per capita* com saúde privada e pública por estrato de renda e grupo demográfico

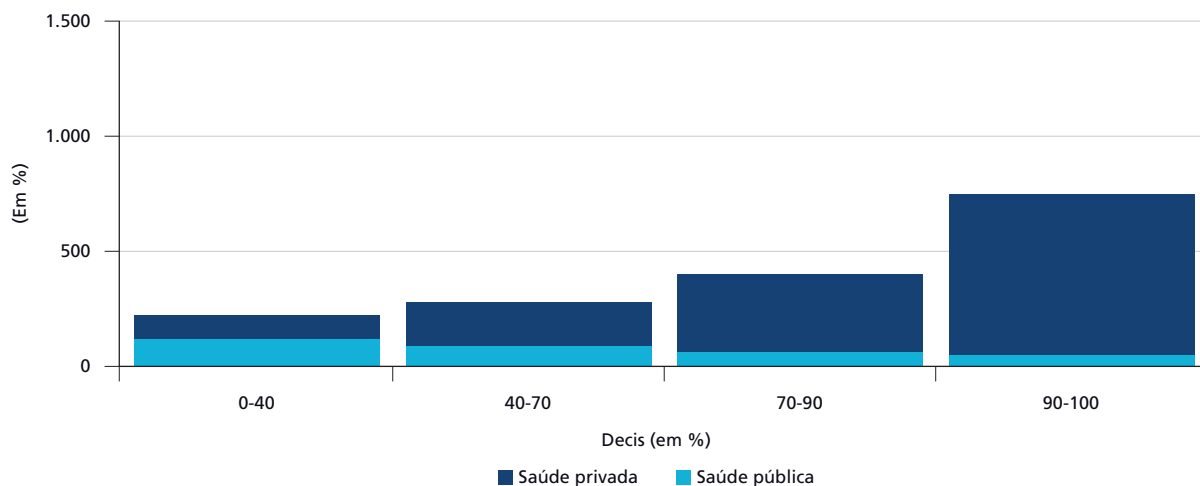
4A – Homem branco



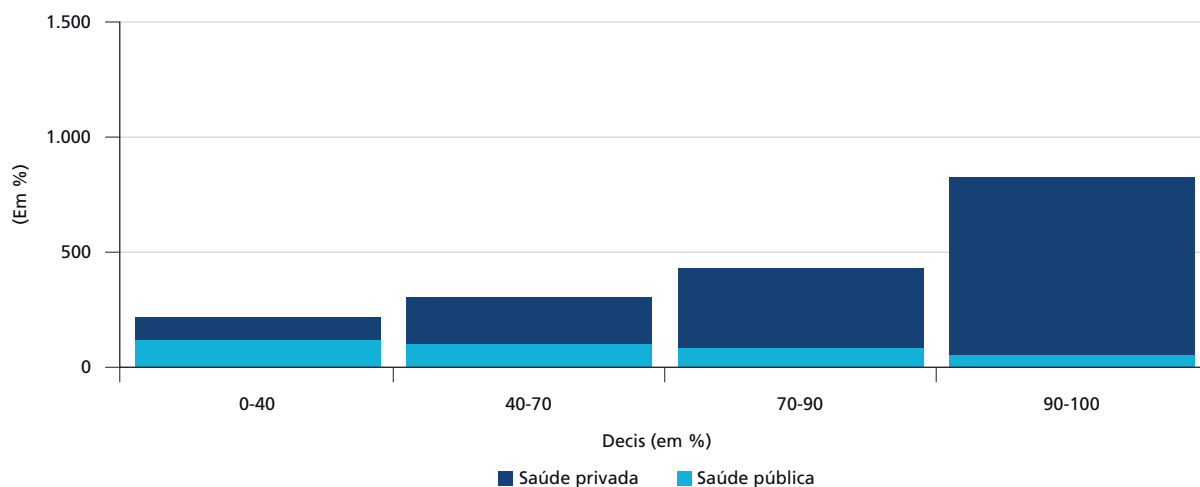
4B – Mulher branca



4C – Homem negro



4D – Mulher negra



Fonte: POF, 2017-2018.
Elaboração dos autores.

