

Tassia Gazé Holguin

**Padrões de Consumo Privado com Saúde
das Famílias da Região Norte**

IESC / UFRJ

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

TASSIA GAZÉ HOLGUIN

PADRÕES DE CONSUMO PRIVADO COM
SAÚDE DAS FAMÍLIAS DO NORTE

UFRJ

V. I

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA

Padrões de Consumo Privado com Saúde das Famílias da Região Norte

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Economia Política e Análise Institucional da Saúde.

Orientadora: Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Rio de Janeiro, março de 2009.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Padrões de Consumo Privado com Saúde das Famílias da Região Norte

Tassia Gazé Holguin

Dissertação submetida à Comissão Examinadora composta pelo corpo docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e por professores convidados de outras instituições, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre

Aprovada por:

Professor (a) Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi - Orientador

(Doutora em Saúde Coletiva – IMS – UERJ - 2002)

Professor (a) Ivani Bursztyn

(Doutora em Saúde Coletiva - Fundação Oswaldo Cruz - 2004)

Professor (a) Chirstovam Barcellos

(Doutor em Geociências – UFF - 1995)

Rio de Janeiro

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Holguin, Tassia Gazé.

Padrões de Consumo Privado com Saúde das Famílias da Região Norte / Tassia Gazé Holgui. – 2009.
77 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Instituto de Estudos de Saúde Coletiva – IESC, 2009.

Orientador: Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

1. Introdução. 2. Metodologia 3. Região Norte: transformações e cenário atual 4. Os gastos das famílias com saúde: descrição e correlações.

I Universidade Federal do Rio de Janeiro. II. Instituto de Estudos de Saúde Coletiva. III. Padrões de Consumo Privado com Saúde das Famílias da Região Norte

AGRADECIMENTO

Agradeço à professora Maria de Fátima Siliansky, aos professores Luiz Fernando Tura, Ivani Bursztyn, Diana Maul, Bernardo Sicsú, a minha prima Rosângela Gaze, aos meus pais, a minha irmã, aos funcionários do IESC, à Capes e a todos os meu amigos, que sempre estiveram presentes nas horas mais difíceis.

Tassia Gazé Holguin

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha querida amiga Aline Mignon, que infelizmente não está mais entre nós. Uma verdadeira amiga que sempre esteve presente nas horas de alegria e tristeza.

Tassia Gazé Holguin

RESUMO

Os gastos das famílias com saúde no Brasil podem refletir tanto a sua capacidade de consumo como a política social dos governos no âmbito da saúde. O peso da saúde no orçamento das famílias ajuda a identificar possíveis falhas na política do Estado. Os dispêndios com saúde nas famílias têm-se tornado um item importante em relação aos outros grupos de despesas (habitação, alimentação, transporte, vestuário e outros), de acordo com a POF (IBGE). Tomando por base as desigualdades econômicas e sociais entre as regiões do Brasil e as constantes tentativas de integrar economicamente as regiões menos desenvolvidas do País, o trabalho pretende identificar certas tendências, além de colaborar para a formulação de políticas públicas voltadas para essas regiões, em particular para a região Norte. E com isso, contribuir para a identificação de cenários na medida em que essas mudanças econômicas, políticas e sociais se concretizem. O trabalho discute o consumo de bens e serviços de saúde das famílias da região Norte, analisando suas especificidades de modo a contribuir para a formulação de políticas sociais e de saúde. Foram utilizados os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2003), da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD 2003 e 1998) e da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS 1999, 2002 e 2005). Segundo a POF, o peso dos gastos com assistência à saúde no orçamento das famílias da região Norte é menor do que nas demais regiões. Nas famílias com faixa de renda até R\$ 400,00, os dispêndios com remédios possuem um peso maior no orçamento, em ambas as regiões. As maiores diferenças entre as regiões Norte e Sudeste estão nos gastos com planos de saúde e serviços odontológicos (onde a região Sudeste possui um gasto relativo e absoluto mais elevado) e tratamento ambulatorial (o peso no orçamento é maior na região Norte). Já na faixa de renda entre R\$1.200,00 e R\$ 1.600,00, os gastos relativos com remédios e consulta médica são mais elevados na região Norte, enquanto que plano de saúde, tratamento dentário e ambulatorial possuem um peso maior na região Sudeste. Na faixa de renda acima de R\$ 6.000,00, as diferenças nos gastos com assistência à saúde entre as regiões aumentam. Além disso, os dispêndios com planos de saúde superam os medicamentos. Inclusive, a região Norte apresenta gastos relativos mais elevados do que o Sudeste nos itens remédios e consulta médica. Enquanto isso, a região Sudeste gasta mais com seguro saúde, serviços odontológicos e tratamento ambulatorial. O percentual de pessoas que já utilizaram serviços odontológicos é maior na região Sudeste. Além disso, dados da Pesquisa Médico-Sanitária (1999, 2002 e 2005) comprovam que a oferta desses serviços é bem menor na região Norte. Segundo a PNAD, os dados referentes à morbidade e demanda por serviços de saúde não são muito diferentes entre as regiões. Os gastos das famílias com saúde na região Norte refletem a baixa capacidade de consumo destas, assim como a insuficiência da política social dos governos municipal, estadual e federal no âmbito da saúde. Embora os gastos absolutos sejam baixos, o peso no orçamento das famílias é alto, o que mostra possíveis falhas na condução da política por parte do Estado.

Palavras-chaves: economia da saúde; desigualdades regionais; região norte; gastos privados com saúde; consumo das famílias.

ABSTRACT

This work analyzes health related expenditures of Brazilian families. These expenditures reflect both the purchase power of families in Brazil and the lack of public investment on health. High family expenditures on health indicate insufficient public investment. Empirical evidence shows that health related expenditures gained importance when compared to other categories of expenditure such as expenditures on housing, transportation, clothing, etc. Considering the economic and social inequalities between regions in Brazil and the constant attempts to integrate economically less developed regions of the country, this work aims to help local authorities formulate public policies for poorer regions, specially the North Region. This should help identify scenarios and tendencies that would occur as a result of the social, political and economic changes. The goal is to analyze the consumption of health related goods and services by the Brazilian families located in the North Region in order to propose more efficient public policies for the region. The databases used for the development of this work were Consumer Expenditure Survey (POF 2003), the National Household Survey (PNAD 2003 and 1998) and the Medical-Sanitary Care Survey (AMS 1999, 2002 and 2005). According to Consumer Expenditure Survey, medical costs in Northern families' budgetary plans are lower than in other regions. In families whose income is 400.00 at the most, expenses on medication have a greater weight in the budget regardless of the region they are from. The major differences between Northern and Southeastern families are found in medical expenditures on health and dental care (absolute and relative cost is higher in the southeast) and outpatient treatment (the weight is higher in Northern families' budget). In families whose income ranges from 1.200.00 to 1.600.00, relative costs of medicine and medical appointments are higher in the North, whereas expenses on health insurance plans, dental care and outpatient treatment have a greater weight in the Southeast. The differences between expenses on health care increase in families from either regions whose income is higher than 6.000.00. Besides that, expenses on health insurance plans are higher than on drugs. Actually, relative costs of medicine and medical appointments are higher in the North than in the Southeast, whereas the latter shows higher expenses on health insurance, dental care and outpatient treatment. The percentage of people who have already had dental care is higher in the Southeast. Furthermore, data from Medical-Sanitary Care Survey, shows that the provision of such services is much lower in the North. According to National Household Survey, data on morbidity and demand for health services are not so different between the regions. Families' expenses with health in North Region reflect the lower capacity of consumption of these families, as well as the insufficiency of local, state and federal government's social policy, in the health sector. Although the absolute expenses are low, the weight of health expenses in the families' budget is high, which indicates possible flaws in the conduct of the policy by the State.

Key Words: health economics; regional inequalities; North Region; private expenses with health; families' expenditures.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| AGRADECIMENTO | 4 |
| DEDICATÓRIA | 5 |
| RESUMO | 6 |
| ABSTRACT | 7 |
| SUMÁRIO | 8 |
| APRESENTAÇÃO | 9 |
| CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| CAPÍTULO 2. METODOLOGIA | 20 |
| 1.1. Abordagem Teórica Metodológica | 20 |
| 1. 2. Procedimentos Metodológicos | 27 |
| CAPÍTULO 3. REGIÃO NORTE: TRANSFORMAÇÕES E CENÁRIO ATUAL. | 34 |
| 3.1.Cenário | 34 |
| 3.2. Características Socioeconômicas da Região Norte | 40 |
| CAPÍTULO 4. OS GASTOS COM SAÚDE DAS FAMÍLIAS: DESCRIÇÃO E CORRELAÇÕES. | 43 |
| 3.1. Gastos Privados com Saúde | 43 |
| 3.2. Recursos Federais do SUS | 61 |
| CONCLUSÃO. | 67 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. | 72 |

APRESENTAÇÃO

Em dezembro de 2003, concluí o curso de Comunicação Social, com habilitação em Publicidade e Propaganda, na Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. No final de 2004, terminei o curso de Ciências Econômicas na Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. Durante a faculdade, estagiei na Fiocruz (2001), fui bolsista de iniciação científica na UFRJ (2002) e estagiária da área social do BNDES (2003/2004). Posteriormente, trabalhei como pesquisadora-júnior na pesquisa “A Dinâmica dos Gastos Privados com Saúde e Renúncia Fiscal nos Anos 2000”, sob a orientação da professora Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi. O projeto, financiado pelo CNPq, tinha como objetivo contribuir para a avaliação da qualidade e humanização do SUS, através da estimativa da renúncia fiscal com atenção privada à saúde, analisando em que medida as transformações no desenho das políticas públicas modificaram a configuração do modelo médico-assistencial brasileiro.

Considerando a minha formação em economia e comunicação social, procurei juntar os conhecimentos adquiridos durante os cursos no desenvolvimento da minha dissertação de mestrado.

Meu interesse pelo estudo da região Norte veio com o projeto BR 163 e Saúde: impactos e estratégias de ação. Financiado pelo CNPq e realizado pela FIOCRUZ em parceria com a UFRJ, o projeto pretendeu contribuir para a formulação de estratégias voltadas a prevenir, minimizar ou sanar agravos à saúde decorrentes do asfaltamento da BR 163. Durante o mês de março de 2007, participei do trabalho de campo na cidade de Santarém (PA) realizando entrevistas e aplicando questionários nas comunidades. Essa experiência contribuiu para despertar o meu interesse pelo tema.

De acordo com dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares¹ (POF/IBGE), os gastos privados com saúde vêm aumentando, tornando-se um importante item nas despesas das famílias.

A análise dos gastos das famílias com saúde no Brasil é importante para entender a capacidade de consumo dessas famílias assim como a política social dos governos no âmbito da saúde. O peso da saúde na dotação das famílias ajuda a identificar possíveis falhas na política do Estado. Analisando os gastos públicos e privados com saúde, por exemplo, é possível traçar um quadro sobre as necessidades do Setor Saúde e contribuir para a formulação de políticas públicas mais eficazes.

O debate atual acerca da integração do Norte com o resto do país levanta questões referentes às consequências do desenvolvimento sócioeconômico da região. Com o asfaltamento da BR 163, por exemplo, é provável que o fluxo migratório aumente para a região, ocasionando um aumento na demanda por serviços de saúde. Espera-se, então, que a oferta privada de serviços de saúde aumente, ocasionando uma elevação nos gastos das famílias. As transformações em curso podem ocasionar mudanças no padrão de vida das famílias, inclusive nos hábitos de consumo.

Tendo por base as desigualdades econômicas e sociais entre as regiões do Brasil e as constantes tentativas de integrar economicamente as regiões menos desenvolvidas do País, o presente trabalho teve como objetivo contribuir na identificação de tendências que possam ocorrer na medida em que essas mudanças econômicas, políticas e sociais se concretizem. Esperando conseqüentemente, colaborar com as autoridades locais na formulação de políticas públicas voltadas para essas regiões, em particular para a região Norte.

¹ Os objetivos da pesquisa serão explicados no capítulo II – Metodologia.

O trabalho discutiu o consumo de bens e serviços de saúde das famílias da região Norte, analisando suas especificidades de modo a contribuir para a formulação de políticas sociais e de saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória que utilizou dados secundários² de bancos de dados oficiais do IBGE, com o objetivo de extrair resultados que permitam uma discussão sobre os padrões de gastos com saúde das famílias da Região Norte comparando-os com o Sudeste, e a luz dos processos de ocupação da região, verificados a partir de revisão bibliográfica das transformações socioeconômicas ocorridas ao longo das últimas décadas, que geram especificidades dentro do País. Importante ressaltar que não utilizamos os dados primários³ das pesquisas do IBGE. Sendo assim, optamos por não realizar nenhum teste estatístico na análise dos dados secundários. Foram utilizados os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2003), da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD 2003 e 1998) e da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS 1999, 2002 e 2005).

A dissertação está dividida em quatro capítulos. O capítulo 1 “Introdução” apresenta os objetivos do trabalho e a relevância do tema a ser investigado. O capítulo 2 “Metodologia” explica a análise metodológica adotada e a base de dados utilizada para discussão do tema. O capítulo 3 “Região Norte: Transformações e Cenário Atual” descreve sucintamente a ocupação da região Norte, a partir da década de 50, analisando as transformações socioeconômicas ao longo dos anos, além de traçar um cenário atual da região. Por fim, o capítulo 4 “Os Gastos Com Saúde das Famílias: Descrição e Correlações” discute os resultados obtidos, correlacionando-os com estudos anteriores.

² Dados secundários são informações já tabuladas e analisadas, disponíveis em banco de dados. (Toledo e Ovalle, 1978)

³ Dados primários são aqueles obtidos através de questionários, sem tabulação e análise. O IBGE disponibiliza um CD Rom com os dados primários da Pesquisa de Orçamentos Familiares. (Toledo e Ovalle, 1978)

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é derivado da pesquisa BR 163 e Saúde: impactos e estratégias de ação. Financiado pelo CNPq e realizado pela FIOCRUZ em parceria com a UFRJ. Este projeto teve como objetivo contribuir para a formulação de estratégias voltadas a prevenir, minimizar ou sanar agravos à saúde decorrentes do asfaltamento da BR 163. Espera-se, com isso, que um planejamento adequado contribua para a melhoria nas condições de saúde da população residente na sua área de abrangência.

Considerando as desigualdades econômicas e sociais entre as cinco regiões do Brasil e as várias tentativas de integrar economicamente as regiões menos desenvolvidas, o trabalho pretendeu assinalar questões relativas ao padrão de gastos com saúde das famílias e, assim, colaborar com as autoridades locais na formulação de políticas públicas voltadas para a região Norte.

Do ponto de vista econômico e social, o Brasil é visto como um país dividido. De um lado, tem-se a “região concentrada”, pólo industrial e tecnológico formado pelo Sul e Sudeste, de outro, o Centro-Oeste, área de “ocupação periférica recente”, o Nordeste, área de povoamento antigo e pouco desenvolvida, com atividades baseadas na agricultura pouco mecanizada, e o Norte, região de baixa densidade técnica e demográfica (Santos, 2006). O processo de industrialização brasileira ocorreu de modo heterogêneo, concentrando-se no Centro-Sul do país, ocasionando desigualdades socioeconômicas regionais.

Diniz (2001) faz uma revisão da literatura sobre a questão regional e as políticas governamentais para o desenvolvimento econômico do país. O Nordeste, por exemplo, com sua economia agro-exportadora baseada no trabalho escravo, exportava bens primários para o Centro-Sul enquanto importava bens industrializados dele. Houve

uma transferência de recursos do Nordeste para financiar o desenvolvimento do Centro-Sul. Além disso, não havia um mercado interno fortalecido na região, já que o camponês trabalhava na terra do grande fazendeiro em troca de sua subsistência.

Desde a época do Brasil Colônia aos dias de hoje, o processo de ocupação das terras brasileiras ocorreu de acordo com as possibilidades de cada região encontrar uma atividade econômica que permitisse a sua inserção no mercado internacional (Diniz, 2001).

Para o autor, as economias regionais eram voltadas para fora com fraca integração inter-regional. Como exemplo, temos o açúcar no Nordeste, o algodão no Maranhão, o café no Sudeste e a borracha na Amazônia. As condições para a integração da produção regional surgiram com a transição do trabalho escravo para o assalariado (economia cafeeira).

Após a Segunda Guerra Mundial, teve início um crescimento intencional no Centro-Sul do país com o desenvolvimento de transportes terrestres, inclusive da indústria automobilística, provocando um aumento no desequilíbrio econômico entre as regiões⁴. “A modernização do país, já iniciada sob o regime de Getúlio Vargas, facilitara a concentração econômica e espacial” (Santos e Silveira, p. 44, 2006). Ao mesmo tempo, surgiu a necessidade de consumir os produtos agrícolas do Nordeste, o que facilitou a integração nacional, apesar de isto não ter significado o desenvolvimento e a melhoria da qualidade de vida da população local. Com a implantação da agricultura moderna, na década de 60, no Centro-Oeste e no Norte, houve um aumento do fluxo migratório para essas regiões. Junto a isso, novas estradas⁵ foram construídas para o escoamento da produção interna. Nos anos 70, teve início uma nova divisão

⁴ A região Sudeste, mais desenvolvida, possuía mais vantagens para competir com as demais, contribuindo para agravar as desigualdades regionais.

