

# O papel da política de saúde sobre as desigualdades nas regiões do Brasil

## *The role of health policy on inequalities in the regions of Brazil*

Marina do Amaral Schenkel<sup>1</sup>

### Resumo

Nesta pesquisa buscou-se analisar o papel da política de saúde ante as persistentes desigualdades em saúde, observando o atual debate sobre a mudança de padrão de investimentos em políticas públicas do país. Para tanto, as unidades de análise foram as regiões de saúde de todo o país, com dados secundários e metodologia com abordagem de natureza quantitativa. Como referencial teórico, utilizou-se a literatura sobre as origens e a situação da pobreza e desigualdade de renda no Brasil, como Medeiros (2005, 2012) e Pochmann (2015), bem como as teorias explicativas e definições conceituais das desigualdades em saúde a partir da dimensão socioeconômica de indivíduos e grupos, abordadas por Barata (2009), Buss e Pellegrini Filho (2007) e Whitehead (1990). Foram analisados estudos sobre a forma que o sistema de saúde pode incidir para potencializar ou reduzir essas desigualdades e o contexto e organização do sistema brasileiro. As análises apontaram a existência de significativas diferenças na distribuição da renda e da condição de saúde entre as regiões, bem como variações na oferta de serviços e no gasto do sistema de saúde. Ademais, demonstrou-se que a taxa de mortalidade infantil está correlacionada de forma elevada e negativa tanto com a renda mensal *per capita* dos habitantes quanto com o gasto investido no sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Políticas de saúde. Desigualdade em saúde. Desigualdade de renda. Regiões.

### Abstract

The following research aimed to analyze the role of health policy in face of persistent inequalities, observing the current debate about the change in the pattern of investments on public policies in Brazil. As units of analysis, we used the health regions (*regiões de saúde*) of the whole country, with secondary data and a quantitative approach methodology. As theoretical reference, we brought for the analysis the literature on the origins and the situation of poverty and income inequality in Brazil, such as Medeiros (2005, 2012) and Pochmann (2015), as well as the explanatory theories and conceptual definitions of health inequalities, addressed by Barata (2009), Buss and Pellegrini Filho (2007) and Whitehead (1990). We analyzed studies about how the health system can influence to maximize or reduce health inequalities and the context and organization of the Brazilian public health system. The study pointed out to the existence of significant differences in the distribution of income and health status among the regions, as well as variations in the distribution of health services and in the public spending of the health system on the territory. Lastly, we presented the negative correlation of infant mortality rate with income of the inhabitants of each region and with the health system investments.

**Keywords:** Health policies. Health inequality. Income inequality, Regions.

---

<sup>1</sup> Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: marina.827@hotmail.com

## **Introdução**

É consenso na literatura que a desigualdade na distribuição da renda no Brasil é muito elevada e persistente, segmentando a população entre muitos que vivem na pobreza e poucos usufruindo da maioria dos recursos (MEDEIROS, 2005). A condição material em que vivem os indivíduos e os grupos afeta a sua condição de saúde. Isso pode ser verificado em taxas de doenças e mortalidades que variam conforme o nível de renda. Nessa perspectiva, os estudos sobre desigualdades em saúde apontam que os mais pobres detêm uma pior saúde (SHAW; DORLING; SMITH, 2006; WHO, 2008). Ao mesmo tempo, a distribuição dos recursos e o acesso aos serviços do sistema de saúde também contribuem para a melhoria da condição de saúde da população ou para a potencialização das desigualdades em saúde (BARATA, 2009). O sistema de saúde brasileiro tem como princípio o acesso universal e igualitário aos serviços do sistema, e organiza a rede de atenção à saúde conformadas em regiões de saúde. Constata-se no Brasil que o nível de renda da população, os recursos do sistema de saúde e os indicadores que medem condição de saúde variam entre as regiões de saúde do país.

Este trabalho trata das relações entre os temas das variações regionais no sistema de saúde brasileiro, da desigualdade de renda e da desigualdade em saúde. Tem como objetivo analisar o papel da política de saúde frente às desigualdades em saúde, em consonância com o atual debate sobre a mudança de padrão de investimentos em políticas públicas do país. Para tanto, buscou-se revisar a literatura produzida nessas áreas, identificando como a desigualdade de renda produz desigualdades em saúde e quais os principais modelos explicativos e conceitos utilizados. Destaca-se como os autores do campo de estudo sobre desigualdades em saúde abordam a incidência do sistema de saúde sobre a condição de saúde de população e como o sistema brasileiro foi instituído e como está organizado. Foram realizadas algumas análises de estatística descritiva e de associações bivariadas, utilizando as regiões de saúde de todo o país como unidade de análise.

## **Desigualdade de renda e de saúde no Brasil**

Sabe-se que a desigualdade é determinada por circunstâncias e por complexas interações derivadas das relações de poder. É também resultado de escolhas políticas de cada sociedade ao longo da história. Não se constitui, assim, como um fato natural, mas como uma produção social que estabelece situações assimétricas de vantagens e desvantagens entre indivíduos e grupos

populacionais. Aqui, o sentido que será empregado se refere à desigualdade na distribuição das rendas, focando no modo como os rendimentos já se encontram distribuídos, ou repartidos, na sociedade (MEDEIROS, 2012).