Primeiramente, nota-se o quão desigual é o consumo de saúde, visto que os 10% mais ricos possuem um gasto *per capita* substancialmente maior do que os 40% mais pobres em todos os grupos de renda. Tal concentração está associada fundamentalmente à saúde privada, sendo o tamanho da oferta privada substancialmente maior do que o da oferta pública e estando aglutinada no topo da distribuição. Outro elemento de destaque é que a desigualdade de consumo em saúde gerada pela distância entre oferta pública e oferta privada é consideravelmente menor entre a população negra: o gasto em saúde dos homens brancos do topo representa cerca de cinco vezes o gasto da base deste mesmo grupo, enquanto, no caso dos homens negros, representa cerca de três vezes.

TEXTO para DISCUSSÃO

Tem-se, assim, que o gasto privado é responsável por elevar o gasto total em saúde à medida que a renda das famílias se eleva, sendo um elemento de destaque para a ampliação da desigualdade no acesso a esse serviço essencial. Não surpreende, portanto, a conclusão destacada por Silveira e Gaiger (2021) de que o gasto público no Brasil é progressivo e beneficia os mais pobres, mas que, quando se leva em consideração o gasto privado, é possível perceber que o gasto total com saúde se torna regressivo. Assim, pode-se sugerir que a progressividade do gasto público em saúde é compensada pela excessiva regressividade do consumo privado desse serviço.

Por fim, há também um contraste marcante associado às rendas do topo de todos os grupos. Considerando apenas as famílias alocadas entre os 10% mais ricos, o gasto privado em saúde daquelas chefiadas por homens brancos faz o gasto total em saúde ser equivalente a cerca de 150% do gasto das famílias chefiadas por homens negros, quase 140% das chefiadas por mulheres negras e um pouco menos de 120% em relação às chefiadas pelas mulheres brancas.

4.2 Desigualdade de raça e gênero associada às provisões públicas em saúde e educação

Deixando de lado a discussão sobre saúde pública e privada, retoma-se aqui o propósito fundamental deste estudo: o cálculo da desigualdade de renda associada à incidência dos gastos públicos em saúde e educação no Brasil por raça e gênero. A tabela 3 mostra os resultados do índice L de Theil para a renda monetária considerada antes e depois da incidência destes benefícios.

TABELA 3

Desigualdade da renda monetária antes e depois da incidência dos gastos públicos com saúde e educação

Cenário	Índice L de Theil	Tamanho do componente intragrupos no índice L	Tamanho do componente entre grupos no índice L	Porcentagem da desigualdade atribuída ao componente racial e de gênero (%)
Cenário 1 (renda monetária)	0,62	0,55	0,07	11,13
Cenário 2 (renda monetária + saúde e educação públicas)	0,38	0,33	0,05	12,51

Fonte: POF, 2017-2018.
Elaboração dos autores.

A decomposição do índice L de Theil em seus componentes intra e entre grupos mostra que a maior parte da desigualdade pode ser atribuída ao primeiro componente, isto é, está associada à dinâmica distributiva interna a cada grupo. Na prática, esse resultado ressalta padrão de alta concentração de renda entre todas as categorias: homens brancos, mulheres brancas, homens negros e mulheres negras. Também indica que, apesar de ser possível atribuir à diferenciação entre grupos (raça e gênero) uma parcela da desigualdade de renda, essa é bem menor do que aquela que opõe ricos e pobres transversalmente.¹¹ É importante lembrar, porém, a correspondência entre a população negra e a população pobre expressa na tabela 2.

A tabela 3 também mostra que há uma significativa queda da desigualdade (redução no valor do índice L de 0,62 para 0,38) quando se adicionam as provisões públicas de saúde e educação nas rendas das famílias, indicando seu efeito redistributivo. Esse efeito é notável para ambos os componentes intra e entre grupos, que caem, respectivamente, de 0,55 para 0,33 e de 0,07 para 0,05. Destaca-se que essa queda é proporcionalmente maior para o componente intragrupos, refletindo o panorama expresso no gráfico 1, isto é, a existência de um padrão similar de incidência independentemente do grupo considerado. No caso do componente entre grupos, pode-se dizer que o efeito da incidência dos gastos com saúde e educação encontra paralelo com a situação expressa no gráfico 2, ou seja, evidencia que os benefícios são proporcionalmente mais relevantes para os grupos com menor renda.

