

1 INTRODUÇÃO

A desigualdade é um tema tradicionalmente estudado pelas ciências sociais no Brasil. Nos últimos vinte anos, entretanto, os estudos sobre o tema vêm apresentando grandes avanços, sobre tudo no que diz respeito às desigualdades em saúde. Não obstante, os estudos de impacto ou incidência distributiva do gasto social têm trazido importantes contribuições a análise da desigualdade em saúde.

A análise da incidência distributiva do gasto social, ou apenas incidência do benefício, busca demonstrar a existência ou não de equidade na alocação dos recursos públicos de saúde, através do monitoramento da forma utilizada pelo governo para financiar a saúde além do montante gasto e pela identificação dos beneficiários de tais dispêndios.

Uma aplicação da análise de incidência do benefício em Gana demonstrou que a maior fonte de desigualdade na distribuição dos benefícios dos gastos públicos em saúde é a dimensão de gênero, o estudo apontou que as mulheres recebem maiores parcelas dos benefícios dos subsídios (56% dos gastos totais) que os homens. Na Bulgária foi identificado que a taxa de utilização dos serviços de atenção básica pelos pobres é significativamente maior, enquanto os ricos utilizam os serviços mais complexos (DEMERY, L. e outros, 1995).

Sendo assim, a análise da incidência do benefício proporciona a discriminação das iniquidades na utilização dos serviços de saúde associadas com: (a) Subutilização, generalizada, dos serviços; (b) Utilização desproporcional, por grupos carentes.

Desta forma, um melhor entendimento da incidência de benefício possibilitaria entender a importância de um possível determinante da desigualdade em um nível macro: padrões de alocações de recursos em uma dimensão geográfica e de níveis de serviço.

Nesse trabalho busca-se analisar tais aspectos no município de Senhor do Bonfim. Os dados utilizados foram os do DATASUS, do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS e os da pesquisa de campo feita pelo Programa de Economia da Saúde do Instituto de Saúde Coletiva no projeto de pesquisa “As diferentes faces da desigualdade em saúde: iniquidade, discriminação e exclusão”.

Ter clara a diferença entre os conceitos de equidade e desigualdade é de vital importância quando se pretende estudar desigualdades em saúde. O tema equidade em saúde é vastíssimo e no capítulo 2 tenta-se fazer uma discussão introdutória sobre o tema, abordando as diferentes visões sobre equidade.

As desigualdades no uso de serviços de saúde, isto é, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença. O capítulo 3 aborda alguns motivos que levam à desigualdades na utilização dos serviços de saúde com base no gênero e na idade do indivíduo.

Para Ugá (2002) por ser a escassez de recursos um problema permanente, outras questões de solução mais viáveis precisam ser equacionadas. Entre elas tem particular relevância a forma de participação federal no financiamento do SUS, dados o caráter descentralizado do sistema e a hegemonia fiscal da União. No capítulo 4, apresenta qual a participação do setor público e privado com os gastos em saúde e quais os aspectos institucionais do financiamento da saúde.

No capítulo 5 feita uma análise de incidência do benefício no município de Senhor do Bonfim. Neste capítulo busca-se demonstrar como foram apropriados os recursos públicos destinados a saúde, com base nas variáveis renda, sexo e idade. No capítulo 6, é feita a discussão sobre influência destas variáveis no acesso aos bens e serviços de saúde.

2 EQÜIDADE E SAÚDE

Igualdade e equidade são os dois mais importantes princípios existentes na discussão sobre justiça na alocação de recursos públicos em saúde. O princípio da igualdade determina que os indivíduos devem ser tratados de forma igual, independentemente de suas condições sociais. Com base neste princípio, um indivíduo rico deve receber o mesmo tratamento de uma pessoa pobre. O princípio da igualdade baseia-se nos direitos adquiridos pela participação na coletividade, os direitos de cidadania, divergindo dos direitos de trabalho ou de propriedade, que consideram como justa a distribuição dos recursos com base na contribuição dos indivíduos para sua obtenção (MEDEIROS, 1999, p.4).

Por equidade entende-se o tratamento desigual para desiguais. Baseado neste conceito o tratamento dado aos indivíduos deve ser orientado por um senso de justiça social, de modo a eliminar ou reduzir as desigualdades existentes. Sendo assim, os indivíduos mais necessitados, por exemplo, devem ser mais beneficiados pelos recursos públicos que os indivíduos mais ricos. “O tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente” (RAWLS, 1995, p. 68).

Ter clara a distinção entre equidade e igualdade é fundamental quando se pretende estudar desigualdades. Para Silva e Almeida (2002), a utilização indiscriminada dos dois conceitos pode implicar a falsa idéia de que as desigualdades são produzidas de forma natural. Para esses autores, as injustiças sociais são determinantes na transformação das diferenças em desigualdade.

Na discussão sobre igualdade e equidade não se discrimina direitos entre indivíduos. Os indivíduos, segundo os dois princípios, têm igualdade de direitos. A diferença ocorre na forma como esses direitos são atendidos, o que resulta em perspectivas diferenciadas em relação a regras distributivas. Igualdade e equidade norteiam, respectivamente, estratégia de universalização e focalização nas políticas sociais. Tais estratégias influenciam diretamente na composição da desigualdade de uma sociedade, no custo de implementação e controle das políticas públicas (MEDEIROS, 1999).

Vianna e outros (2001) definem igualdade como o “princípio pelo qual todos os cidadãos podem invocar os mesmos direitos”. Equidade diferencia-se da igualdade por incorporar a idéia de justiça. Para Nunes (2004), a idéia fundamental por trás do conceito de equidade está no fato das desigualdades não serem encaradas como algo natural. Elas são criadas por um processo histórico e pelo modo utilizado pela sociedade para se organizar e produzir, explicitando relações em que os direitos fundamentais são desrespeitados e a dignidade ferida.

Para Alleyne e outros (2001) a iniquidade pode ser considerada uma desigualdade injusta e que poderia ser evitada e, por isso, é um conceito importante para formulação de políticas públicas. A superação das iniquidades ocorrerá apenas com um esforço conjunto e contínuo da sociedade. Para Oliveira (1998) esta tarefa é da instância pública. Ela deve tomar medidas, considerando as diversas necessidades de reprodução social.

Percebe-se claramente que a idéia de justiça social é o que diferencia os conceitos de igualdade e equidade. Duas visões distintas, identificadas no pensamento liberal, trouxeram grandes contribuições para o desenvolvimento do tema justiça social. Uma é a visão adotada pela corrente denominada utilitarista, a outra é a visão preconizada por Rawls.

Para a corrente utilitarista, se uma sociedade obtém o maior nível de satisfação, independentemente de sua distribuição, ela é considerada ordenada e, conseqüentemente, justa. Sendo assim, justifica-se que indivíduos sejam excluídos e penalizados para uma maior obtenção de satisfação, que será apropriada pelos indivíduos que se encontrem em situação favorável ao aumento da utilidade marginal (PIOLA; VIANNA, 1995).

Rawls (1995) discorda da noção utilitarista e interpreta como justo o tratamento desigual que favorece o indivíduo com maior necessidade. Segundo ele, a maximização da utilidade de um indivíduo de baixa renda se dará através de uma alocação equitativa dos recursos. Esse autor desenvolve um critério para a justiça na desigualdade, conhecido como axioma de *maximin*. “Em economia, estratégias de *maximin* são aquelas que maximizam os ganhos mínimos possíveis. Para Rawls, o *maximin* está relacionado com maximizar a utilidade dos mais pobres, em detrimento dos mais ricos” (NUNES, 2004, p.9). O axioma de *maximin* substitui a idéia utilitarista por uma regra baseada na hierarquia de condições dos indivíduos. Alocação justa será aquela que aumentar a utilidade para indivíduo mais carente (MEDEIROS, 1999, p. 4).

Para Sen (2000) equidade seria fundamentalmente a capacidade dos indivíduos de usufruir uma vida plena e satisfatória e o desenvolvimento como um processo de expansão do gozo real das liberdades humanas. Para esse autor, o critério proposto por Rawls com base na distribuição de bens primários não seria suficiente para assegurar a equidade, pois se basearia nas liberdades formais ou processuais asseguradas pelos direitos civis e políticos, sem considerar as privações dos menos favorecidos e nem, a natureza dos processos que geram oportunidades e liberdade de escolha.

A equidade, de modo geral, pode ser hierarquizada em quatro opiniões (PINYCK, 1999 *apud* NUNES, 2004):

- a) equidade igualitária – todos os membros da sociedade recebem iguais quantidades de bens;
- b) equidade rawlsiana – maximiza a utilidade da pessoa mais pobre da sociedade;
- c) equidade utilitarista – maximiza a utilidade total de todos os membros da sociedade;
- d) equidade orientada pelo mercado – considera que o resultado alcançado pelo mercado é o mais equitativo.

