

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE**

IRLA MARIA VIDAL DE S. MEDEIROS

**GASTOS FAMILIARES PRIVADOS COM SAÚDE NO BRASIL E EM
PERNAMBUCO: UMA ANÁLISE DESCRITIVA COM MICRODADOS DA
PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2008-09**

**RECIFE
2016**

IRLA MARIA VIDAL DE S. MEDEIROS

Gastos Familiares Privados com Saúde no Brasil e em Pernambuco: Uma Análise
Descritiva com Microdados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-09

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Gestão e
Economia da Saúde da Universidade Federal
de Pernambuco, para a obtenção do Título de
Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo
Nogueira

RECIFE
2016

IRLA MARIA VIDAL DE S. MEDEIROS

Gastos Familiares Privados com Saúde no Brasil e em Pernambuco: Uma Análise
Descritiva com Microdados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-09

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de Pernambuco para obtenção do
título de Mestre em Gestão e Economia
da Saúde

Aprovada em: 29/02/2016

Banca Examinadora

Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Rosane Bezerra de Siqueira
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Paulo Guilherme de Melo Filho
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Miguel, que me inspira e move por todos os dias da minha vida.

Ao meu avô Viriato (In Memoriam), que me ensinou os primeiros números;

A todos os pacientes que confiaram parte de suas vidas a mim, mesmo não me conhecendo, ao longo desses 12 anos como enfermeira.

Ao Prof. Dr. José Ricardo Nogueira, por partilhar dos seus conhecimentos;

À Josicleide Montenegro por partilhar as dúvidas e os desafios ao longo da vida;

Ao Prof. Matheus pelo auxílio com as aulas de matemática;

A Emmanuel Medeiros por acreditar e estimular o meu crescimento profissional.

RESUMO

O Brasil vem experimentando, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças importantes no seu sistema público, incorporando princípios importantes, tais como a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade. O país é um dos poucos em que o acesso gratuito a medicamentos essenciais é direito dos cidadãos, o que se concretiza por meio de políticas e estratégias, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Porém, análises realizadas nos municípios brasileiros mostram a ocorrência de desabastecimento, descontinuidade da oferta e baixa disponibilidade de medicamentos, o que dificulta o acesso e a continuidade do tratamento. Dessa forma, o gasto com remédios impacta fortemente o orçamento familiar, principalmente das famílias mais pobres. Dessa forma, esse estudo tem como objetivo descrever as desigualdades socioeconômicas no gasto privado com medicamentos no Estado de Pernambuco, através da análise dos gastos das famílias. O estudo traz uma perspectiva inovadora por fazer uma análise da carga tributária, além de descrever os gastos segundo categorias de medicamentos e apresentar a análise de desigualdades nos dispêndios. Este estudo teve como base os microdados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008/2009 tratando-se de um estudo descritivo e estatístico que analisa o comportamento dos domicílios Pernambucanos, em um determinado período de tempo, quanto ao gasto privado com remédios. A análise principal se efetua classificando os domicílios a partir de quintis de renda. A identificação de determinantes do gasto privado e a probabilidade de incorrer em gasto catastrófico em saúde, segue a metodologia da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os principais resultados mostram que há desigualdade no gasto com medicamentos em Pernambuco e que a tributação é regressiva, chegando, no Brasil, a comprometer 25% do gasto no primeiro quintil e apenas 11% no último quintil. O índice de Gini calculado para o gasto per capita com medicamentos foi de 0,93%, mostrando uma desigualdade quase que extrema no Brasil.

Palavras-chave: Gasto com medicamentos. Desigualdade em saúde. Tributação.

ABSTRACT

Brazil has been experiencing since the creation of the Unified Health System (SUS) major changes in its public system, incorporating important principles such as the universality of access to comprehensive care and equity. The country is one of the few where free access to essential medicines is citizen's right, which is realized through policies and strategies such as the National List of Essential Medicines (RENAME) and the Municipal Register of Essential Medicines (REMUME). However, analyzes conducted in Brazilian cities show the occurrence of shortages, supply disruption and low availability of drugs, making it difficult to access and care continuity. Thus, spending on medicines strongly impacts the family budget, especially the poorest families. Thus, this study aims to describe socioeconomic inequalities in private spending on drugs in the state of Pernambuco, through the analysis of household spending. The study brings a new perspective to make an analysis of the tax burden, as well as to describe spending according to categories of medicines and present the analysis of inequalities in expenditures. This study was based on the microdata from the Household Budget Survey (HBS) 2008/2009, being a descriptive and statistical study that analyzes the behavior of Pernambuco households in a given period of time, as private spending on drugs. The main analysis is accomplished by classifying households from quintiles of household gross income and determinants analysis of private spending and the probability of incurring catastrophic health expenditure follows the methodology of the World Health Organization (WHO). The main results show that there is inequality in spending on drugs in Pernambuco and that taxation is regressive, compromising, in Brazil, 25% of expenditure in the first quintile and only 11% in the last quintile. The Gini index calculated for per capita expending on drugs was 0.93%, showing almost an extreme inequality in Brazil and the probability of incurring catastrophic health expenditure follows the methodology of the World Health Organization (WHO). The main results show that there is inequality in spending on drugs in Pernambuco and that taxation is regressive, compromising, in Brazil, 25% of expenditure in the first quintile and only 11% in the last quintile. The Gini index calculated for per capita expenditure on drugs was 0.93%, showing almost an extreme inequality in Brazil.

Keywords: Expenditure on drugs. Health Inequalities. Taxat

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características dos domicílios brasileiros (tamanho médio, renda monetária média mensal e gasto médio mensal com saúde por quintil de renda domiciliar bruta per capita).	30
Tabela 2- Características dos domicílios brasileiros (renda monetária média mensal per capita e gasto médio mensal per capita com saúde por quintil de renda).....	31
Tabela 3 - Frequência de domicílios brasileiros com e sem gasto com saúde na amostra por quintil de renda monetária domiciliar mensal per capita.....	31
Tabela 4 - Gasto total com saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e Pernambuco.	32
Tabela 5 - Gasto total médio com saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e Pernambuco.....	33
Tabela 6 - Gasto médio per capita com saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e Pernambuco.	34
Tabela 7- Parcela orçamentária do gasto com saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e Pernambuco.	35
Tabela 8 - Parcela orçamentária do gasto com saúde por quintil de gasto total domiciliar per capita com saúde no Brasil e Pernambuco.	36
Tabela 9 - Parcela orçamentária do gasto com saúde por quintil de gasto total domiciliar per capita com consumo no Brasil e Pernambuco.	36
Tabela 10 - Valor Médio Anual Gasto com medicamento por Quintil de Renda Monetária Domiciliar Per Capita no Brasil e em Pernambuco (R\$/Ano)	38
Tabela 11- Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Sexo da Pessoa de Referência no Brasil e em Pernambuco (R\$/2008/09).	39
Tabela 12- Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Área de Residência no Brasil e em Pernambuco (R\$/2008/09).	40
Tabela 13 - Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Grupo de Idade da Pessoa de Referência (R\$/Ano) no Brasil e em Pernambuco.....	42
Tabela 14 - Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Região Geográfica do Domicílio (R\$/Ano).	43
Tabela 15 - Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Ocupação da Pessoa de Referência no Brasil e em Pernambuco (R\$/2008/09).	44

Tabela 16 - Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Condição do Domicílio (Acesso a Água Canalizada) (R\$/Ano) no Brasil e em Pernambuco.....	45
Tabela 17 - Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Condição do Domicílio (Acesso a Esgotamento Sanitário) no Brasil e em Pernambuco (R\$/Ano).....	46
Tabela 18 - Número e percentual de gasto anual catastrófico com saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e em Pernambuco.	47
Tabela 19 - Plano de saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e em Pernambuco.	48
Tabela 20 - Gasto médio com saúde para quem tem plano de saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita.	49
Tabela 21- Valor médio de tributos indiretos sobre o gasto total por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e em Pernambuco.....	50
Tabela 22 - Valor médio anual de tributos indiretos sobre o gasto com saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e em Pernambuco. (R\$/ANO).....	50
Tabela 23 - Tributos indiretos como proporção da renda domiciliar total por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e em Pernambuco (%).	52
Tabela 24 - Índice de Gini no Brasil	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.2	Objetivos	15
1.2.1	Objetivo geral	15
1.2.2	Objetivos específicos	16
2	JUSTIFICATIVA	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	Financiamento e gasto público com saúde no Brasil	18
3.2	Políticas com Foco na Saúde	20
3.2.1	Política Nacional de Medicamentos	20
3.2.2	Política Nacional de Assistência Farmacêutica	21
3.2.3	Farmácia popular	23
3.3	Desigualdade e Índice de Gini	24
3.4	Tributação	25
4	MATERIAIS E MÉTODOS	26
4.1	Base de Dados	26
4.2	Método	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	30
5.1	Características dos Domicílios	30
5.2	Gastos com Saúde	32
5.3	Tributação	49
5.4	Cálculo do Índice de Gini	52
5.5	Discussões	54
6	CONCLUSÃO	58
	REFERÊNCIAS	59

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos brasileiros, assegurado através da Constituição Federal, sendo dever do Estado proporcioná-la a todos. O modelo de saúde brasileiro, através da Lei Orgânica da Saúde, garante ao cidadão uma assistência integral, tendo como um dos seus princípios básicos a universalidade que visa à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

O Brasil vem experimentando neste setor, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças importantes no seu sistema público. Nesse contexto, princípios importantes vêm norteando a política de saúde do país, tais como a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Com o objetivo de conceder a universalidade do acesso à saúde, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi aprovada em 2004 por meio de resolução do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2004), substituindo a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e consolidando a assistência farmacêutica no SUS. Por sua vez, a PNAF é definida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o seu acesso e o seu uso racional.

O Brasil é um dos poucos países em que o acesso gratuito a medicamentos essenciais é direito dos cidadãos, o que se concretiza por meio de políticas e estratégias, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Dentre outras políticas, estão os medicamentos genéricos, estes foram introduzidos no País em 1999 para reduzir os preços dos medicamentos e facilitar o acesso de toda população. Outra ação ocorreu em 2004, quando o governo federal lançou o Programa Farmácia Popular, que visa diminuir o impacto dos preços dos medicamentos no orçamento familiar a partir do sistema de co-pagamento, em que o poder público arca com cerca de 90% do valor. Porém, apesar destes avanços, eles não atingem expressiva parte da população, principalmente no que se refere ao uso racional dos medicamentos, tanto no mercado privado quanto no setor público (BOING *et al.*, 2011).

No mercado farmacêutico, em função de características da economia da saúde tais como: assimetria de informação, barreiras à entrada de novos produtores (ARROW, 1963) e concentração de mercado por classes terapêuticas, a competição entre produtores caracteriza-se em grande medida pela diferenciação de produtos e resultante fidelidade às marcas. Essa dinâmica possibilita aos fabricantes exercerem preços de comercialização bem acima do custo marginal de produção. A introdução dos medicamentos genéricos significaria uma crescente erosão do processo de diferenciação – uma vez que os produtos são mais facilmente identificados como substitutos perfeitos – deslocando a competição para os preços, promovendo uma redução deles, e, dessa forma, gerando maior bem-estar.

Miranda *et al.* (2010) afirmam que a estratégia dos genéricos traduz o compromisso do poder público em promover o acesso aos medicamentos essenciais, através do aumento da competição no mercado, e como consequência, a redução do lucro e aumento da eficiência. Porém, em estudo realizado quanto à disponibilidade de acesso aos medicamentos genéricos no serviço público, identificou-se que havia falta de medicamentos da lista do RENAME e prevalência de medicamentos similares.

Esta afirmação pode ser confirmada através de dados do Banco Mundial, os quais demonstram a ineficácia dos programas estudados por Miranda *et al.* (2010). Dados estes afirmam que, no Brasil, o gasto privado com saúde correspondeu a 57,8% do gasto total com saúde em 2014, valor bem acima quando se compara a países como os Estados Unidos, onde o gasto privado com saúde correspondeu a 22,3% em 2014 (BANCO MUNDIAL, 2014).

Um dos fatores que pode explicar o alto gasto privado com saúde é o baixo investimento público em saúde básica. A não prevenção de certas doenças pode provocar maior gasto privado, incluindo o gasto com medicamentos para o tratamento destas. Dessa forma, os gastos representam a maior parte dos dispêndios privados com saúde entre os mais pobres, e o peso dos medicamentos, no total dos gastos em saúde, se dá de maneira inversamente proporcional à renda. O SUS assume a maior parte dos gastos globais com medicamentos entre os mais pobres, enquanto os mais ricos apresentam mais gastos privados (BOING *et al.*, 2011).

Análises realizadas nos municípios brasileiros mostram a ocorrência de desabastecimento, descontinuidade da oferta e baixa disponibilidade de

medicamentos no sistema público de saúde, o que dificulta o acesso e a continuidade do tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Dessa forma, a deficiência de programação e controle de estoque indica que a aquisição de medicamentos é realizada sem a utilização de parâmetros concretos para mensuração da oferta conforme a demanda, o que prejudica a efetividade do cuidado à saúde (BLATT *et al.*, 2012).

Sant'Ana *et al.* (2011) afirmam que, embora tenha ocorrido uma melhora no acesso a medicamentos no Brasil, vários estudos mostram que ocorre desabastecimento de medicamentos, mesmo entre aqueles que estão na lista da RENAME, o que leva a uma busca de acesso a estes medicamentos através de ações judiciais. Isto, por sua vez, envolve custos por parte dos indivíduos, e acarreta a piora no bem-estar da população, ao invés da melhora arquitetada no planejamento da política pública.