No Brasil, é inegável que existe uma elevada desigualdade na distribuição de renda combinada com alto nível de pobreza, que estrutura a sociedade e é, historicamente, uma das suas características mais marcantes. Aponta-se que a população é segmentada entre uma grande massa relativamente homogênea em torno da pobreza e uma reduzida e muito rica elite (MEDEIROS, 2005). A parcela da população que se encontra no decil mais rico concentra 75% de toda a riqueza do país, ou seja, para 90% da população resta somente 25% da riqueza nacional. Isso indica uma desigualdade extremamente acentuada e coloca o Brasil em uma das piores situações do mundo em termos de concentração de renda. Em países com baixa desigualdade, como os escandinavos, registra-se que os 10% mais ricos recebem 20% da renda total (POCHMANN, 2015). Soma-se a isso, ainda, que analisando a dinâmica da renda (entre os anos de 1977 e 2001), constatou-se pouca mobilidade social ao longo do tempo e a renda da parcela mais rica cresceu mais do que a da mais pobre (GACITUÁ-MARIÓ; WOOLCOCK, 2005).

As políticas públicas visando desconcentração dos centros produtivos e descentralização dos gastos e investimentos públicos cresceram somente após a redemocratização nos anos 1980. Embora essas ações se mostrem fundamentais para evitar maior aprofundamento da desigualdade de renda, são insuficientes para alterar profundamente a estrutura secular de concentração na distribuição da renda e da riqueza no Brasil (POCHMANN, 2015). Apesar de recentemente ter se registrado no Brasil uma diminuição nos níveis de pobreza extrema e de desigualdade de renda, nota-se que esses ganhos não expressam uma mudança significativa na estrutura da distribuição da renda entre os indivíduos na sua sociedade.

A desigual repartição de poder e de renda entre indivíduos e grupos reflete em uma também desigual distribuição de saúde e de doença. O processo saúde-doença é determinado pelas condições estruturais e conjunturais que vivem os indivíduos, não sendo resultado apenas das suas preferências. As diferenças de níveis de condição de saúde encontradas entre os indivíduos ou grupos não são aleatoriamente distribuídas na população; as desigualdades em saúde refletem padrões de dinâmicas sociais e o grau de desigualdade existente em cada sociedade (BARATA, 2009; GIROLAMO; MARTINO, 2015).

Uma definição que vem sendo bastante utilizada para referir-se à desigualdade em saúde é a de Whitehead (1990). A autora enfatiza a dimensão moral e ética ao conceituar o termo

desigualdades em saúde como diferenças que além de desnecessárias e evitáveis são consideradas injustas, se alterando conforme país e época analisados (WHITEHEAD, 1990).

Existe uma diversidade de explicações dos mecanismos que causam as desigualdades em saúde. Os autores Buss e Pellegrini Filho (2007) distinguem quatro diferentes abordagens de estudos que buscam explicar como as desigualdades em saúde são ocasionadas por meio dos determinantes sociais da saúde. Esses determinantes, segundo os autores, são as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população que estão relacionados com sua situação de saúde. A primeira abordagem enfatiza “aspectos físico-materiais” do processo saúde-doença, a escassez de recursos dos indivíduos dada pela diferença de renda da sociedade e pela insuficiência de infraestrutura e serviços públicos adequados. A segunda abordagem foca nos fatores psicossociais, embasada em relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e condição de saúde. O terceiro enfoque, os “ecossociais” e os “multiníveis”, privilegia a integração entre visões individuais e grupais, bem como entre sociais e biológicas. Por fim, a quarta abordagem analisa a relação entre o nível de desigualdade e de coesão social da sociedade com o nível de condição de saúde de sua população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Analisando ao longo do tempo a distribuição da saúde e da doença, Berlinguer (1983) ilustra como algumas doenças sempre existiram e acompanharam a história da humanidade, mas foi através de uma série de relações e condições favoráveis que essas doenças se tornaram mais difundidas e problemáticas para diferentes populações em períodos específicos. Assim, para Berlinguer (1983), as doenças, entendidas aqui como forma de auferir condição de saúde, são diferentes segundo as épocas, as regiões e os estratos sociais. Ocorrem de acordo com as relações sociais e as aquisições científicas historicamente progressivas (BERLINGUER, 1983). No entanto, segundo o autor, os progressos das ciências não atingem todos os indivíduos e grupos de forma uniforme: “Podemos dizer que quem é pobre morre antes. Acontecia assim na sociedade escravagista, acontece assim em muitas sociedades hoje em dia” (BERLINGUER, 1983, p. 56).

Mais recentemente, pode-se observar que nos estudos produzidos sobre desigualdades em saúde, a pobreza é reconhecida fator determinante de uma pior condição de saúde. Segundo os autores Shaw, Dorling e Smith (2006), a pobreza e o processo de exclusão social na sociedade têm um impacto significativo na sua população, aqueles que estão numa pior situação socioeconômica têm piores resultados de saúde e taxas de mortalidades mais altas do que aqueles que estão em melhor situação. Essa pior condição de saúde pode ser exacerbada, ressaltam os autores, quando se trata de grupos que compõem minorias étnicas, que geralmente ocupam as posições socioeconômicas mais baixas e sofrem efeitos adicionais de preconceito e racismo. Os efeitos sobre

a saúde vão além da privação material; decorrem também de problemas sociais e psicológicos de se viver na pobreza relativa (SHAW; DORLING; SMITH, 2006).

Analisando especificamente alguns estudos sobre desigualdades em saúde que se baseiam no caso brasileiro, encontram-se semelhanças com relação aos estudos apresentados até aqui quanto à adoção dos indicadores que medem o nível socioeconômico e de saúde, às unidades de análises escolhidas e aos resultados encontrados.