Assim, ao examinar a última coluna da tabela 3, verifica-se um aumento da importância do componente racial e de gênero para explicar a desigualdade de renda após a incidência dos gastos públicos com saúde e educação. Enquanto, antes da incidência, 11,13% da desigualdade da renda monetária é atribuída à diferenciação entre grupos, após a incidência dos benefícios esse valor aumenta para 12,51%. Esta mudança pode ser entendida como um contrafactual: supondo que as rendas médias dos quatro grupos analisados se tornassem idênticas, a desigualdade total seria 11,13% menor no cenário 1 e 12,51% menor no cenário 2, após a adição das provisões públicas de saúde e educação. Outra maneira de explicar essa mudança é perceber que o componente entre grupos (terceira coluna da tabela 2) representa o quão distantes as rendas dos quatro grupos analisados (homens brancos, homens negros, mulheres brancas e mulheres negras) estão umas das outras. Assim, uma vez igualadas as rendas médias desses grupos, é como se a distância entre ela – isto é, o componente entre

11. Esse fenômeno não exclui a existência de desigualdades estruturais para além da desigualdade de renda, como uma maior ou menor exposição à discriminação direta e indireta. Essa análise, embora essencial, transborda os limites do escopo deste trabalho.

TEXTO para DISCUSSÃO

grupos – fosse reduzida a zero. Consequentemente, a desigualdade total passa a ser exclusivamente ilustrada pela desigualdade intragrupos. O aumento do percentual pós-incidência ocorre porque a desigualdade entre grupos (de raça e gênero) se torna mais relevante para explicar a desigualdade total, visto que os benefícios analisados tornam a distribuição de renda intragrupos substancialmente mais progressiva.

Uma apreciação mais detalhada deste resultado é possível a partir das tabelas A.1 e A.2 (apêndice), que apresentam separadamente os resultados para gênero e para raça. Nelas, percebe-se que a desigualdade racial constitui quase a totalidade do componente entre grupos calculado acima. Pode-se novamente recorrer à estrutura demográfica para explicar essa particularidade, já que as pessoas negras estão concentradas na base da distribuição de renda do Brasil. O mesmo não ocorre com a população feminina, como observado na tabela 1. Nesse sentido, apesar de estas políticas públicas possuírem um impacto redistributivo relevante, elas não alteram de maneira substancial a renda média das populações mais vulneráveis, de forma a atuar diretamente sobre a desigualdade racial. Isso é evidenciado pelo fato de que, mesmo considerando a renda monetária somada às provisões de saúde e educação públicas, os homens brancos ainda mantêm uma renda média cerca de duas vezes maior do que a das mulheres negras.¹²

Em suma, a análise do índice L de Theil permite concluir que o padrão de incidência dos gastos em saúde e educação pública no Brasil, caracterizado por certa uniformidade associada às dimensões de raça e gênero, é muito relevante para a diminuição da desigualdade como um todo, mas não indica um efeito direto na redução do componente entre grupos dessa desigualdade – isto é, referente à parcela que é atribuída à diferenciação por raça e gênero. Há um aumento da importância relativa¹³ do componente entre grupos para o índice L de Theil (de 11,13% para 12,51%), ainda que haja uma redução tanto do componente entre grupos (de 0,07 para 0,05) quanto da desigualdade total (de 0,62 para 0,38). Isso ocorre porque a provisão pública de saúde e educação reduz mais do que proporcionalmente o componente intragrupos do que o componente entre grupos.