Diniz *et al.* (2007), a partir da análise das Pesquisas de Orçamento Familiar (POF-IBGE), relacionou a diminuição dos gastos privados com saúde, especialmente entre as famílias mais pobres após o ano de 1995 e uma maior cobertura dos serviços do SUS. Esta redução chegou a quase 60% no primeiro decil e apenas 12% no último decil de renda. Contudo, afirmações sobre o papel redistributivo do SUS não devem ser feitas de forma categórica, pois podem ocorrer outros fatores de forma simultânea ao programa de saúde.

O gasto com medicamento impacta fortemente o orçamento familiar, principalmente das famílias mais pobres. Segundo BUENO *et al.* (2012), no Brasil, famílias com renda superior a 30 salários mínimos gastaram mais com assistência à saúde, principalmente com planos e seguro saúde, enquanto que as famílias com baixa renda (até dois salários mínimos) gastaram menos e, dentro desse tipo de despesa, gastaram mais com medicamentos.

Em estudo realizado por Silveira *et al.* (2002), verificou-se que os gastos com saúde são a quarta maior despesa de consumo familiar, atrás apenas das despesas com habitação, alimentação e transporte. Ainda através deste estudo, verificou-se que em 1998, as famílias gastaram ao menos 37 bilhões de reais com despesas de saúde variadas. A compra de medicamentos e o pagamento de mensalidades de planos de saúde foram os itens de maior gasto. Além disso, a maior parcela desse gasto é efetuada pelas famílias cujos membros pertencem ao grupo dos 30% mais

ricos da população. Entre os mais pobres, o maior gasto em saúde é com a compra de medicamentos.

Travassos *et al.* (2000) afirmam que determinantes sociais são preditores importantes das necessidades em saúde. Os grupos sociais menos favorecidos mostram desvantagem por terem um maior risco de serem acometidos por doenças e agravos a saúde. Os gastos com medicamentos têm um padrão semelhante ao padrão de gastos com plano de saúde, ou seja, os mais pobres, embora tenham maior necessidade de consumo de medicamentos, por terem mais morbidades, gastam menos do que os mais ricos. A restrição ao consumo de medicamentos entre as pessoas com baixo poder aquisitivo, deve-se ao peso desse gasto na renda domiciliar, que é proporcionalmente maior do que para as pessoas com renda mais alta.

O comprometimento de renda com gasto em medicamentos, entre os mais pobres, especialmente os gastos não programados, pode levar famílias a riscos de saúde ainda maiores, como a redução da compra de alimentos, e torná-las mais susceptíveis a outros problemas de saúde, ou, torná-las mais pobres ou até mesmo indigentes. Um maior gasto em saúde pode se tornar catastrófico, caso esse gasto represente pelo menos 40% da renda familiar após o pagamento de seus gastos de subsistência (BOING *et al.*, 2011).

A equidade não significa que todos contribuam por igual, independente da renda e da riqueza, mas que contribua mais quem pode pagar mais. A equidade no financiamento é necessária para que os domicílios não tenham gasto catastrófico com o adoecimento de um membro da família. A proteção da população quanto a possibilidade de incorrer em gastos catastróficos e conseqüente empobrecimento, decorrente de gastos com saúde, deve ser uma preocupação constante dos formuladores de políticas públicas (XUK, 2005).

A parcela dos medicamentos nos gastos catastróficos sinaliza a importância do papel do Estado na minimização desses gastos, objetivando reduzir a não utilização de medicamentos ou a subutilização, o que diminui a possibilidade de tratamento adequado e cura, e aumento do agravamento ou complicações de saúde. O Estado deve tentar reduzir o obstáculo financeiro, disponibilizando ou reduzindo os preços dos medicamentos (BOING *et al.*, 2011).

Magalhães *et al.* (2001) ao estudarem a carga tributária dos medicamentos, estimaram que a carga tributária média e modal oscila entre 20% a 30% do preço

final da maioria dos medicamentos, e que o gasto com medicamentos constitui dois terços do gasto total com saúde das famílias brasileiras que ganham até dois salários mínimos e que a tributação sobre esses bens é regressiva. Os resultados apontam, portanto, para o peso significativo da tributação na formação do preço final dos medicamentos adquiridos pelas famílias brasileiras, principalmente quando se considera a essencialidade desses produtos e o nível de renda per capita da maioria da população. Também, mostram que as desigualdades da sociedade brasileira são agravadas por uma tributação a bens essenciais, tais como os medicamentos.

Garcia *et al.* (2013) analisa o perfil e a desigualdade de acesso a medicamentos no Brasil. Para isso, calcula o índice de Gini, principal indicador de desigualdade, a partir dos gastos das famílias brasileiras com medicamentos, contidos nos microdados da POF 2002-2003 e POF 2008-2009. Como resultados, encontra o índice de desigualdade para 2002-2003 e 2008-2009, respectivamente, 0,727 e 0,709.

Este resultado demonstra uma ligeira melhora, mas não substancial, na concentração dos gastos com medicamentos, e não descarta a possibilidade de programas como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e o Programa Farmácia Popular, tenham contribuído para este saldo final da análise. Estes programas, considerando as dificuldades do lado da oferta, têm como papel fundamental prover o acesso a medicamentos, especialmente para as famílias mais pobres que, muitas vezes, têm neles a única forma de obtenção de medicamentos. Até mesmo para a população com renda mais elevada, é o fornecimento público que garante o acesso a tratamentos medicamentosos de alto custo.

Além de Garcia *et al.* (2013), Alam (2013) e Pedraza e Toledo (2012) estimam o índice de Gini com o objetivo de analisar a desigualdade de acesso a medicamentos, e utilizam, para alcançar este objetivo, microdados de gastos familiares com saúde. Alam (2013) estima o indicador para sete distritos da Índia, e utiliza dados referentes a gastos familiares com saúde em 2004-2005. Os resultados do Gini, para os distritos analisados, apresentaram alta desigualdade e pequena variância, tendo seu intervalo entre 0,709 e 0,727.

Pedrasa e Toledo (2012) calcularam o índice de desigualdade para o Chile com base nos dados de gastos com saúde de 1997 e 2007, de modo a estimar a evolução do acesso a serviços de saúde neste período. Dessa forma, encontra para o primeiro ano da análise o valor de 0,82 e para o segundo ano 0,84; o que além de

demonstrar uma alta desigualdade no acesso aos serviços de saúde, caracteriza a necessidade de novas políticas de proteção financeira que visem focalizar e sanar o problema de desigualdade no acesso a medicamentos.

Este estudo focaliza o acesso serviços de saúde no país, a partir do cálculo do Gini, e, além disso, levanta hipóteses a respeito da regressividade da tributação e o seu papel sobre a desigualdade no acesso aos serviços de saúde no país. Siqueira (1998) argumenta a respeito da natureza regressiva do sistema tributário brasileiro e que este tem sido uma fonte de preocupação para ambos os economistas e o público em geral. A forte dependência de impostos indiretos como fonte de receita é amplamente acreditado como uma das principais causas das desigualdades no país.

Dessa forma, analisou-se a partir da POF 2008-2009, a incidência de impostos indiretos sobre os gastos totais, gastos com saúde, e como proporção da renda domiciliar, de modo a entender se os impostos sobre o consumo agem de maneira regressiva. Ou seja, testar-se-á a hipótese de que aqueles com menor capacidade de pagamento são os que apresentam as maiores proporções de tributos indiretos na renda domiciliar. Se essa hipótese for verdadeira, a preocupação dos economistas e público em geral argumentada em Siqueira (1998) não será à toa, na medida em que o sistema tributário regressivo pode ser responsável por grande parte da desigualdade no país, principalmente quando se refere ao acesso a serviços de saúde.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Descrever as desigualdades socioeconômicas no gasto privado com saúde, em especial medicamentos, no Brasil e no Estado de Pernambuco, através da análise dos gastos das famílias reportados na Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar o gasto privado com o grupo saúde e o subgrupo medicamentos com maior gasto privado por quintil de renda;
- Relacionar gasto privado com saúde à escolaridade, sexo, ocupação, local de moradia e presença de crianças e idosos na família;
- Analisar a carga tributária incidente sobre os gastos familiares com esses produtos;
- Analisar a desigualdade no consumo de medicamentos através do índice de Gini.

2 JUSTIFICATIVA

O acesso a medicamentos e a saúde no Brasil pode ser estudado de diferentes formas. Uma dessas formas é identificando o gasto das famílias com medicamentos, cujo peso em relação à renda das famílias brasileiras é expressivo.

A equidade no financiamento é necessária para que os domicílios não tenham gasto catastrófico com o adoecimento de um membro da família. A proteção da população quanto a possibilidade de incorrer em gastos catastróficos e consequente empobrecimento decorrente de gastos com saúde deve ser uma preocupação constante dos formuladores de políticas públicas. (XU, 2005)

Um grande gasto privado com medicamentos pode tornar-se catastrófico para as famílias com um menor perfil de renda, levando a uma degradação da condição de saúde destas. Desse modo, para que as políticas públicas de distribuição de medicamentos sejam efetivas, faz-se necessário conhecer os gastos privados com medicamentos.

Ao se conhecer os gastos privados com medicamentos e as características socioeconômicas correlacionadas, é possível promover políticas públicas de maneira mais eficiente. Dessa forma, este trabalho, a partir de um estudo descritivo, com base nos microdados da POF 2008-2009, tem como objetivo descrever as desigualdades socioeconômicas no gasto privado com medicamentos no Estado de Pernambuco, e facilitar, com isso, o direcionamento das políticas públicas.

O estudo traz uma perspectiva inovadora por fazer uma análise da carga tributária nos medicamentos, além de descrever os gastos segundo categorias de medicamentos e apresentar a análise de desigualdades nos dispêndios.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Financiamento e gasto público com saúde no Brasil

Nas décadas de 1960 e 1970, o sistema de saúde brasileiro ainda não era universal e durante este período, uma parcela significativa da população não tinha direito à assistência à saúde e disputava os poucos recursos dos orçamentos públicos destinados ao Ministério da Saúde (MS) e secretarias de saúde de estados e municípios ou dependiam de recursos provenientes da caridade, aplicados em serviços prestados por entidades religiosas ou outras entidades filantrópicas. O Ministério da Saúde atuava principalmente no campo da vigilância à saúde, em ações de controle de doenças transmissíveis e de vigilância sanitária utilizando os poucos recursos existentes na pasta (PIOLA *et al.*, 2009). Na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) a saúde foi inscrita como direito de todos e dever do Estado (Art. 193).

Assim, o país inicia os anos 1990 com o dever de ampliar o acesso aos serviços de saúde a todos os brasileiros, considerando as diretrizes constitucionais. Adicionalmente, a Lei nº 8.080/1990 estabelece a diretriz de igualdade no atendimento. Com isso, o tema financiamento das ações e dos serviços de saúde, torna-se algo de extrema importância para que o modelo de saúde universal seja de fato implantado no Brasil. Até 1988, o MS participava com menos de 20% dos recursos federais destinados ao financiamento da saúde no país (CONASS, 2011). A maior parte dos recursos era proveniente da seguridade social – mais de 80% estavam vinculados ao INAMPS/Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Além disso, em torno de 70% dos recursos públicos estavam centralizados no governo federal. (PIOLA *et al.*, 2013).

A CF/1988, ao criar a seguridade social, estabeleceu que ela deveria ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e de contribuições sociais. No governo federal, esses recursos seriam repartidos entre a previdência, a assistência social e a saúde e, no caso desta última, previu-se, conforme consta do Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do orçamento da seguridade social (OSS), excluído o seguro-desemprego. Esta disposição teria validade até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes

Orçamentárias (LDO), que deveria definir a cada ano qual o percentual a ser destinado à saúde. Ressalta-se que a CF/1988 ampliou não somente o direito à saúde, mas também criou novos direitos em outros campos da seguridade social. Por exemplo, no caso da previdência social ampliou o direito à aposentadoria rural e no campo da assistência estabeleceu o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (PIOLA *et al.*, 2013).

Em 1993, as contribuições previdenciárias não mais compuseram as fontes de financiamento da saúde. Por fim, recorreu-se ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para garantir um mínimo de recursos para a saúde. Em 1994, demonstrando a prioridade das medidas de ajuste fiscal, o governo criou o Fundo Social de Emergência, hoje denominado Desvinculação de Receitas da União (DRU) que passou a retirar parte das receitas destinadas à seguridade social e à descentralização – receitas do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

Em 1996 a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), foi criada e seria destinada ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), para financiamento de ações e serviços de saúde (Artigo 18, da Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996) a CPMF passou a ser uma das principais fontes de financiamento do MS, sendo que, em 1997, já respondia por 27,9% dos recursos. Entre 1995 e 1999 observou-se um pequeno aumento do volume de recursos aplicados pelo MS em termos reais, a partir da cobrança da CPMF e da destinação de parcela de sua arrecadação para a saúde. Durante o período em que vigorou, entre 1997 e 2007, a CPMF representou 30% dos recursos totais em saúde (PIOLA *et al.*, 2013).