Como indicador para medir nível socioeconômico, utiliza-se geralmente renda per capita (FISCHER et al., 2007; NORONHA; ANDRADE, 2001; DACHS, 2002; LIMA-COSTA; MATOS; CAMARANO, 2006; PAIM, 2000), além de PIB per capita (FISCHER et al., 2007) e de escolaridade (FISCHER et al., 2007; NORONHA; ANDRADE, 2001). Para mensurar a condição de saúde dos indivíduos ou dos grupos, predomina-se o uso da taxa de mortalidade infantil (CARVALHO et al. 2015; FISCHER et al., 2007; SILVA; PAIM; COSTA, 1999), encontrando também aqueles que utilizam medidas de autoavaliação (DACHS, 2002; LIMA-COSTA; MATOS; CAMARANO, 2006), medidas de morbidades (NORONHA; ANDRADE, 2001) e outras taxas de mortalidade (FRANCA, 2001; GUIMARÃES et al., 2001).

Alguns dos estudos analisados utilizam indivíduos como unidade de análise (CARVALHO et al. 2015; FRANCA, 2001) e nas análises que utilizam dados agregados, encontramos comparações entre regiões administrativas intramunicipais (GUIMARÃES et al., 2001; SILVA; PAIM; COSTA, 1999), municípios (FISCHER et al., 2007), estados (NORONHA; ANDRADE, 2001) e grandes regiões brasileiras (DACHS, 2002).

Os resultados encontrados em cada estudo variam quanto ao nível de desigualdade em saúde. No entanto, é consenso que existe uma elevada e persistente desigualdade em saúde associada ao nível socioeconômico de indivíduos ou de grupos. Fica evidente que no Brasil aqueles que estão mais abaixo na hierarquia social também apresentam uma pior condição de saúde. Os estudos indicam que no país a condição de baixa renda é um forte determinante da saúde e que existem diferenças geográficas consideráveis.

### **Sistema de Saúde: incidência sobre as desigualdades e o contexto brasileiro**

Os diferentes modelos e teorias explicativas das desigualdades em saúde permitem identificar pontos para intervenção de políticas no sentido de atenuar os diferenciais de determinantes sociais de saúde da condição original dos indivíduos e grupos, desde políticas de

âmbito econômico até políticas relacionadas à infraestrutura, educação, ambiente, serviços de saúde e demais serviços públicos (PELEGRINI FILHO, 2006; WHO, 2008). Nesta parte do trabalho serão abordadas especificamente as intervenções da política da saúde, buscando-se entender como os sistemas de serviços de saúde interagem com as desigualdades de saúde. Barata (2009) ressalta que há sistemas de saúde que procuram compensar os efeitos negativos que os indivíduos e grupos em desvantagem sofrem, enquanto outros potencializam as desigualdades já existentes.

Antigamente, era comum a concepção de que as desigualdades em saúde eram simplesmente decorrentes da falta de acesso a serviços de saúde adequados e que desapareceriam com o acesso universal ao atendimento. Atualmente, sabe-se que apesar da assistência médica ser importante para o tratamento e cura de algumas doenças, o aparecimento de problemas de saúde tem determinação de fatores sociais (COBURN; COBURN, 2014). Os sistemas de saúde são vistos como um dos determinantes das desigualdades em saúde.

Considerando que os indivíduos e grupos acessam o sistema de saúde de forma desigual, é importante a discussão sobre a equidade dos sistemas de saúde. Na concepção de Whitehead (1990), a equidade deve ter o foco na criação de iguais oportunidades para se alcançar uma boa saúde e diminuir o máximo possível os diferenciais em saúde. A equidade no sistema de saúde significa, então, a igualdade dos serviços disponíveis para todos indivíduos e grupos, uma distribuição justa dos recursos em todo o país com base nas necessidades de saúde e a facilidade de acesso em todas as divisões geográficas, bem como a remoção de outras barreiras ao acesso (WHITEHEAD, 1990).

Ao analisarmos algumas produções brasileiras baseadas em evidências empíricas sobre as desigualdades no uso do sistema de saúde do país, podemos realizar uma distinção<sup>2</sup> entre as abordagens encontradas. Uma primeira abordagem remete à análise da forma do acesso de indivíduos ou grupos aos serviços do sistema de saúde, isto é, quais determinantes influenciam para que alguns tenham mais acesso ao atendimento do que outros (como fator de renda ou geográfico). Seria o “lado da demanda” por parte dos indivíduos ou grupos. Outra perspectiva privilegia a dimensão do próprio sistema, os aspectos relativos à prestação dos serviços e organização do sistema, como a forma do gasto dos recursos financeiros. Nesse tipo, que pode ser considerado o “lado da oferta”, analisa-se como o sistema de saúde distribui seus recursos físicos, humanos e financeiros entre a população e o espaço geográfico.

Na abordagem que visa medir a desigualdade no uso de serviços quanto ao lado do acesso dos indivíduos ou grupos ao sistema, destaca-se o estudo de Travassos et al. (2000). Comparando as

---

<sup>2</sup> Esta distinção entre as abordagens de desigualdades no uso do sistema de saúde é semelhante à utilizada pelos autores Thiede, Aweongo, Mcintyre (2014).

regiões Nordeste e Sudeste, o estudo aborda a dimensão geográfica e social através de taxas padronizadas de utilização de serviços. Como resultado principal, encontrou-se uma pequena redução nos níveis de desigualdade no uso do sistema no período, embora os autores evidenciem uma multiplicidade de fatores que interfere no padrão de consumo que resulta num quadro cumulativo de desigualdades no acesso ao sistema de saúde. Mais especificamente, a chance de um indivíduo utilizar algum estabelecimento de saúde no Brasil está associada tanto a sua renda quanto à cobertura por plano privado de saúde em ambas regiões pesquisadas e controlando por sexo e idade (TRAVASSOS et al., 2000).

No mesmo tipo de abordagem, Porto et al. (2014) destacam que os indivíduos com renda mais elevada, que vivem em áreas urbanas e são cobertos por planos de saúde privados são os que mais utilizam os serviços de saúde. Analisando quanto ao “lado da oferta” do sistema, apontam que é necessária uma alocação de recursos públicos mais equitativa considerando a dimensão geográfica, enfatizando investimento de capital em áreas com vazios assistenciais, uma vez que o sistema brasileiro se estruturou pelo reembolso aos prestadores de serviços de acordo com oferta de serviços já existentes que estavam concentrados em áreas geográficas mais ricas e saudáveis, acentuando a distribuição desigual. O sistema de financiamento do sistema deveria também considerar as diferenças epidemiológicas para distribuir os recursos nos serviços, gerando maior equidade. Apesar das substantivas desigualdades encontradas, houve uma redução entre 1998 e 2003 (PORTO et al., 2014).

É importante entender quais são as dinâmicas e alguns aspectos do sistema de saúde brasileiro, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo se reconhecendo a influência de outras políticas de cunho econômico, social e ambiental nas desigualdades em saúde, será abordada especificamente a política setorial de saúde. Ressalva-se que no Brasil a combinação público-privada no sistema de saúde é constituída de três subsetores, segundo Paim e Travassos (2011): o subsetor público (financiado pelo Estado), o subsetor privado (financiado de diversas maneiras, seja por desembolso direto, seja pelo próprio SUS) e o subsetor da saúde complementar (diferentes tipos de planos privados e subsídios fiscais).

A instituição legal do SUS se deu na Constituição Federal de 1988, quando pela primeira vez o Brasil passou a reconhecer a saúde como direito social e formalmente criou um sistema público universal, resultante de diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária (PAIM, 2009). A Carta Magna estabeleceu o acesso universal e igualitário, entendido como a possibilidade de todos os brasileiros poderem usufruir dos serviços de saúde sem qualquer barreira, discriminação ou preconceito. Ressalta-se que nos principais marcos legais que instituíram

o SUS o termo utilizado é igualdade, não equidade. Além da mudança substancial da saúde enquanto direito universal para todos e dever do Estado, aponta-se as mudanças no modelo de saúde adotado. No Brasil, o direito à saúde vai além da assistência médica curativa e visa à prevenção de doenças, controle de riscos e promoção da saúde (PAIM, 2009).

Quanto ao financiamento do SUS, aponta-se que foi um aspecto negligenciado desde sua criação, na medida em que não foi estabelecida na Constituição uma vinculação entre um tipo de contribuição e as ações de algum ramo da Seguridade (MARQUES; MENDES, 2012). A garantia dos recursos necessários para assegurar os princípios do SUS tem sido um dos maiores desafios. Segundo Marques e Mendes (2012), têm sido uma tensão permanente entre o princípio da construção da universalidade do acesso e da contenção de gastos públicos, que até o momento não conseguiu definir as fontes adequadas para seu financiamento.

Analisando a alocação dos gastos federais entre os estados, UGÁ et al. (2003) destaca, por exemplo, que os dispêndios com atenção ambulatorial de média e alta complexidade, bem como da rede própria do Ministério da Saúde, favoreceram as grandes regiões mais desenvolvidas do Sudeste, Sul e Centro-Oeste, condicionados pela distribuição espacial da oferta. No período analisado, apenas a expansão de algumas ações, especialmente de atenção básica, favoreceu as regiões e os segmentos populacionais com maiores necessidades de saúde (UGÁ et al., 2003).

Em termos de organização dos serviços, o princípio da integralidade da assistência é entendido como um conjunto articulado e contínuo dos serviços preventivos e curativos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Nesse sentido, a legislação vigente assegura que todas as necessidades de cada pessoa devem ser atendidas pelos serviços do sistema. Caso o município não possa atender a um caso, deve estabelecer pactos com outros municípios, com o estado ou até mesmo com o gestor nacional para garantir a integralidade da assistência. É preconizado que esse conjunto de serviços seja organizado e interligado em forma de uma rede regionalizada e hierarquizada. Grosso modo, os serviços mais básicos devem estar mais disseminados e descentralizados, enquanto os mais especializados mais concentrados e centralizados, de modo que não fiquem dispostos de forma isolada (PAIM, 2009).

Apesar da necessidade legal de organizar as redes de serviços de forma regionalizada e hierarquizada desde a instituição do SUS, a literatura aponta que na década de 1990 foi dada mais atenção ao processo de descentralização dos serviços com ênfase na municipalização (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015; MELLO et al., 2016; PAIM, 2009; SILVA, 2011; UGÁ et al., 2003). Dado que o país é composto majoritariamente por municípios de pequeno porte, a falta de articulação intermunicipal produziu uma importante fragmentação no sistema de serviços do SUS e

dificultou a consolidação do atendimento integral às necessidades de saúde (GIOVANELLA, 2016). Segundo Paim (2009), a estratégia regional de atendimento é necessária para corrigir essas distorções do acesso, organizando-se centros de referência de acordo com a complexidade dos serviços, na seguinte sequência: unidades de saúde, município, município-polo e região.

Nos últimos anos, a necessidade de integrar o que a descentralização teria fracionado no sistema deu ênfase ao debate sobre a região de saúde (SANTOS; CAMPOS, 2015). Nesse sentido, aponta-se atualmente a importância da regionalização para a consolidação de redes de atenção à saúde resolutivas, constituindo as regiões de saúde como centro integrador das referências dos diversos serviços de saúde e abrangendo distintos níveis de gestão nesse território, diminuindo, dessa forma, a fragmentação sistêmica e promovendo a integralidade da assistência (SANTOS; CAMPOS, 2015; GIOVANELLA, 2016).

A definição de região de saúde que se utiliza atualmente não é limitada pela atuação estatal e pública de prestação de serviços e de planejamento político-administrativo, contando com a participação de outros agentes e instituições do mercado e da sociedade na negociação da rede de saúde (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). O marco legal que regula a organização do SUS, a partir de 2011, define a região de saúde como:

(...) espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Aponta-se que a região de saúde deve ser constituída sob a ótica sanitária e não meramente administrativa, sendo o foco da integralidade das ações e serviços de saúde e capaz de resolver quase a totalidade das necessidades de saúde da população que habita a região. Todavia, a regionalização é tida ainda como em processo, que avança lentamente. A principal dificuldade está no desenvolvimento de arranjos cooperativos entre os diferentes entes federados voltados para o exercício de uma governança regional (GIOVANELLA, 2016; SANTOS; CAMPOS, 2015). Santos e Campos (2015) ressaltam que apenas metade das atuais regiões de saúde atende 95% das necessidades de saúde da população. Essas definições e análises são recentes (ocorreram após 2010), o que pode significar um tempo insuficiente para mudanças substanciais na realidade complexa em que o sistema de saúde está imerso.

## Dados e metodologia

O banco de dados foi construído no software SPSS<sup>®</sup> a partir de variáveis disponíveis no “Banco de Indicadores Regionais”, do site Região e Redes (<http://www.resbr.net.br>), o qual conta com um grupo de pesquisadores de todo o país, bem como foram consultadas as fontes do Datasus e do IBGE. O indicador de condição de saúde é a variável dependente da pesquisa e consiste na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), em menores de 1 ano (em 1.000 nascidos vivos). É um indicador utilizado em estudos como proxy de saúde de uma determinada população. O numerador é a média, entre 2011 e 2013, do número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade e o denominador é a média, entre 2011 e 2013, do número de nascidos vivos de mães residentes, resultado multiplicado por 1.000 (REGIÃO E REDES, 2017). Quanto à renda, é utilizada a variável da renda mensal total domiciliar per capita nominal – Valor médio. Essa medida, em Reais, incorpora todas as fontes de renda, incluindo as transferências monetárias, consistindo em qualquer renda referente a benefícios previdenciários e/ou transferências governamentais de renda. O numerador é o total do rendimento nominal mensal dos domicílios particulares permanentes, em 2010, e o denominador é o total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010 (IBGE; MDS). Esse indicador expressa o nível de pobreza ou riqueza da região. O indicador de gastos em saúde corresponde à variável Despesa Total em Saúde por habitante. Representa o gasto médio com saúde, sob responsabilidade do Estado, por habitante (despesa total com saúde, incluindo todas as esferas de governo, per capita). O numerador é a Despesa Total em Saúde naquele ano, com dados informados pela gestão da unidade federada ao SIOPS, e o denominador é a população total no mesmo ano, com dados do IBGE, e nos anos intercensitários pela estimativa do Tribunal de Contas da União (TCU). A unidade de medida é o Real e a atualização é bimestral.

A unidade de análise escolhida para as análises estatísticas consiste na região de saúde. Essa escolha é devida à relevância desse território para a organização do Sistema Único de Saúde, como foi salientado na parte anterior deste trabalho. No Brasil existem hoje 438 regiões de saúde. Para algumas análises estatísticas, as regiões que possuem as capitais dos estados não serão contabilizadas (N=27), entendendo que são incomparáveis com as demais na medida em que apresentam um perfil demográfico, social e econômico diferenciado das outras e possuem uma maior concentração da estrutura do sistema de saúde.

Como estratégia analítica, primeiro foram realizados testes de estatística descritiva, procurando-se mostrar as principais características das regiões quanto à condição de saúde da população medida através da taxa de mortalidade infantil, da renda per capita e do gasto com o

sistema de saúde por habitante. A segunda etapa consistiu em cruzamentos das variáveis selecionadas, buscando estabelecer associações bivariadas e mostrar estatisticamente nos dados coletados as relações entre renda, gasto e saúde que a literatura sobre o tema aponta. Para essas análises bivariadas, foi utilizado o teste de coeficiente de correlação de Pearson. Este trabalho faz parte de uma pesquisa de dissertação em desenvolvimento, portanto os resultados que serão apresentados na sequência ainda são incipientes e necessitam de aprofundamento e mais análises com os dados coletados.

## Resultados

Conforme podemos observar na literatura sobre desigualdade em saúde, a renda é um forte determinante do nível de saúde dos indivíduos e grupos. A figura a seguir é um gráfico de dispersão que demonstra a correlação existente entre, no eixo vertical, a taxa de mortalidade infantil, e, no eixo horizontal, a renda mensal per capita nas regiões de saúde do Brasil. Podemos constatar que existe uma relação negativa: quanto maior o rendimento, menor a taxa de mortalidade. Ou seja, verifica-se que quanto mais pobre for a região, pior o nível de saúde. O coeficiente de determinação utilizando somente essas duas variáveis é de 0,4 (cerca de 40% da variação da taxa de mortalidade infantil da região é explicada pela variação da renda média per capita da região).