Legrand (1998) lista cinco tipos de equidade ligados à distribuição de despesa pública: a) a igualdade da despesa pública per capita; b) a equiparação dos rendimentos de diferentes grupos sociais através de gastos públicos com políticas sociais; c) a igualdade na utilização dos diferentes serviços, d) a igualdade no gasto por serviço utilizado; e) a distribuição de despesa pública orientado por resultados iguais.

Pode-se considerar o princípio da equidade como um dos norteadores dos sistemas de saúde nos dias atuais, ainda que em muitos casos sua validade se restrinja apenas a uma definição formal de um direito, que na prática não tem o seu exercício assegurado. Segundo Escorel (2001), a discussão sobre a equidade deve basear-se em dois aspectos: as condições de saúde e o acesso e utilização dos serviços de saúde.

Para Whitehead (1991) iniquidade em saúde pode ser definida como as diferenças em saúde que são injustas, ou seja, são diferenças desnecessárias e evitáveis. Para ele, todo indivíduo deve ter a oportunidade de alcançar o máximo de seu potencial de saúde e que todo obstáculo que impeça o alcance deste potencial de saúde deve ser evitado.

Castelhanos *apud* VIANA e outros (2001), considera que nem toda diferença na situação de saúde dos indivíduos pode ser considerada como iniquidade. Iniquidade em saúde, segundo ele, seria toda desigualdade vinculada às condições de vida, sendo, portanto redutível ou desnecessária.

Para Sen (2000) equidade em saúde é conceito multidimensional, pois depende de aspectos relacionados ao alcance da saúde e à noção de justiça de processos e não apenas da distribuição igualitária dos recursos. Ele acentua que as decisões alocativas devem ser norteadas pelas necessidades diferenciadas dos indivíduos. Starfield (2001) afirma que iniquidades em saúde devem ser potencialmente remediáveis e que afetam sistematicamente o status de saúde de um grupo.

Para Nunes (2004) é importante distinguir conceitualmente equidade em saúde de equidade no uso dos serviços de saúde. O autor afirma que os fatores que determinam as desigualdades em saúde são diferentes das desigualdades no acesso ao serviço de saúde, como também, a equidade em saúde não é, necessariamente, uma consequência da equidade no acesso.

Whitehead (1991) separa as diferenças em saúde em inevitáveis e injustas. Inevitáveis são as diferenças provocadas por determinantes biológicos, comportamentos individuais e de grupos que podem promover ou prejudicar a saúde de seus membros. Injustas referem-se a comportamentos desfavoráveis à saúde, que não dependem de escolha individual: limitações de trabalho e de renda, restrições de acesso aos serviços de saúde.

Segundo Noronha (2001), o critério usado para identificar a existência de equidade na alocação dos serviços em saúde fundamenta-se nos princípios da equidade horizontal (indivíduos com necessidades iguais são tratados da mesma forma), e equidade vertical (indivíduos com necessidades diferentes são tratados de forma diferente). Em concordância com esses princípios, os bens e serviços de saúde deveriam ser distribuídos segundo a

carência de cuidados com a saúde de cada indivíduo, independente de suas características socioeconômicas.

Ainda de acordo com Nunes (2004) o tipo de equidade de mais fácil utilização listado por Le Grand é o da busca pela igualdade da despesa pública per capita; ele só atende ao conceito de equidade horizontal. West e Cullis (1979), por sua vez, afirmam que a dificuldade em encontrar pacientes em iguais situações prejudica a aplicação do conceito de equidade horizontal em questões relacionadas à saúde.

3. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1 GÊNERO E SAÚDE

Gênero não é sinônimo de sexo. Enquanto o termo sexo está relacionado às diferenças biológicas entre homem e mulher, gênero se refere ao significado social construído em torno dessa diferença biológica. Para Gómez (2002), este significado está associado com a construção social de esferas de atividades masculinas e femininas, cuja diferenciação se reflete em assimetrias socioeconômicas.

Nem toda desigualdade pode ser considerada iniquidade. A equidade de gênero em saúde não significa taxas iguais de mortalidades e morbidades para homens e mulheres, e sim a eliminação de diferenças evitáveis nas oportunidades de acesso a saúde. Tal conceito manifesta-se na garantia de acesso diferenciado aos recursos, com base nas necessidades particulares de cada sexo, ao invés da participação igualitária nos benefícios.

As mulheres, em geral, consomem mais serviços de saúde que os homens. Esta maior apropriação não significa necessariamente que as mulheres tenham algum privilégio, os diferentes padrões de utilização dos serviços apresentados por homens e mulheres são reflexo de: a) distintos tipos de necessidade de atenção; b) diferente grau da percepção sobre o estado de saúde e da conduta na busca pela atenção; c) aspectos institucionais e estruturais que facilitam ou dificultam o acesso aos serviços de saúde.

Gómez (2002) afirma que a maior utilização dos serviços de saúde por parte das mulheres não é uma constante em todos os grupos sociais. O que definiria a natureza e a magnitude das diferenças por sexo na utilização de serviços de saúde são fatores como idade, etnia, local de residência e poder aquisitivo.

Travassos e outros (2002) utilizaram os dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, realizada em 1998, para investigar o perfil de utilização de serviços de saúde por homens e mulheres no Brasil. As taxas de utilização de serviços encontradas, considerando os

15 dias que antecederam a entrevista, foram maiores para mulheres do que para os homens (figura 1).

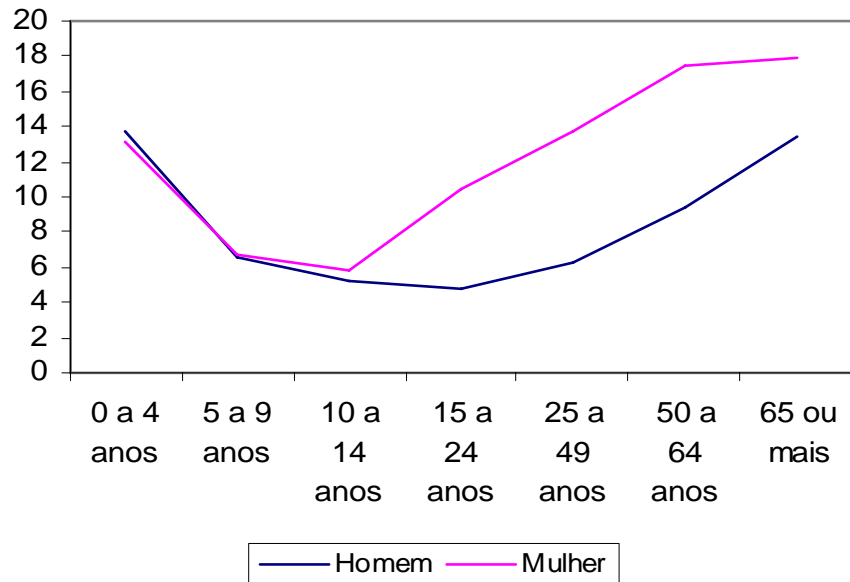


Figura 1: Taxa de utilização dos serviços de saúde segundo sexo e Faixa etária (Travassos e outros, 2002).

As curvas de utilização para homens tiveram um formato de U, apresentando valores mais baixos para as faixas de 15 a 24 anos. As mulheres apresentaram uma curva de utilização que se aproximava de um J, sendo a faixa etária de 10 a 14 anos responsável pelos valores mais baixos.

Segundo Gómez (2002), as mulheres têm uma carência objetiva de utilização dos serviços de saúde maior que os homens. Além das doenças que compartilham com os homens, as funções reprodutivas das mulheres geram um conjunto de necessidades de atenção relacionadas à anticoncepção, gravidez, parto e puerpério. Assim, as mulheres quando comparadas aos homens apresentam uma taxa maior de morbidade e deficiência ao longo da vida, além de uma maior probabilidade de sofrer enfermidades crônicas por possuírem uma maior longevidade.

A diferença de acesso a serviços de saúde entre homens e mulheres também pode ser explicada com base na forma de socialização de ambos. As mulheres aprendem muito mais que os homens, em função de expectativas culturais e do exercício das mesmas no papel de provedora de saúde, a familiarizar-se com a identificação de sintomas de doenças e com os processos formais e informais de atenção à saúde. Os homens, por sua vez, tendem a encarar tanto as doenças quanto a procura por cuidados médicos como uma manifestação de fraqueza, que contradizem a imagem cultural masculina de fortaleza e auto-suficiência (GOMEZ, 2002).

Um outro aspecto relevante e pouco desenvolvido sobre a desigualdade de acesso e gênero, é a influência dos sistemas de saúde. Quando os sistemas de saúde adotam um viés de gênero acabam, de certo modo, por contribuir para as diferenças na utilização dos serviços de saúde. Por exemplo, um sistema pode contribuir para uma maior utilização por parte das mulheres através de subsídios financeiros para serviços de saúde voltados ao controle da natalidade.

A diferença por sexo na utilização dos serviços apresenta diferentes dimensões quando o tipo de serviço demandado é considerado como variável determinante. As mulheres tendem a utilizar com mais frequência os serviços de saúde tanto preventivos como terapêuticos, com um destaque maior para os preventivos. Os homens, por sua vez, tendem a utilizar mais os serviços de urgência e, em alguns casos, os serviços de internamento hospitalar.