Entre 2000 e 2011, os estados e municípios mais que triplicaram o volume de recursos destinados para a saúde, passando de R\$ 28 bilhões para R\$ 89 bilhões, o que correspondeu a um incremento de R\$ 61 bilhões (sendo R\$ 28 bilhões referentes ao incremento estadual e R\$ 32 bilhões, ao municipal). Nesse mesmo período, a União aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em R\$ 31 bilhões, que correspondeu a um aumento de 75% em relação a 2000. Esse valor incremental é muito próximo ao observado em cada uma das outras duas esferas de governo, totalizando um aumento da ordem de R\$ 92,7 bilhões foram provenientes das receitas próprias de estados e municípios, enquanto um terço foi proveniente dos recursos injetados pela União. Contudo, mesmo com esses aumentos, em 2009 o gasto público em saúde encontrava-se em torno de 3,8% do Produto Interno Bruto

(PIB) percentual muito abaixo do que é aplicado por outros países que possuem sistemas universais de saúde. Quando se analisa a participação do gasto público em saúde das três esferas no PIB, observa-se que essa participação aumentou em 1 ponto percentual (p.p.) entre 2000 e 2011 (2,89% para 3,91%). O incremento citado foi proveniente do aumento da participação dos estados e dos municípios no PIB, uma vez que a participação da União permaneceu estável ao longo destes anos. (PIOLA et al., 2013).

3.2 Políticas com foco na saúde

3.2.1 Política Nacional de Medicamentos

A Política Nacional de Medicamentos prevê que a produção e a venda de medicamentos devem enquadrar-se em um conjunto de leis, regulamentos e outros instrumentos legais direcionados para garantir a eficácia, a segurança e a qualidade dos produtos, além dos aspectos atinentes a custos e preços de venda, em defesa do consumidor e dos programas de subsídios institucionais, tais como de compras de medicamentos, reembolsos especiais e planos de saúde. Essa necessidade torna-se ainda mais significativa na medida em que o mercado farmacêutico brasileiro é um dos cinco maiores do mundo. Em 1996, esse mercado gerou 47.100 empregos diretos e investimentos globais da ordem de 200 milhões de dólares. O setor é constituído por produtores de medicamentos, indústrias farmoquímicas e importadores. Há, no País, milhares de farmácias, incluindo as hospitalares e as homeopáticas, que comercializam 5.200 produtos, com 9.200 apresentações. No tocante ao perfil do consumidor brasileiro, este pode ser dividido em três grupos: o primeiro, formado por aqueles com renda acima de 10 salários mínimos, que corresponde a 15% da população, consome 48% do mercado total e tem uma despesa média anual de 193,40 dólares per capita; o segundo, apresenta uma renda entre quatro a 10 salários mínimos, que corresponde a 34% da população, consome 36% do mercado e gasta, anualmente, em média, 64,15 dólares per capita; o terceiro, tem renda de zero a quatro salários mínimos, que representa 51% da população, consome 16% do mercado e tem uma despesa média anual de 18,95 dólares per capita (BRASIL, 2001).

A política de medicamentos possui as seguintes diretrizes: 1-Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais; 2- Regulamentação Sanitária de Medicamentos; 3- Reorientação da Assistência Farmacêutica; 4- Uso racional de medicamentos; 5- Desenvolvimento Científico e Tecnológico; 6-Promoção da Produção de Medicamentos; 7- Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos; 8- Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2001)

Os medicamentos genéricos são tidos como uma das prioridades dessa política e estabelece que a promoção do uso de medicamentos genéricos será progressivamente levada a efeito, respaldada nos seguintes pontos: a) estabelecimento de procedimentos para o registro de medicamentos genéricos; b) estabelecimento dos requisitos nacionais para a demonstração de equivalência terapêutica, principalmente em relação à biodisponibilidade; c) levantamento e utilização da infraestrutura e da capacidade do País para a realização de estudos de bioequivalência disponível na rede de laboratórios; d) identificação de mecanismos de incentivo à produção de medicamentos genéricos; e) estabelecimento de regulamentação referente à comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos genéricos em todo o Território Nacional (BRASIL, 2001).

3.2.2 Política Nacional de Assistência Farmacêutica

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica aprovada pelo plenário do conselho Nacional de Saúde em maio de 2004, é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garante os princípios da universalidade, integralidade e equidade previstos no SUS - a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersectorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde. A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional.

Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

No seu Art. 2º, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica define seus eixos estratégicos que são: I - a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica; II - manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS; III - qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção; IV - descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados; V - desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos; VI - modernização e ampliar a capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos; VII - utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica; VIII - pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção; IX - implementação de forma intersetorial, e em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam os interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS; X - definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação

de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País; XI - construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade; XII - estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos; XIII - promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004).

3.2.3 Farmácia popular

Com o objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos no Brasil, em 2004 foi instituído o programa farmácia popular. Colocando em questão a efetividade da descentralização da Assistência Farmacêutica, retornando ao modelo de compra centralizada de medicamentos que tem se mostrado eficiente para os Programas sob responsabilidade do Governo federal (SANTOS-PINTO *et al.*, 2008).

O sistema de copagamento em saúde em sendo debatido em reformas de sistemas de saúde e é reconhecido como uma estratégia válida em situações de grade heterogeneidade como é o caso do Brasil, principalmente no que se refere a renda da população. Em alguns estados brasileiros essa estratégia foi utilizada por alguns estados brasileiros. Entretanto em 2004 foi lançado o programa Farmácia Popular que foi a primeira iniciativa federal de copagamento para acesso a medicamentos. A estratégia visa atender a população que não utiliza o SUS, mas que não possui renda compatível com a aquisição e/ou manutenção de tratamento medicamentoso adequado. O fato de ser um programa federal proporcionou uma padronização das atividades e produtos em todo o país, além de ganhos de escala decorrentes de grandes compras (SANTOS-PINTO *et al.*, 2008).

A lista de medicamentos do Programa é composta por 107 itens, mas este número se reduz para 97 (acrescido do preservativo masculino) caso não se considerem as variações de tamanho de embalagem, o que acontece para 10 itens. Deste modo, existem 96 apresentações, representando 71 medicamentos de diferentes classes terapêuticas. Deste número total de apresentações, 76 constam na Relação Nacional de Medicamentos (Rename) de 2006. A lista contempla um

grande número de classes terapêuticas; entretanto, algumas estão menos representadas. Outras, como os anti-infecciosos (25%), psicotrópicos (12%) e medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular e renal (12%), estão mais representadas, e juntas representam praticamente 50% da lista de medicamentos do Programa (SANTOS-PINTO *et al.*, 2008).

3.3 Desigualdade e Índice de Gini

As políticas públicas centram-se na busca do crescimento e da igualdade e redução da pobreza. As diversas políticas, no entanto, não são homogêneas com relação ao seu impacto sobre estas duas variáveis, com algumas voltando-se mais para o combate à desigualdade enquanto outras dedicam-se a fomentar o crescimento econômico. Para se alcançar um leque satisfatório de políticas capazes de combater a pobreza com maior eficácia, é necessário compreender qual a ênfase a ser dada a cada uma destas variáveis. Para isso é preciso determinar a sensibilidade relativa da pobreza ao crescimento econômico e a reduções no grau de desigualdade, isto é, é necessário verificar se a pobreza é mais sensível a reduções no grau de desigualdade ou ao crescimento econômico. Com base, por um lado, nos benefícios em termos de redução na pobreza advindos com o crescimento econômico e reduções no grau de desigualdade e, por outro, numa descrição do leque de políticas disponíveis em termos dos seus impactos sobre estas duas variáveis, é possível identificar o leque de políticas mais eficazes no combate à pobreza (BARROS; MENDONÇA, 1997).

O coeficiente de Gini é uma das medidas mais conhecidas do grau de concentração de renda e uma das maneiras mais utilizadas para calcular a desigualdade, varia de zero a um, este último valor correspondendo à desigualdade máxima. É derivado por meio da curva de Lorenz, gráfico que representa os percentuais acumulados de renda por quintis da população. O índice é estimado consoante as diferenças entre as áreas delimitadas pela curva de Lorenz, o eixo horizontal e a reta de 45° (HAMMOND; MCCULLAGH, 1978).

3.4 Tributação

Tratando-se de um sistema de saúde inserido em um sistema de seguridade social em que o acesso é definido pela necessidade e não pela capacidade de pagamento, o seu financiamento é realizado essencialmente através da arrecadação tributária. Sendo assim, é interessante investigar de que forma o ônus do financiamento está distribuído entre as famílias, de forma a analisar se o sistema de financiamento é progressivo ou não.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Base de Dados

Este trabalho trata-se de um estudo descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa, com base nos microdados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008/2009. Esta última é uma pesquisa detalhada sobre como as famílias adquirem e gastam os seus recursos, não só com saúde, mas relativas a todas as classes de despesas, da alimentação ao transporte, passando pelo vestuário, lazer e mesmo pelos impostos pagos. Além disso, a POF permite dimensionar o peso do gasto com saúde em relação aos demais dispêndios familiares.

A POF 2008-2009 foi uma pesquisa de abrangência nacional, realizada nas regiões urbanas e rurais do território nacional, cujo objetivo é informar acerca da composição do orçamento das famílias brasileiras.

Além das informações diretamente associadas à estrutura orçamentária, várias características dos domicílios e das famílias são investigadas, ampliando o potencial de utilização dos resultados da pesquisa. A partir disso, é possível estudar a composição dos gastos das famílias segundo as classes de rendimentos, as disparidades regionais, as áreas urbana e rural, a extensão do endividamento familiar, a difusão e o volume das transferências entre as diferentes classes de renda e a dimensão do mercado consumidor para grupos de produtos e serviços.

Outros temas, também, fortemente relacionados à qualidade das condições de vida são destaque nas POFs, a exemplo da investigação subjetiva sobre a qualidade de vida das famílias e de um amplo conjunto de variáveis que é investigado para o desenho da avaliação do perfil nutricional da população residente no Brasil. Para tanto, medidas antropométricas de todos os moradores dos domicílios foram tomadas e foram investigados aspectos relacionados à amamentação e à alimentação escolar e aplicado um módulo especial sobre consumo efetivo de alimentos.

A POF, por investigar temas tão diversos, possui múltiplas aplicações, tais como: contribuir com informações para subsidiar políticas públicas na área social para melhoria das condições de vida da população, incluídas as políticas públicas temáticas nos campos da nutrição, orientação alimentar, saúde, moradia, entre

outras. Para o setor privado, a pesquisa pode ser útil na definição de estratégias de investimentos em que o conhecimento do perfil do consumidor e da demanda por bens e serviços seja determinante.

Sob a ótica da qualidade das estatísticas públicas, destacam-se as atualizações das estruturas de ponderação das medidas de inflação, em particular do Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor produzido pelo IBGE, e da parcela de consumo das Contas Nacionais e Regionais do Brasil. A relevância destes aspectos para o País e a crescente necessidade de conhecimento da realidade brasileira relacionada ao perfil socioeconômico da população, retratado a partir dos orçamentos domésticos à forte demanda de diferentes usuários por informações atualizadas, justificaram a realização, pelo IBGE, da POF 2002-2003, com abrangência geográfica nacional, incluindo as áreas urbana e rural e a realização de nova pesquisa seis anos depois. A POF 2008-2009 é a quinta pesquisa realizada pelo IBGE sobre orçamentos familiares, e a última até então realizada no Brasil.

Para propiciar a estimativa de orçamentos familiares que contemplem as alterações a que estão sujeitos ao longo do ano, as despesas e os rendimentos, definiu-se o tempo de duração da pesquisa em 12 meses. O período de realização da POF 2008-2009 teve início no dia 19 de maio de 2008 e término no dia 18 de maio de 2009.

A POF é uma pesquisa realizada por amostragem, na qual são investigados os domicílios particulares permanentes. No domicílio, por sua vez, é identificada a unidade básica da pesquisa – unidade de consumo – que compreende um único morador ou conjunto de moradores que compartilham da mesma fonte de alimentação ou compartilham as despesas com moradia.

O conceito de “família” adotado pela POF e adotado nesta pesquisa é o do IBGE, que atende às recomendações internacionais e refere-se às pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, sem referência explícita ao consumo ou despesas (IBGE, 2009).

As pesquisas com famílias fornecem uma rica fonte de dados sobre o comportamento econômico e suas ligações com a política. Elas fornecem informações em nível do familiar individual sobre muitas variáveis que são estabelecidas ou influenciadas pela política. (DEATON, 1997, p.2).

As pesquisas domiciliares são as bases óbvias de dados para pesquisa de políticas, para avaliar os benefícios do bem-estar social dos programas públicos. No entanto, análises dos dados não estabelecem nem a causalidade, nem a magnitude dos efeitos, haja vista que não é possível realizar experiências controladas e, com isso, estabelecer umnexo causal. Um modelo econométrico viria a preencher a lacuna existente entre teoria e dados através da estimativa de parâmetros do modelo e interpretação dos dados. No entanto, dada a complexidade da técnica econométrica, a transparência e a replicabilidade do estudo são perdidas. Desse modo, a simples análise descritiva de dados pode trazer informações importantes para questões políticas ao invés do uso de uma teoria para resumo dos dados (DEATON, 1997).

4.2 Método

Este trabalho analisa o comportamento dos domicílios Pernambucanos, em um determinado período de tempo, quanto ao gasto privado com medicamentos, tendo como fonte de informação os microdados da POF 2008/2009 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O gasto com saúde, objeto desse estudo, nos domicílios pesquisados é o gasto privado com saúde, ou seja, aquele que é pago diretamente. Assim o gasto privado com saúde, inclui o gasto com consumo final efetivo em serviços médicos, planos de saúde, material médico hospitalar, medicamentos e hospitalização.

A análise de determinantes do gasto privado e a probabilidade de incorrer em gasto catastrófico em saúde segue a metodologia da Organização Mundial da Saúde (OMS) (XU, 2005). Este deve ser medido através da capacidade de pagamento dos domicílios (diferença entre o gasto total, o gasto de subsistência e o gasto de alimentação). A proporção da capacidade de pagamento que determina que um gasto é empobrecedor, depende do contexto que está sendo estudado, a OMS define gasto catastrófico em saúde como um gasto de 40% da capacidade de pagamento, no entanto, este varia de 20% a 50% (CID; PRIETO, 2012). Para este estudo, considerou-se gasto catastrófico como 20%.