12. No cenário sem benefícios, a renda média era 2,5 vezes maior para homens brancos.

13. Isto é, o quanto tal componente da desigualdade representa da desigualdade total.

TABELA 4**Decomposição do índice Gini de renda pós-benefícios *in-kind* por raça**

Fonte	CC	Participação na renda final (%)	Índice Hoffmann (Gini – CC)	Efeitos marginais (Gini – CC)* participação renda
Renda monetária	0,559	86,85	-0,084	0,073
Saúde pública – negros	-0,258	3,35	0,734	-0,025
Educação pública – negros	-0,150	4,81	0,625	-0,030
Saúde pública – brancos	0,056	2,22	0,420	-0,009
Educação pública – brancos	0,163	2,76	0,312	-0,009
Renda + benefícios <i>in-kind</i> – final	0,475	100,00	-	-

Fonte: POF, 2017-2018.

Elaboração dos autores.

Os resultados da decomposição¹⁴ do índice de Gini encontram-se na tabela 4. Está claro, de um lado, que esses gastos são progressivos, uma vez que, tanto para os benefícios destinados aos brancos como aos negros, a distribuição é bem menos concentrada que a renda (com benefícios). No caso dos gastos direcionados aos negros, a distribuição é pró-pobre, com coeficientes de concentração negativos.

Os índices de Hoffmann são progressivos para os gastos destinados aos dois grupos demográficos. No entanto, a progressividade dos gastos destinados a pretos é bem superior aos dos brancos, com os gastos em saúde se mostrando mais progressivos que os em educação. Por fim, o grau de progressividade indica o quanto aquela parcela pode ser redistributiva, sendo que o impacto dessa progressividade decorre do peso que tal parcela tem na renda. Os efeitos marginais mostram o quanto a desigualdade, medida pelo Gini, se reduziria se houvesse um aumento marginal naquela parcela de renda, no caso, do gasto em saúde e educação com negros e brancos. E, como se pode notar, aumentos nos gastos em saúde e educação públicas implicam ganhos redistributivos semelhantes, sendo muito mais expressivos quanto apropriados pela população negra.

14. Realiza-se somente por raça devido ao fato de, como comentado anteriormente, a raça possuir um papel mais proeminente no componente da desigualdade associada a raça e gênero, medida pelo índice de Theil. Desta forma, também para simplificar a análise, opta-se por decompor o Gini somente por cor ou raça.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O recorte deste trabalho mostrou que é possível complexificar o estudo sobre os impactos dos benefícios *in-kind* (aqui representados pelos gastos públicos com saúde e educação) sobre a desigualdade brasileira quando se consideram aspectos associados à distribuição de renda por raça e gênero. De forma geral, é possível concluir que as provisões públicas de saúde e educação incidem a partir de um padrão relativamente uniforme nos grupos sociodemográficos, caracterizado pela progressividade. Ao mesmo tempo, nota-se uma relevância maior dessas provisões para as famílias mais pobres, chegando a representar cerca de 50% da renda das famílias situadas na base da distribuição de renda. Apesar de a incidência ser semelhante dentro dos grupos, as famílias chefiadas por pessoas negras tendem a se apropriar de uma parte maior destas provisões públicas, fundamentalmente porque essas famílias encontram-se concentradas na base na distribuição.

A relevância desses benefícios para a população da base da distribuição fica mais evidente na medida em que se considera o caráter essencial desses serviços. Servindo como provisões públicas que reduzem o custo de reprodução das famílias mais pobres, os gastos públicos com saúde e educação são importantes para garantir o acesso a esses serviços sem demandar um maior comprometimento da renda dos estratos mais baixos. Se os custos associados, como os relacionados à educação das crianças e adolescentes, ao cuidado dos idosos e pessoas com deficiência, às necessidades médicas com tratamentos, medicamentos e exames, entre vários outros, forem responsabilidade pública e não da pessoa chefe de família, ampliam-se as condições monetárias e as horas de trabalho disponíveis para dedicação a outras atividades. Tais atividades podem contribuir para a expansão da renda ou para a qualificação desse mesmo indivíduo.