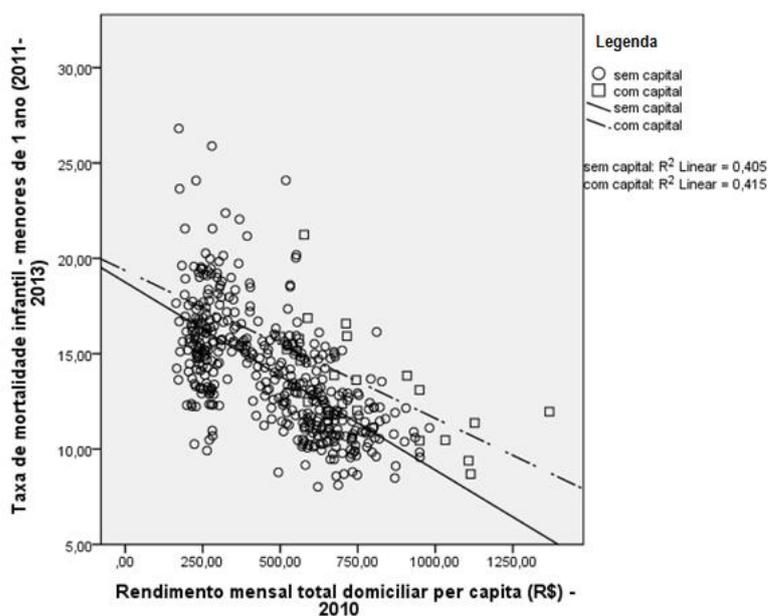


FIGURA 1 – CORRELAÇÃO ENTRE TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL E RENDIMENTO MENSAL PER CAPITA DAS REGIÕES DE SAÚDE DO BRASIL

FONTE: Elaborado pela autora com base no banco de indicadores regionais (REGIÃO E REDES, 2017).

Podemos destacar que esses indicadores têm uma grande discrepância na sua distribuição entre as regiões de saúde do país. A renda mensal per capita (2010) varia de, na região mais pobre, R\$ 164,25, até R\$ 1.367,80 na região mais rica (cerca de 8 vezes maior), sendo R\$ 492,33 a média das 438 regiões de saúde no Brasil (contabilizando as que contêm municípios como capital). Já a taxa de mortalidade infantil (2011-2013) varia de 26,81 na região com a pior condição de saúde para 8,02 na região com a menor TMI (mais de 3 vezes menor) e a média é de 14,03. Essas duas variáveis apresentam distribuição normal (desvio padrão menor que a metade da média).

Na Tabela 1 são apresentados como alguns indicadores sobre recursos, serviços e estrutura física do SUS são distribuídos entre as regiões de saúde do Brasil. A cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica, em 2014, variou entre 24,19% a 100%. Esse nível de atenção à saúde, tido como coordenador da rede e ordenador do cuidado (MENDES, 2011), mesmo a média sendo alta (84,90%), ainda não está distribuído de forma uniforme para atender a população conformada em cada região de saúde. Da mesma forma, o número de consultas médicas por mil habitantes, em 2014, variou de 414,59 até 15578,95 (37 vezes), mostrando como ainda há a necessidade de se adequar a distribuição desses serviços entre as regiões do país. Ambas variáveis apresentam distribuição normal. Já analisando a distribuição da estrutura física do SUS através do total de hospitais e o total de unidades de saúde de atenção básica, observamos que não apresenta distribuição normal entre as regiões de saúde. O total de hospitais variara de apenas 1 na região até 69 hospitais na mesma região (em 2015), e as unidades de saúde de atenção básica variaram de 6 até 298 (em 2012). No entanto, o tamanho da população da região deve ser levado em conta para avaliar a adequação da estrutura física para as necessidades de saúde específicas da região. Aqui salienta-se apenas como a estrutura física apresenta importantes diferenças entre as regiões do Brasil. A despesa total em saúde por habitante em cada região de saúde, em 2014, ficou na média de R\$ 581,29 e teve uma distribuição normal, variando de R\$ 286,10 até R\$ 1708,08 (5 vezes).

TABELA 1 – ANÁLISE DESCRITIVA DE INDICADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE POR REGIÕES DE SAÚDE

|               |         | Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (2014) | Consultas médicas por mil habitantes (2014) | Total de hospitais (2015) | Total de unidades de saúde de atenção básica (2012) | Despesa Total em Saúde por habitante (2014) |
|---------------|---------|--|---|---------------------------|---|---|
| N             | Valid   | 365  | 411   | 411                       | 411   | 411   |
|               | Missing | 46   | 0   | 0                         | 0   | 0   |
| Média         |         | 84,90  | 1819,30                                     | 10,83                     | 80,20   | 581,29                                      |
| Mediana       |         | 88,34  | 1601,71                                     | 9,00                      | 68,00   | 563,20                                      |
| Desvio Padrão |         | 13,53  | 1,21  | 8,56                      | 49,42   | 168,51                                      |
| Mínimo        |         | 24,19  | 414,59                                      | 1                         | 6   | 286,10                                      |
| Máximo        |         | 100,00   | 15578,95                                    | 69                        | 298   | 1706,08                                     |
| Quartis       | 25      | 78,44  | 1270,56                                     | 5,00                      | 42,00   | 457,46                                      |
|               | 50      | 88,34  | 1601,71                                     | 9,00                      | 68,00   | 563,20                                      |
|               | 75      | 94,96  | 2016,11                                     | 13,00                     | 104,00  | 678,60                                      |

FONTE: Elaborado pela autora com base no banco de indicadores regionais (REGIÃO E REDES, 2017).

A Tabela 2 apresenta as correlações entre as principais variáveis, sem considerar as regiões que possuem municípios capitais de estados. A renda mensal per capita aparece correlacionada com a taxa de mortalidade infantil, como já indicado na Figura 1. Conforme esperado, a despesa total em saúde por habitante aparece negativamente correlacionada com a taxa de mortalidade infantil, demonstrando que quanto mais se gasta no sistema de saúde, menor a taxa de mortalidade (melhor a condição de saúde). No entanto, essa associação é mais fraca do que a de renda per capita e TMI.

Deve-se salientar que a despesa total em saúde por habitante e o rendimento mensal total per capita das regiões aparecem altamente correlacionadas e de forma positiva. Quanto mais rica for a região, mais se investe em saúde. Essa também é uma associação esperada, uma vez que o orçamento daqueles municípios que compõem a região, e provavelmente somado a maiores transferências da gestão estadual, detém mais recursos quando a sua população é mais rica. No entanto, isso pode indicar que se investe mais naquelas regiões que já possuem melhores condições de saúde, o que iria contrastar com a ideia de equidade no sistema de saúde apresentado pela literatura na parte anterior deste trabalho.

TABELA 2 – CORRELAÇÕES ENTRE RENDA MENSAL PER CAPITA, TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL E DESPESA TOTAL EM SAÚDE POR HABITANTE, POR REGIÃO DE SAÚDE

|   |                     | Rendimento mensal total domiciliar per capita nominal - (R\$) - 2010 | Taxa de mortalidade infantil - menores de 1 ano (2011-2013) | Despesa Total em Saúde por habitante (2014) |
|---|---------------------|--|---|---|
| Renda mensal total domiciliar per capita nominal - Valor médio (R\$) - 2010           | Pearson Correlation | 1  | -,636**   | ,633**                                      |
|   | Sig. (2-tailed)     |  | ,000  | ,000  |
|   | N                   | 411  | 411   | 411   |
| Taxa de mortalidade infantil - menores de 1 ano (em 1.000 nascidos vivos) (2011-2013) | Pearson Correlation | -,636**  | 1   | -,421**                                     |
|   | Sig. (2-tailed)     | ,000   |   | ,000  |
|   | N                   | 411  | 411   | 411   |
| Despesa Total em Saúde por habitante (2014).  | Pearson Correlation | ,633**   | -,421**   | 1   |
|   | Sig. (2-tailed)     | ,000   | ,000  |   |
|   | N                   | 411  | 411   | 411   |

\*\* Correlação é significativa ao nível de 0,01.

FONTE: Elaborado pela autora com base no banco de indicadores regionais (REGIÃO E REDES, 2017).

## Considerações finais

Neste trabalho procurou-se abordar como o sistema de saúde se insere no contexto brasileiro de desigualdades em saúde decorrentes da renda, entre as regiões de saúde. Ao analisarmos como a literatura aborda esse assunto, os autores apontam que a condição de saúde dos indivíduos ou grupos na sociedade é fortemente determinada pela renda que detêm; essa relação foi corroborada pelos resultados apresentados nas regiões de saúde do país.

Ao refletirmos sobre o papel do sistema de saúde diante dessa situação, vemos que a bibliografia aponta que este deve lançar mão de uma distribuição justa de recursos em todo país e facilitar o acesso aos serviços de saúde em todas as áreas geográficas, no sentido de promover equidade no atendimento das necessidades de saúde da população (WHITEHEAD, 1990). Entretanto, as análises de estatística descritivas com alguns itens do Sistema Único de Saúde, quanto a serviços de consultas médicas, cobertura de equipe de atenção básica, de estrutura física (hospitais e unidades de saúde de atenção básica) e de despesa total por habitante nos indicam que esses indicadores não estão uniformemente distribuídos entre as regiões de saúde do país, sem contabilizar as que possuem município capital. Destaca-se também que a despesa do SUS por região de saúde apareceu negativamente correlacionada com a condição de saúde da população (quanto maior a despesa, menor a TMI), mas positivamente correlacionada com a renda média

daquela população, o que pode indicar que o gasto do sistema, apesar de apresentar tendência de diminuição de TMI, esteja mais concentrado em áreas geográficas mais ricas e, conseqüentemente, mais saudáveis.

Este trabalho não buscou esgotar as relações existentes entre o sistema de saúde e a desigualdade em saúde. Existem muitas perguntas que necessitam ser respondidas e este trabalho representa apenas alguns objetivos de uma pesquisa de dissertação. Ainda deve ser explorado em quais áreas geográficas do Brasil estão concentradas as regiões mais pobres e menos saudáveis, e como estão distribuídos os recursos do sistema de saúde nesses territórios. Mais ainda, cabe investigar qual o efeito do gasto no sistema de saúde nessas regiões que sofrem mais os efeitos negativos das desigualdades em saúde.

## Referências

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 28-38, dez. 2015. Disponível em: [goo.gl/SgKQj6](http://goo.gl/SgKQj6). Acesso em: 23 fev. 2017.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. 2. ed. São Paulo: Cebes Hucitec, 1983.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: [goo.gl/qxAPDU](http://goo.gl/qxAPDU) Acesso em: 17 fev. 2017.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011, jun 29.