Os dados da POF referentes a medicamentos foram inicialmente categorizados em nove grupos de acordo com a classe de medicamentos aos quais pertencem: antibióticos, antidiabéticos, anti-hipertensivos, brônco dilatadores,

psicotrópicos, ginecológicos, doenças infectocontagiosas, antialcoolismo e antitabagismo, tratamento do câncer e outros medicamentos.

Após a separação dos grupos de medicamentos, foram definidos os aspectos socioeconômicos a serem analisados, sendo eles: Renda, Ocupação, Sexo, Idade, Presença de Crianças na família, Presença de Aposentados na Família, Escolaridade, Local de Domicílio (Urbano ou Rural) e acesso à água encanada.

A renda foi categorizada em quintis, sendo definido o primeiro quintil como o intervalo de renda mais baixa e o último quintil como o intervalo de renda mais alto.

Também foi investigada a participação percentual de grupos de renda no total do gasto com itens selecionados. A participação percentual foi calculada como a proporção dos gastos de cada grupo de renda, em relação ao somatório total do gasto de todas as famílias da amostra, para as seguintes categorias de gasto: antibióticos, antidiabéticos, anti-hipertensivos, broncodilatadores, psicotrópicos, ginecológicos, doenças infectocontagiosas, antialcoolismo e antitabagismo, tratamento do câncer e outros medicamentos.

A análise da carga tributária que incide nos domicílios dos tributos indiretos (ICMS, IPI e Outros) dos gastos com saúde, foram obtidos a partir de simulações feitas pelo Grupo de Economia do Setor Público, Decon/UFPE, através do modelo de microsimulação de tributos e benefícios sociais BRAHMS, utilizando a POF 2008-09.

Por último, calculou-se o coeficiente de Gini, que se baseia na curva de Lorenz, que é uma curva de frequências acumuladas que compara a distribuição observada de uma variável com sua distribuição uniforme (de igualdade) (Schneider *et al.*, 2002). Quanto maior é a distância entre a curva de Lorenz e a linha diagonal da igualdade, maior é a desigualdade (SILVEIRA NETO; MENEZES, 2010).

No caso deste estudo, uma situação de desigualdade significaria que as famílias com maior renda absorveriam a maior parcela dos gastos, desonerando as famílias de menor renda. Para o cálculo do coeficiente de Gini da desigualdade nos gastos com medicamentos, foram consideradas todas as famílias, tanto aquelas que tiveram como aquelas que não tiveram gastos com medicamentos. O processamento computacional dos dados foi realizado por meio do software SPSS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As tabelas a seguir representam a análise descritiva dos resultados referentes ao processamento computacional dos dados via SPSS e o resultado do cálculo do índice de Gini através do programa STATA.

5.1 Características dos domicílios

A Tabela 1 a seguir traz as características dos domicílios (tamanho médio, renda monetária média mensal e gasto médio mensal com saúde por quintil de renda domiciliar bruta per capita). É possível verificar que o número médio de moradores nos domicílios diminui à medida que se evolui do quintil mais baixo até o quintil mais alto, chegando a ser 2,60 o número médio de moradores no quintil mais alto. A renda média é crescente do quintil de renda mais baixo para o mais alto, a renda média no quintil mais alto é de R\$6897,37. Vale salientar ainda que tanto o gasto médio domiciliar mensal com saúde quanto o gasto médio domiciliar mensal com saúde para domicílios que tiveram gasto positivo com saúde são crescentes com o aumento do quintil de renda.

Tabela 1- Características dos domicílios brasileiros (tamanho médio, renda monetária média mensal e gasto médio mensal com saúde por quintil de renda domiciliar bruta per capita)

QUINTIL	N _{me}	RM (R\$)	G_S (R\$)	G_S>0 (R\$)
1	4.36	474,53	81,59	88,26
2	3.66	993,32	127,46	133,69
3	2.97	1.381,35	170,85	178,68
4	2.91	2.333,41	249,89	258,66
5	2.60	6.897,37	679,89	694,70
TODOS	3.30	3.020,00	195,86	274,05

Legenda:

N_{me}= número médio de moradores nos domicílios

RM = renda média monetária domiciliar mensal

G_S = gasto médio domiciliar mensal com saúde

G_S>0 = gasto médio domiciliar mensal com saúde para domicílios que tiveram gasto positivo com saúde

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 2 fornece as características dos domicílios (renda monetária média mensal per capita e gasto médio mensal per capita com saúde por quintil de renda). A renda média per capita é crescente do quintil de renda mais baixo para o mais alto

e a renda média per capita no quintil mais alto é de R\$ 2907,85. Tanto o gasto médio domiciliar mensal com saúde per capita quanto o gasto médio domiciliar mensal com saúde per capita para domicílios que tiveram gasto positivo com saúde são crescentes com o aumento do quintil de renda, dados estes condizentes com a literatura de economia da saúde.

Tabela 2 - Características dos domicílios brasileiros (renda monetária média mensal per capita e gasto médio mensal per capita com saúde por quintil de renda)

QUINTIL	RM_PC (R\$)	G_S_PC (R\$)	G_S>0_PC(R\$)
1	110,16	265,00	287,00
2	272,25	446,00	468,00
3	466,58	773,00	809,00
4	780,56	1.084,00	1.122,00
5	2.907,85	3.226,00	3.297,00
TODOS	912,63	1.158,80	1.196,60

Legenda:

RM_PC = renda média monetária domiciliar mensal per capita

G_S_PC = gasto médio domiciliar mensal com saúde per capita

G_S>0_PC = gasto médio domiciliar mensal com saúde per capita para domicílios que tiveram gasto positivo com saúde.

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 3 fornece informações a respeito do número de domicílios na amostra com e sem gasto com saúde por quintil de renda monetária domiciliar. A partir destes dados, é possível concluir que, ao passar de quintis de renda mais baixo para quintis de renda mais alto, o número de domicílios com gastos positivos com saúde aumenta, chegando a representar 97,9% do total no quintil mais alto. Sendo assim, condizente com as tabelas anteriormente discutidas.

Tabela 3 - Frequência de domicílios brasileiros com e sem gasto com saúde na amostra por quintil de renda monetária domiciliar mensal per capita

	QUINTIL					Total
	1	2	3	4	5	
DOMÍCILOS COM GASTO TOTAL COM SAÚDE IGUAL A ZERO	872.219	537.584	505.520	390.987	245.907	2.552.217
DOMÍCILOS COM GASTO TOTAL COM SAÚDE POSITIVO	10.667.652	10.999.657	11.032.582	11.148.505	11.291.244	55.139.640
TOTAL	11.539.871	11.537.241	11.538.102	11.539.492	11.537.151	57.691.857
PORCENTAGEM DE DOMÍCILOS	92.4	95.3	95.6	96.6	97.9	95.6

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

5.2 Gastos com saúde

A Tabela 4 fornece informações a respeito do gasto total com saúde por quintil de renda monetária domiciliar no Brasil e em Pernambuco.

Ao analisar os dados para o Brasil é possível concluir, utilizando os dados da POF 2008-2009, que os gastos com saúde aumentam com o aumento do quintil de renda.

Além disso, a partir da porcentagem do total de gasto, ou seja, quanto cada quintil gasta em saúde em relação ao total de gastos com saúde, é possível concluir que existe uma discrepância entre os quintis de renda mais alto e mais baixos, chegando ao ponto do gasto com saúde do quintil mais alto representar 51,9% do total dos gastos com saúde.

Ao analisar os dados para Pernambuco, é possível concluir que estas são condizentes com os dados referentes ao Brasil e que os gastos com saúde aumentam com o aumento do quintil de renda, apresentando discrepâncias apenas no quintil 3 e 4.

Ainda a partir da porcentagem do total de gasto, é possível concluir que há uma diferença entre os quintis de renda mais alto e o mais baixo, chegando ao ponto do gasto com saúde do quintil mais alto representar 41,4% do total dos gastos com saúde, porém, ainda é menor que a diferença apresentada no Brasil.

Tabela 4 - Gasto total com saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e Pernambuco

BRASIL						
QUINTIL						
	1	2	3	4	5	Total
GASTO TOTAL COM SAÚDE (R\$/Ano)	11.298.495.779,33	17.646.871.016,11	23.656.033.151,06	34.603.407.165,38	94.128.063.294,41	181.332.870.406,29
PORCENTAGEM DO TOTAL	6,2	9,7	13,0	19,1	51,9	100,0
PERNAMBUCO						
QUINTIL						
	1	2	3	4	5	Total
GASTO TOTAL COM SAÚDE (R\$/Ano)	753.818.312,10	812.225.895,34	789.745.157,12	812.240.325,11	2.239.491.977,17	5.407.521.666,83
PORCENTAGEM DO TOTAL	13,9	15,0	14,6	15,0	41,4	100,0

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 5 a seguir demonstra o gasto total médio com saúde por quintil de renda monetária per capita no Brasil e em Pernambuco. A partir dela, é possível inferir que, no Brasil, ao passar de um quintil de renda mais baixa para um quintil de renda mais alta o gasto médio com saúde aumenta, chegando a R\$ 8158,69 no quintil de renda mais alta. Ainda, é possível calcular a discrepância que existe entre o gasto do quintil mais alto e o do quintil mais baixo, 8,3 é o número de vezes que os domicílios do quintil mais alto gastam a mais com saúde do que os domicílios com quintil mais baixo.

A partir dos dados de Pernambuco, é possível notar que os dados são condizentes com os dados do Brasil, e ao passar de um quintil de renda mais baixa para um quintil de renda mais alta, ocorre um maior gasto total médio por renda monetária domiciliar per capita em Pernambuco.

Ainda, é possível, a partir do gasto do quintil mais alto e o do quintil mais baixo, calcular o número de vezes que os domicílios do quintil mais alto gastam a mais com saúde do que os domicílios com quintil mais baixo e este número é igual ao do Brasil: 8,3 vezes mais.

Tabela 5 - Gasto total médio com saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e Pernambuco

	BRASIL				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
GASTO MÉDIO COM SAÚDE (R\$/Ano)	979,08	1.529,56	2.050,25	2.998,69	8.158,69
RAZÃO DO GASTO MÉDIO DO QUINTIL MAIS ALTO E DO GASTO MÉDIO DO QUINTIL MAIS BAIXO (Q5/Q1)	8.3				
	PERNAMBUCO				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
GASTO MÉDIO COM SAÚDE (R\$/Ano)	913,19	1.270,40	1.498,44	2.344,64	7.536,67
RAZÃO DO GASTO MÉDIO DO QUINTIL MAIS ALTO E DO GASTO MÉDIO DO QUINTIL MAIS BAIXO (Q5/Q1)	8.3				

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 6 traz o gasto médio per capita com saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e em Pernambuco. A partir desta, é possível mostrar que os dados do Brasil são condizentes com as tabelas 3A e 3B, os gastos per capita com saúde aumentam na medida em que se passa do quintil de renda mais baixo para o quintil de renda subsequente.

Além disso, é possível calcular a diferença entre os gastos do quintil mais alto com saúde e do quintil mais baixo, a partir da razão dos gastos respectivos, e, a partir do cálculo, é possível mostrar que o quintil de renda mais alto apresenta 12,2 vezes o gasto com saúde do quintil mais baixo.

Os dados para Pernambuco são condizentes aos dados do Brasil: os gastos per capita com saúde aumentam na medida em que se passa do quintil de renda mais baixo para o quintil de renda subsequente.

Além disso, é possível calcular a diferença entre os gastos do quintil mais alto com saúde e do quintil mais baixo, a partir da razão dos gastos respectivos, e, a partir do cálculo, é possível mostrar que o quintil de renda mais alto apresenta 13,4 vezes o gasto com saúde do quintil mais baixo. Este número é maior que o da média nacional. A partir dos dados das tabelas 4, 5, 6, é possível levantar a hipótese de desigualdade em Pernambuco e no Brasil no que se refere aos gastos com saúde, o que pode levar a um Gini muito alto, quando se considerado apenas gastos com saúde.

Tabela 6 - Gasto médio per capita com saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e Pernambuco

	BRASIL				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
GASTO PER CAPITA COM SAÚDE (R\$/Ano)	265,00	446,00	773,00	1.084,00	3.226,00
RAZÃO DO GASTO PER CAPITA DO QUINTIL MAIS ALTO E DO GASTO PER CAPITA DO QUINTIL MAIS BAIXO (Q5/Q1)	12.2				
	PERNAMBUCO				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
GASTO PER CAPITA COM SAÚDE (R\$/Ano)	236.33	383.62	592.45	849.69	3.178.50
RAZÃO DO GASTO PER CAPITA DO QUINTIL MAIS ALTO E DO GASTO PER CAPITA DO QUINTIL MAIS BAIXO (Q5/Q1)	13.4				

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 7 demonstra a representação do gasto com saúde na renda familiar brasileira e pernambucana. Ao analisar os dados para o Brasil por quintil de renda, é perceptível que independente do quintil, os gastos com saúde representam quase a mesma parcela do orçamento. Isto corrobora para a hipótese de que o gasto

defensivo necessário para a manutenção da saúde é em torno de 10% da renda familiar.

Ao analisar por quintil de renda os dados para Pernambuco, percebe-se que estes dados não mudam muito em relação à média nacional, e que, independente do quintil, os gastos com saúde representam quase a mesma parcela do orçamento, aumentando ligeiramente para 12% no quintil de renda mais alto.