Este trabalho também mostrou que o gasto público com educação e saúde incide sobre a desigualdade de renda (medida pelo índice L de Theil) de forma a reduzi-la. Quando se decompõe este índice em seus componentes intra e entre grupos, observa-se que o primeiro não apenas é mais expressivo do que o segundo, mas também apresenta uma queda maior diante das provisões públicas de saúde e educação. Em termos práticos, esse resultado destaca que um fator relevante para explicar a desigualdade da renda brasileira é mais a sua concentração, independentemente dos quatro grupos (homens negros, mulheres negras, homens brancos e mulheres brancas), do que as diferenças entre esses grupos, até mesmo quando incidem os gastos com saúde e educação. Nesta direção, outro resultado relevante, como revelam a decomposição do Gini e o índice de Hoffmann, é o fato de que estes gastos públicos possuem caráter

pró-negro e pró-pobres. No entanto, isto ocorre justamente por conta de a população negra estar concentrada nos primeiros estratos de renda, que se apropria da maior parte das transferências *in-kind*.

Questiona-se, portanto, o porquê deste efeito reduzido sobre a desigualdade de raça e gênero, dado o forte caráter progressivo do gasto público com saúde e educação. Como essas provisões promovem redistribuição a partir de um padrão mais ou menos uniforme, há um efeito significativo na redução da desigualdade, mas que não é explicitamente direcionado para o enfrentamento das desigualdades raciais e de gênero. De modo indireto, entretanto, a progressividade dos gastos com saúde e educação pública tem impacto mais significativo sobre as famílias chefiadas por mulheres e homens negros, dada a excessiva concentração desses grupos na base da distribuição de renda brasileira e não necessariamente devido a políticas desenhadas com o objetivo de enfrentar a desigualdade de raça e gênero. Há, portanto, espaço para complementar o efeito redistributivo dessas provisões a partir de direcionamentos explicitamente voltados para combater desigualdades de raça e gênero.

Duas questões finais merecem destaque. Primeiro, é preciso reconhecer o tamanho da associação entre redução da desigualdade racial e da desigualdade de renda no Brasil, uma vez que a população negra se encontra concentrada na base da distribuição de renda. A alteração dessa característica estrutural desponta, a partir desta constatação, como o principal mecanismo de enfrentamento das desigualdades raciais, sendo importante que as políticas de saúde e educação deem suporte e se adaptem a esse processo de modo a preservar o seu caráter progressivo.

Em segundo lugar, é preciso destacar que, ao se tratar da desigualdade no acesso à saúde e educação, não se pode minimizar o papel cumprido pelos gastos privados. Como demonstra o caso da saúde, essas despesas aumentam consideravelmente à medida que a renda se eleva e podem acabar contrabalanceando o efeito progressivo dos gastos públicos, potencialmente tornando regressivo o gasto total. Isso significa, na prática, impor um padrão regressivo ao acesso à saúde e à educação no Brasil de difícil reversão: por mais que o gasto público seja um pilar importante para apoiar os custos sociais de reprodução das famílias brasileiras mais pobres, seu efeito distributivo é, no limite, estrangulado pelo tamanho do gasto privado. Mecanismos institucionais que possam endereçar essa particularidade (por exemplo, o fim dos gastos tributários com saúde e educação) contribuem para um equilíbrio entre essas dimensões.

REFERÊNCIAS

- ARRETCHE, M. T. S. A política da política de saúde no Brasil. *In*: LIMA, N. T. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 285-306.
- _____. Democracia e redução da desigualdade econômica no Brasil: a inclusão dos *outsiders*. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 33, n. 96, p. 1-23, 5 fev. 2018.
- BARRIENTOS, A. Labour markets and the (hyphenated) welfare regime in Latin America. **Economy and Society**, v. 38, n. 1, p. 87-108, 2009.
- BARROS, R. P.; FOGUEL, M. N.; ULYSSEA, G. (Org.). **Desigualdade de renda no Brasil**: uma análise da queda recente. Brasília: Ipea, 2006. v. 1.
- BOTTEGA, A. *et al.* **Quanto fica com as mulheres negras?** Uma análise da distribuição de renda no Brasil. São Paulo: Made (FEA/USP), 2021. (Nota de Política Econômica, n. 18).
- CASTLES, F. (Ed.). **Families of nations**: patterns of public policy in Western democracies. Aldershot: Dartmouth Publishing Company, 1993.
- COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021.
- DRAIBE, S. M. The Brazilian Developmental Welfare State: rise, decline and perspectives. *In*: DRAIBE, S. M.; RIESCO, M. **Latin America**: a new developmental welfare state model in the making? London: Palgrave Macmillan, 2007. p. 239-281.
- ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, n. 24, p. 85-116, set. 1991.
- GOMES, J. P. de F. *et al.* O que a análise dos tributos diretos e das transferências monetárias no topo da distribuição nos informa sobre desigualdades de raça e gênero no Brasil? **Brazilian Keynesian Review**, v. 10, n. 2, p. 447-470, 2024.
- HALASA, Y.; NASSAR, H.; ZAKY, H. Benefit-incidence analysis of government spending on Ministry of Health outpatient services in Jordan. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 16, n. 5, p. 467-473, 2010.
- HOFFMANN, R. Medindo a progressividade das transferências. *In*: BARROS, R. P.; FOGUEL, M. N.; ULYSSEA, G. **Desigualdade de renda no Brasil**: uma análise da queda recente. v. 2. Brasília: Ipea, 2007. p. 179-196.