3.2 SAÚDE E ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Nos países desenvolvidos, tal processo aconteceu lentamente em um contexto de evolução econômica e aumento do bem-estar. Nos países em desenvolvimento, a transição demográfica é mais acelerada e o tema ganha evidência nos anos mais recentes em função do aumento da população acima de 60 anos.

As tendências demográficas que se configuram no continente americano exigem maior atenção das autoridades públicas com idosos. Os Estados Unidos e o Canadá, em 2000, contavam com um conjunto de mais de 50 milhões de pessoas na faixa etária dos 60 anos ou

mais, na América Latina e no Caribe esse número ultrapassou os 42 milhões de pessoas. A estimativa para 2020 é que 12,4% da população da América Latina e Caribe, quase 80 milhões de pessoas, terão idade igual ou superior aos 60 anos (OPAS,1998).

Uma outra forma de verificar o processo de envelhecimento nos países consiste em examinar os seus índices de envelhecimento. O índice de envelhecimento mede a proporção de pessoas com 60 anos ou mais por cada 100 menores de 15 anos. No Brasil, o índice que era de 24 idosos em 1995. Passará a 58 em 2020 e 74 em 2025. No Chile, em 1995, esse número era de 32 idosos; passará para 67 em 2020 e será de 110 em 2025. Em Cuba sairá dos 54 apresentados em 1995 para 107 em 2020, alcançando 159 em 2025. Em quase todos os países o índice de envelhecimento tende a duplicar nas próximas décadas, o que representa uma mudança populacional sem precedentes (OPAS,1998).

O número de idosos na população brasileira tem aumentado consideravelmente. No início do século 20 a média de vida de um brasileiro era de 33 anos; hoje, a expectativa de vida atinge os 68 anos (RAMOS,1993). As pessoas com 60 anos e mais representavam em 1980 6,1 % da população brasileira; em 2000 esse percentual saltou para 8,6 % (GIATTI e BARRETO, apud IBGE,1991,2001). Atualmente a população de idosos ultrapassa os 15 milhões de brasileiros e espera-se que em 20 anos sejam 32 milhões (VERAS, 2002).

Uma importante consequência desta transição demográfica é o aumento da incidência de doenças que exigem internações custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado. Com o envelhecimento da população mudam os tipos de enfermidades predominantes. As doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e isquêmicas do coração, seguidas pelas neoplasias e a diabetes são as principais causas de enfermidades e óbitos nesse grupo de pessoas (BARRETO; CARMO, 2000). Segundo Gordilho e outros (2000), em menos de 40 anos o perfil de mortalidade dos brasileiros, que era típico de uma população jovem, passou a ser caracterizado por enfermidades próprias das faixas etárias mais avançadas.

Veras (2003), em um estudo sobre acesso e utilização dos serviços de saúde, confirmou o que empiricamente já se sabia: Os indivíduos com mais de 60 apresentam índices de morbidade maiores quando comparados com os demais grupos. A morbidade referida e observada foi maior entre os idosos, além dos mesmos apresentarem uma auto-avaliação pior que os mais

jovens. Os mais velhos apresentaram muito mais doenças crônicas que indivíduos de outras faixas etárias. Como apresentam patologias múltiplas, precisam de um número maior de exames complementares e fazem mais uso de medicamentos. Percebe-se que haverá uma maior proporção de agravamento das enfermidades e procedimentos médicos entre os idosos em comparação as demais faixas, implicando maior utilização dos serviços de saúde.

A mudança do perfil demográfico brasileiro também acarreta um aumento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares. Os indivíduos com mais de 65 anos geram 4 vezes mais despesas que os indivíduos mais jovens, excetuando os recém-nascidos. Gasta-se 7 vezes mais com indivíduos que se encontram na faixa etária acima dos 75 anos do que com indivíduos com menos de 65 anos (BARRETO; CARMO, 2000). Tal fato apresenta um desafio para as autoridades sanitárias, principalmente no que se refere à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados (VERAS, 2000).

4 GASTO PÚBLICO EM SAÚDE

4.1 A CONSTITUIÇÃO DO SUS

O sistema único de saúde foi criado pela constituição de 1988 e tem como princípios doutrinários à universalidade, integridade e a equidade. Antes da instituição do SUS a assistência a saúde era um privilégio dos segurados e dependentes da Previdência Social. Após a criação do mesmo, pela constituição federal, a saúde passou ser encarada como “direito de todos e mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL,1998, p. 92).

A Constituição Federal (1998), em seu artigo 198, determina que as ações do SUS sejam hierarquizadas e regionalizadas e que tenha como princípio organizacional as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade.

Com a criação do Sistema Único de saúde e das leis que o regulamentam, LOS 8.08/90 e a Lei 8142/90, a descentralização da assistência passou ser vinculada a municipalização e as transferências intergovernamentais passam a ser automáticas e regulares. Com efeito, foram criadas estruturas e instrumentos que dão aos Estados e Municípios uma maior capacidade gerencial.

A publicação, entretanto, da Norma Operacional Básica SUS nº 01/91, considerada um retrocesso por muitos estudiosos, passa a concentrar no governo federal o poder de decisão das transferências intragovernamentais o que contraria a descentralização preconizada pela Constituição.

A NOB-SUS 01/93 traz consigo contribuições para a regulamentação do processo de descentralização e para a criação de novos mecanismos de financiamento. Tal norma, resgata o princípio da descentralização do sistema através da definição de categorias de gestão ("incipiente", "parcial" e "semi-pleno") para as esferas subnacionais, que representariam a complexidade dos sistemas de saúde – desde a provisão de atenção primária até a internação hospitalar, incluindo contratos e pagamentos aos hospitais privados. A principal contribuição desta norma referia-se, portanto, à implementação dos mecanismos de transferência “fundo a fundo” nos municípios habilitados no mais avançado modelo de gestão.

A NOB/96 define os tipos de gestão que podem ser adotados por Estados e Municípios. Com base na gestão adotada será definida a forma de transferência dos recursos para saúde. “O fluxo de recursos dentro do sistema de saúde depende do enquadramento do Município aos tipos de gestão definidos na Norma Operacional Básica de 1996” (DIAZ, 2002, p.10).

O repasse, segundo Nunes (2004), acontece de três formas: i) Transferências regulares e automáticas realizadas fundo a fundo, ii) Pagamento direto a prestadores de serviço e beneficiários cadastrados, iii) Convênios. Em 2004, as remunerações por serviços produzidos passaram a englobar as transferências regulares e automáticas. A tabela 1 mostra que, em 2004, 99,4 % dos repasses do governo federal para a Bahia foram feitos por transferências regulares.

Tabela 1 – Repasse de recursos do governo federal para Bahia (em R\$)

	2004	%
Transferências Regulares Automáticas	733.687.154,88	99,40
Convênios	4.130.728,18	0,56
Total	737.817.883,06	100,00

Fonte: SIOPS

Os recursos federais que se destinam à área da saúde podem ser divididos em:

Pagamentos Federais: recursos transferidos diretamente do Ministério da Saúde aos prestadores. Correspondem aos valores resultantes do faturamento das contas hospitalares e ambulatoriais apresentadas pelos estabelecimentos públicos, privados, filantrópicos e universitários credenciados pelo SUS, bem como médicos também credenciados. Ocorrem onde estados e municípios não se encontram habilitados nos níveis de gestão que lhes permita receber estes recursos via transferência fundo a fundo.

Transferências – Alta e Média Complexidade: recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Fundos Municipais. Referem-se à assistência de alta e média complexidade e são destinados aos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal ou Estados em Gestão Plena do Sistema Estadual para os municípios que, no máximo, enquadraram-se como Gestão Plena da Atenção Básica.

Transferências – Atenção Básica: recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Fundos Municipais. São destinados aos municípios enquadrados, pelo menos, em Gestão Plena da Atenção Básica e estados enquadrados, pelo menos, em Gestão Avançada do Sistema Estadual para os municípios que não se enquadraram em qualquer tipo de gestão (DIAZ, 2002, p.10).

Em 13 de setembro de 2000, o Congresso Nacional, com objetivo de garantir o financiamento da saúde o publica no Brasil, criou a Emenda Constitucional nº 29. A partir da EC/29 fica assegurada a efetiva co-participação das três esferas governamentais (Federal, Estadual e Municipal) no financiamento das ações e serviços públicos de Saúde (NUNES, 2004). EC/29, entretanto, ainda não foi regulamentada.

Para o governo federal, a emenda vinculou o montante de recursos ao valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. Os Estados e municípios, ficaram obrigados, a partir de 2004, a vincular percentuais mínimos das receitas aos serviços e ações de Saúde, 12 e 15% respectivamente, estando estes sujeitos as mesmas sanções da Lei de responsabilidade fiscal caso descumpram os limites da EC/29 (NUNES, 2004).

Em 2004 o percentual de recursos próprios aplicados em saúde pelo Estado da Bahia foi de 12,5 %, ficando acima do percentual mínimo estipulado pela emenda constitucional 29. No ano anterior os investimentos do estado foram de 9,3 % não alcançando o mínimo exigido pela lei.

Em Janeiro de 2001 é criada a Norma da Assistência a Saúde. Com base na NOAS-SUS 01/01 os estados passam da função de meros mediadores para a de coordenadores do SUS em âmbito estadual. A ênfase na municipalização dá lugar à ênfase na regionalização.

4.2 ESTRUTURA DO GASTO EM SAÚDE NO BRASIL

O Brasil utiliza um sistema misto de prestação de serviço em saúde. Tal sistema está dividido da seguinte forma: os serviços financiados e providos pelo governo em suas três esferas (Federal, Estadual, Municipal) compõem o Sistema Único de Saúde – SUS; os serviços prestados pelo setor privado através do desembolso direto dos usuários, planos e seguros privados.

Segundo Ugá (2003), o sistema de saúde brasileiro é constitucionalmente definido como um sistema universal e integrado. Entretanto, apresenta uma estrutura de gasto que o aproxima dos sistemas liberais onde a participação do gasto privado é grande. Tal afirmação torna-se nítida ao se comparar a estrutura de gastos em saúde do Brasil com países que adotam o sistema universal e o liberal. A figura 2 mostra que tanto no Brasil como nos Estados Unidos, país que adota um modelo liberal de sistema de saúde, a participação privada no gasto público em saúde é de 44%, enquanto que em países como Reino Unido, Dinamarca e Suécia, países que adotam o modelo universal, esta participação é de 3%, 16% e 22%, respectivamente.

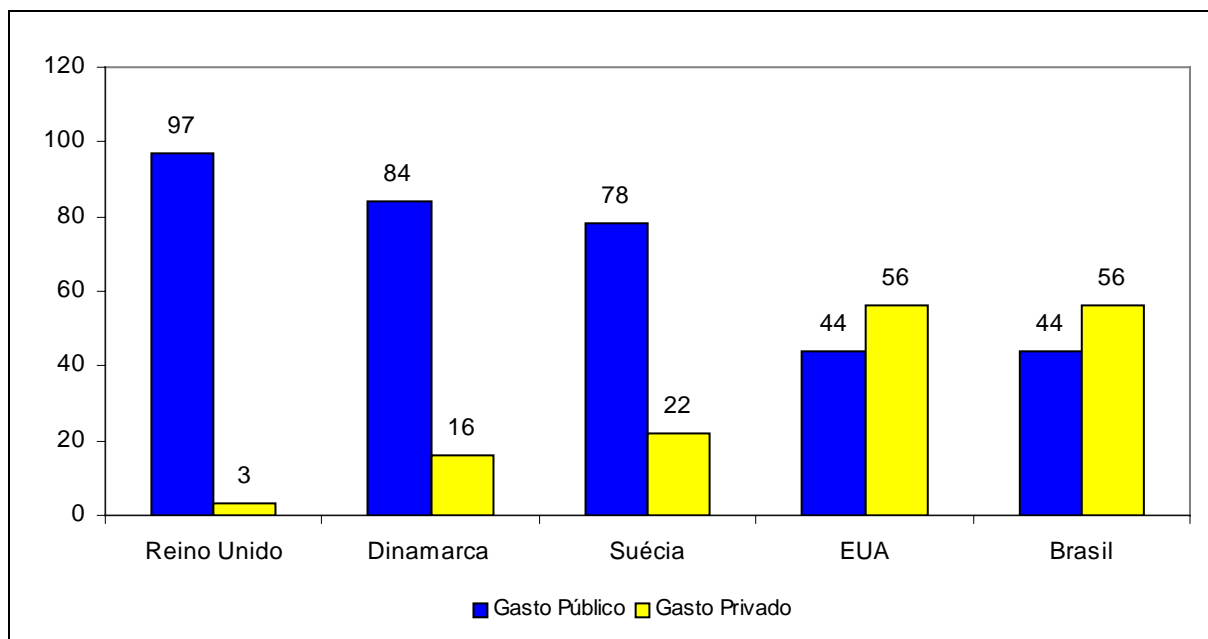


Figura 2: Composição de gasto em Saúde em alguns países da OCDE e Brasil - 2000 em % (Ugá, 2005)

O grande financiador das ações dos serviços de saúde do SUS é a União, seguida pelos Municípios e os Estados. A Tabela 2 apresenta o total dos gastos públicos em saúde realizado pelas três esferas do governo, no Brasil, de 2000 a 2003. Verifica-se na tabela 2 que, entre 2000 e 2003, as despesas da União com saúde aumentaram em quase 7 milhões de reais. Entretanto, nota-se que Estados e Municípios dobraram sua despesas com saúde, enquanto o governo federal aumentou suas despesas, no mesmo período em apenas 33%. Segundo Nunes (2004), o aumento da participação dos estados e municípios ajudam a combater as desigualdades em saúde, apesar delas ainda persistirem de forma bastante nítida.

Tabela 2 - Despesas em saúde no Brasil por esfera governamental (em R\$ correntes)

Esfera/ano	2000	2001	2002	2003
FEDERAL	20.351.492	22.474.070	24.736.843	27.181.155
ESTADUAL	6.313.436	8.269.757	10.309.299	12.224.256
MUNICIPAL	7.403.634	9.268.943	11.758.992	14.218.506
TOTAL	34.068.562	40.012.770	46.805.134	53.623.917

Fonte: SIOPS

Por sua vez, a Figura 3 mostra a perda de participação da União no total dos gastos com saúde em detrimento dos Estados e Municípios. Enquanto a participação federal nos gastos caiu 9%, entre 2000 e 2003, a estadual e municipal cresceu 5% cada uma. No período entre os anos de 2000 e 2003. Nunes (2004) afirma que essa mudança no cenário, vem ocorrendo em função de estados e municípios estarem assumindo uma maior responsabilidade no custeio das despesas.

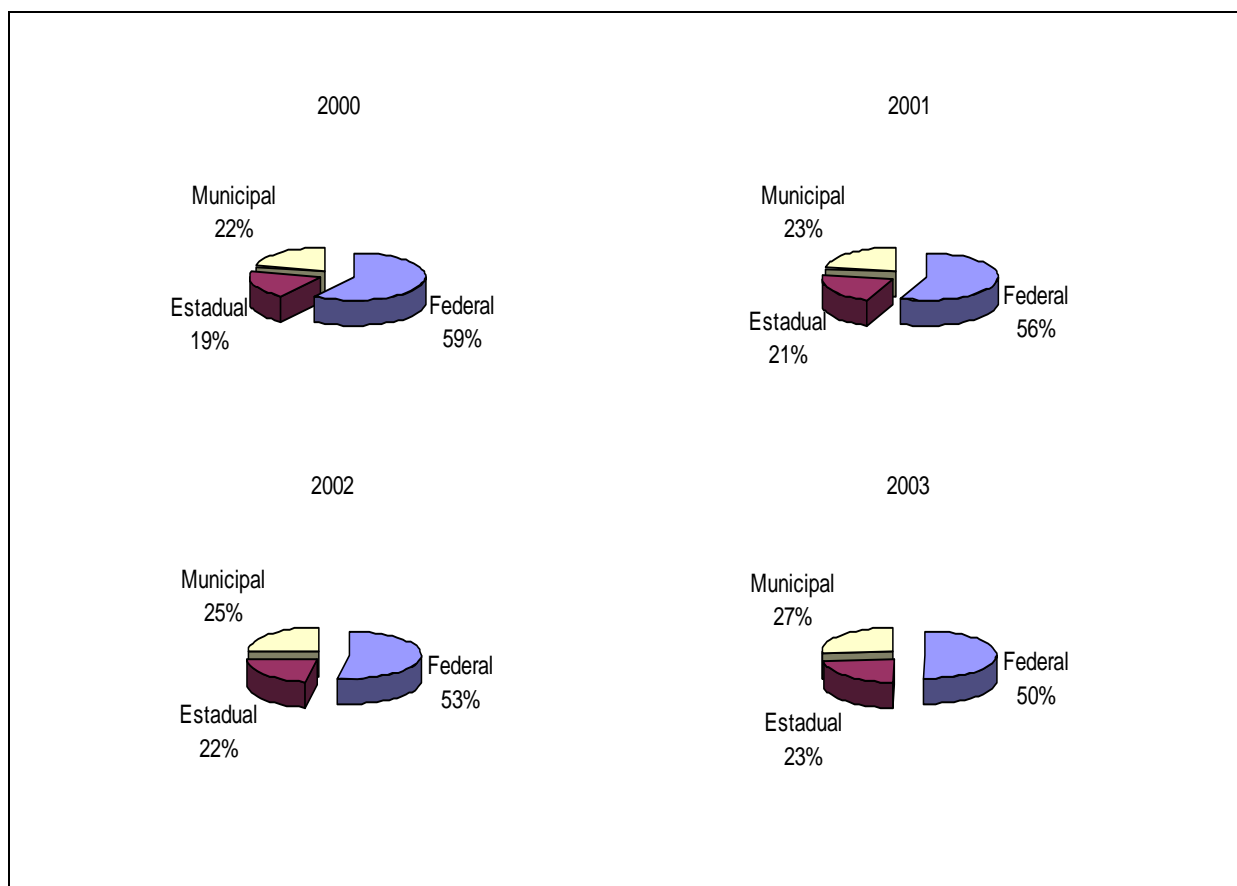


Figura 3: Participação nos gastos no Brasil 2000 a 2003 - SIOPS

Verifica-se que são mantidas as proporções de gastos, por ente federativo, ao se analisar o Estado da Bahia. Como mostra a figura 4 apesar do governo federal responder por 50 a 60 % dos gastos com saúde na Bahia, ele também vem perdendo participação ao longo dos anos. Enquanto o Governo Federal reduziu sua participação em 11%, entre 2000 e 2003, os Estados e Municípios aumentaram suas participações em 3 e 8 %, respectivamente. O executivo estadual juntamente com os Municípios, respondem por 49% das despesas com saúde no estado da Bahia; os Municípios respondem pela maior parte, 55%.

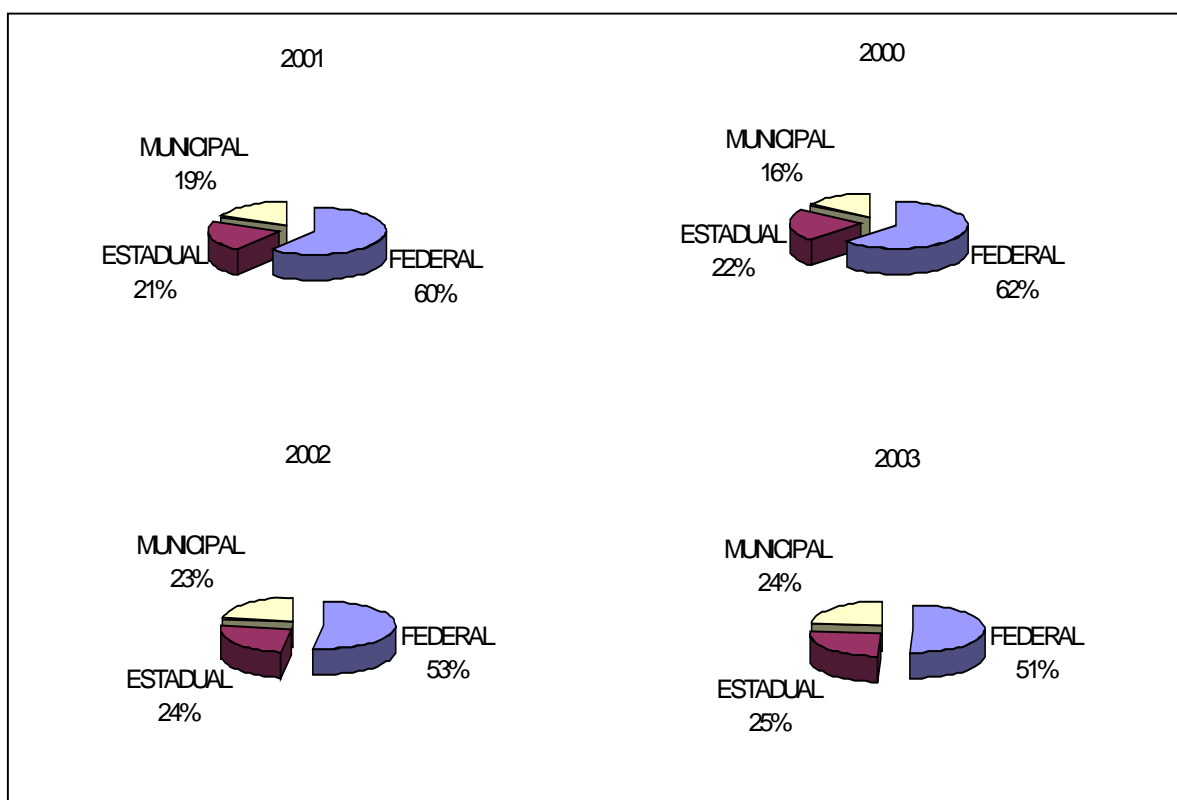


Figura 4: Participação nos gastos na Bahia - 2000 a 2003 - SIOPS

É importante ressaltar uma outra forma de análise do montante dos gastos que é sob a ótica da responsabilidade dos mesmos, que se diferencia da anterior em função da existência de transferência de recursos entre as esferas, sendo o governo federal o principal responsável pelos repasses as demais esferas (DIAZ, 2002).

5 FINANCIAMENTO DA SAÚDE E INCIDÊNCIA DE BENEFÍCIO NO MUNICÍPIO DE SENHOR DO BONFIM

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Senhor do Bonfim, que também já foi conhecido pelos nomes de Arraial de Senhor do Bonfim (1759) e Vila Nova Rainha (1794), foi emancipado em 1885 . Está situado no Norte do Estado da Bahia, na região de Piemonte da Diamantina, no extremo Norte da Chapada Diamantina, próximo da região do Baixo Médio São Francisco, a uma distância de 384 Km de Salvador. Possui como limites geográficos os municípios de Campo Formoso, Jaguari, Andorinha, Pindobaçú, Filadélfia, Antonio Gonçalves, Itiúba e Porto Novo.

Senhor do Bonfim possui uma área de 817 km² e população estimada em 2005 de 57.888 habitantes. Fazem parte do município os distritos de Senhor do Bonfim (sede), Carrapichel, Igara, Tijuaçú, Quicé e Missão e os povoados de Cachoeirinha, Canavieira, Cariaçá, Cazumba I, Cazumba II, Esteva, Itapicuru, Passagem Velha, Tanquinho, Terrerinha, Campo Comprido e Boa Vista. O município conta ainda com uma comunidade descendente de um quilombo (no distrito de Tijuaçú), com população de 7.281 habitantes.

A cidade de Senhor do Bonfim é um entreposto comercial cortado pela BR 407, principal rodovia que liga a região Nordeste com o Centro Sul do país, pela BR 324 que a liga a Juazeiro e Jacobina e por rodovias estaduais que ligam o município às cidades de Campo Formoso, Antonio Gonçalves e Andorinha. Ela dispõe também do modal ferroviário que liga Juazeiro a Salvador, o que torna Senhor do Bonfim uma importante cidade do Piemonte da Diamantina. A cidade disputa com Jacobina a liderança política-econômica da região, que congrega 24 municípios.

O PIB do município em 2003, segundo a SEI, foi de aproximadamente R\$ 160 milhões apresentando um crescimento em relação a 2002 de 3,02 %. A renda per capita, que em 1999 era de R\$ 1.576,69, aumentou para R\$ 2.596,64 em 2003. Mesmo com as constantes secas, a principal atividade econômica é a agricultura, com cerca de 40% do valor adicionado. O comércio e a pecuária respondem por cerca de 30%, cada uma, do produto municipal. O IDH

municipal também apresentou crescimento, saltando de 0,561 em 1991 para 0,690 em 2000, igualando-se a Bahia que apresentou um IDH de 0,69 no mesmo ano. O IDH brasileiro, em 2000, foi 0,766.

Com relação à infra-estrutura, Senhor do Bonfim conta com abastecimento de água realizado pela EMBASA, rede pública de esgotamento sanitário que cobre 89% do município, limpeza pública com varrição diária e aterro sanitário. Em relação a comunicações, o município possui duas emissoras de rádio, três redações jornalísticas e telefonia fixa e móvel.

Na área de Saúde, Senhor do Bonfim foi habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal desde maio de 2001, buscando consolidar a universalização do acesso e garantia da assistência. O município é uma das sedes de microrregião de saúde que compõe a macrorregião norte de saúde. No município, existem 22 Postos de Saúde (dentre eles, 2 centros de saúde e 5 unidades do PSF), 1 unidade de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica (com vacinação e controle de epidemias), clínicas conveniadas de fisioterapia, oftalmologia, cardiologia, otorrinolaringologia, leitura de lâminas de preventivos, serviço de endoscopia, ultra-sonografia, Laboratório de Análises Clínicas e um Hospital com Pronto Socorro (filantrópico, com 90% dos recursos oriundos do S.U.S e gestão do IBAPS-Instituto Bonfinense de Assistência e Promoção Social).

5.2 METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho tem como referência o trabalho de Demery (2003), intitulado *Analyzing the Incidence of Public Spending* que foi um trabalho pioneiro na discussão sobre incidência de benefício. Esse trabalho enfatiza a incidência do gasto público em saúde e educação.

A proposta desta metodologia é: i) a obtenção, através de fontes oficiais, da estimativa de subsídio para prover um determinado serviço; ii) a identificação dos serviços subsidiados; iii) a agregação dos indivíduos (ou domicílios) em subgrupos da população e estabelecer um confronto com a distribuição dos subsídios entre os diversos grupos.

Foram coletadas junto ao Departamento de informática do SUS - DATASUS e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS informações sobre a realização e identificação dos gastos públicos com saúde no município. Os gastos foram agrupados por tipo de assistência á saúde demandada e distribuídos em dois grupos: assistência ambulatorial e internações. Como o município de Senhor do Bonfim não dispõe do serviço de alta complexidade, estimou-se o uso de tais procedimentos através do programa Tratamento Fora do Domicílio (TFD). O TFD é um Programa do SUS, destinado às pessoas que necessitam de tratamento especializado não disponível na localidade de origem.

O SIOPS foi utilizado como fonte de informação básica para a obtenção do montante de recursos federais e municipais. O SIOPS, contudo, não apresenta os dados de internações e assistência ambulatorial de forma desagregada. Utilizou-se, então, os mesmos percentuais encontrados para tais procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. Para identificar os usuários de serviços de saúde em Senhor do Bomfim, utilizou-se os dados do DATASUS. Com o auxílio do software tabwin foi possível levantar o número total de indivíduos que utilizaram os serviços.

Para a análise de incidência de benefício, optou-se pela utilização apenas dos casos de internações. As razões para tanto foram: i) a impossibilidade de desagregar, por sexo e faixa etária, os usuários dos serviços ambulatoriais, ii) a maior parte dos recursos são direcionados para as internações, iii) a dificuldade de acesso à internações hospitalares.

Os dados sobre renda utilizados neste trabalho foram retirados da pesquisa de campo feita pelo estudo intitulado “As diferentes faces da desigualdade em saúde: iniquidade, discriminação e exclusão” realizado pelo PECS - Programa Economia da Saúde da Universidade Federal da Bahia, em 2003, no município do Senhor do Bonfim (PECS,2004). Excluiu-se da amostra, para cálculos de distribuição de renda, crianças com idade inferior a 10 anos.

A pesquisa do PECS foi dividida em duas etapas. Na primeira, foi feita uma amostra a partir dos dados disponíveis no DATASUS para o município, por instituição de saúde. Aplicou-se então um questionário nessas instituições, buscando os dados dos pacientes para o mês de outubro de 2003. O mês de outubro foi escolhido por melhor representar os atendimentos realizados no ano, evitando assim a sazonalidade, pois entre os meses de junho e setembro o

número de atendimentos cresce por razões climáticas. Na segunda etapa, depois de definida a amostra e coletados os dados dos pacientes, foi realizada a aplicação dos questionários domiciliares (PECS, 2004). Para a amostra foram selecionados 300 casos, mas foram realizadas 311 entrevistas.

5.3 FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM SENHOR DO BONFIM

O município de Senhor do Bonfim está enquadrado na gestão plena do sistema municipal. Logo, recebe fundo a fundo os recursos federais para saúde. Ao fazer a opção por este tipo de gestão, o município tornou-se responsável pelas assistências básicas, de média complexidade, de alta complexidade existente no município e pelas ações relacionadas à vigilância sanitária.

Considerando as de transferências entre os entes federativos, o montante dos gastos em saúde no município chegou, em 2005, a um total de R\$ 10.823.147,56. O município participou com 21,8% do total enquanto que a participação estadual foi de apenas 0,9%. Coube ao governo federal arcar com a maior parte dos gastos, realizando 77,3% do total (tabela 3).

Tabela 3 - Gasto Público com Saúde por Financiador em Senhor do Bonfim - 2005 (em R\$)

Esfera/ano	2005	%
Federal	8.366.082,74	77,3
Estadual	96.296,00	0,9
Municipal	2.360.768,82	21,8
Total	10.823.147,56	100

Fonte: SIOPS

Com base na EC/29, a partir de 2004, os municípios ficam obrigados a aplicar 15% de sua receita com impostos em saúde. Em 2004 o percentual aplicado pelo município de Senhor do Bonfim foi de 16%, superando os 15% obrigatórios. Em 2005 o município não conseguiu alcançar o mínimo exigido pela lei, aplicando apenas 14,07%.

Um outro aspecto do gasto público a ser analisado, é aquele efetuado por tipo de assistência utilizada pela população. Tal análise consiste em desagregar o montante dos recursos por tipo de serviço demandado.

O gasto por assistência nos indica o quanto de recurso esta sendo aplicado por ação e serviço de saúde recebido pela população, além da participação de cada ente federativo. Como mostra a tabela 4, o Governo Federal mantém o papel de principal financiador, aplicando aproximadamente R\$ 8 milhões de reais em saúde no município. Nota-se também, que a maioria dos recursos foram direcionados para as internações, independentemente da sua origem.

Tabela 4 - Gasto público por Tipo de serviço – Bonfim 2005

Nível de Atenção	Federal		Estadual		Municipal		Total	
	Valores (R\$)	%	Valores (R\$)	%	Valores (R\$)	%	Valores (R\$)	%
Internações								
MAC¹	3.273.711,87	41,0%	39.494,40	41,0%	968.234,98	41,0%	4.281.441,25	41,0%
Ambulatorial								
Atenção básica	2.622.023,79	32,8%	31.632,37	32,8%	775.491,32	32,8%	3.429.147,48	32,8%
MAC	2.086.290,50	26,1%	25.169,23	26,1%	617.042,52	26,1%	2.728.502,25	26,1%
TOTAL	7.982.026,16	100,00%	96.296,00	100,00%	2.360.768,82	100,00%	10.439.090,98	100,00%

¹Fonte: SIOPS, DATASUS

5.4 INCIDÊNCIA DE BENEFÍCIOS

A busca pela equidade na alocação de bens e serviços de saúde, bem como a falta de capacidade do mercado para ofertá-los, são justificativas consideráveis para a presença do Estado como subsidiário de tais bens e serviços. A aplicação, entretanto, de uma política pública equivocada levará a uma ineficiência do gasto público. De saída, os gastos para se combater as conseqüências de uma doença geralmente são muito maiores e produzem um resultado inferior se comparados com o dispêndio para tratar as causas.

O objetivo da análise de incidência do benefício é avaliar o efeito do gasto público sobre o bem-estar de diferentes grupos de pessoas. Para tanto, faz-se necessário à identificação do quanto é gasto para promover um determinado serviço público e de quem o utiliza. “A

¹ Média e alta complexidade

incidência de benefício combina o custo de prover um determinado serviço com a informação sobre o uso” (DEMRY, 2001, p.3).

Como já se avançou, esse estudo se propõe a fazer uma análise de incidência de benefício no município de Senhor do Bonfim, através da identificação dos grupos que se apropriam dos benefícios gerados pelos recursos destinados à saúde.

5.4.1 Características da população

A população de Senhor do Bonfim foi avaliada a partir dos critérios de renda, gênero e idade. Para a variável renda utilizou-se os dados do PECS. A avaliação para gênero e idade foi realizada com base nos dados do DTASUS. Sempre que possível, buscou-se comparar as informações levantadas na pesquisa de campo com as do Censo Demográfico do IBGE de 2000.

Através de questionários domiciliares aplicados na pesquisa de campo realizada pelo PECS, foram levantadas as características gerais das pessoas que utilizaram o serviço público de saúde. Segundo a pesquisa, dos 311 entrevistados 67 utilizaram o serviço de internação. Do total de pacientes que utilizaram o tal serviço 49,3% eram chefe ou cônjuge, apenas 23,7% tinham 2º grau completo ou 3º grau incompleto e só 1,7% tinham o 3º grau completo, revelando um baixo nível de escolaridade. A maioria dos entrevistados, 77,6%, era de cor negra .

Tabela 5 -Distribuição dos pacientes internado por posição na família , 2004

Posição na Família	Senhor do Bonfim	
	nº	%
Chefe	20	29,9
Conjuge	13	19,4
Filho	21	31,3
Outros	13	19,4
Total	67	100,0

Fonte: Pesquisa PECS

Tabela 6 - Distribuição de pacientes internados por cor, 2004

Cor	Senhor do Bonfim		População
	n°	%	%
Branca	15	22,4	27,7
Negra	52	77,6	72,3
Total	67	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa PECS, censo do IBGE

Tabela 7 - Distribuição de pacientes internados por escolaridade, 2004

Escolaridade	Senhor do Bonfim		População
	n°	%	%
Sem escolaridade/analfabetos	14	23,7	29,8
1° Grau Incompleto	21	35,6	48,9
1° Grau Completo	6	10,2	5,1
2° Grau Incompleto	3	5,1	4,8
2° Grau Completo/3° Incompleto	14	23,7	9,2
3° Grau Completo	1	1,7	2,3
Total	59	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa PECS, censo do IBGE

Os dados levantados no DATASUS nos revelam que 63,5% da população que utilizou os serviços de internação é do sexo feminino, enquanto que a distribuição populacional por gênero é de 51,4 % de mulheres e 48,6% de homens, como mostra a tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes internados por sexo em Senhor do Bonfim, 2005

Sexo	População que usou		População do município	
	n°	%	n°	%
Masculino	2.384	36,5	32.889	48,6
Feminino	4.156	63,5	34.834	51,4
Total	6.540	100,0	67.723	100,0

Fonte: DATASUS, IBGE

A distribuição dos pacientes por idade e sexo apresentou resultados semelhantes aos já verificados na literatura. Verificou-se ao se comparar crianças e idosos de sexo diferente, que

os indivíduos do sexo masculino utilizam mais os serviços que as mulheres. Elas, por sua vez, utilizam com mais intensidade os serviços entre os 15 e 49 anos. O fato de ser esta a idade reprodutiva das mulheres é o principal motivo para elas apresentarem uma maior utilização em tal faixa etária. A maior utilização dos homens a partir dos 50 anos está relacionada ao fato destes, por motivos sociais, não utilizarem os serviços de saúde na juventude de forma preventiva.

A tabela 9 mostra que, entre 15 e 24 anos as mulheres e homens representam 21% e 22% da população, respectivamente. Entretanto, as mulheres que se encontram em tal faixa etária utilizaram quase quatro vezes mais os serviços de saúde que os homens. Entre 25 e 49 anos a diferença de utilização entre mulheres e homens é de quase 1,5 vezes. Os homens nas faixas entre 0 a 9 anos e acima dos cinquenta anos, apresentaram um percentual de utilização de 27,5 e 32,4 % respectivamente.

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes internados por faixa etária e sexo em Senhor do Bonfim

Faixa de Idade	População que usou			População do município		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0 a 9 anos	27,5	12,0	17,6	20,5	18,7	19,6
10 a 14 anos	5,5	1,9	3,2	10,9	10,2	10,5
15 a 24 anos	8,1	28,8	21,2	22,0	21,0	21,5
25 a 49 anos	26,6	36,9	33,1	30,9	32,1	31,5
50 a 64 anos	15,2	8,9	11,2	9,9	10,6	10,2
65 anos e mais	17,2	11,6	13,7	5,8	7,5	6,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: DATASUS, IBGE

Para análise do nível de renda, elaborou-se faixas de renda familiar per capita baseada no salário mínimo² de 2004. Através do nível de renda familiar per capita, verificou-se que os pacientes que utilizaram os serviços de internação em Senhor do Bonfim constituem um segmento carente da população. Como pode-se verificar na tabela 10, 92,5% da população

² O valor do salário mínimo em 2004 era de R\$ 260,00.

entrevistada recebe até um a salário mínimo(R\$ 260,00), 68,7 % não recebem mais que ½ salário mínimo(R\$ 130,00).

Tabela 10 - Faixas de renda familiar per capita em Senhor do Bonfim, 2004

Faixa de renda	Senhor do Bonfim		
	nº	%	% acumulado
até 1/4 SM	23	34,3	34,3
De 1/4 a 1/2 SM	23	34,3	68,7
De 1/2 a 3/4 SM	7	10,4	79,1
De 3/4 a 1 SM	9	13,4	92,5
Acima de 1 SM	5	7,5	100,0
Total	67	100,0	

Fonte: Pesquisa PECS

5.4.2 Incidência de benefício dos gastos públicos saúde

A análise de incidência de benefício, ao medir o efeito dos gastos públicos sobre a renda da população, vem subsidiar avaliações de grau da pobreza e desigualdade. Para tanto, faz-se necessária a identificação do montante de gastos realizados na saúde e da utilização deste serviço público (DIAZ, 2002, p.37). Faz-se tal análise considerando grupos socioeconômicos, classificados por quintil de renda, sexo, e idade.

Os resultados alcançados pela análise de incidência refletiram o perfil da população estudada. O cruzamento feito com variável idade mostrou que os indivíduos com idade entre 25 e 49 anos foram os que se apropriaram de maior parte dos recursos. Os indivíduos de tal faixa etária apropriaram-se de 33,1% do total dos recursos destinados ao serviço de internações em Senhor do Bonfim, enquanto que a segunda faixa etária, 15 a 24 anos, que mais se apropriou dos recursos ficou com 21,2% do total (tabela 11).

Confirmou-se a tendência de aumento na apropriação dos recursos em função do envelhecimento do indivíduo, ou seja, as pessoas mais velhas se beneficiam mais dos recursos

destinados a serviços de internação em relação aos mais jovens. Os indivíduos com idade acima dos 50 anos beneficiaram-se de 24,8% dos recursos, enquanto que a participação de tal faixa na população é de 16,9% (tabela 11).

Tabela 11 - Estimativa do Percentual e dos Valores Absolutos de Apropriação dos Recursos Públicos destinados ao serviço de internação por Idade em Senhor do Bonfim – 2005

	Faixa de Idade						Total
	0 a 9	10 a 14	15 a 24	25 a 49	50 a 64	60 e mais	
Internações	754.162	135.514	908.006	1.419.291	479.207	585.261	4.281.441
Percentual de apropriação	17,6	3,2	21,2	33,1	11,2	13,7	100,0
Participação na população	19,6	10,5	21,5	31,5	10,2	6,7	100,0

Fonte: DATASUS, SIOPS

Como esperado, as mulheres apropriaram-se mais dos gastos públicos com internações que os homens. As mulheres consomem mais que o dobro dos recursos consumidos pelos homens. A tabela 12 mostra que enquanto as mulheres se beneficiaram de 63,5% do total gasto com internações, os homens utilizaram apenas 36,5% do mesmo.

Tabela 12 - Estimativa do Percentual e dos Valores Absolutos de Apropriação dos Recursos Públicos destinados ao serviço de internação por Sexo em Senhor do Bonfim - 2005

	Masculino	Feminino	Total
Internações	1.560.697	2.720.745	4.281.441
Percentual de apropriação	36,5	63,5	100,0
Participação na população	48,6	51,4	100,0

Fonte: DATASUS, SIOPS

Com relação à renda, as estimativas obtidas indicam a apropriação dos recursos pelos indivíduos dos dois últimos quintis é superior a dos dois primeiros. Os 40% mais ricos se

beneficiaram de 43,9% dos recursos, enquanto que os 40% mais pobres apropriaram-se de apenas 36,3%. Tais resultados sugerem uma dificuldade de acesso dos mais pobres a esse tipo de serviço. (Tabela 13).

Tabela 13 - Estimativa do Percentual e dos Valores Absolutos de Apropriação dos Recursos Públicos destinados ao serviço de internação por nível de renda em Senhor do Bonfim – 2005

	1	2	3	4	5	TOTAL
Internações (R\$)	973.055	583.833	843.314	908.185	973.055	4.281.441
Apropriação (%)	22,7	13,6	19,7	21,2	22,7	100,0

Fonte: Pesquisa PECS

6 CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que a apropriação dos recursos públicos destinados a saúde em Senhor do Bonfim aconteceu de forma desigual. É importante destacar, entretanto, que nem toda desigualdade pode ser considerada iniquidade e que o tratamento desigual, desde que em prol dos mais carentes, é considerado justo. A presença de desigualdade não é suficiente para apontar a existência de iniquidade na distribuição de recursos.

A grande diferença encontrada entre os recursos apropriados por homens e mulheres, 35,5% e 63,5% respectivamente, não pode ser considerada uma expressão de privilégio social. As mulheres utilizaram mais os serviços de saúde apesar do número de homens e mulheres no município ser quase o mesmo, em função de suas maiores necessidades, principalmente na idade reprodutiva e por serviços preventivos. O que deve ser discutido mais profundamente são as formas de minimizar os impactos causados pelo reduzido uso masculino de serviços preventivos.

Como os indivíduos com 50 anos e mais apresentam um alto grau de morbidade e uma maior probabilidade de sofrer enfermidade crônicas, é justificável o fato de que sejam eles o segundo grupo que mais consumiu recursos destinados à saúde, ficando atrás apenas daqueles em idade reprodutiva.

A desigualdade de renda entre os indivíduos apresentou-se como um fator determinante no acesso aos recursos destinados aos serviços de internação no município. Os indivíduos que apresentaram um maior poder aquisitivo apropriaram-se da maioria dos recursos, quase 45%. Esse fato pode levar à conclusão da existência de iniquidade em função da renda. Há que ressaltar a limitação desta análise. No presente trabalho, não foi possível fazer um cruzamento entre as variáveis idade e renda, o que mostraria se as mesmas pessoas que faziam parte do grupo dos mais “ricos” tinham idade igual ou superior aos 50 anos, ou seja, se faziam parte de um grupo etário que apresenta elevado índice de morbidade.

O município de Senhor de Bonfim, como a maioria dos municípios do nordeste brasileiro, possui uma população bastante pobre e que está impossibilitada de utilizar outros serviços de saúde fora do sistema público. Tais características elevam o grau de responsabilidade daqueles que tomam as decisões alocativas de recursos.

Diante da escassez de recursos, o que impede uma expansiva distribuição dos bens e serviços públicos, faz-se necessário eleger quem serão os beneficiários do sistema público de saúde e quais serão os serviços oferecidos. Como foi visto, a distribuição dos recursos destinados à saúde, no município estudado, focaram os grupos sociais mais necessitados por atendimentos de saúde.

7 REFERÊNCIA

ALLEYNE, G et al. La Medición de las Desigualdades en Salud: Algunos Ejemplos de la Región de las Americas. In: ____ **Pan America Health Organization, Equity and Health: views from the Pan American Sanitary Bureau**, Washington, D.C., n. 8, 2001 (Occasional Publication). Disponível em: <http://paho.org/English/DBI/OP08.htm>. Acesso em: 04 Ago 2005.

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 Nov 2006.

AQUINO, Estela Maria Leão de et al. Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 21 Out 2006.

AQUINO, Estela Maria Leão. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Bahia, n. 40, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 21 Out 2006.

BARRETO, Mauricio Lima; CARMO Eduardo. Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários do país. CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, 11,2000. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 235-259.

BARRETO, Kátia Magdala Lima et al . Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 05 Set 2006.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado,1998.

CAMARANO, A. A. (org). **Como Vive o Idoso Brasileiro?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999.

CAMARANO, A. A. (org.). **Muito Além dos 60: Os Novos Idosos Brasileiros**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999.

CAMARGO, K.; VERAS, R. P. Idosos e universidade: parceria para qualidade de vida. In: ____ **TERCEIRA IDADE: Um Envelhecimento Digno para o Cidadão do Futuro**, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. p. 11-27.

CORTIZO, C. T. *et al.* **O financiamento do sistema de saúde no Brasil e a busca da equidade**. 9/12/2002. Disponível: www.ipea.gov.br/economiasaude/. Acesso em : 01 jul 2005.

GOMEZ GOMEZ, Elsa. Gender, equity, and access to health services: an empirical approximation. **Rev Panam Salud Publica**, v.11, n.5, p.327-334, Mai/Jun 2002.

GOMEZ GOMEZ, Elsa. Equity, gender, and health: challenges for action. **Rev Panam Salud Publica**, vol.11, no.5, p.454-461, Mai/Jun 2002.

COUTTOLENC, B. F. **Exclusão social em saúde no Brasil**. 9/12/2002. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/economiadasaude/>. Acesso em: 10 Nov 2005.

DEMERY, Lionel. **Analyzing the Incidence of Public Spending**. Londres: The World Bank, 2003.

DEMERY, Lionel [2000], **Benefit incidence: a practitioner's guide**, Poverty and Social Development Group Africa Region, Londres: The World Bank, 2000. (Mimeo).

DIAZ, M. D. M. **Gastos em Saúde e Incidência de Benefícios no Estado da Bahia**. São Paulo: USP, 2002. (mimeo).

GORDILHO, A. **Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi M.. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acesso em: 14 Nov 2006.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 18, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 14 Nov 2006.

JUNQUEIRA, V. (coord.). **A equidade em saúde: do discurso à prática**. São Paulo. 01/08/2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/economiadasaude>

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acesso em: 10 Mar 2006.

LE GRAND, J. Equidad, salud e atención sanitaria. In: VIII Jornada de Economía de la salud; 8, 1998. **Anais...** Madrid, 1988.

LOUREIRO, Sebastião (coord). As diferentes faces da desigualdade em saúde: iniquidade, discriminação e exclusão . In: **Relatório de Pesquisa: Projeto Economia da Saúde -PES: Reforçando sistemas de saúde para reduzir desigualdades**, Salvador: MS/IPEAD/FID, 2005.

MEDEIROS, M. Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde. Rio de Janeiro, 1999. (Texto para Discussão, 687)

MOSEGUI, G. B.; ROZENFELD, S.; VERAS, R. P.; VIANNA, C. M.. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 437-444, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielophp> >. Acesso em: 12 Dez 2005.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Social inequality and health in Brazil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 18, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielophp>>. Acesso em: 14 Nov 2006.

NORONHA, K.; ANDRADE, M. **Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde na região sudeste do Brasil.** Belo Horizonte, 2001, 10/12/2002. Disponível em: www.ipea.gov.br/economiadasaude/. Acesso em: 21 Out 2004.

NORONHA, K. V. M. **Dois ensaios sobre desigualdade social em saúde.** Belo Horizonte. 12/12/2001. Disponível em: www.ipea.gov.br/economiadasaude/. Acesso em: 21 Out 2004.

NORONHA, K. V. M; ANDRADE, M.V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Rev Panam Salud Publica.** v. 17, n. 6, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielophp>>. Acesso em: 10 Jun 2006.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 11 Mai 2006.

NUNES, André. **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS:** a receita própria do município como variável moderadora. Brasília, 2004. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/>. Acesso em: 22 Mar 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Envejecimiento y salud:** un cambio de paradigma. Washington D.C. 1998.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 14 Jun 2006.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; TRAVASSOS, Cláudia. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 Jun 2006.

PORTO, S. (coord). **Alocação equitativa de recursos** - parte 1. 25/03/2003. Disponível: www.ipea.gov.br/economiadasaude/. Acesso em: 16 Ago 2004.

PORTO, S. (coord). **Alocação equitativa de recursos** - parte 2. 25/03/2003. Disponível: www.ipea.gov.br/economiadasaude/. Acesso em: 16 Ago 2004.

PORTO, S. (coord). **Alocação equitativa de recursos** - parte 3. 25/03/2003. Disponível: www.ipea.gov.br/economiadasaude/. Acesso em: 16 Ago 2004.

PORTO, S. (coord). **Alocação equitativa de recursos** - parte 4. 25/03/2003. Disponível: www.ipea.gov.br/economiadasaude/. Acesso em: 16 Ago 2004.

PORTO, M. S . Justiça Social equidade e necessidade em saúde. In _____. **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde.** 2ª ed. Brasília: IPEA, 1995, cap5, p. 123-140.

PORTO, Sílvia Marta; UGÀ, Maria Alicia Dominguez. Avanços e percalços do financiamento do setor saúde no Brasil. In: _____. **Planejamento criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.175-93.

PORTO, Sílvia Marta et al. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde e debate**, Rio de Janeiro, 2003. , n. 27, p. 376-388 Disponível em: <http://bases.bireme.br>. Acesso em: 09 Jan 2006.

RAMOS, Luiz Roberto; VERAS, Renato P.; KALACHE, Alexandre. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 Jul 2006.

RAMOS, Luiz Roberto et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 27, no. 2, pp. 87-94, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php>. Acesso em: 15 Jul 2006.

RAWLS, J. **Teoría de la justicia.** México: Fondo de Cultura Económica, 1995.

SCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: Aspectos conceituais**, 2001, disponível em: www.opas.org.br. Acesso em: 28 Nov 2005.

SEN, A (2000) **Development as freedom.** USA: First Anchor Books Edition, 2000.

SEN, A. **Inequality Reexamined.** Cambridge: Harvard University Press, 1995.

SILVA, L.M.V.; ALMEIDA FILHO, N. **Distinção, diferença, desigualdade, iniquidade e a saúde: uma análise semântica.** Salvador, 2000. (mimeo)

TRAVASSOS, Cláudia et al. Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status. **Rev Panam Salud Publica.** v. 11, n. 5, p. 365-373, 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.org> >. Acesso em: 20 jul 2006.

TRAVASSOS, Cláudia et al . Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acesso em: 15 jul 2006.

TRAVASSOS, Claudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acesso em: 15 Nov 2006.

UGÀ, Maria Alicia et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 8, p. 417-437, 2003.

UGÀ, Maria Alicia; SANTOS, Isabela Soares. **Uma análise da equidade do financiamento no sistema de saúde brasileiro.** Projeto Justiça no financiamento do setor saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2005.

VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 21, n. 3, 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 01 Ago 2006.

VERAS, Renato P; ALVES, Maria Isabel C. **A população idosa no Brasil**: considerações acerca do uso de indicadores de saúde, 1995. (Saúde em debate, 79) Disponível em: <http://bases.bireme.br>. Acesso em: 01 Ago 2006.

VIANNA, S. M(Coord.). **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento, Brasília.2001.Disponível em: www.ipea.gov.br/economiadasaude/. Acesso em: 25 Mai 2004.

VIANNA, Solon Magalhães et al. Financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE,1992. **Anais...** Brasília, 1992. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/>>. Acessado em: 25 Mar 2006.

VIANNA, S. M(Coord.). **Tendências do sistema de saúde brasileiro**: estudo Delphi. Brasília: IPEA; 2001. 147 p. . Disponível em:< <http://bases.bireme.br/>>. Acessado em: 25 Mar 2006.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acesso em: 18 Mai 2006.

VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acesso em: 14 Nov 2006.

VERAS, Renato. **O Anacronismo dos Modelos Assistenciais na Área da Saúde**: Mudar e Inovar, Desafios para o Setor Público e o Privado, Rio de Janeiro, 2000. p. 53-68, (Estudos em Saúde Coletiva)

VERAS, Renato. **Terceira Idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 190 f. 2002.

WB – World Bank. **Decentralization of Health Care in Brazil**: a case study of Bahia. Londres, 2002.

WEST, P ; CULLIS, J. **Introducción a la Economía de la Salud**. Oxford, 1979.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization, 1991.