Tabela 7- Parcela orçamentária do gasto com saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e Pernambuco

	BRASIL				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
PORCENTAGEM EM RELAÇÃO À RENDA MONETÁRIA TOTAL (%)	8.45	9.66	11.00	10.21	11.47
	PERNAMBUCO				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
PORCENTAGEM EM RELAÇÃO À RENDA MONETÁRIA TOTAL (%)	10.00	10.00	10.00	10.00	12.00

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 8 mostra a representação do gasto com saúde por quintil de gasto total domiciliar per capita com saúde no Brasil e em Pernambuco. Ao analisar por quintil, é perceptível no Brasil que ao alterar o quintil de análise do mais baixo até o mais alto, a parcela dos gastos destinada à saúde aumenta de 2%, chegando a 25,88% do total do gasto no quintil mais alto.

O Estado de Pernambuco se enquadra na média nacional, e ao analisar-se por quintil de renda, é perceptível que ao modificar o quintil de análise do mais baixo até o mais alto, a parcela dos gastos destinada à saúde aumenta, chegando a 24,22% do total do gasto no quintil mais alto.

Tabela 8 - Parcela orçamentária do gasto com saúde por quintil de gasto total domiciliar per capita com saúde no Brasil e Pernambuco

	BRASIL				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
PORCENTAGEM EM RELAÇÃO AO GASTO TOTAL (%)	1.63	5.56	9.31	14.04	25.88
	PERNAMBUCO				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
PORCENTAGEM EM RELAÇÃO AO GASTO TOTAL (%)	2.03	6.35	11.03	16.39	24.22

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 9 mostra a representação do gasto com saúde por quintil de gasto total domiciliar per capita com consumo no Brasil e em Pernambuco. Ao analisar por quintil de gasto total domiciliar com consumo os dados do Brasil, é perceptível que, ao aumentar o nível de consumo, a parcela dos gastos destinada à saúde aumenta ligeiramente, porém apresenta dados similares à Tabela 4A, o que demonstra que a parcela destinada aos gastos defensivos com saúde não sofre tanto impacto ao mudar o quintil de análise.

Ao analisar os dados de Pernambuco por quintil de gasto total domiciliar com consumo, é perceptível que ao aumentar o nível de consumo, a parcela dos gastos destinada à saúde aumenta ligeiramente. Apenas no quintil 4 ela cai, porém, apresenta dados similares à Tabela 7, o que demonstra também que Pernambuco se enquadra na média nacional e que a parcela destinada aos gastos defensivos com saúde não sofre tanto impacto ao mudar o quintil de análise.

Tabela 9 - Parcela orçamentária do gasto com saúde por quintil de gasto total domiciliar per capita com consumo no Brasil e Pernambuco

	BRASIL				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
PORCENTAGEM EM RELAÇÃO AO GASTO TOTAL (%)	9.23	10.21	10.53	11.51	11.86
	PERNAMBUCO				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
PORCENTAGEM EM RELAÇÃO AO GASTO TOTAL (%)	9.68	10.02	10.46	9.68	11.85

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 10 estabelece a relação entre quintil de Renda e o gasto com medicamentos para o Brasil e Pernambuco. Os medicamentos foram divididos em nove grupos, de acordo com a sua finalidade terapêutica e a renda foi agrupada em quintis. Pode-se analisar que ao aumentar o quintil de renda no Brasil, os gastos com medicamentos aumentam em quase todos os tipos de medicamento. Os anti-hipertensivos representaram o maior gasto em todos os quintis de renda, seguido dos psicotrópicos, como foi evidenciado por Lima *et al.* (2007). Os medicamentos para tratar as doenças infectocontagiosas representaram o menor gasto para o grupo com maior renda, o que pode indicar melhor acesso ao saneamento básico, e as medidas preventivas como: alimentação adequada, boas condições de moradia e acesso a vacinas. Entre os mais pobres os medicamentos destinados ao tratamento do tabagismo e alcoolismo, representaram o menor gasto entre todos os outros grupos de medicamentos.

Vale salientar que despesa privada com saúde no Brasil, conforme retrata a POF, é essencialmente despesa com medicamentos, o que justifica, portanto, baixos valores referentes a outras despesas médicas.

Ao observar o valor médio anual gasto em Pernambuco, a correlação também é positiva entre o quintil de renda e dispêndio com medicamento, porém, há algumas mudanças: os gastos com antibióticos são maiores no primeiro e no último quintil de renda; o gasto com medicamentos do tipo bronco dilatadores se mostra menor no último quintil, porém há algumas mudanças quando se analisa o terceiro e quarto quintil de renda. Pernambuco apresenta algumas peculiaridades que diferem da média nacional, e estas devem estar relacionadas com outras características socioeconômicas.

Tabela 10 - Valor Médio Anual Gasto com medicamento por Quintil de Renda Monetária Domiciliar Per Capita no Brasil e em Pernambuco (R\$/Ano)

DESPESAS COM SAÚDE	BRASIL					PERNAMBUCO				
	QUINTIL					QUINTIL				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
ANTIBIÓTICOS	7.23	7.51	8.16	10.82	15.44	10.98	3.59	1.47	2.70	12.86
ANTIDIABÉTICOS	14.62	20.43	41.15	41.51	76.44	1.25	20.40	19.77	29.69	91.84
ANTI-HIPERTENSIVOS	65.32	125.26	191.97	204.29	322.95	40.61	92.61	127.43	145.74	449.10
BRONCODILATADORES	5.92	7.48	10.64	14.47	4.80	1.62	0.51	1.81	3.41	0.00
PSICOTRÓPICOS	38.23	75.21	84.98	118.34	189.26	37.89	95.31	48.37	65.00	263.85
GINECOLÓGICOS	3.43	4.91	5.25	5.31	10.28	1.42	4.55	2.07	2.94	13.28
DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS	0.27	0.34	0.48	1.69	0.10	0.63	0.00	0.00	0.20	0.00
ANTIALCOOLISMO E ANTITABAGISMO	0.08	0.15	0.16	0.71	0.38	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TRATAMENTO DO CÂNCER	1.32	3.82	8.23	12.42	21.98	1.78	1.01	2.57	0.00	25.41
OUTROS MEDICAMENTOS	800.17	1.229.88	1.634.62	2.514.62	7.353.88	782.92	1.025.32	1.247.97	2.010.48	6.544.66
OUTRAS DESPESAS MÉDICAS	42.50	54.57	64.62	74.52	163.22	34.07	27.12	47.01	84.33	135.73
GASTO MÉDIO COM SAÚDE (R\$/Ano)	979,08	1.529,56	2.050,25	2.998,69	8.158,69	913,19	1.270,40	1.498,44	2.344,64	7.536,67

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 11 traz a correlação entre os gastos com medicamentos e o sexo da pessoa de referência no domicílio, no Brasil e em Pernambuco. No Brasil, as residências chefiadas por mulheres tiveram maior gasto em: antidiabéticos, anti-hipertensivos, psicotrópicos, ginecológicos, outros medicamentos e outras despesas médicas. Já as residências chefiadas por homens tiveram mais gasto com: antibióticos, bronco dilatadores, doenças infectocontagiosas, antialcoolismo e antitabagismo, e tratamento do câncer.

Em Pernambuco, as residências chefiadas por mulheres tiveram maior gasto em: anti-hipertensivos, psicotrópicos, bronco dilatadores e doenças infectocontagiosas. Já as residências chefiadas por homens tiveram mais gasto com: antibióticos, antidiabéticos, doenças infectocontagiosas, antialcoolismo, ginecológicos e antitabagismo, tratamento para o câncer, outros medicamentos e outras despesas médicas. Pernambuco difere da média nacional com relação aos gastos com medicamentos em alguns aspectos: as famílias com pessoa de referência do sexo feminino apresentam os gastos maiores com antidiabéticos, bronco dilatadores e doenças infectocontagiosas e menores com medicamentos ginecológicos, outros medicamentos e outras despesas quando se compara a famílias com pessoa de referência do sexo masculino no mesmo Estado.

Tabela 11 - Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Sexo da Pessoa de Referência no Brasil e em Pernambuco (R\$/2008/09)

DESPESAS COM SAÚDE	BRASIL		PERNAMBUCO	
	Sexo		Sexo	
	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO
ANTIBIÓTICOS	7.93	10.68	5.96	6.64
ANTIDIABÉTICOS	40.76	37.96	23.52	23.57
ANTI-HIPERTENSIVOS	193.30	176.85	148.28	121.38
BRONCODILATADORES	7.58	9.15	1.90	1.21
PSICOTRÓPICOS	108.57	97.89	83.75	82.55
GINECOLÓGICOS	6.45	5.56	3.00	4.28
DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS	0.40	0.65	0.66	0.00
ANTIALCOOLISMO E ANTITABAGISMO	0.02	0.42	0.00	0.00
TRATAMENTO DO CÂNCER	8.28	10.13	2.25	5.17
OUTROS MEDICAMENTOS	2.797.35	2.665.68	1.667.15	1.785.81
OUTRAS DESPESAS MÉDICAS	82.24	78.82	50.72	54.22

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 12 correlaciona gasto privado com medicamentos no Brasil e em Pernambuco, através do valor médio anual do gasto com saúde com a área de residência, podendo ser urbana ou rural. No Brasil, os moradores da área urbana apresentam maior gasto com medicamentos em todos os grupos exceto os ginecológicos, estes gastos foram iguais nas duas localidades.

O gasto maior no meio urbano pode estar correlacionado diretamente com o nível de renda mais alto apresentado pelas famílias que moram neste meio. Já o fato de a singularidade dos gastos serem iguais nos medicamentos ginecológicos pode corroborar para a hipótese de que, independente da renda, há um maior cuidado no meio rural em questões de saúde ginecológicas.

Em Pernambuco, os moradores da área urbana pernambucana apresentam características similares da média nacional, a qual demonstra maior gasto com medicamentos em todos os grupos exceto os ginecológicos, no caso da média nacional, estes últimos são iguais nas duas localidades, porém em Pernambuco os gastos de famílias localizadas no meio rural são maiores, o que pode demonstrar um maior problema quanto a este aspecto ou maior cuidado de saúde, independente do nível de renda considerado.

Tabela 12 - Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Área de Residência no Brasil e em Pernambuco (R\$/2008/09)

DESPESAS COM SAÚDE	BRASIL		PERNAMBUCO	
	Área de Residência		Área de Residência	
	RURAL	URBANA	RURAL	URBANA
ANTIBIÓTICOS	5.79	10.58	6.06	6.49
ANTIDIABÉTICOS	17.21	42.82	10.35	26.52
ANTI-HIPERTENSIVOS	132.35	191.11	82.12	141.34
BRONCODILATADORES	4.98	9.34	1.42	1.45
PSICOTRÓPICOS	56.98	109.37	74.27	84.91
GINECOLÓGICOS	5.83	5.83	4.42	3.72
DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS	0.45	0.60	0.15	0.24
ANTIALCOOLISMO E ANTITABAGISMO	0.23	0.31	0.00	0.00
TRATAMENTO DO CÂNCER	5.07	10.38	3.04	4.44
OUTROS MEDICAMENTOS	1.426.65	2.942.86	1.091.57	1.892.93
OUTRAS DESPESAS MÉDICAS	37.35	87.74	18.28	60.86

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 13 estabelece a relação entre a idade da pessoa de referência do domicílio e o gasto anual com medicamentos no Brasil e em Pernambuco. No Brasil, para o grupo com até 17 anos, o gasto com psicotrópicos consistiu-se no maior gasto entre as categorias de medicamentos, seguido de anti-hipertensivos. O grupo com idade de 18-59 anos teve um maior gasto com anti-hipertensivos, seguido de psicotrópicos. O grupo com 60 anos ou mais de idade, teve um gasto maior com anti-hipertensivo, seguido dos psicotrópicos. Os anti-hipertensivos são os medicamentos com maior valor médio anual gasto entre os indivíduos com 60 anos ou mais, cerca de 440 Reais.

Já o estado de Pernambuco se enquadra na média nacional de gasto com medicamentos para os diversos grupos, com leves alterações. Para o grupo com até 17 anos, o gasto com psicotrópicos consistiu no maior gasto entre as categorias de medicamentos, seguido de bronco dilatadores. O gasto com bronco dilatadores para o grupo 1 foi maior do que o gasto do grupo 2 e 3 para a mesma categoria de medicamentos. O grupo com idade de 18-59 anos teve um maior gasto com anti-hipertensivos, seguido de psicotrópicos. O grupo com 60 anos ou mais de idade, tiveram um maior gasto com anti-hipertensivo, seguido dos psicotrópicos. Os anti-hipertensivos são os medicamentos com maior valor médio anual gasto entre os indivíduos com 60 anos ou mais, cerca de 300 Reais.