HOFFMANN, R.; BOTASSIO, D. C.; JESUS, J. G. de. **Distribuição de renda**: medidas de desigualdade, pobreza, concentração, segregação e polarização. São Paulo: EdUSP, 2019.

LEAL, M. C. et al. **Nascer no Brasil II**: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

LUSTIG, N. Income redistribution and poverty reduction in Latin America: the role of social spending and taxation in achieving development goals. **Society for International Development**, v. 57, n. 3-4, p. 388-399, Dec. 2014.

_____. **Fiscal Policy and ethno-racial inequality in Bolivia, Brazil, Guatemala and Uruguay**. New Orleans: CEQ; Tulane University, 2015. (Working Paper, n. 22).

LUSTIG, N.; PESSINO, C.; SCOTT, J. The impact of taxes and social spending on inequality and poverty in Argentina, Bolivia, Brazil, Mexico, Peru, and Uruguay: introduction to the special issue. **Public Finance Review**, v. 42, n. 3, p. 287-303, 2013.

MEDEIROS, M. **Medidas de desigualdade e pobreza**. Brasília: Editora UnB, 2012.

MENEZES-FILHO, N. A.; FERNANDES, R.; PICCHETTI, P. Rising human capital but constant inequality: the education composition effect in Brazil. **Revista Brasileira de Economia**, v. 60, n. 4, p. 407-424, Oct./Dec. 2006.

ORLOFF, A. Gender in the Welfare State. **Annual Review of Sociology**, v. 22, n. 1, p. 51-78, 1996.

OSORIO, R. G. **A desigualdade racial no Brasil nas três últimas décadas**. Brasília: Ipea, 2021. (Texto para Discussão, n. 2657).

PASSOS, L.; SILVEIRA, F. G.; CARDOMINGO, M. R. **Impactos distributivos da tributação e das transferências monetárias públicas**: um olhar sobre gênero e raça. Brasília: Inesc, 2023.

PAULUS, A.; SUTHERLAND, H.; TSAKLOGLOU, P. The distributional impact of in-kind public benefits in European countries. **Journal of Policy Analysis and Management**, v. 29, n. 2, p. 243-266, Spring 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pam.20490>.

PIRES, L. N.; CARDOSO, L.; OLIVEIRA, A. L. M. **Gênero e raça em evidência durante a pandemia no Brasil**: o impacto do Auxílio Emergencial na pobreza e extrema pobreza. São Paulo: Made (FEA/USP), 2021. (Nota de Política Econômica, n. 10).

RESENDE, A. M. et al. **Do Bolsa Família ao Brasil sem miséria?** Duas décadas de luta pela universalização da cidadania. São Paulo: Made (FEA/USP), 2023. (Nota de Política Econômica, n. 43).

TEXTO para DISCUSSÃO

ROSEMBERG, F.; MADSEN, N. Educação formal, mulheres e gênero no Brasil contemporâneo. *In*: BARSTED, L. L.; PITANGUY, J. (Org.). **O progresso das mulheres no Brasil: 2003-2010**. Rio de Janeiro; Brasília: CEPia; ONU Mulheres, 2011. p. 390-434.