BRASIL. Constituição de 1988. Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000. Dispõe sobre recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União nº 178**, Brasília, 14 de setembro de 2000, Seção I, p. 1.

CARVALHO, R. A.S. et al. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 2015. Disponível em: [goo.gl/hG4MoQ](http://goo.gl/hG4MoQ). Acesso em: 17 out. 2016.

COBURN, D.; COBURN, E. S. Saúde e desigualdades em saúde em um mundo globalizado neoliberal. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (WHO). **Closing the gap in a generation**. Geneva: World Health Organization, 2008.

CONASS. **Nota técnica**: Despesa total em saúde por habitante e percentual dos recursos próprios gastos em saúde. Guia de Acesso à Informação do SUS. Disponível em: <[www.conass.org.br/guiainformacao/.../NT-4-desp-tot-PC-e-perc-rec-prop-saude.pdf](http://www.conass.org.br/guiainformacao/.../NT-4-desp-tot-PC-e-perc-rec-prop-saude.pdf)>. Acesso em: 26 maio 2016.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4): 641-657, 2002.

FISCHER T. K.; LIMA D.; ROSA R.; OSÓRIO D.; BOING A. F. A mortalidade infantil no Brasil: série histórica entre 1994-2004 e associação com indicadores socioeconômicos em municípios de médio e grande porte. **Medicina**, Ribeirão Preto, 40:559, 2007.

FRANCA, E. et al. Associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controlado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1437-1447, dez. 2001. Disponível em: [goo.gl/WihwxV](http://goo.gl/WihwxV). Acesso em: 02 set. 2016.

GACITÚA-MARIÓ E.; WOOLCOCK M. Uma avaliação da exclusão social e da mobilidade no Brasil. In: GACITÚA-MARIÓ E.; WOOLCOCK M. (Orgs.). **Exclusão social e mobilidade no Brasil**. Brasília: IPEA; Banco Mundial, 2005. p. 15-43.

GIOVANELLA, L. **Regionalização deve diminuir desigualdades**. 06 de setembro de 2015. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/regionalizacao-deve-diminuir-desigualdades/#.WK70j9LjIU>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

GIROLAMO, C.; MARTINO, A. Desigualdades em saúde: ideias para uma reflexão teórica. In: MERHY, E.; STEFANINI, A.; MARTINO, A. **Problematizando epistemologias na saúde coletiva**: saberes da cooperação Brasil e Itália. Porto Alegre: Rede UNIDA; Bolonha: CSI-Unibo, 2015. 17-37.

GUIMARÃES, Z. A. et al. Declínio e desigualdades sociais na mortalidade infantil por diarreia. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 34, n. 5, p. 473-478, out. 2001. Disponível em: [goo.gl/h4qvbF](http://goo.gl/h4qvbF). Acesso em: 02 set. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 23 fev. 2017.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad 1998, 2003). **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(4): 941-950, 2006.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Econ. soc.**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, ago. 2012. Disponível em: [goo.gl/Bpzc74](http://goo.gl/Bpzc74). Acesso em: 02 set. 2016.

MEDEIROS, M. **O que faz os ricos ricos: o outro lado da desigualdade brasileira.** São Paulo: Hucitec, 2005.

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

MELLO, G. A.; PEREIRA, A. P. C.; IOZZI, F. L.; UCHIMURA, L.; DEMARZO, M. M. P.; VIANA, A. L. d'Á. O olhar gestor sobre a regionalização da saúde brasileira. **Novos Caminhos**, n. 9. Pesquisa política, planejamento e gestão das regiões e redes de atenção à saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/03/Novos-Caminhos-9.pdf>>. Acesso em: set. 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NORONHA, K.; ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, v. 32 (Especial), 877-897, 2001.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

PAIM, J. S. A epidemiologia e a superação da desigualdade em saúde. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.13, Número Especial, Parte I, p. 29-43, 2000.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO; J. Saúde no Brasil 1: o sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. 9 de maio de 2011.

POCHMANN, M. **Desigualdade econômica no Brasil.** São Paulo: Ideias & Letras, 2015.

PORTO et al. Equidade no financiamento da saúde, alocação de recursos e utilização dos serviços de saúde no Brasil. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

REGIÃO E REDES. **Banco de indicadores.** Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. de S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, jun. 2015. Disponível em: [goo.gl/gdkNfm](http://goo.gl/gdkNfm). Acesso em: 05 set. 2016.

SHAW, M.; DORLING, D.; SMITH G. Poverty, social exclusion and minorities. In: MARMOT, M.; WILKINSON, R. (EE.). **Social determinants of health.** Oxford University Press, 2006.

SILVA, L. M. V. da; PAIM, J. S.; COSTA, M. da C. N. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 187-197, abr. 1999. Disponível em: [goo.gl/K2ARPy](http://goo.gl/K2ARPy). Acesso em: 02 set. 2016.

SILVA, S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011. Disponível em: [goo.gl/sUayUs](http://goo.gl/sUayUs). Acesso em: 03 fev. 2017.

THIEDE, M.; AKEWENGO, P.; MCINTYRE, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 137-161.

TRAVASSOS, C. et al . Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000. Disponível em: [goo.gl/unMGQ5](http://goo.gl/unMGQ5). Acesso em: 02 set. 2016.

UGA, M. A et al . Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003. Disponível em: [goo.gl/ANvRXQ](http://goo.gl/ANvRXQ). Acesso em: 15 mar. 2017.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen, 1990.

Artigo recebido em 06/09/2017. Aceito para publicação em 30/10/2017.