Tabela 13 - Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Grupo de Idade da Pessoa de Referência (R\$/Ano) no Brasil e em Pernambuco

	BRASIL			PERNAMBUCO		
	Grupo			Grupo		
	1 Até 17 anos	2 18-59 anos	3 ≥ 60 anos	1 Até 17 anos	2 18-59 anos	3 ≥ 60 anos
DESPESAS COM SAÚDE						
ANTIBIÓTICOS	0.00	10.65	7.25	0.00	7.52	3.33
ANTIDIABÉTICOS	0.00	22.09	92.88	0.00	14.42	49.81
ANTI-HIPERTENSIVOS	22.08	101.99	440.08	9.43	71.39	300.01
BRONCODILATADORES	1.51	6.57	15.43	14.24	1.08	2.36
PSICOTRÓPICOS	136.22	74.05	188.42	27.88	46.49	187.44
GINECOLÓGICOS	0.00	6.21	4.66	0.00	3.54	4.77
DOENÇAS INFECTO- CONTAGIOSAS	0.00	0.53	0.71	0.00	0.27	0.10
ANTIALCOOLISMO E ANTITABAGISMO	0.00	0.23	0.50	0.00	0.00	0.00
TRATAMENTO DO CÂNCER	0.00	3.36	29.53	0.00	1.78	11.06
OUTROS MEDICAMENTOS	1.128.75	2.637.32	2.936.69	709.79	1.540.62	2.340.58
OUTRAS DESPESAS MÉDICAS	35.59	73.59	100.35	241.46	50.81	57.52

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 14 mostra o valor médio dos gastos por classe de medicamentos entre as regiões do país. As regiões Sul e Sudeste apresentaram os maiores gastos com medicamentos em todos os grupos de medicamentos. Exceto o ginecológico, que foi maior na região nordeste e doenças infectocontagiosas que teve maior gasto a região Centro Oeste. Os gastos com anti-hipertensivos foram 2,8 vezes maiores no Sudeste do que no Norte. Já os psicotrópicos tiveram um gasto 5,1 vezes maior no Sul do que no Norte do país. Com relação ao gasto com medicamentos antitabagismo e antialcoolismo a região que apresentou o menor gasto foi a região Nordeste, que teve um valor médio 7 vezes menor do que a região Sudeste. Houve uma grande variação no gasto com medicamentos para o câncer entre as regiões do Brasil. Na região Sul o gasto com medicamentos para o câncer foi 93,4 vezes maior do que na região Norte. Os bronco dilatadores tiveram um gasto muito semelhante entre as regiões Sul e Sudeste, com valores de 11,66 e 11,59 respectivamente.

Tabela 14 - Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Região Geográfica do Domicílio (R\$/Ano)

DESPESAS COM SAÚDE	Região				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
ANTIBIÓTICOS	4.82	5.25	11.84	13.29	11.42
ANTIDIABÉTICOS	11.82	18.46	56.91	37.24	31.40
ANTI-HIPERTENSIVOS	79.47	123.38	221.43	220.86	167.51
BRONCODILATADORES	2.89	3.35	11.59	11.66	9.06
PSICOTRÓPICOS	26.87	52.32	135.58	137.57	62.91
GINECOLÓGICOS	5.51	7.24	5.40	4.45	6.65
DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS	0.42	0.31	0.78	0.38	0.86
ANTIALCOOLISMO E ANTITABAGISMO	0.16	0.07	0.49	0.20	0.22
TRATAMENTO DO CÂNCER	0.35	2.70	8.18	32.70	2.46
OUTROS MEDICAMENTOS	1.627.78	1.488.67	3.628.54	2.906.22	2.107.90
OUTRAS DESPESAS MÉDICAS	50.27	51.86	99.59	79.62	89.01

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 15 compara o valor médio anual do gasto com saúde por ocupação da pessoa de referência do domicílio, no Brasil e em Pernambuco. No Brasil, Aposentados e Pensionistas tiveram maior gasto com anti-hipertensivos, psicotrópicos e antidiabéticos. O empregado público teve maior gasto com anti-hipertensivos e psicotrópicos. O empregado doméstico apresentou o menor gasto em todos os grupos de medicamentos, em comparação com as outras ocupações.

Já em Pernambuco, Aposentados e Pensionistas tiveram maior gasto com antidiabéticos, anti-hipertensivos e tratamento do câncer. Os empregados públicos tiveram maior gasto com medicamentos psicotrópicos em comparação com as outras ocupações.

Tabela 15 - Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Ocupação da Pessoa de Referência no Brasil e em Pernambuco (R\$/2008/09)

DESPESAS COM SAÚDE	BRASIL								
	OCUPAÇÃO DA PESSOA DE REFERÊNCIA								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ANTIBIÓTICOS	18.29	8.40	11.33	15.64	5.66	2.00	6.65	1.87	10.13
ANTIDIABÉTICOS	59.32	22.84	24.66	25.10	18.73	14.02	95.68	82.28	27.67
ANTI-HIPERTENSIVOS	289.73	137.46	88.93	132.54	68.66	142.77	435.02	134.43	172.82
BRONCODILATADORES	3.41	6.20	6.37	9.35	3.00	4.65	17.10	0.00	11.08
PSICOTRÓPICOS	151.31	76.02	81.57	94.30	41.04	46.66	172.77	71.64	122.60
GINECOLÓGICOS	5.38	7.23	4.91	8.29	2.74	3.52	6.59	1.81	3.24
DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS	0.00	0.40	0.14	0.13	0.11	2.64	0.85	0.00	3.16
ANTIALCOOLISMO E ANTITABAGISMO	0.00	0.10	0.19	0.59	0.00	0.00	0.75	0.00	0.20
TRATAMENTO DO CÂNCER	61.15	2.33	3.04	7.97	6.98	0.24	25.55	0.00	3.13
OUTROS MEDICAMENTOS	12.035.03	2.205.50	2.261.10	3.825.28	1.056.98	1.195.05	2.887.18	1.572.34	1.780.09
OUTRAS DESPESAS MÉDICAS	151.39	65.12	75.39	135.76	41.41	25.23	92.99	55.96	49.19
DESPESAS COM SAÚDE	PERNAMBUCO								
	OCUPAÇÃO DA PESSOA DE REFERÊNCIA								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ANTIBIÓTICOS	10.26	3.11	9.24	12.89	5.74	3.71	4.56	3.53	4.27
ANTIDIABÉTICOS	51.48	19.51	13.20	19.79	7.55	12.65	55.68	22.37	5.91
ANTI-HIPERTENSIVOS	227.77	120.61	56.87	142.35	42.06	48.52	291.92	113.78	89.30
BRONCODILATADORES	0.00	1.65	0.82	2.25	0.00	5.20	2.12	0.00	0.00
PSICOTRÓPICOS	61.94	93.99	47.54	145.84	12.96	37.53	140.65	80.06	47.88
GINECOLÓGICOS	21.03	4.20	2.00	5.49	5.08	7.35	3.84	0.00	0.17
DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS	0.00	0.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.61
ANTIALCOOLISMO E ANTITABAGISMO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TRATAMENTO DO CÂNCER	0.00	2.38	0.00	0.00	5.51	0.00	14.74	0.00	6.82
OUTROS MEDICAMENTOS	4.094.33	1.490.56	1.448.73	3.441.68	796.10	797.04	2.236.88	1.019.88	972.77
OUTRAS DESPESAS MÉDICAS	281.37	55.66	34.55	89.38	25.14	25.65	55.51	35.70	25.77
1	Empregador		6	Não remunerado					
2	Conta própria		7	Pensionista ou aposentado					
3	Empregado Privado		8	Estudante					
4	Empregado Público		9	Outros não-ocupados					
5	Empregado Doméstico								

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 16 correlaciona o valor médio anual de gasto com medicamentos por condição do domicílio (Acesso à água encanada), no Brasil e em Pernambuco. Considerando que as condições de moradia são uma medida indireta da renda das famílias, no Brasil os valores são concordantes no que diz respeito a ter um maior gasto com medicamento quem tem uma maior renda. Esta tabela mostra que quem tem acesso à água encanada possui maior gasto em todos os grupos de medicamentos, inclusive antibióticos.

Em Pernambuco, considerando da mesma forma que as condições de moradia são uma medida indireta da renda das famílias, os valores corroboram a hipótese no que diz respeito a ter um maior gasto com medicamento quem tem uma maior renda, ou seja, Pernambuco novamente se enquadra a média nacional.

Tabela 16 - Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Condição do Domicílio (Acesso a Água Canalizada) (R\$/Ano) no Brasil e em Pernambuco

DESPESAS COM SAÚDE	BRASIL		PERNAMBUCO	
	ACESSO A ÁGUA ENCANADA		ACESSO A ÁGUA ENCANADA	
	Sim	Não	Sim	Não
ANTIBIÓTICOS	10.40	2.44	6.75	4.64
ANTIDIABÉTICOS	41.32	6.80	26.40	8.67
ANTI-HIPERTENSIVOS	190.90	66.86	144.76	55.77
BRONCODILATADORES	9.17	2.16	0.97	3.89
PSICOTRÓPICOS	106.31	35.47	83.73	78.93
GINECOLÓGICOS	5.97	4.14	4.46	0.67
DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS	0.58	0.54	0.23	0.17
ANTIALCOOLISMO E ANTITABAGISMO	0.32	0.00	0.00	0.00
TRATAMENTO DO CÂNCER	10.19	1.43	4.69	1.53
OUTROS MEDICAMENTOS	2.858.37	753.80	1.914.19	865.67
OUTRAS DESPESAS MÉDICAS	84.25	23.72	59.78	17.84

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 17 a seguir correlaciona o valor médio anual de gasto com medicamentos por condição do domicílio (Acesso a esgotamento sanitário) no Brasil e em Pernambuco. No Brasil, devido ao fato de que o acesso a esgoto sanitário é uma medida indireta de renda, os valores são condizentes com esta teoria. Isto ocorre pela expectativa de que ao ter esgoto sanitário domicílios se

deparariam com maior renda e conseqüentemente um maior gasto com medicamentos, o que corrobora o resultado de tabelas anteriores.

Em Pernambuco, apesar do acesso a esgoto sanitário seja também uma medida indireta de renda, os valores não são tão condizentes com esta afirmação. É visto que, em alguns tipos de medicamentos, os gastos são maiores nos domicílios os quais não tem esgotamento sanitário, como nos antibióticos e bronco dilatadores e doenças infectocontagiosas. Tal fato pode ser justificado por demandas de saúde específicas dos domicílios sem esgotamento sanitário, haja vista que esta população se encontra mais vulnerável as doenças infectocontagiosas em geral.

Tabela 17 - Valor Médio Anual de Gasto com Saúde por Condição do Domicílio (Acesso a Esgotamento Sanitário) no Brasil e em Pernambuco (R\$/Ano)

DESPESAS COM SAÚDE	BRASIL		PERNAMBUCO	
	ACESSO A ESGOTAMENTO SANITÁRIO		ACESSO A ESGOTAMENTO SANITÁRIO	
	Sim	Não	Sim	Não
ANTIBIÓTICOS	12.26	7.16	5.21	7.16
ANTIDIABÉTICOS	53.31	22.90	32.27	18.15
ANTI-HIPERTENSIVOS	222.50	137.33	158.92	112.81
BRONCODILATADORES	11.06	6.03	1.38	1.48
PSICOTRÓPICOS	136.92	61.90	101.46	71.48
GINECOLÓGICOS	6.15	5.48	4.97	3.15
DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS	0.38	0.79	0.00	0.36
ANTIALCOOLISMO E ANTITABAGISMO	0.37	0.21	0.00	0.00
TRATAMENTO DO CÂNCER	8.26	10.98	8.83	1.30
OUTROS MEDICAMENTOS	3.671.89	1.644.15	2.561.88	1.239.42
OUTRAS DESPESAS MÉDICAS	105.24	51.98	62.36	47.26

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 18 traz os dados referentes aos gastos catastróficos com saúde por quintil de renda monetária domiciliar no Brasil e em Pernambuco. Diniz *et al* (2007) define gasto catastrófico em saúde como um gasto não previsto com serviços de saúde, os quais podem absorver parte significativa do orçamento de uma família, levando-a a abrir mão de consumir outros serviços, vender ativos ou mesmo se endividar. Para algumas famílias, esse evento não previsto pode inclusive implicar o risco de torná-las pobres ou mesmo de uma família pobre se tornar indigente.

Através dos dados, é possível concluir que no Brasil quanto mais elevado o quintil de renda no país, menor o comprometimento da renda e menor o percentual de domicílios com gasto catastrófico em saúde, o que demonstra a fragilidade social dos domicílios com renda mais baixa no Brasil. Em Pernambuco é possível verificar uma maior fragilidade nos domicílios de mais baixa renda: 25% dos domicílios do quintil mais baixo apresentam gasto catastrófico com saúde.

Tabela 18 - Número e percentual de gasto anual catastrófico com saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e em Pernambuco

	BRASIL				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
GASTO ANUAL CATASTRÓFICO COM SAÚDE (R\$/Ano)	2.394.490,00	2.456.246,00	2.727.688,00	2.298.169,00	1.987.392,00
PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS COM GASTO CATASTRÓFICO (%)	21	21	24	20	17
	PERNAMBUCO				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
GASTO ANUAL CATASTRÓFICO COM SAÚDE (R\$/Ano)	205.085,00	139.805,00	118.560,00	62.680,00	71.003,00
PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS COM GASTO CATASTRÓFICO (%)	25	17	14	8	9

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 19 traz o número e a porcentagem de domicílios com plano de saúde no Brasil e em Pernambuco. No Brasil, o quintil de renda mais baixa apresenta o menor percentual de domicílios com plano de saúde (2,34%) enquanto que o de quintil mais alto apresenta 52,82% dos domicílios com plano de saúde.

A discrepância entre os quintis de renda demonstra a necessidade do plano de saúde diante de um sistema público sucateado e ineficiente. Além disso, é perceptível a desigualdade quanto ao cuidado da saúde no país, pois enquanto os domicílios situados nos quintis mais altos têm a possibilidade de

arcar com um plano de saúde mais cômodo e eficiente, os quintis mais baixos ficam dependentes do sistema público de saúde ineficaz.

Em Pernambuco, o quintil de renda mais baixo apresenta o percentual de domicílios com plano de saúde ainda menor que a média nacional (1,05%), enquanto que o de quintil mais alto apresenta o percentual ainda maior de domicílios do que a média nacional (61,67% dos domicílios com plano de saúde). Dessa forma, ao se considerar um sistema público de saúde que não é eficiente, a desigualdade quanto aos cuidados na saúde em Pernambuco ainda é mais preocupante do que a média nacional.

Tabela 19 - Plano de saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e em Pernambuco

	BRASIL				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
Nº DE DOMICÍLIOS COM PLANO DE SAÚDE NA AMOSTRA (1)	326	974	1473	2694	4379
PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS COM PLANO DE SAÚDE (%)*	2.34	7.69	13.00	27.54	52.82
RENDA MÉDIA TOTAL MENSAL DO DOMICÍLIO COM PLANO DE SAÚDE	841,24	1484,58	2096,31	3244,83	8600,62
RENDA MÉDIA TOTAL MENSAL DO DOMICÍLIO SEM PLANO DE SAÚDE	692,19	1231,06	1605,46	2441,50	5718,82
GASTO MÉDIO COM PLANO DE SAÚDE	9,40	53,42	189,23	571,52	3140,35
TOTAL DE DOMICÍLIOS (2)	13.906	12.659	11.331	9.783	8.291
	PERNAMBUCO				
	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
Nº DE DOMICÍLIOS COM PLANO DE SAÚDE NA AMOSTRA (1)	8	49	65	84	140
PERCENTUAL DE DOMICÍLIOS COM PLANO DE SAÚDE*	1.05	8.11	13.80	28.00	61.67
RENDA MÉDIA TOTAL MENSAL DO DOMICÍLIO COM PLANO DE SAÚDE	826,32	1255,90	1860,25	3148,83	9318,27
RENDA MÉDIA TOTAL MENSAL DO DOMICÍLIO SEM PLANO DE SAÚDE	651,57	1174,13	1372,88	2050,01	4977,74
GASTO MÉDIO COM PLANO DE SAÚDE	31,84	77,70	179,77	552,29	1913,56
TOTAL DE DOMICÍLIOS (2)	765	604	471	300	227

* = (1) / (2)

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

A Tabela 20 traz o gasto médio com saúde para quem tem plano de saúde por quintil de renda monetária domiciliar no Brasil e em Pernambuco. No país e no Estado, ao passar do quintil de renda mais baixo para o quintil de renda mais alto, o gasto com saúde aumenta.

Por Pernambuco apresentar a renda per capita mais baixa que a média nacional, é esperada que em todos os quintis, a média nacional de gasto com saúde seja maior que a média de Pernambuco.

Tabela 20 - Gasto médio com saúde para quem tem plano de saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita

	QUINTIL				
	1	2	3	4	5
GASTO COM SAÚDE – BRASIL (R\$/Ano)	979,08	1.529,56	2.050,25	2.998,69	8.158,69
GASTO COM SAÚDE – PERNAMBUCO (R\$/Ano)	913,19	1.270,40	1.498,44	2.344,64	7.536,67

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

5.3 Tributação

A Tabela 21, calculada com base nos dados da POF 2008-2009, fornece o valor médio de tributos indiretos sobre o gasto total por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e em Pernambuco. Ao analisa-lo, é possível concluir que os agentes de quintis mais altos, no Brasil pagam mais em termos absolutos no que se refere aos impostos indiretos.

Em Pernambuco, os dados são condizentes com os do Brasil, a qual se refere à forma como o imposto indireto incide no Brasil e, em termos absolutos, aqueles que estão em quintis de renda mais elevados pagam maior valor de imposto. Ainda em Pernambuco a incidência de impostos indiretos sobre o gasto total é menor do que a média nacional em termos absolutos.

Tabela 21 - Valor médio de tributos indiretos sobre o gasto total por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e em Pernambuco

QUINTIL	BRASIL				PERNAMBUCO			
	ICMS	IPI	OUTROS	TOTAL	ICMS	IPI	OUTROS	TOTAL
1	90.16	12.36	51.71	154.23	74.72	10.01	42.73	127.46
2	132.41	19.24	76.92	228.57	105.53	15.47	65.81	186.81
3	159.33	24.05	94.43	277.81	114.98	16.04	72.28	203.30
4	233.57	39.02	146.11	418.70	190.91	32.21	123.54	346.66
5	462.10	89.28	325.93	877.31	443.92	79.78	307.05	830.75
TODOS	215.51	36.79	139.01	391.31	147.15	23.32	94.66	265.13

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009 e BRAHMS.

A Tabela 22 trata do valor médio de tributos indiretos sobre o gasto com saúde por quintil de renda monetária no Brasil e em Pernambuco. No Brasil, os valores refletem que em termos absolutos, o valor médio que recai sobre os agentes de quintis mais altos são maiores do que o valor médio que recai sobre os quintis de renda mais baixos.

Ao analisar os dados de Pernambuco em comparação com os do Brasil, é visto que a diferença absoluta é maior em termos de valor médio tributado indiretamente sobre o gasto com saúde em Pernambuco do que a média nacional.

Tabela 22 - Valor médio anual de tributos indiretos sobre o gasto com saúde por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e em Pernambuco. (R\$/ANO)

QUINTIL	BRASIL				PERNAMBUCO			
	ICMS	IPI	OUTROS	TOTAL	ICMS	IPI	OUTROS	TOTAL
1	101.67	2.70	31.44	135.81	80.27	2.08	22.35	104.70
2	149.62	4.76	49.39	203.77	119.17	4.07	39.99	163.23
3	194.93	6.72	72.70	274.35	139.06	5.33	55.10	199.49
4	235.19	8.90	118.19	362.28	179.23	10.30	100.84	290.37
5	421.65	23.70	306.29	751.64	471.89	29.82	380.81	882.52
TODOS	220.61	9.36	115.60	345.57	158.63	7.42	83.91	249.96

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009 e BRAHMS.

As Tabelas 21 e 22 se referem aos valores absolutos que recaem sobre os gastos totais e com saúde por quintis de renda monetária domiciliar per capita, porém, para analisar se o sistema de tributação sobre o consumo é progressivo, neutro, ou regressivo, deve-se analisar como proporção da renda domiciliar total, ou seja, em termos relativos. A partir desta análise, é possível

perceber se o sistema de tributação indireta está impactando negativamente na desigualdade econômica, caso o imposto recaia mais em termos relativos sobre os agentes com menor capacidade de pagamento.

A Tabela 23 traz informações referentes à forma como o tributo indireto recai como proporção da renda domiciliar total por quintil de renda no Brasil e em Pernambuco. Ao analisar a proporção total do imposto indireto em relação à renda domiciliar, é visto que o sistema tributário de impostos indiretos no Brasil, ao se considerar ICMS; IPI e outros; é regressivo, apresentando uma alíquota de 25% nos agentes de quintil mais baixo e 11% no quintil de renda mais elevado. Dessa forma, o sistema de tributação sobre o consumo no Brasil, com base nos dados da POF 2008-2009, causa maior desigualdade de renda na medida em que recai de forma mais intensa naqueles que possuem a menor capacidade de pagamento. Além disso, o imposto indireto que mais impacta contribuindo para este resultado é o ICMS, tendo uma diferença de 9 p.p. do quintil de renda mais baixo para o de renda mais alto.

Dessa maneira, é evidenciado o que Siqueira (1998) retrata a respeito do ICMS: apesar deste ter sido estabelecido como principal imposto indireto brasileiro, na Constituição de 1988, e a incidência deste apresentar certa seletividade de acordo com a “essencialidade do produto”, esta característica é modesta e não avança no objetivo de melhorar a igualdade econômica.

Por sua vez, os dados referentes à Pernambuco são condizentes com a média nacional em menor proporção. No quintil mais baixo, a incidência do imposto indireto é de 17%, enquanto que no quintil de renda mais alto é de 13%, tendo o ICMS como principal tributo causador desta diferença. No caso do IPI, os tributos incidentes sobre os dois primeiros quintis são menores do que o terceiro, quarto e quinto quintil, porém não consegue influenciar inversamente o que o ICMS já o faz. Desta forma, também em Pernambuco, os tributos incidem de forma mais intensiva naqueles com menor capacidade de pagamento, o que, por sua vez, gera uma maior desigualdade econômica.

Tabela 23 - Tributos indiretos como proporção da renda domiciliar total por quintil de renda monetária domiciliar per capita no Brasil e em Pernambuco (%)

QUINTIL	BRASIL				PERNAMBUCO			
	ICMS	IPI	OUTROS	TOTAL	ICMS	IPI	OUTROS	TOTAL
1	0.18	0.005	0.07	0.25	0.13	0.003	0.04	0.17
2	0.12	0.004	0.04	0.17	0.11	0.003	0.03	0.14
3	0.13	0.004	0.04	0.17	0.10	0.004	0.04	0.14
4	0.09	0.003	0.04	0.14	0.07	0.004	0.04	0.11
5	0.07	0.003	0.04	0.11	0.07	0.004	0.05	0.13
TODOS	0.12	0.004	0.05	0.17	0.10	0.004	0.04	0.15

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados da POF 2008-2009 e BRAHMS.

A partir da análise destas tabelas e da forma como se efetua a incidência do imposto indireto no Brasil e em Pernambuco, foi possível caracterizar o gasto com saúde utilizando os dados da POF 2008-2009. A partir da caracterização por quintil de renda, conclui-se que os gastos com saúde no Brasil e em Pernambuco apresentam características que remetem a desigualdade econômica: quintis de renda altos apresentam gastos muito discrepantes dos quintis mais baixos. Além disso, o sistema de tributação indireta no país foi caracterizado, também com base na POF 2008-2009, como regressivo e assim, podendo impactar de forma que haja uma maior desigualdade econômica. No caso desta impactar o bem-estar econômico, deve-se analisa-la e entende-la, e para isso, fez-se o cálculo do índice de Gini com base nos dados da POF 2008-2009.

5.4 Cálculo do Índice de Gini

A Tabela 24 traz o índice de Gini, calculado a partir da POF 2008-2009, de modo a determinar a desigualdade na renda total domiciliar, no gasto total domiciliar, no gasto total domiciliar com consumo e no gasto total domiciliar com saúde. No caso deste estudo, uma situação de desigualdade significaria que as famílias com maior renda absorveriam a maior parcela dos gastos, desonerando as famílias de menor renda.

Tabela 24 - Índice de Gini no Brasil

BASE PARA CÁLCULO	GINI
RENDA TOTAL DOMICILIAR	0,6834108
GASTO TOTAL DOMICILIAR	0,6267733
GASTO TOTAL DOMICILIAR COM CONSUMO	0,6270416
GASTO TOTAL DOMICILIAR COM SAÚDE	0,9357223

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da POF 2008-2009.

O índice de Gini da desigualdade nos gastos com medicamentos foi calculado como a área entre a curva de Lorenz e a reta da igualdade (SILVEIRA NETO; MENEZES, 2010). Tanto para a construção da curva de Lorenz como para o cálculo do índice de Gini, foram consideradas todas as famílias, tanto aquelas que tiveram como aquelas que não tiveram gastos com medicamentos.

Quanto mais próximo o índice de Gini for de 1, maior a desigualdade apresentada no indicador. Quanto à tabela 24, a menor desigualdade é apresentada pelo Gini calculado a partir do gasto total domiciliar, seguido do gasto total domiciliar com consumo, renda total domiciliar e, por fim, gasto total domiciliar com saúde. Este apresenta o valor de 0,93 e representa quase desigualdade extrema, e mostra o quão preocupante é a situação dos gastos com saúde no país. Domicílios com renda mais baixa não têm a capacidade de arcar com o custo alto de planos de saúde e de medicamentos.

O sistema tributário indireto regressivo apresentado na tabela 22 demonstra que a desigualdade, apresentada nos indicadores usados para o cálculo do Gini, pode ser, em parte, resolvida. À medida que o sistema tributário indireto apresente a concreta definição de essencialidade quando se refere ao ICMS, e aos demais impostos indiretos.

Dessa forma, o valor extremo do Gini no caso de gastos com saúde demonstra a vulnerabilidade dos indivíduos com quintis mais baixo quando se refere a cuidados com a saúde e a dependência deste em relação ao sistema de saúde público, o qual não traz os mesmos benefícios que um sistema privado traria para as classes mais pobres, considerando todas as dificuldades e ineficiências apresentadas pelo sistema público.

Devido à desigualdade encontrada no Gini, e à dependência dos indivíduos de quintis de renda mais baixos quanto a um sistema público de

saúde ineficiente, poderá estar havendo perdas de produtividade na economia. A partir de um sistema de saúde gratuito ineficaz e um sistema privado que boa parte dos indivíduos não tem a capacidade de arcar, as consequências para a saúde da população são negativas: indivíduos que faltam mais ao trabalho ou que apresentam menor energia para as atividades necessárias.

5.5 Discussões

O aumento da expectativa de vida tem levado a importantes transformações no perfil epidemiológico do Brasil desde o século passado, culminando, na maioria dos países, com o aumento expressivo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Dentre elas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) têm atingido uma parcela relevante da população mundial, sendo considerados alguns dos principais fatores de risco para as Doenças do Aparelho Circulatório, principal causa de morbimortalidade no Brasil inteiro (BARRETO *et al.*, 2015).

Neste estudo os medicamentos anti-hipertensivos são os medicamentos com maior gasto privado em todos os quintis de renda, tal afirmação é corroborada por Lima *et al.* (2007) ao analisar a composição dos gastos privados com medicamentos pelos idosos em Minas Gerais, utilizando um inquérito populacional. O percentual de gasto para medicamentos do sistema cardiovascular foi de 26,4%, seguido do sistema nervoso que foi de 24,3%. Nesse estudo, ainda foi possível detectar que apenas 5% do gasto privado com medicamento foi decorrente da compra de medicamentos genéricos. O estudo também sugere que o gasto privado foi maior do que o gasto público com saúde. Santos-Pinto *et al.* (2011) afirmam que a análise do consumo dos medicamentos no programa de Farmácia Popular Brasileiro em todas as Regiões, evidenciou que entre os 10 medicamentos mais vendidos 64% são medicamentos que atuam no sistema cardiovascular.

Os psicotrópicos aparecem em segundo lugar, quanto ao gasto privado com medicamentos. Transtornos mentais comuns (TMC) são altamente prevalentes e têm sido consistentemente associados a piores condições socioeconômicas em diferentes países, incluindo-se o Brasil. Pessoas com TMC têm maior probabilidade de buscar atendimento em serviços de saúde,

aspecto fundamental no planejamento e execução de políticas públicas voltadas para a saúde. Lima *et al.* (2008) num estudo realizado em Botucatu evidenciou que, 18,5% das mulheres e 8,0% dos homens, fizeram uso de ao menos um psicofármaco. Observou-se também uma associação com faixa etária: quanto maior a idade, maior o risco de o sujeito ter feito uso de psicotrópicos. Donas de casa e aposentados também se destacaram dos demais no relato de uso de ao menos um psicotrópico (26,6% e 20,6%, respectivamente). Não se observou associação com renda e com o uso de psicofármacos em geral (LIMA *et al.*, 2008).

Medicamentos para o tratamento da dependência de tabaco e álcool apresentaram o menor gasto do primeiro ao quarto quintil de renda. Noto e Galduroz (1999) ressaltam que o álcool, o tabaco e alguns medicamentos psicotrópicos (especialmente ansiolíticos e anfetaminas), embora não tão alardeados, continuam sendo as drogas mais consumidas e as que trazem os maiores prejuízos à população brasileira. Porém, as políticas e estratégias preventivas são pouco consistentes para essas drogas, deixando aberto espaço para campanhas publicitárias cada vez mais sofisticadas para a promoção do consumo que mascaram os inúmeros problemas sociais que envolvem o abuso do álcool e do tabaco.

Ao analisar a idade com o valor médio anual gasto com medicamentos este estudo identificou que os idosos gastam mais com medicamentos em comparação a população mais jovem. Ribeiro *et al.* (2008) realizaram um Inquérito domiciliar conduzido com amostra aleatória simples de 667 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes em Belo Horizonte, MG avaliou a prevalência de uso e a média de medicamentos usados nos últimos 15 dias anteriores à entrevista, as quais foram estratificadas de acordo com o gênero segundo variáveis sociodemográficas e de saúde. A prevalência de uso de medicamentos foi significativamente maior entre as mulheres do que entre os homens. Mulheres utilizaram em média $4,6 \pm 3,2$ produtos e homens $3,3 \pm 2,6$. Os princípios ativos mais usados pelos idosos pertenciam aos sistemas cardiovascular, nervoso, e do trato alimentar e metabolismo, corroborando este estudo que também evidenciou um maior consumo de medicamentos pelas mulheres inclusive para medicamentos anti-hipertensivos e psicotrópicos.

O gasto catastrófico com saúde também foi menor para os dois quintis de renda mais alto, tanto no Brasil quanto em Pernambuco. O quintil de renda mais baixo no Brasil teve 21% dos domicílios com gasto catastrófico, em Pernambuco esse número foi ainda maior ficando em torno de 25% dos domicílios. Barros e Bertold (2008) num estudo feito com a população assistida pelo Programa de Saúde da família em Porto Alegre com 869 domicílios, identificou que os medicamentos foram responsáveis por 47% do gasto domiciliar privado com saúde e em segundo lugar, os planos de saúde com 22% do gasto. Os mais ricos gastam 70 vezes mais com planos de saúde do que os mais pobres, 26 vezes mais com tratamento odontológico e seis vezes mais com medicamentos. Cerca de 16% das residências gastaram 20% ou mais de sua renda com saúde independentemente da situação econômica e 12% dos domicílios gastaram além de 40% da sua capacidade de pagamento.

Xu *et al.* (2003 *apud* BARROS *et al.*, 2011), numa análise realizada em vários países, revelou que o gasto catastrófico com saúde é algo preocupante na América do Sul e o Brasil é um dos países que apresentam maior proporção de famílias com gasto catastrófico com saúde no mundo, com cerca de 10% das famílias tendo gasto catastrófico em saúde.

Barros *et al.* (2011) utilizaram dados da POF 2002/2003 através de quintis de comparação socioeconômica e estimaram o gasto catastrófico com saúde. Em média 5,1% do gasto com consumo foi com saúde. Os mais pobres gastaram mais com medicamentos e menos com planos de saúde. 4,4% dos domicílios mais pobres tiveram gasto catastrófico. Entre os 20% mais ricos, apenas 0,6% tiveram gasto catastrófico. A região Centro-Oeste foi a região com maior gasto catastrófico. Os autores ainda afirmaram que o risco de gasto catastrófico é 3,4 vezes maior para quem tem plano de saúde.

A condição socioeconômica aparece como fator associado em diversos estudos que focaram o acesso e utilização de diferentes serviços de saúde, mostrando que uma maior renda ou um melhor nível socioeconômico está diretamente relacionado a uma maior probabilidade de utilização de serviços de saúde como consultas médicas e internação hospitalar, além de acesso e utilização de medicamento. O Gini do gasto com medicamento, mostrou uma desigualdade quase que extrema no Brasil, evidenciando que a população de baixa renda não está tendo acesso a medicamentos. Katrein *et al.* (2015)

analisaram a desigualdade de acesso a medicamentos entre mulheres com doenças crônicas, e também evidenciou que uma melhor condição sócio econômica e maior escolaridade, aumenta o acesso das mulheres aos medicamentos.

6. CONCLUSÃO

Este estudo visou entender as desigualdades socioeconômicas, no gasto privado com saúde, em particular com medicamentos no Brasil e no Estado de Pernambuco, utilizando como base a POF 2008-2009. Além disso, procurou-se: Identificar o grupo de medicamentos com maior gasto privado por quintil de renda; relacionar gasto privado com medicamentos à escolaridade, sexo, ocupação, local de moradia e presença de crianças e idosos na família; analisar a tributação sobre medicamentos e a desigualdade no gasto de medicamentos através do índice de Gini.

Os gastos com medicamentos aumentam em quase todos os grupos terapêuticos, com o aumento do quintil de renda, exceto medicamentos para doenças infecto contagiosas. Os anti-hipertensivos representam a classe com maior gasto privado em todos os quintis de renda no Brasil e em Pernambuco, seguido dos psicotrópicos. A parcela orçamentária do gasto domiciliar per capita com saúde por quintil de renda praticamente não muda entre os quintis de renda e variou em torno de 10% no Brasil e em Pernambuco.

Além disso, os resultados demonstraram que há desigualdade no gasto com medicamentos em Pernambuco e que a tributação indireta é regressiva, podendo ser a causa de grande parte desta desigualdade, no Brasil, compromete 25% do gasto no primeiro quintil e apenas 11% no último quintil. Ao se calcular o índice de Gini a partir do gasto per capita com saúde, o resultado encontrado foi de 0,93, mostrando uma desigualdade quase que extrema no país, e diagnostica a dependência dos indivíduos de quintis de renda mais baixos quanto a um sistema público de saúde ineficiente, o que, por sua vez, gera uma perda de bem-estar e produtividade para o país.

Através deste trabalho verificou-se a necessidade de políticas que universalizem o acesso à saúde de boa qualidade para todos os indivíduos, e a necessidade de realização de outros estudos para melhor compreender os resultados aqui obtidos. A limitação desse estudo se refere a não utilização de modelos econométricos, com o objetivo de melhor subsidiar as políticas públicas de acesso a medicamentos, porém, foi possível, através de uma análise transversal dos dados, a obtenção de resultados contundentes quanto ao acesso de saúde no país, o qual se mostrou bastante excludente.

REFERÊNCIAS

ALAM, M. **Paying Out-of Pocket for Drugs, Diagnostics and Medical Services: a Study of Households in Three Indian States.** Heidelberg: Springer, 2013.

ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **American Economic Review**, v.53, n.5, p.941-973, 1963.

BANCO MUNDIAL. **Out-of-Pocket Health Expenditure (%) of Private Expenditure on Health.** Disponível em: <<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.ZS>>. Acesso em: 01 out. 2015.

BARRETO, M. N. S. de C. *et al.* Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v.18, n. 2, p. 413-424, abr./jun. 2015. Disponível em: < <http://bibliofarma.com/analise-do-acesso-ao-tratamento-medicamentoso-para-hipertensao-e-diabetes-na-estrategia-de-saude-da-familia-no-estado-de-pernambuco-brasil/>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

BARROS, A. J. D.; BASTOS, J. L.; DAMASO, A. H. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27 Sup 2:S254-S262, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400012>. Acesso em: 24 mar. 2016.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. **International Journal of Epidemiology**, v.37, p.758–765, 2008. Disponível em: < <http://ije.oxfordjournals.org/content/37/4/758.full.pdf>> Acesso em: 22 mar. 2016.

BARROS, R. P. de; MENDONÇA, R. **O impacto do crescimento econômico desigualdade sobre a pobreza.** Rio de Janeiro: IPEA, 1998. Texto para Discussão n. 528. Disponível em: < http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2379/1/td_0528.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2016.

BLATT, C. R.; CAMPOS, C. M. T. de; BECKER, I. **Gestão da assistência farmacêutica: módulo 4: unidade 3: programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos.** 2012. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde. Universidade Aberta do SUS. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/595>>. Acesso em: 11 out. 2015.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 897-905, São Paulo, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2015.

BRASIL. **Constituição Federal**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 15 nov. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996. Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9311.htm>. Acesso em: 22 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 2001.

_____. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004.

BUENO, C. S.; MOREIRA, A. C.; OLIVEIRA, K. R. de. Preço dos medicamentos utilizados nas doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 1, p. 62-67, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892012000100009&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 11 out. 2015.

CID, P. C.; PRIETO, T. L. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile. 1997 y 2007. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 4, p.310-16, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **O financiamento da saúde**. Brasília, 2011.

DEATON, A. **The Analysis of Household Surveys**: a microeconomic approach to Development Policy. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1997.

DINIZ, B. P. C. et al. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In:_____. **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**, v. 2, p.143-67, 2007.

GARCIA, L. P. et al. **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil:** perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Texto para discussão.

GIRALDES, M. R. Equidade em áreas socioeconômicas com impacto na saúde em países da União Europeia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.533-544, maio/jun. 2001.

HAMMOND, R.; McCULLAGH, P. S. **Quantitative Techniques in Geography:** an introduction. Oxford: Clarendon Press, 1978.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2008/2009.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 out. 2015.

KATREIN, F. et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p.1416-1426, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1416.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

LIMA, M. G. et al. Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 6, p.1423-1430, jun. 2007.

LIMA, M. C. P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.42, n. 4, p.717-23, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400019>. Acesso em: 19 mar. 2016.

MAGALHÃES, L. C. G. et al. **Tributação e dispêndio com saúde das famílias brasileiras:** avaliação da carga tributária sobre medicamentos. Brasília: IPEA, 2001. Planejamento e Políticas Públicas, n. 24.

MIRANDA, E. S. et al. Disponibilidade no setor público e preços no setor privado: um perfil de medicamentos genéricos em diferentes regiões do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2.147-2.158, out. 2009.

NOTO, A. R.; GALDUROZ, J. C. F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n. 1, p.145-151, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000100012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 mar. 2016.

OLIVEIRA, L. C. F. de; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3561-3567, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201000090031&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 11 out. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório da situação regional sobre o álcool e saúde nas Américas: um resumo.

PEDRAZA C. C.; TOLEDO, L. P. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 4, p.310-316, 2012.

PIOLA, S. F. et al. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. In:_____. **Políticas sociais: acompanhamento e análise – Vinte anos da Constituição Federal**. v. 1, n.17, cap. 3. Brasília: IPEA, 2009.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=19113>. Acesso em: 24 mar. 2016.

RIBEIRO, A. Q. et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados. **Rev Saúde Pública**, Belo horizonte, v.42, n.4, p.724-32, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102008000400020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2016.

ROGERS J. M.; GRAY M. B. CE Data: Quintiles of Income versus Quintiles of Outlays. **Monthly Labor Review**, v.118, n. 8, 1994.

SANT'ANA, J. M. B. et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 2, p.138-144, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2015.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA, N. do R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 6, p.2963-2973, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600034>. Acesso em: 22 mar. 2016.

SCHNEIDER M. C. et al. Métodos de mensuração das desigualdades em saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 12, n. 6, Dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-9892002001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 07 nov. 2015.

SILVEIRA, F. G; OSORIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 719-731, 2002. , Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200200040009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2015.

SILVEIRA NETO, R. da M.; MENEZES, T. A. de. Nível e evolução da desigualdade dos gastos familiares no Brasil: uma análise para as regiões metropolitanas no período 1996 a 2003. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 40, n.2, p. 341-372, 2010.

SIQUEIRA, R. Optimal indirect taxes for Brazil: combining equity and efficiency. **Revista Brasileira de Economia**, v.52, n.1, jan./mar. 1998.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2015.

XU, K. **Distribucion del Gasto em salud y gastos catastróficos**. Genebra, Suíza: WHO, 2005. Discussion paper nº 2

Xu, K.; EVANS, D. B.; KAWABATA, K. et al. **Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis**. *Lancet* 2003; 362:111-7. *Apud* BARROS, A.J.D.; BASTOS, J.L.; DAMASO, A.H. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27 Sup 2:S254-S262, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400012>. Acesso em: 24 mar. 2016.