SILVA, F. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços de saúde e raça/cor/etnia entre mulheres: uma metanálise. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 264-282, abr./jun. 2023.

SILVEIRA, F. G.; GAIGER, M. L. C. O gasto em saúde e suas bases de financiamento: dinâmica e tendências para o Brasil. *In*: GADELHA, P. *et al.* (Org.). **Economia e financiamento do sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2021. p. 113-192.

SILVEIRA, F. G. *et al.* **Impactos distributivos da educação pública brasileira**: evidências a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018. São Paulo: Made (FEA/USP), 2022. (Nota de Política Econômica, n. 11).

SILVEIRA, F. G. *et al.* **O papel da política fiscal no enfrentamento da desigualdade de gênero e raça no Brasil**. Brasília: Ipea, 2024. (Texto para Discussão, n. 2956).

SILVEIRA, F. G.; PALOMO, T. R. **The Brazilian State's redistributive role**: changes and persistence throughout the 21st century. Brasília: Ipea, 2023. (Discussion Paper, n. 275).

SIMÕES, A. A. Acesso à educação básica e sua universalização: missão ainda a ser cumprida. *In*: MORAES, G. H.; ALBUQUERQUE, A. E. M. (Org.). **Cadernos de estudos e pesquisas em políticas educacionais**: 5 anos de Plano Nacional da Educação. Brasília: Inep, 2019.

SOARES, J. F.; ALVES, M. T. G.; FONSECA, J. A. Trajetórias educacionais como evidência da qualidade da educação brasileira. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 38, n. e0167, 2021.

TITMUSS, R. M. **Essays on the Welfare State**. Woking: Unwin Brothers, 1963.

_____. **Social Policy**. New York: Pantheon, 1974.

TOMASIELLO, D. B. *et al.* **Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Ipea, 2023. (Texto para Discussão, n. 2832).

TONETO, R.; RIBAS, T.; CARVALHO, L. **Como a redistribuição de renda pode ajudar na recuperação da economia?** Os efeitos multiplicadores da tributação dos mais ricos para transferência aos mais pobres. São Paulo: Made (FEA/USP), 2021. (Nota de Política Econômica, n. 8).

VAZQUEZ, D. A. Modelos de classificação do Welfare State: as tipologias de Titmuss e Esping-Andersen. **Pensamento & Realidade**, v. 10, n. 21, p. 42-59, 2007.

APÊNDICE

TABELA A.1
Desigualdade racial

Cenário	Índice L de Theil	Tamanho do componente entre grupos	Percentual da desigualdade atribuído ao componente racial (%)
Cenário 1 (renda monetária)	0,62	0,065	10,45
Cenário 2 (renda monetária + saúde e educação públicas)	0,38	0,047	11,90

Fonte: POF, 2017-2018.
Elaboração dos autores.

TABELA A.2
Desigualdade de gênero

Cenário	Índice L de Theil	Tamanho do componente entre grupos	Percentual da desigualdade atribuído ao componente de gênero (%)
Cenário 1 (renda monetária)	0,62	0,005	0,88
Cenário 2 (renda monetária + saúde e educação públicas)	0,38	0,003	0,78

Fonte: POF, 2017-2018.
Elaboração dos autores.

1 IMPUTAÇÃO DOS BENEFÍCIOS *IN-KIND*

No caso da educação, o processo de imputação se dá por meio dos registros administrativos do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep), os quais disponibilizam o gasto com educação por nível educacional por aluno. Calcula-se o valor médio gasto por nível educacional e distribuem-se esses valores para as famílias de acordo com suas características. Ou seja, verifica-se a quantidade de indivíduos naquelas famílias que frequentam alguma instituição de educação pública e o nível educacional dessa entidade e, caso sejam identificados indivíduos na família que correspondam aos critérios em questão, aloca-se o valor correspondente àquele nível educacional na família. Esse mecanismo metodológico representaria, na prática, o fornecimento de um *voucher* associado à provisão de educação. Os valores equivalentes a cada um dos níveis educacionais, oriundos dos dados do Inep, podem ser encontrados na tabela A.3.