⁵ Nessa época, foram construídas rodovias como a Transamazônica e a BR 163, ainda inacabada. Em 1967, foi criada a Zona Franca de Manaus (Santos e Silveira, 2006).

territorial do trabalho através da implantação de complexos e pólos industriais em várias regiões do País, o que não impediu o aumento da concentração de renda. Apesar da revolução dos meios de telecomunicações, nesse período, o novo meio geográfico permaneceu circunscrito a algumas áreas. Santos e Silveira (2006) criaram o termo “Quatro Brasis”, onde o Sudeste e o Sul continuaram sendo as regiões mais desenvolvidas, o Centro-Oeste tornou-se uma área de ocupação periférica, caracterizado pela agropecuária e a modernização dependente das empresas do Sudeste. Enquanto que no Nordeste, o desenvolvimento industrial aconteceu de forma descontínua, e a Amazônia, ainda apresenta um baixo nível de densidade demográfica e pouco desenvolvimento. Mais recentemente, a expansão da soja em direção ao Norte provocou alterações econômicas, sociais e ambientais na região (Amaral et al, 2005). Sendo assim, o processo de industrialização e desenvolvimento econômico ocorreu de forma desigual, concentrando-se no centro-sul do Brasil.

Como resultado das tentativas de povoar a região Norte e integrá-la ao resto do país, o modo de produção dessa região sofreu alterações, ao longo dos anos, passando de uma economia extrativista (borracha, final do século XIX) para uma economia mais integrada, através da construção de rodovias e do surgimento de outras atividades econômicas (pecuária, soja, etc.).

A partir dos anos 60 até meados da década de 80, os projetos desenvolvimentistas para a região ocasionaram graves efeitos sociais e ambientais, além de gerar uma *“dinâmica econômica que até hoje influencia o desenvolvimento da região e sua integração com o país e o exterior”*. (Vianna et al, p.2, 2007) Com a crise financeira, na década de 80, o Estado passou a investir menos nos projetos econômicos e sociais. Junto a isso, cresceu o movimento a favor da proteção ambiental na região,

criando um conflito entre os projetos desenvolvimentistas e os de preservação (Vianna et al, 2007).

Vianna et al (2007) ressaltam que esses projetos não resolveram a questão da desigualdade e a exclusão social, com fraca presença do Estado, já que não conseguiram gerar transferência de renda para a população, muitas vezes aumentando a concentração fundiária e conseqüentemente os conflitos.

A questão das desigualdades regionais tem sido retomada a partir de uma nova agenda do Governo Federal. Em parceria com os estados da região amazônica, o governo divulgou o Plano Amazônia Sustentável (BRASIL, 2004) cujo objetivo é criar um modelo de desenvolvimento econômico e social, voltado para a geração de emprego e renda, combatendo as desigualdades sociais e respeitando o meio ambiente. Além disso, o Plano Plurianual 2004 / 2007 (BRASIL, 2004), cuja finalidade é estabelecer medidas, gastos e objetivos do Governo Federal ao longo de quatro anos, pretende formular políticas públicas que visem minimizar as desigualdades sociais e regionais, além de investir em infra-estrutura considerando a necessidade de projetos preocupados com a questão ambiental

A dinâmica territorial atual da região Norte é marcada pela persistência do ciclo pecuária-desflorestamento-madereira, além da mineração. A implantação de uma agricultura capitalizada, principalmente da soja, destinada à exportação, e a prática de uma pecuária moderna de corte são atividades que vêm ganhando espaço nos últimos anos. Junto a essas atividades econômicas surgem a grilagem de terras, a extração ilegal de madeira, os danos ao meio ambiente, como a queimada e o desmatamento, e o aumento dos conflitos sociais. Ademais, tal dinâmica, muitas vezes, tende a desapropriar populações, levando ao aumento das migrações intra-regionais e ampliação das áreas periféricas das cidades (Amaral et al, 2005).

A Amazônia Legal⁶ é uma região de múltiplas realidades que influenciam a saúde, tendo implicações diferentes para processos de regionalização. Segundo Vianna et al (2007), é preciso formular uma série de políticas regionais dentro da Amazônia possibilitando a articulação estratégica entre desenvolvimento, proteção social e saúde. A formulação de políticas de saúde pode ser trabalhada a partir de uma dinâmica territorial “*com ênfase nas diferenças e peculiaridades dos usos territoriais*” (Vianna et al, 2007, p13).

Vianna et al (2007), ainda, analisam a formulação e a implementação da política federal de saúde na Amazônia Legal nos últimos anos: “*dificuldades estruturais, institucionais e políticas têm prejudicado o desenvolvimento de uma política regional e integrada de saúde para a região da Amazônia Legal*” (p.13). Criticam o fato de o padrão de financiamento e organização nacionais adotar estratégias homogêneas ao invés de heterogêneas, considerando as diferenças regionais.

Os problemas apontados pelos autores são vários, entre eles destacam-se: alto crescimento demográfico; expansão de pequenos e médios municípios; “*pouco desenvolvimento institucional no processo de descentralização na área social*” (p. 13) (limitada autonomia e baixa qualidade da gestão); o impacto das mudanças no financiamento federal da saúde na região ainda é pequeno e a região tem dificuldade em fixar recursos humanos (médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde).

Os gastos das famílias com saúde no Brasil podem refletir tanto a sua capacidade de consumo como a política social dos governos no âmbito da saúde. O peso da saúde no orçamento das famílias ajuda a identificar possíveis falhas na política do Estado. Analisando os gastos públicos e privados com saúde, por exemplo, é possível

⁶ A Amazônia Legal corresponde à totalidade dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins e parte do estado do Maranhão. O termo foi criado nos anos 50 pelo Governo Federal pela Lei 1.806). A Região Norte faz parte da Amazônia Legal.

traçar um quadro das necessidades e contribuir para a formulação de políticas públicas mais eficazes.

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE) os dispêndios com saúde nas famílias têm-se tornado um item importante em relação aos outros grupos de despesas (habitação, alimentação, transporte, vestuário e outros). As tabelas da POF mostram que as despesas familiares variam de acordo com a região. Segundo a POF 2002/2003, no item assistência à saúde as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentam gastos (média mensal familiar) mais elevados do que o Norte e o Nordeste. Os dispêndios realizados na área urbana são superiores aos da área rural. Analisando os gastos por região, nota-se que as famílias da população urbana da região sudeste são as que mais gastam com saúde enquanto as famílias da área rural no Nordeste são as que menos gastam. Entre a população rural, essas diferenças são ainda maiores. Nesse caso, a região Sul apresenta dispêndios mais elevados do que o Sudeste, enquanto que o Norte e o Nordeste apresentam os menores gastos com saúde. Estima-se que a variável renda seja um fator importante para essa diferença, além do grau de desenvolvimento econômico da região e da variável oferta.

Estudos anteriores (Silveira et al, 2002) mostram que os gastos das famílias com saúde são mais elevados nas regiões do centro-sul do Brasil. O padrão dos gastos com saúde nas famílias, com o mesmo nível de renda, situadas em diferentes regiões e zonas (urbana e rural), apresenta diferenças significativas. Porém, é preciso considerar as particularidades da região, seu processo de formação, suas especificidades políticas, econômicas e regionais.

O trabalho discutiu o consumo⁷ de bens e serviços de saúde das famílias da região Norte, analisando suas especificidades de modo a contribuir para o

⁷ Entendido como aquisição de bens e serviços pelas famílias. O trabalho não pretende abordar a questão da teoria do consumo analisada pela Escola de Frankfurt, Pierre Bourdieu e outros (Mancebo, 2001).

desenvolvimento de políticas sociais e de saúde. Para isso, foram utilizados os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2003), da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD 2003 e 1998), da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS 1999, 2002 e 2005) e dos orçamentos públicos destinados à saúde (SIOPS).

O debate atual acerca da integração do Norte com o resto do país levanta questões referentes às consequências do desenvolvimento sócioeconômico da região. Uma das medidas do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) é concluir o asfaltamento de rodovias como a BR-364-AC, BR-319-AM e a BR 163. Com o asfaltamento da BR 163, que liga o estado do Mato-Grosso ao do Pará, por exemplo, é provável que o fluxo migratório aumente para a região, ocasionando um aumento na demanda por serviços de saúde. Espera-se, então, que a oferta privada de serviços de saúde aumente, ocasionando uma elevação nos gastos das famílias. As transformações em curso podem ocasionar mudanças no padrão de vida das famílias, inclusive nos hábitos de consumo.

Tomando por base as desigualdades econômicas e sociais entre as regiões do Brasil e as constantes tentativas de integrar economicamente as regiões menos desenvolvidas do País, essa pesquisa exploratória procurou identificar certas tendências, além de colaborar para a formulação de políticas públicas voltadas para essas regiões, em particular para a região Norte. E com isso, contribuir para a identificação de cenários na medida em que essas mudanças econômicas, políticas e sociais se concretizem.

O objetivo geral do trabalho é identificar as diferenças significativas no padrão de gastos com saúde das famílias na região Norte e de que modo elas são importantes para a formulação de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população.

Seus objetivos específicos são:

- Analisar os gastos totais das famílias com assistência à saúde e os seus subitens (planos de saúde, remédios, tratamento dentário, consultas medicas, cirurgias).
- Comparar o padrão de gastos com saúde com a morbidade percebida, a demanda e utilização de serviços de saúde.
- Comparar o padrão de gastos com saúde com a oferta de serviços de saúde através de alguns indicadores que permitem estabelecer um diagnóstico sucinto dos sistemas de saúde na região, de acordo com os níveis de complexidade.
- Comparar o padrão de gastos com saúde com os gastos públicos.

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA

2.1. Abordagem Teórica Metodológica

Os fatores políticos, econômicos, sociais e culturais influenciam o processo saúde-doença. Segundo Rosen (1979), a doença é um fenômeno social, não devendo ser analisada apenas a partir do ponto de vista biológico. O interesse pelo estudo das condições de vida das populações e suas conseqüências sobre a saúde aumenta quando a saúde passa a ser um problema político e econômico no interior de cada estrutura sócio-econômica (Braga, 1981). A questão da saúde ganha importância a partir do avanço do capitalismo e de seus conflitos, onde estudos relacionando os indicadores de saúde com os fatores socioeconômicos como renda e incidência de doenças e saneamento básico se tornam frequentes.

Nas últimas décadas, o campo da Economia da Saúde vem ganhando espaço no meio acadêmico, através de estudos sobre financiamento do setor saúde; avaliação do impacto do desenvolvimento econômico no nível de saúde de uma população; a distribuição geográfica dos recursos destinados à saúde; a análise do custo-efetividade de um novo medicamento ou da viabilidade econômico-financeira de uma nova tecnologia médica (Del Nero, 2002). O autor ainda define economia da saúde como sendo *“a aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços de saúde”* (p.19). Além de contribuir para a análise da distribuição adequada dos recursos existentes de modo a assegurar à sociedade o acesso a melhor assistência à saúde, levando em conta a escassez dos recursos.

Algumas correntes das Ciências Econômicas têm influenciado muitos estudos na área da saúde. Uma delas é a corrente neoclássica, que define a demanda como sendo a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dada a sua restrição orçamentária (Vasconcellos, 2002). Os determinantes da demanda seriam a estrutura de preferências do consumidor, a qualidade do produto, o preço do bem e dos concorrentes e a renda disponível do indivíduo. A alocação de recursos se dá de maneira ótima segundo a estrutura de preferências individuais. No entanto, o conceito de demanda não leva em consideração questões distributivas. Na teoria do consumidor, a distribuição de renda é dada; nesse sentido, o conceito de demanda é pouco equitativo (IUNES, 2002).

De acordo com a teoria neoclássica, o setor saúde apresenta algumas particularidades em relação aos demais setores da economia. Para Arrow (1963), o setor saúde apresenta essas singularidades que o diferenciam de outras áreas da economia. As características mais importantes são: a demanda por serviços é irregular e imprevisível; a demanda por atenção à saúde ocorre em uma circunstância anormal (a doença pode comprometer a racionalidade do consumidor); não apenas o consumo de serviços de saúde envolve algum risco para o paciente, como também o mercado não pode ser utilizado como um processo de aprendizagem; teoricamente o conselho médico está dissociado do interesse econômico; a propaganda e a competição são condenadas pela ética médica; a entrada de profissionais no mercado é limitada por diversos fatores (ex: especialização); o mercado de atenção médica é caracterizado pela discriminação de preços; e pela assimetria da informação, pois o paciente sabe menos do que o médico.

Essas características afetam tanto o lado da demanda quanto o da oferta. A existência de uma reconhecida diferença de conhecimento entre médicos e pacientes a favor dos primeiros abre possibilidade de haver induções de demanda. Um bom

exemplo é a alta prevalência de cesáreas no Brasil (Andreazzi, 2003). Fatores econômicos ou comodidade para o médico explicam boa parte da excessiva proporção dos atendimentos.

Ainda de acordo com Arrow, os seguros também são atrativos quando há incertezas e chances de grandes perdas econômicas. A sociedade buscou no seguro, público e privado, o instrumento para a minimização das incertezas e dos riscos. Como o seguro-saúde reduz o preço pago pelo consumidor, ele estará disposto a consumir serviços de saúde até que o benefício seja zero. Esta alteração no comportamento do consumidor trazida pela presença do seguro chama-se risco moral. Outra característica está relacionada ao fato de a demanda estar determinada por fatores não-monetários, como o tempo que a pessoa dispense ao consumir tais serviços. O componente tempo pode ser relativamente mais importante que o preço monetário.

No entanto, para alguns estudiosos, como Iunes (2002), as características do setor saúde limitam de maneira importante a validade de análises econômicas da demanda já que vários pressupostos são violados. O autor afirma que o conceito de demanda entra em conflito com o conceito de necessidade⁸ já que o primeiro estaria centrado sobre a liberdade e a autonomia de escolha do consumidor segundo sua própria estrutura de preferências, enquanto que o segundo seria uma definição exógena feita por um *expert*. O conceito de necessidade é definido como aquela quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita que deva ser consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente. A demanda é vista como o desejo de buscar atenção médica e não o consumo efetivo. Da mesma maneira que

⁸ Importante ressaltar que esta definição difere do conceito de necessidade adotado por Castellanos (1997). Segundo este autor, as necessidades em saúde são elaboradas por intermédio de análises e procedimentos objetivos enquanto os problemas de saúde demandam abordagens mais complexas, considerando a escolha de prioridades. Apesar de complexa, a necessidade pode ser medida.

podemos encontrar demanda sem necessidade, também é possível que haja utilização sem necessidade. Inclusive, a pessoa, mesmo percebendo um problema de saúde, pode não demandar serviço de saúde. O indivíduo pode não estar consciente do problema médico por falta de informação, por exemplo.

Mesmo nos casos de consumidores cobertos por seguro-saúde, onde o custo monetário pode ser zero, as diferenças nas estruturas de utilidade do paciente, da sociedade e dos médicos tendem a reduzir a possibilidade de que a quantidade demandada seja igual àquela considerada necessária.

O conceito de necessidade se baseia nas seguintes hipóteses: a existência de um padrão claramente definido do que seja “boa saúde”; conhecimento perfeito das condições de saúde da população e conhecimento perfeito da capacidade das intervenções médicas para melhorar as condições de saúde das pessoas. A aplicação do conceito de necessidade ao planejamento em saúde leva ao estabelecimento de normas a serem atingidas. Por exemplo, número de médicos por mil habitantes, número de leitos por mil habitantes, número de consultas por habitante/ano. O conceito de necessidade leva em consideração a possibilidade de que os recursos podem ser mais bem utilizados, do ponto de vista individual e social, de maneira alternativa. É um conceito igualitário e, por esse motivo, tem sido utilizado como parâmetro para a mensuração de (in)equidades.

Iunes (2002) acredita que o reconhecimento de que a demanda por serviços de saúde deriva de uma demanda por saúde é um passo rumo a uma maior aproximação entre os conceitos de demanda e necessidade e a um distanciamento de colocações que sustentavam o banimento da palavra necessidade das discussões de políticas públicas.

A partir de uma abordagem marxista, Cordeiro (1980) propõe um novo enfoque nas pesquisas sobre consumo de saúde considerando a produção e circulação de

bens materiais e simbólicos, utilizando, para isso, a análise do consumo de medicamentos e cuidados médicos. O autor chama atenção para o fato de as pesquisas sobre consumo de medicamentos partirem sempre de estudos empíricos centrados no consumidor. Esses estudos se baseiam na teoria econômica neoclássica e em seus pressupostos. O consumidor é visto como um ser racional com necessidades naturais que devem ser satisfeitas. O consumo excessivo de medicamentos, a auto-medicação e o não cumprimento da prática médica seriam alguns desvios de comportamento. Além disso, o sistema de saúde seria reduzido a variáveis como números de médico per capita, gastos públicos em saúde, formas de financiamento. Como consequência, essas investigações chegariam a conclusões abstratas da população, ou seja, “*à constituição de grupos que não mantêm correspondência com as práticas sociais concretas*” (p. 16).

Para o autor, as necessidades de saúde deveriam ser consideradas em sua dupla natureza: como necessidades naturais e sociais, sendo que “*as primeiras seriam sobredeterminadas pela segunda e estas determinadas pelas condições de prestação dos cuidados de saúde e pela produção de insumos materiais vinculados a tais prestações*” (Cordeiro, 1981, p.17). Ademais, o consumo de medicamentos possui uma especificidade que seria a articulação com a prática médica e as condições de prestação de serviços de saúde. Acredita ser essencial entender as dimensões simultaneamente econômicas, políticas e ideológicas das práticas de consumo. Questões como ideologia dominante do consumo, necessidades criadas, lutas sociais e contradições são discutidas em seu trabalho. O consumo não deveria ser visto apenas como uma necessidade natural do homem racional. Identifica também a diferença do consumo dos assalariados e o consumo de luxo capitalista. As formas de consumo são determinadas pela produção ao criar o modo de consumo. Em uma dada conjuntura, as necessidades estão

determinadas pelas relações de força entre as classes sociais e frações de classe que refletem as condições de reprodução da força de trabalho.

Cordeiro (1981) não nega as necessidades biológicas do homem, no entanto, acredita que algumas necessidades sociais dominam as necessidades naturais. Por exemplo, o consumo médico entre as mulheres é maior do que entre os homens. Segundo o autor, a explicação para tal acontecimento estaria relacionada ao processo de divisão do trabalho na unidade familiar. Além disso, a relação do homem com seu corpo é diferente da relação da mulher, ele percebe menos os sintomas de uma doença. O consumo dos assalariados é diferente do consumo de luxo do capitalista. Na assistência médica, por exemplo, há diferenças marcantes no acesso aos serviços de saúde que variam desde técnicas sofisticadas, quartos especiais a práticas mais simples voltadas para os simples assalariados. Os planos de saúde também são um bom exemplo dessa prática desigual.

De acordo com Zucchi et al (2000), os determinantes dos gastos com saúde (consumo em saúde) são formados a partir de três eixos: medicamentos, honorários de profissionais de saúde (médicos, dentistas e outros) e gastos com hospitalização e tratamento. Os fatores que influenciam na demanda por serviços de saúde seriam: a necessidade sentida por parte do indivíduo, os fatores psicossociais (gênero, idade, nível de instrução, localização geográfica, tamanho da família), a seguridade social, a demografia, a epidemiologia, a regulamentação e os fatores culturais. Já os fatores que agem na oferta de assistência à saúde seriam o progresso técnico - médico, a difusão da inovação e o aumento dos centros de assistência à saúde.

Segundo a teoria do consumidor, a demanda por um bem normal aumenta quando a renda sofre um acréscimo. No caso de um bem inferior (carne de segunda, por exemplo) a demanda diminui. Considerando as especificidades do setor saúde,

mencionadas anteriormente, e estudos precedentes, acredita-se que as famílias nas classes mais altas gastam mais com saúde. Por outro lado, as famílias com renda menor utilizam mais os serviços de saúde do SUS, incorrendo em menores gastos absolutos.

A abordagem teórico-metodológica do presente trabalho baseou-se nos fatores que agem sobre a demanda e a oferta de bens e serviços de saúde, de acordo com a síntese realizada por Zuchi et al (2000). Do lado da demanda, os principais determinantes do consumo das famílias escolhidos foram a renda, a cobertura por plano de saúde e a necessidade do indivíduo em demandar serviços de saúde (morbidade referida e percepção do estado de saúde). Os determinantes da oferta de bens e serviços de saúde, como o preço e os custos de produção (salário, matéria-prima, etc.) tiveram um tratamento baseado em fontes secundárias, dado que o trabalho não pôde analisá-los por questões de ordem operacional. Além disso, o trabalho incorporou a discussão de outros autores como Cordeiro que estabelecem relações mais amplas entre a oferta de bens e serviços privados de saúde e o desenvolvimento socioeconômico (e também político-ideológico) da região onde essas relações estão inseridas. Numa região mais industrializada, e com rendimentos mais elevados, é de se esperar um gasto privado com saúde mais elevado e uma oferta de bens e serviços maior. Como exemplo, citamos a região Sudeste onde os gastos privados com saúde são maiores.

Ademais, é importante analisar os gastos públicos com saúde no Brasil tendo em vista que a utilização de serviços públicos pode causar uma diminuição nos dispêndios das famílias com saúde.

2.2. Procedimentos Metodológicos

Os procedimentos metodológicos estão divididos da seguinte maneira: revisão bibliográfica, levantamento de dados, tabulação e análise descritiva dos dados e discussão dos resultados.

Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre as características da ocupação da região Norte, durante o século XX, além das consequências e alterações ao longo dos anos. A pesquisa teve como base autores nacionais clássicos da Geografia na contemporaneidade, como Milton Santos (1996) e Berta Becker (2001). Na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os descritores utilizados foram: região norte, atividades econômicas, amazônia legal e desenvolvimento regional, desigualdades regionais. Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre as características da ocupação da região Norte, durante o século XX, além das consequências e alterações ao longo dos anos. Além disso, para compreender o quadro socioeconômico da região, foram analisados indicadores socioeconômicos como o Produto Interno Bruto (PIB), Índice de Gini⁹ e número de habitantes da região. Em seguida, trabalhamos com a base de dados secundários (Pesquisa de Orçamento Familiar, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária), com a finalidade de compreender o padrão e determinantes dos gastos com saúde (renda, oferta de serviços de saúde e morbidade). Por último, buscamos informações sobre os gastos públicos nas regiões Norte e Sudeste, através do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde), tendo em vista que este pode ser substitutivo em relação aos gastos privados.

⁹ Indicador utilizado para o grau de distribuição de renda entre os indivíduos de uma economia.

Uma segunda revisão da literatura foi feita com respeito às características dos gastos privados das famílias com saúde. Novamente, foi realizada uma busca na base de dados da BVS, além de uma seleção dos artigos estudados durante as disciplinas do curso de pós-Graduação e de livros publicados pelo IPEA sobre o tema nos últimos anos (Gasto e Consumo das Famílias Brasileiras Contemporâneas (2006) e Economia da Saúde (1995). No portal Capes, foram pesquisadas teses e dissertações, além de periódicos nacionais e internacionais. No total foram selecionados 28 artigos. Os descritores utilizados foram: economia da saúde; famílias; consumo; gastos privados; Amazônia legal; região Norte; desigualdades regionais.

Posteriormente, realizou-se um levantamento de dados sociodemográficos, econômicos e relacionados à saúde. Os bancos de dados utilizados foram os do IBGE e IPEA, através do IPEADATA e da Pesquisa de Contas Regionais. Após a inserção dos dados no Excel, calculou-se a variação percentual do PIB nominal e real, entre o período de 2002 e 2005. O Índice de Gini já estava disponibilizado no site do IPEA. Apenas retiramos as informações referentes às regiões do Brasil.

No Brasil, são realizadas pesquisas com a finalidade de investigar as características, o perfil e a distribuição dos gastos das famílias brasileiras. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada pelo IBGE, é uma pesquisa detalhada sobre como as famílias adquirem e gastam os seus recursos, não só com saúde, mas com todas as classes de despesas (alimentação, transporte, vestuário, lazer, impostos). A POF permite dimensionar o peso do gasto com saúde em relação aos demais dispêndios familiares. A principal característica da POF é o elevado nível de detalhe na captação das despesas familiares. Além das despesas, a pesquisa também analisa a composição dos rendimentos domiciliares. Entre 1987 e 2003, foram realizadas três pesquisas de orçamento familiar. Enquanto as POFs de 1987/88 e 1995/96 se restringiram ao

universo de nove regiões metropolitanas, o Distrito Federal e a cidade de Goiânia, a POF de 2002/03 teve âmbito nacional, “*mantendo representatividade amostral para a área das duas pesquisas anteriores, para os meios urbanos de todas as unidades da federação e para o meio rural das cinco grandes regiões brasileiras*” (DINIZ et al, 2007, p.17). Além das despesas monetárias, foram incluídas as despesas não monetárias na POF 2003. Houve também uma diminuição da amostras das regiões metropolitanas. As pesquisas foram realizadas no período de um ano, a primeira delas feita entre março de 1987 e fevereiro de 1988; a segunda entre outubro de 1995 e setembro de 1996; e a última entre julho de 2002 e junho de 2003. Nas POFs anteriores, o gasto com saúde era dividido em sete itens: remédios; seguro saúde e associação de assistência; tratamento dentário; consulta médica; hospitalização; óculos e lentes; e outros gastos com saúde. Já na POF2002-2003, o item assistência à saúde apresenta dez subitens: remédios; plano e seguro saúde; consulta e tratamento dentário; consulta medica; tratamento ambulatorial; serviços de cirurgia; hospitalização; exames diversos; material de tratamento e outros gastos com saúde. A rubrica óculos/ lente, presente nas pesquisas anteriores, foi incorporada a material de tratamento.

Os dados de rendimentos da POF de 2002- 2003 referem-se aos 12 meses anteriores ao preenchimento do questionário, sendo as despesas “um parâmetro para a renda declarada” (DINIZ et al, 2007, p.26). A data de referência dos dados coletados em valores monetários na pesquisa é 15 de janeiro de 2003 para a POF de 2002-2003, sendo o valor do salário mínimo R\$200,00. A coleta das informações nos domicílios selecionados foi realizada durante nove dias.

A amostra da POF de 2002-2003 compreendeu ao todo 48.470 domicílios (48.568 unidades de consumo), onde residiam 182.333 pessoas, representando 0,1% do total de domicílios do país. Segundo Diniz (2007), o desenho amostral da pesquisa

possibilita a análise de “70 domínios geográficos”, ou seja, as populações totais e urbanas das unidades de federação, as áreas rurais das cinco grandes regiões, as nove regiões metropolitanas (Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Fortaleza e Belém), além da cidade de Goiânia e o Distrito Federal.

A unidade amostral da pesquisa é o domicílio. Importante ressaltar que a POF pesquisou somente os domicílios particulares permanentes (construído para servir à habitação). A unidade de consumo corresponde à família ou conjunto de moradores de um domicílio. As pessoas são aquelas que residem no domicílio, incluindo o morador ausente caso ele esteja fora do domicílio por período não superior a 12 meses.

Trabalhou-se com o item assistência à saúde (remédios; plano / seguro saúde; consulta e tratamento dentário; consulta médica; tratamento ambulatorial; serviços de cirurgia; hospitalização; exames diversos; material de tratamento e outros gastos com saúde) e com as seguintes variáveis: renda, faixa etária, classes de renda, população urbana e rural. Importante lembrar que a POF 2002-2003 teve abrangência nacional e que as despesas não-monetárias das famílias também foram coletadas. No entanto, na publicação, não foi encontrada nenhuma despesa não-monetária em relação ao item assistência à saúde.

Na seleção da amostra, a pesquisa trabalhou com a estratificação geográfica e estatística. A estratificação geográfica procurou espalhar geograficamente a amostra, garantindo a participação na amostra das diferentes partes do território brasileiro. Para a área urbana de cada estado, foram definidos os seguintes estratos geográficos: município da capital, região metropolitana sem o município da capital e restante da área urbana. Já nas áreas rurais, em função dos altos custos de coleta, principalmente devidos a grandes deslocamentos, a estratificação não foi definida em cada Unidade da

Federação. Foram definidos cinco estratos rurais, um para cada Grande Região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Tendo em vista as mudanças metodológicas da Pesquisa de Orçamento Familiar não foi possível comparar os gastos entre regiões de um período para o outro, portanto, trabalharemos apenas com a POF 2003. Os dados retirados da POF foram inseridos no Excel. Posteriormente, calculou-se o percentual dos gastos de cada subitem em relação aos gastos totais com saúde. O mesmo procedimento foi realizado nas tabelas por faixa de renda e por região.

Outra fonte a ser utilizada foi a Pesquisada Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD 1998 e 2003) que, através do Suplemento de Saúde, procurou obter *“informações sobre a morbidade percebida, o acesso a serviço de saúde, a cobertura por plano de saúde e a utilização dos serviços de saúde”* (p.17) no Brasil. Embora o período de referência na PNAD tenha uma data fixa, no suplemento de saúde esse período é relativo, ou seja, refere-se a um intervalo de tempo anterior à data de realização da entrevista.

A PNAD 98 teve uma amostra 344.975 indivíduos. Importante ressaltar que a população rural da região Norte foi excluída do processo. A data de referência da PNAD 1998 foi o dia 26 de setembro de 1998, sendo a semana de referência de 20 a 26 de setembro de 1998, e o mês de referência foi setembro de 1998. O conceito de domicílio adotado pela pesquisa foi *“o local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos* (p.30)”.*”*

Na PNAD 2003, foram pesquisados 133.255 domicílios e 384 834 pessoas. A amostra probabilística de domicílios também foi obtida em três estágios de seleção: unidades primárias – municípios; unidades secundárias – setores censitários; e unidades terciárias – unidades domiciliares (domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos). O desenho amostral da pesquisa foi feito de modo a possibilitar a

expansão dos seus resultados para Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e nove regiões metropolitanas (Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre). Conseqüentemente, a pesquisa não garante representatividade da amostra para níveis geográficos menores (município, distrito e setor) e demais regiões metropolitanas, além disso, ela não abrange a área rural do Norte, devido à baixa densidade populacional.

As tabelas da PNAD selecionadas foram as seguintes: morbidade, acesso e utilização de serviços, motivo principal da demanda por serviços de saúde e auto-avaliação do estado de saúde. A PNAD informa o número de pessoas que possuem algum tipo de doença crônica, separando por sexo e idade. Assim como o estado de auto-avaliação do indivíduo e o motivo de procura de determinado serviço de saúde. Para uma comparação relativa, calculou-se o percentual em cada resposta. As tabelas doença crônica, auto-avaliação do estado de saúde e motivo principal da demanda por serviços de saúde foram padronizadas, tomando como referência a região Sudeste.

Já a pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) é uma investigação, de abrangência nacional, realizada através de questionários, cuja finalidade coletar dados sobre a oferta de serviços de saúde públicos e privados no Brasil, além da oferta de recursos humanos e serviços de apoio à diagnose e terapia, e controle de zoonoses. Foram trabalhadas as pesquisas de 1999, 2002 e 2005. Os dados coletados eram referentes ao número de postos médicos por região, número de tomógrafos e número de leitos. Calculou-se a taxa por 1000 habitantes dos itens postos médicos (público e privado) e leitos hospitalares (público e privado). No caso dos tomógrafos, utilizou-se a taxa por 100.000 habitantes. Através do SIOPS, buscamos informações sobre os gastos públicos (atenção básica, média e alta complexidade) nas regiões Norte e Sudeste.

Para avaliar os valores do PIB real do Sudeste e do Norte, calculamos a média anual do índice - número de cada IPCA, utilizando 2002 como ano-base. O Índice de Preços ao Consumidor Ampliado (IPCA/IBGE) abrange as regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belo Horizonte, Recife, São Paulo, Belém, Fortaleza, Salvador e Curitiba, além do Distrito Federal e do município de Goiânia. Procura medir a variação nos preços de produtos e serviços consumidos pelas famílias com rendas entre 1 e 40 salários mínimos. O período de coleta de preços vai do primeiro ao último dia do mês corrente. Como não foi possível encontrar um índice regional, portanto, escolhemos o IPCA para estimar possíveis valores do PIB real.

CAPÍTULO 3. REGIÃO NORTE: TRANSFORMAÇÕES E CENÁRIO ATUAL.

3.1. Cenário

O Norte é a mais vasta região do País, com 3,9 milhões de km², com uma população de 12.919,9 milhões de pessoas (Censo 2000 / IBGE), o que equivale a 7,8% da população total residente no País. De acordo com o Censo 2007(Censo 2007/IBGE), a população recenseada e estimada da região Norte aumentou para 14.623.316 milhões. Embora a região Norte represente 60% do território brasileiro, trata-se de uma região esparsamente povoada (Moura e Moreira, 2001).

A ocupação na região teve início no século XVII, em caráter militar, com o objetivo de expulsar os invasores europeus e “*assegurar o monopólio do comércio das drogas do sertão*” (Carvalho et al, 1979, p.193). O povoamento ocorreu em torno dos rios através de uma agricultura de subsistência e de coleta de especiarias. No princípio do século XIX, com o começo da produção da borracha¹⁰, aumentou o fluxo migratório, principalmente do Nordeste, já que esta região passava por um processo de estagnação econômica (crise da cultura do algodão) e por uma seca prolongada. Durante o primeiro ciclo da borracha, a região enfrentou uma série de mudanças demográficas e econômicas. Foi o início do processo de urbanização em algumas cidades, principalmente Manaus e Belém. Com a queda da produção em 1913, essas cidades sofreram um processo de “inchaço urbano” já que o fluxo migratório aumenta ao mesmo tempo em que as áreas de extração de látex passam por um período de perda de população. Com o declínio da borracha (primeiro ciclo da borracha - 1879/1912), intensificou-se o fluxo migratório dentro da região Norte.

¹⁰ O primeiro ciclo da borracha ocorreu entre 1879 a 1912. Já o segundo ciclo da borracha se deu entre 1942 e 1945, durante a II Guerra Mundial.

Junto à crise da borracha, uma outra atividade extrativista (castanha-do-pará) começou a ganhar espaço na região, passando a fazer parte da pauta de exportação brasileira. Essa atividade apresentava algumas peculiaridades, tais como: dificuldade em fixar mão-de-obra já que possui caráter sazonal, a produção de castanhas oscila sendo imprevisível o número de empregados contratados, além do “*caráter de espoliação na comercialização do produto, através do sistema de aviamento*”¹¹ (Carvalho et al, 1979, p. 205).

Após a década de 30, teve início uma relação de complementariedade entre a castanha e o garimpo de diamantes e de cristal de rocha. A atividade do garimpo contribuiu para fixar a mão-de-obra ligada à castanha e, de outro, para a formação de alguns núcleos populacionais à beira dos rios Tocantins e Araguaia.

Nos anos 50, a construção da rodovia Belém-Brasília “*constitui uma marco político-econômico de uma fase desenvolvimentista do País*” (Carvalho et al, 1979, p 209), possibilitando a integração da região Norte com o sul do Brasil. Com isso, a atividade extrativista ganhou força, aumentando os lucros dos produtores. Ademais, o comércio regional também se beneficiou com a construção da estrada. Uma característica importante dessa rodovia foi a migração espontânea, diferente do que aconteceu com a construção da Transamazônica, caracterizada por uma migração dirigida. Segundo Hebette (1979), na colonização dirigida “*há interferência direta e orientação formal na fase inicial do processo*” (p.144). Já a colonização espontânea ocorre quando as decisões iniciais sobre o processo de colonização “*são deixadas ao critério dos indivíduos ou grupos colonizadores*” (p.144). O povoamento da região ocorreu a partir das rodovias e não mais pelos rios e o fluxo migratório se diversifica. Além dos nordestinos, a região passou a receber migrantes do Sul e Centro-Oeste.

¹¹ Sistema de adiantamento de mercadorias a crédito que consistia na manutenção da dependência do seringueiro ao padrão seringalista através do endividamento.

Importante ressaltar que com esses novos migrantes a atividade pecuária começou a ganhar espaço na região.

Durante as décadas de 60 e 70 houve um esforço por parte do regime militar, através de políticas públicas e investimentos, para povoar a região e integrá-la ao resto do País. Teve início um novo processo de ocupação econômico-demográfica através da Operação Amazônica, cujo objetivo era povoar e desenvolver economicamente a região Amazônica através de uma série de leis, medidas e políticas.

“Foi a partir da expansão de formas de acumulação e de investimentos públicos que se procedeu a ocupação das fronteiras amazônicas, numa expansão que privilegiou determinados espaços, alguns dos quais constituídos a partir de condições econômicas historicamente preexistentes, e outros nos quais tais condições foram praticamente criadas” (Moura e Moreira, 2001, p. 2- 3).

De acordo com Becker (2001), entre 1966 e 1985, ocorreu o planejamento regional efetivo da região, com o Estado à frente de um projeto geopolítico para modernizar a sociedade e o território nacional. Nesse projeto, a ocupação da região Amazônica foi vista como uma solução para os conflitos internos entre os pequenos produtores rurais do Nordeste e Sudeste, expulsos do campo devido à mecanização agrícola. Além disso, a ocupação militar na região Amazônica poderia evitar a entrada de forças estrangeiras, de cunho revolucionário.

A autora assinala as principais estratégias adotadas, nesse período, pelo regime militar:

- Implantação de redes de integração espacial, através da construção de rodovias (Transamazônica, Perimetral Norte, Cuiabá-Santarém, e Porto Velho-Manaus), da rede de telecomunicações comandada por satélites, da rede urbana, onde estariam localizadas as estatais e as empresas privadas, além da rede

hidroelétrica, “*que se implantou para fornecer energia, o insumo básico à nova fase industrial*” (Becker, p. 138, 2001);

- Superposição de Territórios Federais sobre os Estaduais. Através de decretos, o Estado passou a exercer jurisdição sobre uma boa parte do território, controlando a distribuição de terras, “*adquirindo grande poder de barganha*” (Becker, p. 138, 2001) e;
- Subsídios ao fluxo de capital, através da criação do Banco da Amazônia, além da indução dos fluxos migratórios, com o desenvolvimento de projetos de colonização, visando ao povoamento e à formação de um mercado de mão-de-obra local.

Através do INCRA¹², o governo procurou desenvolver uma política de colonização dirigida, assentando colonos ao longo das rodovias abertas, principalmente da Transamazônica (inaugurada em 1972), com a implantação dos Projetos Integrados de Colonização. Ao mesmo tempo, grandes empresas, intensivas em capital e extensivas em terra, migraram para a região através dos incentivos creditícios e fiscais, criando poucas oportunidades de emprego. Com isso, surgiram conflitos entre pequenos produtores e grandes empresários pela posse de terra.

Em síntese o processo de ocupação da região esteve fortemente associado à atividade extrativista. Porém, na década de 60, teve início um novo processo de ocupação econômico-demográfica na região, sendo que nos anos 70 o governo federal passou a ter uma atuação mais marcante na região. Com isso, o fluxo migratório

¹² De acordo com o INCRA, o grau de terras ociosas na região Norte chega a 65,8% do total, sendo que nestas a incidência de latifúndios é de 88,4%. Na região Nordeste 54,4% das terras estão ociosas sendo que nelas 85,9% são latifúndios. Na região Centro-Oeste a ociosidade das terras é de 42,6% e, destes 95,5% são latifúndios. Enquanto que o Sudeste e o Sul apresentam índices menores de ociosidade da terra (21,1% e 15,2% respectivamente). A presença de latifúndios nestas áreas chega a 84,0% no Sudeste e 74,1% na região Sul.

associou-se às novas atividades geradas pela exploração mineral, agropecuária e colonização dirigida (mediada pelo governo federal), e não apenas para a coleta de produtos naturais. As principais atividades econômicas desenvolvidas ao longo das estradas foram a exploração florestal, “*que abre espaço à agricultura da maioria das frentes pioneiras*” (Sayago et al, 2004, p.20), a pecuária bovina, a lavoura branca (arroz, milho e outros) e as culturas perenes (cacau, café, pimenta-do-reino). Além disso, em 1967, o governo militar cria a Zona Franca de Manaus que passa a funcionar como grande entreposto de mercadorias nacionais e estrangeiras, importando e comercializando produtos de outras regiões do Brasil e de outros países.

Segundo Théry (2004), durante os anos 80 e início da década de 90, devido à falta de uma política bem planejada na região, ocorreram diversos eixos de propagação demográfica (sul-norte, oeste-leste, leste-oeste), ocasionando uma ocupação desordenada. Atualmente, há uma retomada do movimento sul-norte, “*ao longo do eixo Araguaia-Tocantins, da BR-163 e dos eixos Manaus-Venezuela e Amapá-Guiana*”. (p.14)

Na década de 90, teve início a produção leiteira no contexto da agricultura familiar, além da cultura mecanizada (soja, milho e arroz) responsável pelo aumento do desmatamento. Apesar do crescimento desses novos ciclos econômicos, é importante ressaltar que algumas atividades tradicionais (extrativismo e o cultivo da mandioca, por exemplo) permanecem ou ressurgem (como é o caso do garimpo) com regularidade em determinados locais. De acordo com Sayago et al (2006), na última década do século XX, começam a surgir “*estruturas regionais mais complexas*”, onde as redes de transporte são integradas aos eixos fluviais e rodoviários, em “*sistemas multimodais*”. Isso vai possibilitar a expansão de atividades voltadas para o mercado em boa parte do território. Dentre as principais mudanças ocorridas na região, os autores destacam o

fluxo de empreendedores agroindustriais em direção à Amazônia devido ao baixo custo da mão-de-obra e da terra, a diminuição do êxodo rural na região, a necessidade de implementar políticas públicas nas cidades, o aumento dos empréstimos bancários, a crescente participação dos atores sociais nos assuntos relacionados a uma legislação ambiental e a um crescimento sustentável.

Ainda durante os anos 90, a migração para a região Norte foi muito mais intra-regional do que inter-regional¹³, apresentando uma taxa de crescimento da população rural menor se comparada a da população urbana (Moura e Moreira, 2001), diferentemente do que ocorrera nas décadas de 60, 70 e 80, quando a região apresentou uma taxa de crescimento populacional mais elevada do que a do Brasil.

Traçando cenários possíveis para a região Amazônica, Drummond e Nascimento (2004) acreditam que temas como investimentos em infra-estrutura (usinas e rodovias), integração da economia da região no contexto internacional, reestruturação da base produtiva brasileira, política macroeconômica, desenvolvimento sustentável, inovação e tráfico de drogas são fatores importantes no futuro da região.

De acordo com Souza e Santos (2006), os projetos desenvolvidos na área de infra-estrutura e produtividade não trouxeram os benefícios esperados para a população da região Norte. Como exemplo, os autores discutem a exploração dos recursos energéticos através da criação da usina de Tucuruí, na cidade de Belém, em 1973. O desenvolvimento do setor elétrico procurou atender muito mais as demandas das outras regiões do que as demandas internas, além de desconsiderar a questão ambiental. Apesar da cidade de Manaus ter apresentado o quarto maior PIB (produto interno bruto), em 2004, a concentração de renda na região ainda é muito alta.

¹³ Migração intra-regional ocorre entre os estados da região. Já a migração inter-regional é oriunda de estados de outras regiões do País.

Embora a região Norte tenha aumentado sua participação na produção industrial brasileira, durante as últimas décadas, e ter se beneficiado da desconcentração da atividade mineradora, centralizada em Minas Gerais (Diniz, 1995), há que se destacar que os investimentos na região devem atender à demanda interna e não somente a de outras regiões, de modo a garantir benefícios econômicos e sociais para a população do Norte.

3.2. Características Socioeconômicas da Região Norte

Em 2002, o Produto Interno Bruto (PIB) a preços correntes da região Norte era R\$ 69,31 bilhões e em 2005 passou para R\$ 106,52 bilhões. A variação percentual do PIB entre 2002 e 2005 foi maior que 53%. Já o PIB da região Sudeste ficou em R\$ 837 bilhões, em 2002, e R\$ 1,213 trilhões em 2005. A variação percentual do PIB nominal nesse período foi de 45%, ou seja, o crescimento do PIB foi maior no Norte do país. A fim de estimar possíveis valores do PIB real, utilizamos o IPCA¹⁴ dos anos de 2002, 2003, 2004 e 2005.

Tabela 1: PIB Real da Região Norte (1 000 000 R\$)

| Ano | PIB nominal | IPCA | PIB real | % |
|-------------|--------------------|-------------|-----------------|----------|
| 2002 | 69.310 | 488,5456 | 69.310 | |
| 2003 | 81.200 | 560,4308 | 70.784,66 | 2,13 |
| 2004 | 96.012 | 597,4081 | 78.516,24 | 10,92 |
| 2005 | 106.522 | 638,4511 | 81.511,10 | 3,81 |

Fonte: IBGE.
Tabela: elaboração própria.

¹⁴ Fonte: IBGE

Tabela 2: PIB Real da Região Sudeste (1000 000 R\$)

| <i>Ano</i> | <i>PIB nominal</i> | <i>IPCA</i> | <i>PIB real</i> | <i>%</i> |
|-------------|--------------------|-------------|-----------------|----------|
| 2002 | 837.646 | 488,546 | 837.646 | |
| 2003 | 947.748 | 560,431 | 826.182,49 | -1,44 |
| 2004 | 1.083.975 | 597,408 | 886.448,00 | 7,3 |
| 2005 | 1.213.791 | 638,451 | 928.798,23 | 4,8 |

Fonte: IBGE.

Tabela: elaboração própria.

O PIB real da região Norte aumentou durante o período analisado; no entanto, a variação percentual entre 2002 e 2005 foi de apenas 18%. Já o PIB do Sudeste sofreu uma variação percentual, entre 2002 e 2005, de 11%.

Já o Produto Interno Bruto per capita no Norte ficou em R\$5.050,00 em 2002, e R\$ 7.247,00 em 2005 (valores correntes), enquanto no Sudeste foi de R\$ 11.140,00, em 2002, e R\$15.468,00 em 2005 (IBGE, Contas Regionais do Brasil, p.42). Em ambas as regiões, o PIB per capita apresentou um pequeno aumento durante o período. O PIB per capita do Sudeste é mais do que o dobro do Norte.

A participação da região Norte no PIB foi crescente: 4,7 % em 2002, 4,8% em 2003, 4,9% em 2004 e 5,0% em 2005. Já a participação do Sudeste no PIB foi decrescente: 56,7% em 2002, 55,8% em 2003, 55,8% em 2004 e 56,5% em 2005.

Tabela 3: Percentual da população do Norte e Sudeste em relação ao Brasil

| | <i>2002</i> | <i>203</i> | <i>2004</i> | <i>2005</i> |
|----------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| Norte | 7,78% | 7,85% | 7,92% | 7,98% |
| Sudeste | 42,63% | 42,62% | 42,61% | 42,61% |

Fonte: IBGE.

Tabela: elaboração própria.

Pela Tabela 3, percebemos que a população da região Norte apresentou um pequeno crescimento entre 2002 e 2005 enquanto a do Sudeste manteve-se constante.

O coeficiente de Gini¹⁵ é um indicador utilizado para medir o grau de desigualdade da distribuição de renda em um país ou região. O índice varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, mais desigual é a distribuição de renda. A região com a distribuição mais desigual continua sendo o Nordeste. Todas as regiões apresentaram uma redução do Índice de Gini entre 2002 e 2005. Além disso, o aumento real do salário mínimo nesse período contribuiu para a redistribuição de renda no País, ocasionando uma redução da desigualdade nas regiões (Soares, 2006).

Tabela 4: Índice de Gini

| <i>Região</i> | <i>Renda – desigualdade – Índice de Gini</i> | | | |
|-----------------------|--|------|------|------|
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| Centro – Oeste | 0,59 | 0,58 | 0,57 | 0,58 |
| Norte | 0,56 | 0,54 | 0,54 | 0,53 |
| Nordeste | 0,59 | 0,58 | 0,58 | 0,57 |
| Sul | 0,53 | 0,53 | 0,52 | 0,52 |
| Sudeste | 0,56 | 0,56 | 0,54 | 0,54 |

Fonte: IPEA 2006
Tabela Elaboração Própria.

¹⁵ Desenvolvido pelo estatístico italiano Corrado Gini, em 1912, no documento “Variabilidade e Mutabilidade”.

CAPÍTULO 4. OS GASTOS COM SAÚDE DAS FAMÍLIAS: DESCRIÇÃO E CORRELAÇÕES.

4.1. Gastos Privados com Saúde

Conforme explicitado na Metodologia, trabalhamos com a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2003) para analisar os padrões dos gastos das famílias com saúde, apontando os itens de maior peso no orçamento das famílias e as diferenças entre as regiões Norte e Sudeste nos dispêndios com saúde. Em seguida, serão discutidos alguns dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD 1998 e 2003) referentes à morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde e cobertura de plano de saúde. Mostraremos alguns indicadores de oferta (postos de trabalho, equipamentos e leitos) retirados da Pesquisa Médico - Sanitária (AMS 1999, 2002 e 2005). Ambas as pesquisas permitem apontar elementos na análise do padrão de gastos das famílias da região Norte. Por último, vamos analisar os gastos federais com saúde¹⁶, referentes ao período estudado.

Utilizando os dados primários da POF 2002-2003, Menezes et al (2006) fizeram uma análise descritiva dos gastos com saúde das famílias brasileiras. O gasto médio mensal familiar com saúde no Brasil é de R\$ 95,14. Os maiores níveis de dispêndio médio mensal familiar com saúde estão no Distrito Federal, Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Foi realizada uma estimativa para saber como se comporta a demanda das famílias com relação a alterações de preço e da renda. A elasticidade-renda da saúde encontrada foi maior do que um, ou seja, pode ser considerado um bem

¹⁶ Os gastos federais com saúde estão disponíveis no site do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde.

de luxo¹⁷. Apenas o grupo alimentação é considerado necessário, pois sua elasticidade-renda é menor que a unidade. Outros itens, além de saúde, que também foram considerados bens de luxo foram o transporte e a educação. Calculando a elasticidade preço (corresponde ao efeito preço mais o efeito substituição; para que apenas o efeito substituição seja analisado), os grupos alimentação, habitação, saúde e educação são inelásticos, uma vez que apresentam elasticidades inferiores à unidade. Como esperado, as elasticidades-preço cruzada, em geral, mostram-se não significantes ou muito baixas. Para o grupo saúde, em particular, percebe-se que, pelo sinal das elasticidades, as relações entre saúde e vestuário e saúde e educação é de substituição, ou seja, uma elevação no preço do grupo saúde reduz os gastos com estes dois outros grupos.

Ainda segundo os dados da POF 2003, os gastos das famílias brasileiras com saúde correspondem a 6,49% do total das despesas, ficando atrás dos gastos com alimentação, habitação, vestuário, transporte e higiene e cuidados pessoais. Na região Norte, os gastos com saúde correspondem a 4,90% do total, enquanto no Sudeste 6,91%, um percentual mais próximo da média brasileira. Importante ressaltar que, no Brasil e no Sudeste, a saúde é o quarto item de maior dispêndio na renda das famílias, enquanto no Norte, os gastos com saúde ocupam o quinto lugar, ficando atrás dos gastos com habitação, alimentação, transporte e vestuário. Em relação aos gastos com assistência à saúde, o Norte apresenta o menor percentual do Brasil. O gasto médio mensal familiar com saúde é de R\$54,66 no Norte, quase a metade do Sudeste (R\$121,49).

¹⁷ Segundo a teoria do consumidor, bem de luxo é aquele cuja quantidade demandada aumenta em uma proporção ainda maior, dado um aumento na renda. Já a demanda por um bem normal aumenta na mesma proporção que o aumento da renda. Por outro lado, um bem inferior é aquele cuja quantidade demandada diminui quando a renda aumenta. No caso da saúde, como a elasticidade encontrada foi maior que 1, a variação na quantidade demandada foi maior do que a variação da renda.

Comparando os resultados da POF 95/96 com os da PNAD 98, Silveira, Osório e Piola (2006) discutiram as principais características dos gastos das famílias brasileiras com saúde. Como a POF 95/96 não possui cobertura nacional, os autores realizaram um exercício de nacionalização da POF para poder comparar com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). De acordo com a PNAD 98, o total dos gastos com saúde foi de R\$ 37.852,9 milhões enquanto que pela nacionalização da POF foi de R\$ 36.801,7 milhões. Entre os itens que compõem os gastos com assistência à saúde, os medicamentos são o de maior peso no gasto total. Logo após, estão os gastos com planos, seguros de saúde e clínicas. Os 30% mais ricos foram responsáveis por 73% dos gastos com saúde (PNAD) e 68% segundo a POF. Para os autores, o fato de as classes mais ricas apresentarem um gasto absoluto maior com saúde pode ser creditado à existência do Sistema Único de Saúde - SUS. Segundo a PNAD, 95% das consultas médicas e 93% das internações hospitalares de pessoas que pertenciam aos 20% mais pobres da população receberam cobertura do SUS. A população do Norte utiliza mais os serviços do SUS do que a do Sudeste (Ribeiro et al, 2006). Segundo os autores, isso ocorre, principalmente, devido às diferenças das características socioeconômicas e demográficas entre as regiões. Porém, é importante ressaltar que a menor oferta de serviços privados no Norte também é um fator que contribui para os gastos mais baixos com saúde.

Analisando os subitens das despesas com saúde (POF 2003), no Brasil, percebe-se que o gasto médio mensal com remédios equivale a 40,57% dos gastos com saúde (R\$38,6 por mês) enquanto que o gasto com planos de saúde corresponde a 28,21% (R\$26,84 por mês), seguidos por consulta e tratamento dentário (10,08% ou R\$9,59) consulta médica (5,36% ou R\$5,10), tratamento ambulatorial (1,10% ou R\$1,05), serviços de cirurgia (4,44% ou R\$4,22), hospitalização (1,10% ou R\$1,05),

exames diversos (3,03% ou R\$2,88) e material de tratamento (5,19% ou R\$4,94). Assim como na POF 96, os gastos com remédios possuem um peso maior nas despesas das famílias brasileiras com saúde, os seguros e planos de saúde vêm logo depois.

O peso relativo dos remédios para as famílias do Norte é maior do que a média brasileira e a região Sudeste, a despeito do valor médio absoluto ser mais elevado nesta Região. No Norte, o gasto médio mensal é de R\$27,58 o equivalente a 50,46%, do gasto familiar com saúde, já no Sudeste, eles representam 36,88% ou R\$ 44,81 por mês. Uma possível explicação para isso seria uma maior rigidez dos preços dos medicamentos do que a apresentada por outros subitens de consumo baseados essencialmente no fator trabalho (consulta médica, serviço odontológico, etc.) que costumam se adaptar a renda dos pacientes. O médico pode discriminar o preço da consulta de acordo com a capacidade de pagamento do paciente. Além disso, por se tratar de um bem essencial para a terapêutica de determinadas patologias, existiria ainda uma inelasticidade da demanda do medicamento em relação ao preço, agravada pelo fato de que este é considerado por gestores de saúde de determinados municípios amazônicos¹⁸ mais elevado do que no resto do país, tendo em vista as distâncias e os fatores ligados a dificuldade de transportes, que elevam seu custo. Seria importante analisar a política de distribuição farmacêutica do SUS, em especial, o impacto da implantação do programa Farmácia Popular¹⁹ (2004). Como a última POF foi realizada em 2002, não foi possível avaliá-lo nesse trabalho, julgando-se importante que estudos futuros trabalhem essa questão.

Os dispêndios com planos de saúde correspondem a 17,44% do gasto médio familiar, no Norte (R\$9,53 por mês) enquanto no Sudeste equivalem a 31,14% (R\$37,83 por mês). As possíveis causas para isso são a baixa oferta de planos de saúde

¹⁸ Ver Relatório BR 163 e Saúde: impactos e estratégias de ação. CNPq processo nº. 402867/2006.

¹⁹ A FIOCRUZ é a instituição executora do programa, criado em 2004 (Lei 10.858/2004), com o objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais.

no Norte e o menor poder aquisitivo da população. Além disso, a proporção da população que tem empregos formais (carteira de trabalho assinada) é maior no Sudeste (Pochmann, 2001), implicando em uma maior cobertura de planos coletivos. Alguns autores (Ocké et al, 2006) acreditam que famílias com seguro saúde podem ter um desembolso direto menor com saúde. De acordo com Zucchi et al (2000), a relação entre renda e consumo é mais positiva em famílias não cobertas por algum tipo de seguro social ou com grandes desembolsos diretos com saúde.

Já os dispêndios com consulta e tratamento dentário no Norte representam 4,85% do total ou R\$2,65 enquanto no Sudeste esse percentual sobe para 11,90% (R\$14,46). Os gastos com tratamento dentário no Norte são muito mais baixos do que no Sudeste. Uma provável explicação para isso é a baixa oferta de serviços odontológicos na região (AMS 1999, 2002 e 2005). Além disso, vários trabalhos (Pinheiro et al, 2006; Barros e Bertoldi, 2002) são enfáticos em afirmar que este serviço é considerado como bem de luxo, cuja demanda aumentaria de acordo com a renda da população.

No caso da consulta médica, a participação desse gasto na média mensal das famílias nortistas equivale a 8,31% R\$4,54 contra 4,66% no Sudeste ou R\$5,66. A maior cobertura dos planos de saúde no Sudeste (PNAD 2003, ANS) provocaria uma diminuição dos gastos com consulta médica através do desembolso direto. Ademais, apesar do valor absoluto ser mais elevado no Sudeste, seu peso no orçamento das famílias é maior no Norte. Ao contrário dos preços dos remédios, o preço da consulta pode ser um pouco menos rígido, podendo se adaptar melhor a renda dos mercados locais, variando de acordo com a disponibilidade do paciente em pagar. O padrão do gasto com exames é similar, pois está relacionado às consultas, se constituindo em

demanda derivada. Nos itens tratamento ambulatorial e serviços de cirurgia, o Sudeste apresenta um percentual mais elevado do gasto total que o Norte.

No caso da hospitalização, tanto o gasto médio absoluto quanto o relativo são maiores para as famílias da Região Norte. Aqui novamente a ausência de uma maior cobertura de planos privados de saúde pode significar uma maior taxa de internações privadas pagas por desembolso direto que, se acessíveis a uma parcela pequena da população, teriam um custo elevado que repercutiria sobre a renda média familiar.

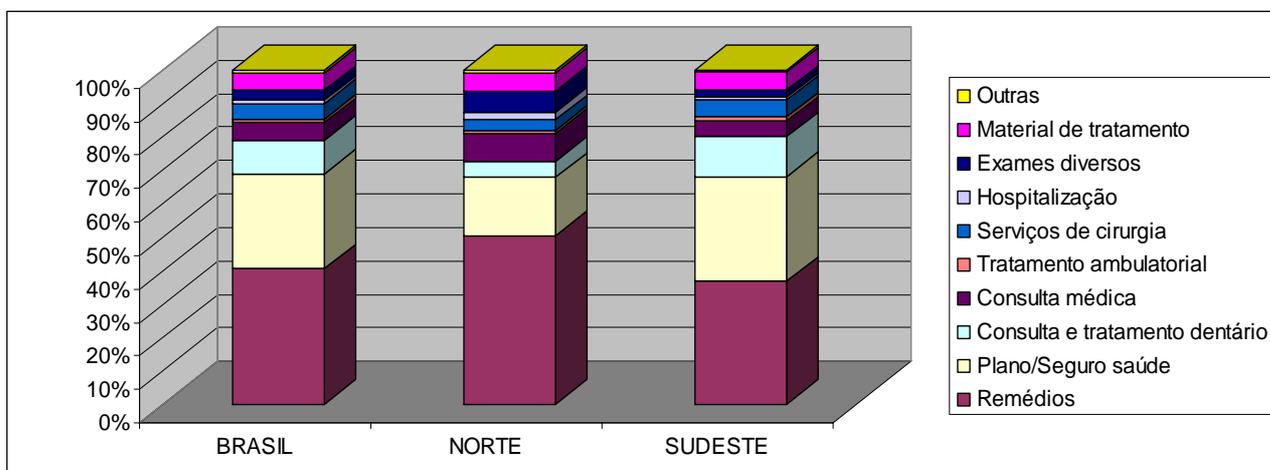
O peso do gasto com material de tratamento é similar em ambas as regiões: 5,32% no Norte e 5,34% no Sudeste, embora os valores sejam um pouco diferentes, R\$2,91 no Norte e R\$6,49 no Sudeste.

Tabela 5: Gastos das Famílias com Saúde. Brasil, Norte e Sudeste, 2003.

| Itens | Brasil | | Norte | | Sudeste | |
|--------------------------------|--------|--------|-------|--------|---------|--------|
| | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % |
| Assistência à Saúde | 95,14 | 100% | 54,66 | 100% | 121,49 | 100% |
| Remédios | 38,6 | 40,57% | 27,58 | 50,46% | 44,81 | 36,88% |
| Plano/Seguro Saúde | 26,84 | 28,21% | 9,53 | 17,44% | 37,83 | 31,14% |
| Consulta e Tratamento | 9,59 | 10,08% | 2,65 | 4,85% | 14,46 | 11,90% |
| Dentário | | | | | | |
| Consulta Médica | 5,10 | 5,36% | 4,54 | 8,31% | 5,66 | 4,66% |
| Tratamento Ambulatorial | 1,05 | 1,10% | 0,47 | 0,86% | 1,52 | 1,25% |
| Serviços de Cirurgia | 4,22 | 4,44% | 1,77 | 3,24% | 6,21 | 5,11% |
| Hospitalização | 1,05 | 1,10% | 1,19 | 2,18% | 0,99 | 0,81% |
| Exames Diversos | 2,88 | 3,03% | 3,50 | 6,40% | 2,67 | 2,20% |
| Material de Tratamento | 4,94 | 5,19% | 2,91 | 5,32% | 6,49 | 5,34% |
| Outros | 0,86 | 0,90% | 0,53 | 0,97% | 0,85 | 0,70% |

Fonte: POF 2003 / IBGE.
Tabela elaboração própria.

Gráfico 1: Gasto com Saúde: percentual dos itens de assistência à saúde. Brasil, Norte e Sudeste, 2003.



Fonte: POF 2003 / IBGE.
Gráfico: elaboração própria.

Na análise por faixa de renda, selecionamos três classes de rendimento, famílias com renda até R\$ 400,00, entre R\$ 1.200,00 e R\$ 1.600,00 e superior a R\$ 6.000,00. As três faixas de renda foram selecionadas com o objetivo de analisar o consumo das famílias situadas nos extratos de menor, médio e maior rendimento.

As famílias com rendimentos até R\$400,00 no Norte possuem um gasto absoluto e relativo com assistência à saúde menor do que no Sudeste: R\$17,44 (3,74%) contra R\$ 26,13 (5,36%). Ademais, a diferença dos gastos entre as regiões não é tão expressiva quanto a que ocorre na faixa de maior rendimento. Analisando os subitens, percebemos que, em alguns casos, o gasto relativo é maior na região Norte. Embora o Sudeste apresente gastos mais elevados com medicamentos, o peso no orçamento das famílias mais pobres é maior no Norte. Já com planos de saúde e consulta e tratamento dentário, além de apresentar um gasto absoluto menor, o peso no orçamento das famílias do Norte também é menor. O item consulta médica corresponde a 4,36% (ou R\$0,76) no Norte e 4,09% (ou R\$1,07) no Sudeste. Já o tratamento ambulatorial equivale a 2,52% (ou R\$0,44) no Norte, bem maior a 0,38% (ou R\$0,10) no Sudeste.

Percebe-se que a diferença nos gastos com saúde na população mais pobre, tanto no Norte como no Sudeste, é maior nos itens plano de saúde, serviços odontológicos, tratamento ambulatorial e exames diversos. Isso reforça a necessidade de pesquisar melhor os padrões de utilização da medicina alternativa e se a menor oferta de atenção privada à saúde na Região Norte está associada a uma menor medicalização dessa população.

Além disso, o peso maior dos gastos com exames e tratamento ambulatorial, no orçamento das famílias mais pobres, indica a necessidade de avaliação da oferta pública, especialmente da média complexidade.

O gasto com remédios tem um peso maior no orçamento das famílias mais pobres, além disso, o peso do gasto com tratamento dentário no orçamento, quando comparado com remédios e planos de saúde é muito baixo

Tabela 6: Despesa com Saúde, por renda e região. Norte e Sudeste, 2003.

| | <i>Norte</i> | | <i>Sudeste</i> | |
|---------------------------------------|----------------------|----------|----------------|----------|
| | Até R\$400,00 | | | |
| | R\$ | % | R\$ | % |
| Assistência à saúde | 17,45 | 100 | 26,12 | 100 |
| Remédios | 13,72 | 78,62 | 18,13 | 69,41 |
| Plano/Seguro saúde | 0,51 | 2,92 | 3,94 | 15,08 |
| Consulta e tratamento dentário | 0,48 | 2,75 | 1,1 | 4,21 |
| Consulta médica | 0,76 | 4,36 | 1,07 | 4,10 |
| Tratamento ambulatorial | 0,44 | 2,52 | 0,1 | 0,38 |
| Serviços de cirurgia | - | | 0,07 | 0,27 |
| Hospitalização | 0,02 | 0,11 | 0,13 | 0,50 |
| Exames diversos | 0,58 | 3,32% | 0,67 | 2,57% |
| Material de tratamento | 0,73 | 4,18% | 0,73 | 2,79% |
| Outras | 0,2 | 1,15% | 0,19 | 0,73% |

Fonte: POF 2003 / IBGE.
Tabela elaboração própria.

Quanto menor a renda, maior o peso no orçamento com gastos em saúde nas famílias tanto no Norte quanto no Sudeste. Andrade e Lisboa (2006), utilizando dados

da PNAD 98, analisaram os determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. O gasto total com saúde supera a renda familiar *per capita* para os grupos de renda mais baixa, indicando seu elevado grau de regressividade.

O gasto médio mensal das famílias com assistência à saúde, com rendimento entre R\$ 1.200,00 e R\$ 1.600,00, no Norte é de R\$ 68,65 (4,99 %) e no Sudeste, R\$ 75,24 (5,86 %). O gasto absoluto com remédios é um pouco maior nas famílias da região Norte, assim como o peso no orçamento das famílias, o que pode estar confirmando informação dos gestores de saúde quanto ao maior custo desse item, o que também pode estar ocorrendo no caso dos materiais de tratamento. Já nos itens planos de saúde e consulta e tratamento dentário, o Sudeste continua a apresentar maiores gastos relativos e absolutos. Nessa faixa de renda, a diferença entre as regiões, no que se refere ao gasto absoluto e relativo com consulta e tratamento dentário, é maior ainda. É provável que a maior oferta de serviços odontológicos, no Sudeste, colabore para essa diferença entre as regiões. O dispêndio com consulta médica, exames diversos e, inclusive, nesse caso, hospitalização continua sendo maior no Norte, assim como o peso no orçamento das famílias. Cabe também avaliar a insuficiência da oferta pública e o papel substitutivo dos planos de saúde quanto aos gastos diretos com saúde nessa faixa de rendimentos.

Tabela 7: Despesa com Saúde, por renda e região. Norte e Sudeste, 2003.

| | <i>Norte</i> | | <i>Sudeste</i> | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|----------|----------------|----------|
| | R\$ | % | R\$ | % |
| | Entre R\$1200,00 e R\$1600,00 | | | |
| Assistência à saúde | 68,65 | 100 | 75,24 | 100 |
| Remédios | 38,86 | 56,61 | 36,4 | 48,38 |
| Plano/Seguro saúde | 8,15 | 11,87 | 16,8 | 22,33 |
| Consulta e tratamento dentário | 2,34 | 3,41 | 8,3 | 11,03 |
| Consulta médica | 6,84 | 9,96 | 4,91 | 6,53 |
| Tratamento ambulatorial | 0,1 | 0,15 | 1,34 | 1,78 |
| Serviços de cirurgia | 0,81 | 1,18 | 1,23 | 1,63 |
| Hospitalização | 1,09 | 1,59 | 0,31 | 0,41 |
| Exames diversos | 4,28 | 6,23 | 2,4 | 3,19 |
| Material de tratamento | 5,67 | 8,26 | 2,78 | 3,69 |
| Outras | 0,52 | 0,76 | 0,76 | 1,01 |

Fonte: PPOF 2003 / IBGE.
Tabela elaboração própria.

O gasto médio mensal das famílias com assistência à saúde de rendimento superior à R\$ 6.000,00 é de R\$ 280,81 (5,95%) no Norte e de R\$ 538,39 (8,67%) no Sudeste. Nota-se que nessa faixa de renda a diferença nos gastos com saúde entre as regiões é maior. Uma hipótese seria um poder aquisitivo menor das famílias da região Norte. Ainda assim, o percentual com gastos com medicamentos é um pouco maior no Norte. Nessa faixa de renda, os gastos com planos de saúde, em ambas as regiões, superam os dispêndios com remédios. Além disso, o peso no orçamento dos gastos com plano de saúde é maior nas famílias do Norte. (embora o gasto absoluto seja maior no Sudeste) Em compensação, o dispêndio com consulta e tratamento dentário no Norte corresponde a 5,80 % (conforme dito anteriormente, a oferta de serviços do odontológicos no Norte é bem menor) enquanto no Sudeste a 12,91% . Interessante observar que mesmo nas classes mais elevadas, o gasto com dentista é mais baixo. Como se verá a frente, oferta de serviços de tratamento dentário na região, inclusive a privada Além disso, o fator cultural seria uma possível explicação para o baixo gasto

com tratamento dentário. Muitas famílias não possuem o hábito de ir ao dentista. As famílias do Norte, nessa faixa de renda, apresentam gastos ainda mais elevados com consulta médica. A explicação para isso talvez esteja no fato de a oferta de planos de saúde ser menor na região Norte. Além disso, o número de empregos formais na região Sudeste é maior do que no Norte, ampliando a cobertura do planos coletivos.

Tabela 8: Despesa com Saúde, por renda e região. Norte e Sudeste, 2003.

| | <i>Norte</i> | | <i>Sudeste</i> | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------|----------------|-------|
| | R\$ | % | R\$ | % |
| | Acima de R\$ 6000,00 | | | |
| Assistência à saúde | 280,81 | 100 | 538,39 | 100 |
| Remédios | 72,42 | 25,79 | 117,94 | 21,91 |
| Plano/Seguro saúde | 114,8 | 40,88 | 195,23 | 36,26 |
| Consulta e tratamento dentário | 16,28 | 5,80 | 69,52 | 12,91 |
| Consulta médica | 17,88 | 6,37 | 18,21 | 3,38 |
| Tratamento ambulatorial | 7,72 | 2,75 | 10,01 | 1,86 |
| Serviços de cirurgia | 14,66 | 5,22 | 76,04 | 14,12 |
| Hospitalização | 3,79 | 1,35 | 7,1 | 1,32 |
| Exames diversos | 15,94 | 5,68 | 7,14 | 1,33 |
| Material de tratamento | 14,83 | 5,28 | 34,48 | 6,40 |
| Outras | 2,51 | 0,89 | 2,72 | 0,51 |

Fonte: PPOF 2003 / IBGE.
Tabela elaboração própria.

Interessante ressaltar que até nas famílias com renda superior a R\$ 6.000, 00, o gasto médio mensal com tratamento dentário no Norte é baixo, assim como o peso no orçamento. Já no Sudeste, o peso no orçamento das famílias com renda entre R\$ 1.200,00 e R\$ 1.600,00 e acima de R\$ 6.000 é parecido.

De acordo com XU et al (2003) uma família incorre em gastos catastróficos quando ela tem que reduzir gastos básicos durante um período para cobrir seus gastos com saúde. Para os autores, a forte relação entre as famílias com gastos catastróficos com saúde e a porção de pagamentos diretos no total de despesas com saúde confirma a hipótese de que pré-pagamento e seguros podem proteger as famílias dos gastos

catastróficos em consequência das doenças. Além disso, as famílias mais pobres são mais suscetíveis em incorrer em gastos catastróficos.

Dado que a população do Norte possui um padrão de gastos mais baixo do que o Sudeste, é interessante analisar os padrões de necessidade e utilização dos serviços de saúde nessa região, comparando com o Sudeste. Talvez as famílias do Norte se sintam mais saudáveis do que as do Sudeste e, conseqüentemente, seus gastos com saúde sejam menores. Será analisada a morbidade referida e a auto-avaliação da população em relação a sua saúde como parâmetro dessas dimensões de análise.

Algumas tabelas da PNAD foram padronizadas, tomando como referência a população da região Sudeste. Em 1998, no que se refere à auto-avaliação de saúde, 70% da população do Norte consideravam sua saúde muito boa e boa, enquanto 24% consideravam-na regular e apenas 6%, ruim ou muito ruim. Já no Sudeste, 81% das pessoas avaliaram sua saúde como sendo muito boa ou boa, 16% consideraram-na regular e somente 3%, ruim ou muito ruim. Separando por sexo, verificamos que no Norte, 74% dos homens consideravam sua saúde muito boa ou boa, já o percentual das mulheres era um pouco menor, 66%. No Sudeste, a taxa foi um pouco mais alta. Enquanto 84% dos homens avaliavam sua saúde como boa ou muito boa, 79% das mulheres disseram o mesmo. Em ambas as regiões, os homens representavam um percentual maior das pessoas que consideram boa sua saúde. Pode existir, nesse caso, uma fator cultural que faz com os homens somente considerem-se com a saúde alterada num estágio mais agravado de sintomas (Pinheiro et a, 2002)

Em 2003, 72% da população da região Norte avaliaram seu estado de saúde como sendo muito bom ou bom, 23% acreditavam ser regular e apenas 5% ruim. Já no Sudeste, 81% das pessoas acreditavam que seu estado de saúde era muito bom ou bom, 16% regular e apenas 3% ruim ou muito ruim. Entre 1998 e 2003, no Sudeste, o

percentual de pessoas que avaliaram sua saúde como muito boa ou boa não se alterou, permanecendo em 81%. Separando por gênero, percebemos que 76% dos homens no Norte acreditam que seu estado de saúde é bom ou muito bom, no Sudeste o percentual sobe para 84%. Já em relação às mulheres, 69% dizem ser bom ou muito bom na região Norte enquanto no Sudeste esse percentual soe para 79%. Entre 1998 e 2003 as mudanças em ambas as Regiões não foram importantes permanecendo o Sudeste proporcionalmente com mais famílias que consideram a sua saúde como muito boa ou boa.. Esses dados não confirmam a hipótese de que as famílias do Norte gastam menos porque se sentem mais saudáveis.

Em 1998, 38% da população do Norte disseram possuir algum tipo de doença crônica enquanto no Sudeste a taxa foi de 32%. Em 2003, a taxa da região Norte caiu para 31% enquanto a do Sudeste se manteve inalterada. Dividindo por sexo, verificamos que, em 1998, na região Norte, 33% dos homens possuíam algum tipo de doença enquanto que no Sudeste esse percentual era de 28%. Já no Norte, 42% das mulheres possuíam algum tipo de doença enquanto que no Sudeste, esse percentual era de 36%. Em 1998, quanto à doença crônica, a população do Norte apresentou morbidade referida maior do que o Sudeste, de igual modo existente para ambos os sexos. Já em 2003, o percentual da população com algum tipo de doença crônica foi um pouco maior no Sudeste. Nesse mesmo ano, na região Norte, 26% dos homens possuíam algum tipo de doença enquanto que 36% das mulheres também. No Sudeste, 27% dos homens disseram possuir algum tipo de doença crônica enquanto o percentual de mulheres foi de 36%. Entre 1998 e 2003 essa morbidade referida quanto a doenças crônicas cai em ambas as regiões.

Em 1998, apenas 17,5% da população do Norte possuíam cobertura de plano de saúde. Já em 2003, essa taxa diminuiu para 15,24%. Em 1998, no Sudeste, 33,30%.

estavam cobertas com plano de saúde. Já em 2003, essa taxa caiu para 32,86%. Essa diminuição no número de pessoas cobertas por planos de saúde pode estar relacionada a redução do emprego formal no período (Pochman,2001), em função da redução dos planos coletivos. As condições do mercado de trabalho têm uma correlação positiva com a cobertura de plano de saúde. Os setores mais formais da economia tendem a apresentar uma proporção maior de pessoas cobertas por plano de saúde privado. Assim como na POF, as famílias com maiores rendimentos possuem maior cobertura de seguro.

Tabela 9: Percentual da população beneficiária de planos e seguros de saúde.

| <i>Regiões</i> | <i>Masculino</i> | | <i>Feminino</i> | | <i>Total</i> | |
|----------------|------------------|-------|-----------------|-------|--------------|-------|
| | 1998 | 2003 | 1998 | 2003 | 1998 | 2003 |
| Brasil | 23,1% | 23,1% | 25,7% | 25,9% | 24,5% | 24,6% |
| Norte | 15,5% | 13,8% | 18,4% | 15,8% | 17,0% | 14,8% |
| Sudeste | 31,8% | 31,2% | 34,7% | 34,4% | 33,3% | 32,9% |

Tabela: elaboração própria.

Fonte: Rede Interagencial de Informação para a saúde - RIPSa

Andrade e Maia (2007) concluíram que a renda per capita familiar é uma variável importante na determinação da demanda por planos de saúde, principalmente no caso do plano individual. Os planos de saúde individuais cobrem cerca de 8% da população. Entre os anos de 1998 e 2003, ocorreu um discreto aumento da participação desses planos no total da população com plano. No que se refere aos atributos de risco, os resultados sugerem que as mudanças introduzidas com a regulamentação dos seguros privados de saúde, após 1998, alteram as probabilidades de se ter plano de saúde individual, aumentando a chance relativa dos indivíduos mais velhos, sobretudo nas faixas etárias acima de 50 anos. Quanto maior o risco, maior a chance de se ter plano de saúde. Famílias com mulheres, crianças, idosos e pessoas com maior chance de

adoecerem demandam mais planos de saúde. Segundo dados da ANS²⁰, a quantidade de planos coletivos é bem maior do que os planos individuais, no Brasil. Além disso, os planos de saúde das famílias da região Norte, nessa faixa de renda, são em sua maioria individuais. As variáveis de oferta de planos evidenciam que ainda existe uma diferença grande na probabilidade de se adquirir plano de saúde entre os estados brasileiros. Essa diferença provavelmente reflete a oferta de planos de saúde. Além disso, indivíduos que residem em áreas urbanas possuem maior probabilidade de ter plano de saúde.

Na região Norte, em 1998, 51,10% das pessoas realizaram consultas médicas, sem especificação se públicas ou privadas, nos últimos doze meses. Já em 2003, essa taxa subiu para 61,16%. No Sudeste, o percentual de pessoas que realizaram alguma consulta foi de 57,72%, em 1998, e 66,29% em 2003.

Em 1998, na região Norte, 78,75% das pessoas já tinham utilizado serviços odontológicos, também sem informações quanto ao prestador, se público ou privado. Em 2003, esse percentual passou para 79,94%. Já na região Sudeste, o percentual de pessoas que consultaram serviços odontológicos é maior. A taxa de pessoas que fizeram uso do serviço foi de 86,31% em 1998 e 88,63% em 2003. Tendo em vista a baixa utilização dos serviços odontológicos, é urgente que políticas públicas voltadas para a saúde bucal sejam ampliadas, tendo em vista o baixo poder aquisitivo da população.

A taxa de internação hospitalar, em 1998, na região Norte foi de 7,39% passando para 7,81% em 2003. Já na região Sudeste, essa taxa foi de 6,32%, em 1998, e 6,39% em 2003.

Quanto à procura por serviços de saúde, na região Norte, em 1998, 7% das pessoas entrevistadas apontaram doença ou problema odontológico, enquanto 5%,

²⁰ Os dados atuais da ANS são compatíveis com essa hipótese, porém, os dados de 2003 não permitem que se chegue a uma conclusão, devido à quantidade de dados não informados. Fonte: Caderno de Informações em Saúde suplementar. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>>

vacinação ou outros atendimentos. Já em 2003, a procura por motivo de doença ou problema odontológico aumentou para 8% enquanto a vacinação caiu para 4%. Na região Sudeste, em 1998 6% das pessoas apontaram a doença ou problema odontológico como o principal motivo da procura. Em 2003, esse percentual aumentou para 9%. Já a procura por motivo de vacinação, em 1998, foi de 6%, caindo para 5% em 2003. A taxa de demanda por serviços de saúde na região Sudeste, em 1998 foi de 14% enquanto no Norte foi de 13%. Já em 2003, essa taxa aumentou para 16% no Sudeste e manteve-se estável na região Norte.

De acordo com os dados da Pesquisa Médica Sanitária, em 1999, o número de leitos hospitalares por 1000 habitantes na região Norte era de 2,24, sendo 1,02 (públicos) e 1,22 (privados), enquanto na região Sudeste o número de leitos era de 3,12, sendo 0,76 (públicos) e 2,26 (privados). Já em 2002, o número de leitos por 1000 habitantes foi de 1,01 (públicos) na região Norte e 1,04 (privados), enquanto no Sudeste era de 0,73 (públicos) e 2,02 (privados). Percebe-se, portanto, uma pequena queda na relação leitos por habitantes de 2002 em relação a 1999. Em 2005, a taxa de leitos públicos sofre um pequeno aumento na região Norte (1,07), e uma diminuição no Sudeste (0,68). Enquanto isso, a taxa de leitos privados por habitantes continua caindo passando para 0,78 no Norte e 1,76 na região Sudeste. A oferta de leitos privados é menor na região Norte do que na região Sudeste. A oferta total é mais baixa do que o preconizado pelo Ministério da saúde (Pt 1101/02). Interessante observar que o número de leitos privados por habitantes é superior em todas as Regiões, com exceção na região Norte em 2005 em função do aumento da oferta pública hospitalar nessa Região entre 1999 e 2005.

Já a relação de postos médicos por 1000 habitantes em 1999, foi de 0,63 (público) e 0,54 (privado) na região Norte e 1,51 (público) e 1,95 (privado) na região

Sudeste. Em 2002, foi de 0,75 (público), sofrendo um pequeno aumento, e 0,55 (privado) na região Norte; na região Sudeste foi de 1,50 (público) e 1,87 (privado), sofrendo, ao contrário, uma pequena redução. Percebe-se uma relação maior de postos médicos / habitantes no setor público na região Norte. Já na região Sudeste, essa relação é maior no setor privado. Em 2005, a taxa cai para 0,69 (públicos) e 0,51 (privados) no Norte e também no Sudeste: 1,42 (públicos) e 1,78 (privados) Entre 1999 e 2002, os postos médicos públicos aumentaram na região Norte, porém, em 2005 apresentaram uma pequena queda. Seria interessante analisar os fatores que contribuem para isso, como, por exemplo, a difícil fixação de médicos na área. Já os postos médicos privados aumentaram em 2002 e diminuíram em 2005, na região Norte, enquanto na região Sudeste diminuíram durante esses anos.

Analisando a relação de postos odontológicos por 1000 habitantes, percebemos que, na região Norte, em 1999, essa taxa era de 0,14 (público) e 0,03 (privado). Em 2002, a taxa dentista/hab, na esfera pública, aumentou para 0,17 e em 2005, passou para 0,21. Por outro lado, a taxa na esfera privada manteve-se constante em 2002 e 2005. Já no Sudeste, em 1999, essa taxa era de 0,25 (público) e 0,11 (privado). Em 2002, a relação de postos de trabalho/1000 habitantes manteve-se inalterada na esfera pública enquanto na privada, essa taxa caiu para 0,09. Já em 2005, ambas sofreram um pequeno aumento, passando para 0,27 e 0,12, respectivamente. Nas duas regiões, a oferta de postos de trabalho na esfera pública é maior do que na privada. Porém, a taxa por habitante é muito maior no Sudeste. Além disso, a taxa de postos odontológicos por 1000 habitantes cresceu de 1999 para 2005, em ambas as regiões.

Em 1999, o número de tomógrafos computadorizados existentes por 1.000.000 habitantes era de 0,7 (público) e 3,3 (privado) na região Norte e 1,4 (público) e 12,2 (privado) na região Sudeste. Nota-se uma grande diferença na taxa entre o

público e o privado. Em 2002, aumentou para 1,0 (público) e 3,4 (privado) na região Norte. Na região Sudeste, aumentou para 1,6 (público) e caiu para 10,8 (privado). Em 2005, na região Norte, a taxa de tomográficos nos hospitais públicos continua estável, enquanto no privado ela aumenta para 3,7. Na região Sudeste, a taxa aumenta para 1,8 (públicos) e 12,0 (privados). O preconizado pelo Ministério da Saúde é 10/1.000. 000 habitantes.

Com base nesses indicadores de oferta, percebe-se uma importante participação governamental quanto à oferta de serviços de saúde na região Norte. Porém, é preciso ampliar a oferta pública para reduzir desigualdades, considerando incentivos específicos para retenção de RH. Além disso, os recursos federais estão mais concentrados na atenção básica (conforme discutiremos adiante).

Em síntese, de acordo com a POF, o peso dos gastos com assistência à saúde no orçamento das famílias da região Norte é menor do que nas demais regiões. Nas famílias com faixa de renda até R\$ 400, 00, os dispêndios com remédios possuem um peso maior no orçamento, em ambas as regiões. As maiores diferenças entre as regiões Norte e Sudeste estão nos gastos com planos de saúde e serviços odontológicos (onde a região Sudeste possui um gasto relativo e absoluto mais elevado) e tratamento ambulatorial (o peso no orçamento é maior na região Norte).

Já na faixa de renda entre R\$1.200,00 e R\$ 1.600,00, os gastos relativos com remédios e consulta médica são mais elevados na região Norte, enquanto que plano de saúde, tratamento dentário e ambulatorial possuem um peso maior na região Sudeste.

Na faixa de renda acima de R\$ 6.000,00, as diferenças nos gastos com assistência à saúde entre as regiões aumentam. Os dispêndios com planos de saúde superam os medicamentos. Inclusive, a região Norte apresenta gastos relativos mais elevados do que o Sudeste nos itens remédios e consulta médica. Enquanto isso, a

região Sudeste gasta mais com seguro saúde, serviços odontológicos e tratamento ambulatorial.

Tanto pela POF como pela PNAD, é evidente a maior cobertura da população na região Sudeste por planos de saúde. Isso ocorre devido a uma maior oferta de operadoras na região, conforme mencionado anteriormente, e ao maior número de emprego formal na região Sudeste.

Interessante observar que mesmo nas classes de renda mais elevadas, os gastos com dentistas na região Norte é muito baixo. Analisando os dados da PNAD (1998 e 2003), chegamos à mesma conclusão. O percentual de pessoas que já utilizaram serviços odontológicos é maior na região Sudeste. Além disso, dados da Pesquisa Médico-Sanitária (1999, 2002 e 2005) comprovam que a oferta desses serviços é bem menor na região Norte.

Por outro lado, a auto-avaliação do estado de saúde da população demonstra que, de um modo geral, a população da região Sudeste se sente mais saudável do que a do Norte. O que não explica os gastos mais baixos com saúde na região Norte.

4.2. Recursos Federais do SUS

Em 2003, os gastos com saúde pública no Brasil foram equivalentes a 7,6% do PIB, enquanto o gasto per capita total em dólar foi de US\$ 212,00, o gasto per capita público foi de US\$ 96,00 ou 45,3%. Observa-se que entre 1998 e 2003, a participação dos gastos com saúde em relação ao PIB sofreu uma diminuição. Além disso, os gastos privados, em 2003, eram maiores do que os gastos públicos (Ugá e Santos, 2005).

Tabela 10: Gasto Federal com Saúde como Proporção do PIB (%)

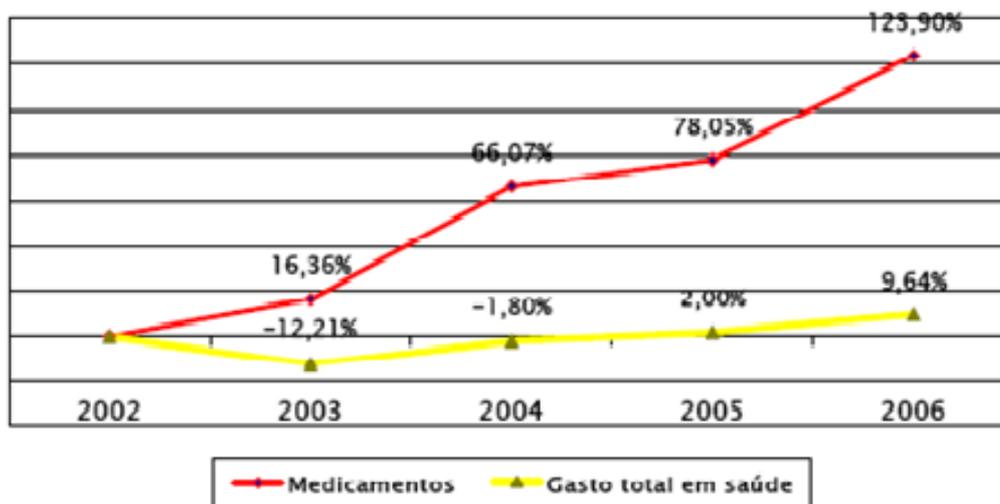
| Itens de Gasto | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total | 1,94 | 1,95 | 1,65 | 1,80 | 1,69 | 1,85 | 1,82 | 1,85 | 1,85 | 1,73 | 1,78 | 1,76 |
| Pessoal | 0,34 | 0,38 | 0,30 | 0,27 | 0,24 | 0,24 | 0,23 | 0,21 | 0,21 | 0,23 | 0,22 | 0,20 |
| Outras despesas correntes | 1,37 | 1,27 | 1,04 | 1,12 | 0,82 | 0,79 | 0,67 | 0,64 | 0,59 | 0,48 | 0,34 | 0,31 |
| Outros gastos diretos | 0,06 | 0,08 | 0,06 | 0,08 | 0,09 | 0,10 | 0,10 | 0,10 | 0,10 | 0,08 | 0,09 | 0,08 |
| Transferências a estados e DF | 0,12 | 0,12 | 0,07 | 0,09 | 0,10 | 0,13 | 0,20 | 0,23 | 0,26 | 0,29 | 0,41 | 0,45 |
| Transferências a municípios | 0,04 | 0,10 | 0,19 | 0,26 | 0,44 | 0,59 | 0,63 | 0,68 | 0,69 | 0,66 | 0,73 | 0,72 |

Fonte: DATASUS
Tabela: elaboração própria

A participação proporcional do total de gastos com saúde, no conjunto das finanças federais apresentou redução de 40% entre 1995 e 1999. De 1999 a 2002, ocorreu um aumento na proporção, não alcançando, porém, os valores de 1995. Em 2003, o indicador caiu novamente. Entre 2000 e 2004, os gastos diretos mantiveram-se estáveis e as transferências a estados e DF aumentaram. Já as transferências a municípios aumentaram até 2002, caíram em 2003, aumentando novamente em 2004 e caindo em 2005.

Entre 2002 a 2006, os gastos do Ministério da Saúde com ações voltadas ao financiamento da aquisição de medicamentos aumentaram em 123,9% (excluindo-se os gastos com o Programa Farmácia Popular e o financiamento da oferta de antineoplásicos).

Gráfico 2: Evolução real do gasto total em saúde e com medicamentos do Ministério da Saúde. Brasil, 2002-2006.



Fonte: Ministério da Saúde

Nesse mesmo período, o percentual gasto em medicamentos pelo Ministério da Saúde aumentou progressivamente, de forma que em 2002 correspondeu a 5,4% do gasto total em saúde e a 11% em 2006. Os municípios, porém, reduziram o percentual do orçamento gasto em medicamentos a partir de 2004, de acordo com os dados disponibilizados.

Analisando os repasses federais²¹ para as regiões Norte e Sudeste, nota-se um aumento na transferência de recursos em ambas as regiões, entre 1998 e 2003, com exceção da remuneração por serviços produzidos. Interessante observar o valor por habitante nas transferências de média e alta complexidade que é bem maior e crescente na região Sudeste. Em 1998, a proporção destas transferências em relação ao total era de 26,66% em 1998, passando para 53,64%, em 2003. Na região Norte, era de 13,99%, aumentando para 28,63%. Isso comprova o peso relativo da maior oferta de serviços de

²¹ Os valores referentes ao ano de 1998 foram corrigidos pelo IPCA e trazidos para o ano de 2003.

alta complexidade na região Sudeste, influenciando os repasses de recursos federais do SUS.

Já no caso do Piso de Atenção Básica nota-se uma semelhança entre os valores per capita das duas regiões. Em 1998, era de R\$ 12,86 na região Norte e R\$ 11,10 na região Sudeste. Em 2003, passou para R\$ 29,63 no Norte e R\$ 21,69 no Sudeste. A variação percentual foi maior na região Norte. Parece que, nesse caso, houve uma política dirigida a redução de desigualdades.

Tabela 11: Recursos Federais do SUS

Regiões Norte e Sudeste – R\$ de 2003 (ano base)

| | <i>1998</i> | | | |
|--|-------------|------------------------------|---------------|------------------------------|
| | Norte (R\$) | Gasto/ habitante (R\$) | Sudeste (R\$) | Gasto/ habitante (R\$) |
| Remuneração por serviços produzidos | 334.852.324 | 28,21 | 3.886.426.386 | 56,36 |
| Transferência - média e alta complexidade | 166.044.894 | 13,99 | 1.838.505.010 | 26,66 |
| Transferências - atenção básica | 152.632.431 | 12,86 | 765.802.747 | 11,10 |
| Piso de atenção básica - fixo | 121.056.095 | 10,20 | 700.164.423 | 10,15 |

Fonte: DATASUS

Tabela: elaboração própria

Tabela 12: Recursos Federais do SUS

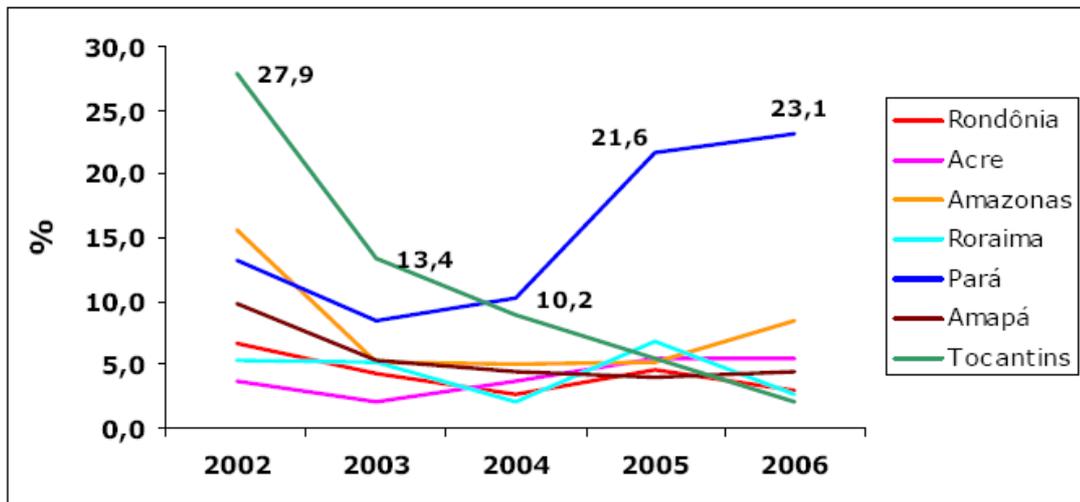
Regiões Norte e Sudeste (R\$)

| | <i>2003</i> | | | |
|--|-------------|------------------------------|---------------|------------------------------|
| | Norte (R\$) | Gasto/ habitante (R\$) | Sudeste (R\$) | Gasto/ habitante (R\$) |
| Remuneração por serviços produzidos | 269.390.800 | 19,54 | 1.598.372.759 | 21,20 |
| Transferência - média e alta complexidade | 394.624.627 | 28,63 | 4.044.625.410 | 53,64 |
| Transferência - atenção básica | 408.408.415 | 29,63 | 1.635.159.703 | 21,69 |
| Piso de Atenção Básica – ampliado | 1.109.278 | 0,08 | 16.459.081 | 0,22 |
| Piso de atenção básica - fixa | 140.568.681 | 10,20 | 805.094.013 | 10,68 |

Fonte: DATASUS

Tabela: elaboração própria

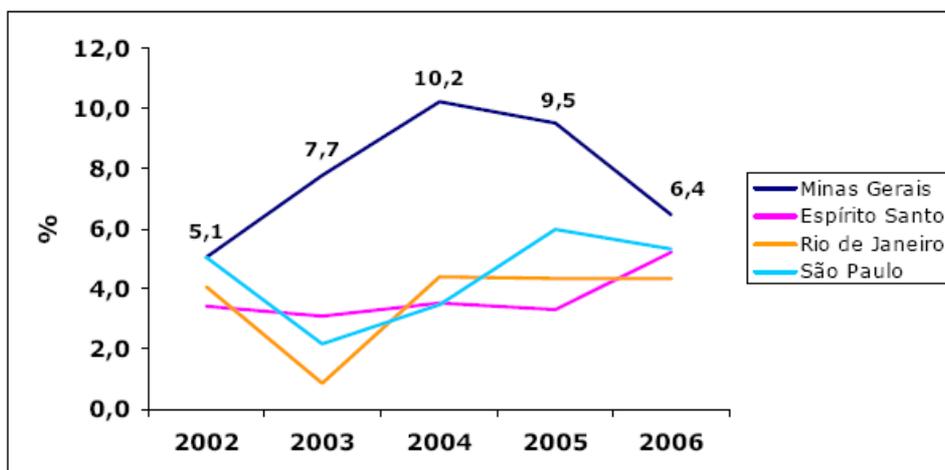
Gráfico 3: Participação do gasto com investimento na despesa total com saúde na região Norte



Fonte: Ministério da Saúde/ SIOPS

O gráfico acima mostra a participação do investimento na despesa total com saúde dos estados da região Norte. O gasto com investimento nessa região acompanhou a tendência nacional, ou seja, os investimentos apresentaram uma queda a partir de 2002, decrescendo substancialmente até o ano de 2006.

Gráfico 4 - Participação do gasto com investimento na despesa total em saúde da região Sudeste



Fonte: Ministério da Saúde / SIOPS

Já em relação ao Sudeste, observa-se um patamar de participação do investimento um pouco abaixo daquele verificado nas regiões Norte e Nordeste, em média, 5%.

Tabela 13: Participação das despesas com investimento na despesa municipal total em saúde, por região, 2000-2006.

| <i>Região</i> | <i>2002</i> | <i>2003</i> | <i>2004</i> | <i>2005</i> | <i>2006</i> | Média |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| Norte | 8,7 % | 4,8 % | 4,2 % | 4,0 % | 4,5 % | 5,2 % |
| Nordeste | 7,2 % | 4,1 % | 4,7 % | 4,2 % | 5,1 % | 5,0 % |
| Sudeste | 3,1 % | 2,9 % | 3,3 % | 3,0 % | 3,8 % | 3,2 % |
| Sul | 4,8 % | 3,5 % | 4,3 % | 3,8 % | 4,1 % | 4,1 % |
| Centro-Oeste | 6,3 % | 3,8 % | 4,6 % | 3,3 % | 3,6 % | 4,3 % |
| Brasil | 4,8 % | 3,4 % | 3,9 % | 3,5 % | 4,2 % | 3,9 % |

Fonte: Ministério da Saúde / SIOPS

Ao analisar as transferências governamentais nos anos de 1998 e 2003, na região Norte, percebemos que o gasto por habitante com atenção básica é similar ao gasto no Sudeste. Já em relação à transferência de média e alta complexidade, o gasto por habitante no Sudeste é quase o dobro do Norte.

Tendo em vista os gastos mais elevados com consulta médica no norte, seria importante mais investimentos em atenção ambulatorial por parte do governo. Além disso, os gastos com dentistas são baixos, o que indica a oferta baixa do serviço, na rede pública, na região Norte.

CONCLUSÃO

O estado atual do conhecimento sobre gastos com saúde no Brasil conclui que as famílias que vivem em estados mais ricos realizam um gasto mais elevado com saúde. Em todas as unidades da federação, os gastos com remédios e planos de saúde representam a principal parcela dos gastos com saúde, respondendo por cerca de 60% do total no Brasil e mais de 80% nas regiões Norte e Nordeste, sendo que as classes mais pobres gastam mais com remédios enquanto as mais ricas demandam mais planos de saúde. As despesas com saúde, quando existentes, possuem um peso muito maior nas famílias com rendas menores, revelando o seu caráter regressivo. Os 10% mais ricos nas regiões metropolitanas gastam quase o dobro dos 10% mais ricos nas regiões não metropolitanas, tanto em planos e seguros de saúde quanto em consulta e tratamento dentário. Concordando com Menezes et al (2006), a oferta de serviços de saúde (maior na região metropolitana) e o seu alto custo podem ser fatores relevantes para tal comportamento.

Embora a participação do PIB da região Norte tenha sido crescente entre 2002 e 2005, o produto ainda é pequeno se comparado com o da região Sudeste. Ademais, a renda das famílias da região é menor, o que implica em gastos absolutos menores, inclusive com saúde²². Sendo assim, é urgente aumentar o gasto público com saúde na região Norte. Apesar de os repasses federais, entre 1998 e 2003, terem aumentado, principalmente, na atenção básica, as transferências na área de alta e média complexidade ainda são baixas.

²² Embora o peso no orçamento seja maior nas famílias com renda mais baixa, os gastos absolutos são maiores nas famílias mais ricas.

Segundo estudo da Casa Civil²³, o padrão de fecundidade mais elevado da Região Norte resulta em um número maior de crianças aos cuidados das mães. Além disso, a região apresenta as taxas mais elevadas de prevalência de gravidez em mulheres com menos de 20 anos de idade: 29,1%. Esses dados confirmam a necessidade de aumentar os investimentos em políticas de saúde (prevenção, promoção, atenção básica e média e alta complexidade) na região.

Na região Sudeste, a saúde é o quarto item de maior dispêndio na renda das famílias, enquanto na região Norte, os gastos com saúde ocupam o quinto lugar, ficando atrás dos gastos com habitação, alimentação, transporte e vestuário. Em relação aos gastos com assistência à saúde, a região Norte apresenta o menor percentual do Brasil.

De acordo com a POF, os dispêndios com remédios possuem um peso maior nas famílias da região Norte. Isso ocorre devido a uma maior rigidez dos preços dos medicamentos do que a apresentada por outros subitens de consumo baseados essencialmente no fator trabalho (consulta médica e serviço odontológico), que costumam se adaptar a renda dos pacientes. O médico pode discriminar o preço da consulta de acordo com a capacidade de pagamento do paciente. O isolamento de comunidades localizadas na região Norte pode dificultar o acesso aos hospitais e a chegada de medicamentos, tornando o custo mais elevado.

A população coberta por planos de saúde é muito menor na região Norte. As possíveis causas para isso são a baixa oferta de planos de saúde na região e o menor poder aquisitivo da população. Ao compararmos a renda média das regiões metropolitanas e a capacidade de consumo dessa população, devemos considerar que não existe uma uniformidade no poder de compra e na própria renda nas regiões metropolitanas. O poder de compra de uma família do Rio de Janeiro provavelmente

²³ Plano da Amazônia Sustentável. Brasília, 2004.

será mais elevado do que o de uma família residente na região metropolitana do Pará. Além disso, a proporção da população que tem empregos formais (carteira de trabalho assinada) é maior na região Sudeste (Pochmann, 2001), implicando em uma maior cobertura de planos coletivos.

Os gastos com serviços odontológicos na região Norte são muito baixos, inclusive para os estratos de maior rendimento. A população que já utilizou esses serviços é muito menor do que a do Sudeste, ocorrendo ainda, uma baixa oferta de serviços odontológicos na região (AMS 1999, 2002 e 2005). Além disso, vários trabalhos (Pinheiro et al, 2006; Barros e Bertoldi, 2002) concluem que os serviços odontológicos são considerados bens de luxo, cuja demanda aumentaria de acordo com a renda da população.

Ainda de acordo com a POF, os gastos com consulta médica das famílias da região Norte possuem um peso importante no orçamento delas. Como existe um grande percentual sem cobertura de plano de saúde, muitas famílias acabam gastando mais através do desembolso direto.

A população desta região utiliza mais os serviços do SUS do que a do Sudeste (Ribeiro et al, 2006). Porém, é importante ressaltar que a menor oferta de serviços privados na região Norte também é um fator que contribui para os gastos mais baixos com saúde.

De acordo com a PNAD, a população da região Sudeste se sente mais saudável do que a da região Norte, o que não explica os baixos gastos com saúde dessa população. Além disso, em 1998, o percentual da população portadora de alguma doença crônica era maior no Norte. Já em 2003, esse percentual apresentou uma queda e o Sudeste manteve-se estável.

Não foi possível analisar os efeitos da política de distribuição de remédios a preços mais baratos (Farmácia Popular²⁴). Porém, trata-se de um estudo que merece aprofundamento, tendo em vista os altos dispêndios com esse item das famílias da região Norte.

Além disso, a oferta pública de serviços de saúde não é suficiente para atender a população. Sendo assim, é preciso ampliá-la através de investimentos em equipamentos, recursos humanos e na política de prevenção e promoção da saúde.

Os gastos das famílias com saúde na região Norte refletem a baixa capacidade de consumo destas, assim como a insuficiência da política social dos governos municipal, estadual e federal no âmbito da saúde. Embora os gastos absolutos sejam baixos, o peso no orçamento das famílias é alto, o que mostra possíveis falhas na condução da política por parte do Estado.

Conforme explicitado anteriormente, as principais atividades produtivas (agricultura mecanizada, pecuária intensiva e mineração) da região Norte têm gerado graves conflitos sociais e danos ao meio ambiente (desmatamento, queimada, desequilíbrio ecológico). O que reforça a necessidade de as autoridades locais estarem preparadas para as consequências do asfaltamento das rodovias e demais empreendimentos (aumento do fluxo migratório, prostituição, grilagem de terras, aumento no número de casos de DST e AIDS, etc). Considerando que essas atividades econômicas geram poucos empregos formais, sem ocasionar impactos significativos sobre o rendimento das famílias, é primordial pensar em investimentos produtivos com retornos sociais e econômicos (atendendo à demanda interna) para a região. Junto a isso, é importante formular políticas de saúde voltadas para a melhoria da oferta de bens e serviços de saúde. Ademais, o aumento do nível de emprego e do rendimento da

²⁴ Programa lançado em 2004. Os dados da POF são referentes ao ano de 2002 e 2003.

população pode aumentar o consumo de bens e serviços privados de saúde, elevando os gastos privados das famílias.

O debate atual acerca da integração da região Norte com o resto do país levanta questões referentes às consequências do desenvolvimento socioeconômico da região. Com o asfaltamento da BR 163, que liga o estado do Mato-Grosso ao do Pará, e outros empreendimentos contidos no planejamento do Governo Federal, é provável que o fluxo migratório aumente para a região, ocasionando um aumento na demanda por serviços de saúde. Espera-se, então, que a oferta privada de serviços de saúde aumente, ocasionando uma elevação nos gastos das famílias. As transformações em curso podem ocasionar mudanças no padrão de vida das famílias, inclusive nos hábitos de consumo, elevando os gastos das famílias, inclusive com bens e serviços de saúde.

Os governos locais têm que estar preparados para possíveis mudanças no cenário socioeconômico da região que irão refletir no acesso e utilização de serviços de saúde, provocando um aumento na demanda e, conseqüentemente, uma maior necessidade de investimentos públicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. N; FREITAS, R. E. Famílias com Idosos nas Áreas Urbana e Rural: análise do dispêndio a partir da pesquisa de orçamentos familiares de 2002-2003. In: SILVEIRA et al. (Org). **Gasto e Consumo das Famílias Brasileiras Contemporâneas**. Brasília: IPEA, Vol.2, 2007. p 251-258.

ANDREAZZI, M.F. Formas de Remuneração de Serviços de Saúde. **Texto para Discussão nº.1006**.Brasília:IPEA,2003.Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/2003/td_1006.pdf. Acesso em: 10 de out. 2007.

ARROW, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **American Economic Review**, v. 53, nº. 5, p. 941-973. 1963.

AMARAL, W. A N; FERRAZ, S; SMERALDI, R. Dinâmica da soja, o desmatamento na fronteira da Amazônia. **Revista Democracia Viva**. Rio de Janeiro: IBASE, nº. 27, p. 114 – 122; jun./jul. 2005.

ANDRADE, M V; MAIA, A C. Demanda por Planos de Saúde no Brasil. In: SILVEIRA et al. (Org). **Gasto e Consumo das Famílias Brasileiras Contemporâneas**. Brasília: IPEA, Vol.2, 2007. p 279-327.

ANDRADE, M. V; LISBOA, M. B; Determinantes dos Gastos Pessoais Privados com Saúde no Brasil. In: SILVEIRA et al. (Org). **Gasto e Consumo das Famílias Brasileiras Contemporâneas**. Brasília: IPEA, 2006. p. 83-105.

BARROS, A J D; BERTOLDI, A D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.7 nº. 4, p. 709 – 717. 2002.

BARROS, M. B. A et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 11, nº4, p. 911 – 926; 2006.

BECKER, B. K. Revisão das políticas de ocupação da Amazônia: é possível identificar modelos para projetar cenários? **Parcerias Estratégicas**: Brasília: nº 12, Setembro, p. 135-159. 2001

BRAGA, J.C.S. e PAULA, SG. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1981.

BRASIL. Plano Plurianual 2004 - 2007. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília 2003. (Relatório) Disponível em: [http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41_\(menspresanexo\).pdf](http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41_(menspresanexo).pdf)

BRASIL. Plano Amazônia Sustentável - PAS. Volume 1. Ministério da Integração Nacional; Ministério do Meio Ambiente. Diagnóstico e Estratégia. Brasília, Abril 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/casacivil/arquivospdf/pas.pdf> Acesso em 12 de jan. 2008.

CARVALHO, J.A.M.C; MOREIRA, M.M; Vale, M.C.F. Migrações Internas na Amazônia. In: COSTA, J.M. M da. (editor). **Amazônia: desenvolvimento e ocupação**. Série Monográfica. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1979. p. 193-243.

CASTELLANOS, P. L: Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B (Org.) **Saúde e Movimento: condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

CORDEIRO, H. **A Indústria de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

DINIZ, B. P. C et al. Gasto das Famílias com Saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: SILVEIRA et al. (Org). **Gasto e Consumo das Famílias Brasileiras Contemporâneas**. Brasília: IPEA, Vol.2, 2007. p. 143-166.

DINIZ, B. P. C et al. As Pesquisas de Orçamentos Familiares no Brasil. In: SILVEIRA et al. (Org). **Gasto e Consumo das Famílias Brasileiras Contemporâneas**. Brasília: IPEA, Vol.2, 2007. p. 17 – 74.

DINIZ, C.C. A Questão Regional e as Políticas Governamentais no Brasil. Universidade Federal de Minas Gerais. **Faculdade de Ciências Econômicas**. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Texto para Discussão nº 159. Belo Horizonte, 2001.

_____. A Dinâmica Regional Recente da Economia Brasileira e suas Perspectivas. **Texto para Discussão nº. 375**. Rio de Janeiro: IPEA, 1995.

HÉBETTE, J.; MARIM, R. E. A. Colonização espontânea, política agrária e grupos sociais. In: José Marcelino Monteiro da Costa. (Org.). **Amazônia, desenvolvimento e ocupação**. Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1979. p. 141 – 152.

IUNES, R.F, 1995. Demanda e Demanda em Saúde. In: PIOLA, S. F; VIANNA, S. M. (Org). **Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 2002. p. 99 – 123.

MANCEBO, D. et al. Consumo e Subjetividade: trajetórias teóricas. **Estudos de Psicologia**. Campinas: vol.7, nº 2, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a13v07n2.pdf>. Acesso em: 10/05/2007.

SILVEIRA, F.G. et al. Os Gastos das Famílias com Saúde. In: SILVEIRA et al. (Org). **Gasto e Consumo das Famílias Brasileiras Contemporâneas**. Brasília: IPEA, 2006. p. 107-124.

Instituto Nacional de Geografia e Estatística/IBGE. **Atenção Médica Sanitária 1999**. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 1999.

_____. **Atenção Médica Sanitária 2002**. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Atenção Médica Sanitária 2005**. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 1998.** Departamento de

Emprego e Rendimento. Rio de Janeiro, 2000.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2002-2003.** Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Pesquisa de Orçamento Familiar 2002-2003.** Coordenação de Índices de

Preços. Rio de Janeiro, 2004.

KILSZTAJN, S. et al. Serviços de Saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. *Revista Brasileira de Estudos de População*, vol.20, nº.1, p. 93-108, jan / 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 et al. (Org). **Gasto e Consumo das Famílias Brasileiras Contemporâneas.** Brasília: IPEA, 2006. p. 345-370.

MESQUITA, A. C. S. Comportamento da Despesa com Investimento no Gasto Público em Saúde Realizado por Estados e Municípios. Brasília: **Ministério da Saúde.** Núcleo Nacional de Economia da Saúde. 2008. (Relatório)

MOURA, H A; MOREIRA, M.M. A População da Região Norte: processos de ocupação e de urbanização recentes. **Parcerias Estratégicas.** Brasília, nº12, set. 2001.

NASCIMENTO, E. P; DRUMMOND, J. A. L. Cenários da Amazônia: o descortinar das incertezas no início do terceiro milênio. In: In: SAYAGO, D et al. (Org.). **Amazônia cenas e cenários.** Editora Brasília: Universidade de Brasília, 2004.

NERO CRD 2002. O que é economia da saúde? In PIOLA, S.F; Vianna S. M. **Economia da saúde:** conceitos e contribuições para a gestão de Saúde. Brasília: IPEA, 2002. p. 5 – 23.

PINHEIRO, R S et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 7, nº4, p. 687 - 707. 2002.

PINHEIRO, R. S; TORRES, T Z G, de. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.11 nº.4, out./dez.. 2006.

POCHMANN, M. **A Década dos Mitos**. São Paulo: Contexto, 2001.

RIBEIRO, M C S, A de et al. Perfil sócio-demográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: vol. 11, nº4, p. 1011-1022. 2006.

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SANTOS, M; SILVEIRA, M.L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2006.

SANTOS, R. Sistema de propriedade e relações de trabalho no meio rural paraense. In: DA COSTA, J. M. M. **Amazônia: desenvolvimento e ocupação, Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1979. p.103-140.**

SAYAGO, D. TOURRAND, J F; BURSZTYN, M. Um olhar sobre a Amazônia: das cenas aos cenários. In: In: SAYAGO, D et al. (Org.). **Amazônia cenas e cenários**. Editora Brasília: Universidade de Brasília, 2004.

SOARES, S.S.D, Distribuição de renda no Brasil de 1976 A 2004 com ênfase no período entre 2001 e 2004. Brasília, fevereiro de 2006. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/2006/td_1166.pdfhttp://www.ipea.gov.br/pub/td/2006/td_1166.pdf Acesso em: 19/02/2009.

SOUZA, R.C.R; SANTOS, E.C.S dos. Estado e desenvolvimento regional: a falta de compromisso com o setor elétrico na Amazônia. In: SHERER, E; OLIVEIRA, J.A. **Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural**. São Paulo: Garamond. 2006. p. 61-86.

THÉRY, H. Pesos e medidas da Amazônia. In: SAYAGO, D et al. (Org.). **Amazônia cenias e cenários**. Editora Brasília: Universidade de Brasília, 2004. p.9-15.

TOLEDO, G.L; OVALLE, I.I. **Estatística Básica**. São Paulo: Editora Atlas, 1978.

TUPINAMBÁ, P. E. S. Análise da Oferta dos Serviços do SUS por Macrorregiões ou Regionais de Saúde da Região Norte. Brasília: **Ministério da Saúde**. Núcleo Nacional de Economia da Saúde. 2008. (Relatório).

UGÁ, M. A. D; SANTOS, I. S. **Uma Análise da Equidade do Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro**. Projeto “Justiça no Financiamento do Setor Saúde”. ENSP / FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005. (Relatório de Pesquisa).

VIANA, A. L. d’Ávila et al. Sistema de Saúde Universal e Território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: vol. 2, nº 23, p.117-131. 2007.

VIEIRA, F.S; MENDES, A. C. R; Evolução dos Gastos do Ministério da Saúde com Medicamentos. Brasília: **Ministério da Saúde**. Núcleo Nacional de Economia da Saúde; 2007.

XU K et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. **The Lancet**. Reino Unido: vol. 362, July 12, 2003. Disponível em: www.thelancet.com

ZUCCHI, P. et al Gastos em Saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: vol. 9, nº12, p. 127 – 150. 2000

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)