TEXTO para DISCUSSÃO

TABELA A.3
Gastos com educação

Nível educacional	Ano ou série	Gasto anual (R\$)
Pré-escola	-	6.379,40
Fundamental	1º ao 4º ano	7.032,37
Fundamental	5º ao 9º ano	6.709,57
Ensino médio	-	7.665,25
Ensino superior	-	29.286,42

Fonte: Inep, 2021.

Já para a saúde, utiliza-se as System of Health Accounts (contas SHA) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Primeiro, distribuem-se os valores presentes nas contas SHA para os indivíduos na PNS de acordo com o seu perfil de uso do serviço público de saúde. Por exemplo, se o indivíduo afirma que utilizou o sistema público para consultas, novamente indicamos a atribuição de um *voucher* com o valor equivalente àquelas consultas a este indivíduo. É importante mencionar que as despesas presentes nas contas SHA e os usos do sistema público medidos pela PNS são agregados nas seguintes categorias: consultas, internações, medicamentos e transportes.

TABELA A.4
Gastos com saúde

Modalidade	Categoria	Gasto anual <i>per capita</i> (R\$)
Reabilitação	Consulta	8.922,25
Doença ou tratamento de doença	Consulta	7.697,22
Acidente, lesão ou fratura	Consulta	7.697,22
Prevenção, <i>check-up</i> médico	Consulta	7.697,22
Pré-natal ou parto	Consulta	7.697,22
Exame	Consulta	17.925,99
Dentista	Consulta	7.697,22
Psicólogo, nutricionista etc.	Consulta	4.066,40
Vacinação	Consulta	41.697,35
Atestado	Consulta	7.697,22
Outros	Consulta	41.697,35
Medicamentos	Medicamentos	3.135,04
Internações gerais	Internações	5.567,60
Tratamento psiquiátrico	Internações	1.569,20
Uso de ambulâncias	Transportes	1.611,60

Fonte: Contas SHA, 2022 e PNS, 2019.

Após a distribuição dos *vouchers*, agrega-se a PNS em âmbito domiciliar. Assim, obtemos os valores totais correspondentes aos *vouchers* recebidos por família, sendo possível expressar o gasto público com saúde *per capita* para cada domicílio. Em seguida, estima-se uma regressão com a especificação adiante:

$$y = \text{Rural} + \text{Metrópole} + \text{DummiesDécimoTrabalho} + \text{DummiesRegião}$$

Sendo y o valor do *voucher per capita* para cada categoria (o gasto *per capita* com consultas de cada família, por exemplo); *Rural*, uma *dummy* que indica se o domicílio é rural ou urbano; *Metrópole*, uma *dummy* que indica se o domicílio está ou não localizado em uma região metropolitana; *DummiesDécimoTrabalho*, uma série de *dummies* que indica em qual décimo da renda do trabalho aquele domicílio está localizado; e *DummiesRegião*, uma série de *dummies* que indica a região geográfica daquele domicílio.

Por meio dos coeficientes obtidos nesta regressão, preveem-se os valores dos *vouchers* de cada categoria para cada família na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) usando as mesmas variáveis da regressão original. Por fim, deflacionam-se estes valores, já que a PNS foi realizada em 2019.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Revisão

Bruna Oliveira Ranquine da Rocha

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo

Crislayne Andrade de Araújo

Elaine Oliveira Couto

Luciana Bastos Dias

Vivian Barros Volotão Santos

Luíza Cardoso Mendes Velasco (estagiária)

Editoração

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Camila Guimarães Simas

Leonardo Simão Lago Alvite

Mayara Barros da Mota

Capa

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

*The manuscripts in languages other than Portuguese
published herein have not been proofread.*

Acesse nossas publicações



Acompanhe nossas redes sociais



Composto em roboto regular 10/12 (texto)
Roboto regular, bold, black 12/14 (títulos)
Roboto regular 10 (gráficos e tabelas)
Rio de Janeiro-RJ

Missão do Ipea
Qualificar a tomada de decisão do Estado e o debate público.



ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
PLANEJAMENTO
E ORÇAMENTO

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO