

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde

Luciana Vilarim Ferraz

**GASTOS CATASTRÓFICOS EM SAÚDE: análise da prevalência e intensidade
entre famílias de Pernambuco e do Brasil através da pesquisa de orçamentos
familiares 2008-2009**

Recife

2018

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde

Luciana Vilarim Ferraz

**GASTOS CATASTRÓFICOS EM SAÚDE: análise da prevalência e intensidade
entre famílias de Pernambuco e do Brasil através da pesquisa de orçamentos
familiares 2008-2009**

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 Bezerra Nogueira

Recife

2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

F381g

Ferraz, Luciana Vilarim

Gastos catastróficos em saúde: análise da previdência e intensidade entre famílias de Pernambuco e do Brasil através da pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009 / Luciana Vilarim Ferraz. - 2018.

52 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo Bezerra Nogueira

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2018.

Inclui referências.

1. Gastos privados em saúde. 2. Gastro catastrófico em saúde. 3. Características socioeconômicas. I. Nogueira, José Ricardo Bezerra (Orientador). II. Título.

336 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2018 – 130)

LUCIANA VILARIM FERRAZ

**GASTOS CATASTRÓFICOS EM SAÚDE: análise da prevalência e intensidade
entre famílias de Pernambuco e do Brasil através da pesquisa de orçamentos
familiares 2008-2009**

Dissertação de mestrado, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 30/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. David Ricardo Colaço Bezerra
Universidade Federal de Pernambuco

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

Profa. Dra. Suely Arruda Vidal
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Ao meu pequeno Antônio, por ter sido parte de minha jornada no mestrado desde sempre.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela serenidade necessária para a finalização do mestrado.

Ao meu Antônio, filho querido, pela energia transmitida em cada sorriso. Perdão pelas ausências necessárias.

À Heitor pela parceria de vida e pelo suporte essencial em casa e com nosso filho.

A minha família, em especial aos meus pais, sogra, irmãos e cunhados, por colaborarem cada um à sua maneira para a conclusão deste trabalho.

Às amigas do SGT/IAM Ana Célia, Franciely, Heleny, Jéssica e Nilda pela paciência e parceria de sempre. Obrigada pelo suporte necessário durante todo o período do mestrado e pelo incentivo essencial em sua reta final.

À Dênis Correa pela primorosa ajuda na realização deste trabalho.

Aos colegas de turma pela convivência enriquecedora, em especial a Emanuelle, Rinaldja, Kadidja, Alba, Mônica e Adriana pelo companheirismo e acolhimento.

Ao professor José Ricardo Nogueira, pelos ensinamentos transmitidos.

Ao professor Moacyr pela competente condução do PPGGES enquanto coordenador.

Aos professores e monitores do programa pelos conhecimentos compartilhados.

À Tunísia pela disponibilidade em sempre nos atender da melhor forma.

RESUMO

Gasto catastrófico em saúde é uma expressão utilizada para descrever despesas com saúde que representam uma ameaça à capacidade financeira familiar. É comumente relacionado a condições socioeconômicas menos favorecidas. Assim, diante das desigualdades existentes no território brasileiro, o objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência, intensidade e características socioeconômicas do gasto catastrófico em saúde entre as famílias do estado de Pernambuco e do Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado através dos microdados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. Avaliou-se como catastrófica a despesa com saúde superior a 20% do valor obtido da subtração do gasto total do domicílio menos o custo com alimentação. Foram analisadas as variáveis renda, presença de crianças com 6 anos ou menos e idosos com 65 anos ou mais no domicílio, bem como a escolaridade, sexo e condição de aposentado ou pensionista da pessoa de referência. A renda domiciliar foi verificada através da classificação por quintis e a escolaridade considerada por anos de estudo completos. A prevalência de domicílios com gasto catastrófico foi de 10,6% para o Brasil e 9,8% para Pernambuco. A análise da intensidade do gasto demonstrou que os domicílios do Brasil excederam o limite considerado como catastrófico em média 9,4%, já os de Pernambuco o excederam em média 10,2%. Verificou-se um padrão mais uniforme de distribuição do gasto catastrófico quanto à renda domiciliar no Brasil em relação à Pernambuco, onde a prevalência foi mais acentuada nas famílias com maior renda. Observou-se semelhança no comportamento do gasto catastrófico nas famílias do estado em relação ao país, quanto ao sexo e condição de aposentado ou pensionista da pessoa de referência e presença de crianças e idosos no domicílio, entretanto houve divergência quanto à distribuição por renda familiar e escolaridade. Os resultados sugerem a necessidade de aperfeiçoamento e desenvolvimento de políticas públicas que considerem as características das famílias com gasto catastrófico em saúde e que observem as especificidades apresentadas.

Palavras Chave: Gastos privados em saúde. Gasto catastrófico em saúde. Características socioeconômicas. POF.

ABSTRACT

Catastrophic expense in health is an expression used to describe expenses with health that represent a threat to the familiar financial capacity. It is commonly connected to conditions socioeconomics less favored. So, before the existent inequalities in the Brazilian territory, the objective of the present study was analysed the predominance, intensity and socioeconomics characteristics of the catastrophic expense in health between the families of the Pernambuco State and of Brazil. It is the question of a descriptive study, with quantitative approach, carried out through the microdata of the Inquiry of Familiar Budgets (POF) 2008-2009. It was evaluated as a catastrophic the expense with health superior to 20 % of the obtained value of the subtraction of the total expense of the residence less with food. There were analyzed the variables income, children's with 6 years or less and old with 65 years or more in the residence, as well as the schooling, sex and retiree or pensioner of the reference person. The home income was checked through the classification for quintis and the schooling considered by complete years of study. The residences predominance with catastrophic expense was of 10,6 % for Brazil and 9,8 % for Pernambuco. The intensity analysis of the expense demonstrated that the residences of Brazil exceeded the limit considered as catastrophic on average 9,4 %, already those of Pernambuco exceeded it on average 10,2%. There was a more uniform pattern of distribution of the catastrophic expense as for the home income in Brazil regarding the Pernambuco, where the predominance was more accented in the families with bigger income. Similarity was observed in the behavior of the catastrophic expense in the families of the state regarding the country, as for the sex and condition of retiree or pensioner of the person of reference and presence of children and old in the residence, meantime there was divergence as for the distribution for familiar income and schooling. The results suggest the necessity of improvement and development of public policies that consider the families characteristics with catastrophic expense in health and that observe the presented specificities.

Keywords: Private expenses in health. catastrophic expense in health. socioeconomics characteristics. POF.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas dos domicílios, Brasil e Pernambuco (2008-2009)	28
Tabela 2 - Características socioeconômicas dos domicílios com gasto positivo em saúde, Brasil e Pernambuco (2008-2009)	29
Tabela 3 - Intensidade do gasto catastrófico em saúde, Brasil e Pernambuco (2008-2009)	34
Tabela 4 - Índice de concentração e medidas ponderadas do gasto catastrófico em saúde, Brasil e Pernambuco (2008-2009)	35
Tabela 5 - Proporção de domicílios com e sem gasto catastrófico em saúde segundo as características socioeconômicas das famílias, Brasil e Pernambuco (2008-2009)	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF	Constituição Federal
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
EC	Emenda Constitucional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEN	Índice Econômico Nacional
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPV	Pesquisa sobre Padrões de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral	13
2.2 Específicos	13
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
3.1 Acesso e financiamento da saúde no Brasil.....	14
3.2 Gasto privado com saúde no Brasil	15
3.3 Conceito e prevalência do gasto catastrófico em saúde.....	18
3.4 Fatores relacionados à suscetibilidade e proteção ao gasto catastrófico em saúde.....	20
4 MÉTODO	22
4.1 Tipo de Estudo	22
4.2 Banco de dados	22
4.3 Amostra de estudo	23
4.4 Estimando a prevalência e intensidade do gasto catastrófico	24
4.5 Características socioeconômicas	27
4.6 Aspectos éticos	27
5 RESULTADOS	28
5.1 Caracterização da amostra	28
5.2 Prevalência e intensidade dos gastos catastróficos com saúde para o Brasil e Pernambuco	32
5.3 Características socioeconômicas das famílias do Brasil e de Pernambuco com gasto catastrófico em saúde.....	36
6 DISCUSSÃO	40
7 CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

A legislação Brasileira assegura que todo cidadão pode utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com suas necessidades sociais, independentemente da sua capacidade de pagamento e inserção no mercado de trabalho (OCKÉ-REIS, 2015). Apesar disso, segundo Garcia et al. (2013), os gastos privados representam uma parcela significativa do gasto total com saúde no Brasil. Dentre os anos de 2010 a 2015 mais da metade das despesas com consumo final de bens e serviços de saúde foram pagas diretamente pelas famílias (IBGE, 2017).

Assim, apesar dos pressupostos da universalidade, integralidade e equidade, o Brasil é um dos poucos países do mundo onde o gasto privado em saúde supera o gasto governamental (PIOLA et al., 2013). No âmbito familiar, segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (POF 2008-2009), o gasto com saúde compromete cerca de 7,2% do orçamento (IBGE, 2010).

Além de impactos no estado de saúde, o adoecimento pode gerar restrições orçamentárias em virtude da perda de rendimento, da menor capacidade de trabalho e da elevação dos gastos com saúde, especialmente por desembolso direto (SANTOS, 2015). Esses gastos podem absorver parte significativa do orçamento familiar, levando as famílias a abrir mão de consumir outros serviços, a vender ativos ou mesmo a se endividar, tornando-se, portanto, um gasto catastrófico (DINIZ et al., 2007; RIBEIRO, 2009).

Gasto catastrófico em saúde é uma expressão genérica usada para descrever todos os tipos de despesas com saúde de desembolso direto que representem uma ameaça à capacidade financeira de uma família em manter suas necessidades de subsistência (XU et al., 2015). Não deve ser confundido, porém, com altos gastos em saúde, uma vez que esses podem ser previstos e pagos sem grande impacto na renda familiar. Sendo assim, o gasto catastrófico nem sempre é um valor bruto representativo, mas em termos relativos causa um impacto significativo (XU et al., 2003; XU et al., 2007).

A renda familiar é um dos fatores determinantes nos gastos com saúde no país, sendo as famílias com maior poder aquisitivo as que mais gastam em termos absolutos. Essa relação, porém, não foi evidenciada nos estudos que analisaram esses gastos em termos proporcionais. O que sugere que as despesas com saúde quando existentes tendem a impactar de forma mais significativa os rendimentos das famílias mais pobres (SILVEIRA et al., 2002; GARCIA et al., 2013). Em estudo conduzido por Barros et al. (2011), a baixa proteção financeira das

famílias de baixa renda elevou o risco de gastos catastróficos em saúde.

Além da renda, outras características socioeconômicas também foram relacionadas a uma maior ou menor probabilidade na ocorrência desse tipo de gasto. Baixa escolaridade e presença de idosos no domicílio, por exemplo, são variáveis relacionadas ao aumento na prevalência de gasto catastrófico em saúde (DIAZ et al., 2012; BOING et al., 2014a; SANTOS, 2015).

O acesso ao SUS, por outro lado, parece ser um fator de redução no risco de exposição ao gasto catastrófico em saúde (BARROS et al., 2011; OCKÉ-REIS, 2015). Segundo Boing et al. (2014a), a garantia de resolutividade dentro do próprio sistema público reduz a necessidade de os indivíduos recorrerem ao setor privado, o que possibilita as famílias alocarem seus recursos em outros serviços e bens de consumo. Sendo assim, as políticas públicas em saúde, por apresentarem potencial redistributivo, podem contribuir com a redução da pobreza e desequilíbrios existentes no país (GARCIA et al., 2013).

Embora diversos trabalhos avaliem os gastos em saúde das famílias no Brasil, poucos discutem o quão catastrófico podem ser eles no orçamento familiar (DINIZ et al., 2007). Dentre esses, destaca-se o de Boing et al. (2014a) que evidenciou significativa relação entre a prevalência de gasto catastrófico e a presença de condições socioeconômica menos favorecidas.

Dessa forma, diante das profundas desigualdades socioeconômicas existentes no território brasileiro, as quais interferem no perfil de gasto com saúde, pergunta-se: Qual a prevalência e intensidade do gasto catastrófico em saúde no estado de Pernambuco? Que características socioeconômicas das famílias estão potencialmente associadas à sua ocorrência? São elas divergentes da realidade nacional? Os resultados do presente estudo podem ajudar a subsidiar o desenvolvimento e avaliação de políticas públicas que considerem as possíveis desigualdades regionais existentes.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a prevalência, intensidade e características socioeconômicas do gasto catastrófico em saúde entre as famílias no estado de Pernambuco e no Brasil através dos dados da POF 2008-2009.

2.2 Específicos

- Estimar a prevalência de famílias que incorrem em gasto catastrófico em saúde em Pernambuco e no Brasil;
- Analisar a intensidade do gasto catastrófico em saúde entre as famílias de Pernambuco e do Brasil;
- Realizar uma análise descritiva de algumas das principais características socioeconômicas das famílias com gasto catastrófico em saúde.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Acesso e financiamento da saúde no Brasil

A Constituição Federal de 1988 (CF88) inaugurou uma nova fase no Brasil ao instituir o SUS e reconhecer o direito à saúde como obrigação do Estado (BARROS; PIOLA, 2016). Antes dela, o acesso ao sistema de saúde se dava para aqueles que possuíam vínculo previdenciário e inserção corporativa, excluindo, assim, a população que não estava inserida no mercado formal de trabalho (RIBEIRO, 2009; BARROS; PIOLA, 2016).

Dessa forma, a CF88 promoveu mudanças importantes no âmbito do setor público a partir da ampliação do acesso à saúde para grande parte da população (PAIM et al., 2011). No entanto, também estabeleceu que a assistência à saúde no Brasil é livre a iniciativa privada, e previu a participação dos prestadores privados de forma complementar ao SUS mediante contrato de direito público ou convênio (ROSEMBERG, 2013; BARROS; PIOLA, 2016; BRASIL, 1988; ANDRADE et al., 2018).

Assim, o sistema de saúde brasileiro está fundado na coexistência de um sistema público, o SUS, orientado pelos princípios de acesso universal e igualitário, de um segmento complementar, baseado principalmente na oferta de seguros e de planos de saúde e, em menor escala, pelo pagamento direto no ato do consumo do serviço (SILVA et al., 2011). O país apresenta, portanto, um sistema de saúde misto, onde os usuários utilizam os serviços de natureza pública, complementar ou privada a depender de sua capacidade de acesso ou de pagamento (PAIM et al., 2011).

Em termos de fontes de financiamento, o sistema de saúde do Brasil também é pluralista, pois é custeado por meio de impostos gerais, contribuições sociais dos orçamentos das três esferas do poder e pelo gasto privado com saúde (RIBEIRO et al., 2009). A participação do setor privado no financiamento responde por mais de 50% do gasto total com saúde, o que torna o país como o único do mundo com um serviço nacional de saúde organizado, mas com participação predominante do setor privado (ANDRADE et al., 2018).

O subfinanciamento público, no entanto, acompanha o SUS desde a sua implantação. A aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1996, e da Emenda Constitucional 29 em 2000 (EC 29/2000), foram iniciativas adotadas na tentativa de atenuar esse problema (PIOLA et al., 2013).

Ainda segundo Piola et al. (2013), a EC 29/2000 talvez tenha sido a medida que trouxe melhores resultados, pelo aporte de recursos propiciado ao sistema e por ter acionado os estados, Distrito Federal e municípios de forma mais consistente e solidária no financiamento do SUS. Contraditoriamente, na mesma época, o Governo Federal elevou o gasto tributário decorrente de isenções fiscais à saúde privada, especialmente relacionadas ao Imposto de Renda (PIOLA et al., 2013).

Em 2015, a EC 86 vinculou à saúde 15% da receita corrente líquida da União, índice que seria implantado escalonadamente de 2016 até 2020. Em 2016, porém, a EC 95 modificou novamente a regra de aplicação de recursos pela união, na qual o mínimo passa a ser corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), congelando-o em termos reais até 2036 (ANDRADE et al., 2018).

Segundo Boing (2014b), tanto o financiamento quanto a gestão eficiente são necessários para o fortalecimento do SUS. Assim, o já presente subfinanciamento da saúde pública (PIOLA et al., 2013), somado a dificuldade orçamentária crescente para os próximos anos, reforçam a importância da melhor gestão dos recursos através do incremento da eficiência do sistema (ANDRADE et al., 2018).

3.2 Gasto privado com saúde no Brasil

As famílias são responsáveis por uma parcela importante do financiamento da saúde no Brasil (ANDRADE et al., 2018). Em 2015, o consumo final de bens e serviços de saúde no país correspondeu a 9,1% do PIB, desse total, 3,9% corresponderam a despesas de consumo do governo e 5,2%, a despesas de famílias e instituições sem fins lucrativos a serviço delas (IBGE, 2017).

No período de 2008-2009, a assistência à saúde representou 7,2% (R\$ 153,81) da despesa total de consumo mensal das famílias no Brasil. A Região Sudeste foi a que apresentou a maior média mensal, 7,9% (R\$ 198,89), e a Norte a menor, com 4,9 % (R\$ 82,22). O Nordeste, por sua vez, apresentou 6,5 % (R\$ 93,15), dos seus estados, Pernambuco foi o que apresentou a maior despesa média familiar em termos absolutos, R\$ 110,99, além de ser superior à média do Nordeste e do Brasil em termos proporcionais, 7,6% (IBGE, 2010).

O gasto familiar com saúde é realizado tanto por desembolso direto no ato do consumo do bem ou serviço (medicamentos e consultas, por exemplo) quanto por meio de pagamento

de plano ou seguro de saúde. Os medicamentos e os planos de saúde corresponderam juntos a 78,4% dos gastos com assistência à saúde no Brasil sendo, portanto, os principais componentes desse gasto segundo dados da POF 2008-2009 (IBGE, 2010).

A aquisição de medicamento correspondeu ao maior deles, absorvendo cerca de 48,6% dessa despesa para o Brasil e 54,1% para o Nordeste. Os planos e seguros de saúde vem em seguida com a proporção de 29,8% para o Brasil e 24,57 % para o Nordeste. Em Pernambuco, os medicamentos também corresponderam ao maior gasto com assistência à saúde, 47,4%, seguido dos planos e seguros de saúde com 36,2% (IBGE,2010).

Ao realizar um paralelo entre esses gastos, percebe-se características distintas entre eles. Enquanto os planos e seguros de saúde apresentam no geral caráter preventivo, os gastos com medicamentos possuem a característica de ser um bem curativo e ocorrem, em geral, quando se manifesta alguma alteração no estado de saúde (ANDRADE; LISBOA, 2006; DINIZ et al., 2007; SANTOS, 2015)

Segundo Luiza et al. (2016), os medicamentos são essenciais e determinantes no bom desfecho de muitas doenças e agravos à saúde. Santos (2015) demonstrou que, no Brasil, em 2008-2009, 83,6% das famílias tiveram algum gasto com medicamento, o que pode representar um indicativo de acesso. O que chama a atenção, no entanto, é a regressividade nesse gasto, pois são as famílias de menor renda as que comprometem, em termos proporcionais, maior parte de seus recursos com esses insumos (GARCIA et al., 2013).

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, indicaram que apenas 45,3% dos usuários do SUS que receberam prescrição medicamentosa obtiveram todos os medicamentos gratuitamente no serviço público de saúde (BOING et al., 2013). Assim, nota-se que, enquanto a maior parte do cuidado em saúde é obtido no SUS, a maioria dos medicamentos é obtida no setor privado, uma vez que 78,1% dos que não o receberam da rede pública o adquiriram nesse setor (BOING et al., 2013; LUIZA et al., 2016).

Percebe-se, então, o quão é expressivo o acesso privado a medicamentos para os usuários do SUS. Tal situação pode justificar os achados de Boing et al. (2014b) sobre a influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. Os dados do estudo indicaram que, dentre os gastos com saúde, as despesas com medicamentos foram as principais responsáveis pelo aumento da pobreza no país. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram as que apresentaram menor acesso aos medicamentos, e foram essas as descritas com maior empobrecimento quando contabilizados os gastos em saúde (BOING et al., 2014b). Sendo assim, a regulação de preços e o acesso a medicamentos pelo SUS são iniciativas a serem reforçadas para reduzir os gastos das famílias mais pobres no Brasil

(DINIZ et al., 2007).

Apesar dos gastos com medicamentos representarem uma parcela não desprezível para toda a população, é perceptível que à medida que os estratos mais ricos são considerados, cresce progressivamente a importância e o impacto dos gastos com planos de saúde (SILVEIRA et al., 2002). A noção da desigualdade nesse acesso fica evidente quando se constata que 82,5% da população que tinha seguro em 2008 apresentava renda domiciliar per capita maior que 5 salários mínimos (SANTOS et al., 2013).

A proporção de pessoas com planos de saúde no país é de 27,9%, o que correspondeu a 56 milhões de brasileiros em 2013. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores coberturas, com 36,9%, 32,8% e 30,4%, respectivamente, já as Regiões Norte e Nordeste, as menores com 13,3% e 15,5%. Em Pernambuco, a cobertura correspondeu a 19,6 % da população (IBGE, 2015). É notório, portanto, que a taxa de cobertura de seguro privado está vinculada à concentração de renda e às regiões mais populosas e industrializadas do País (SANTOS et al., 2013).

Silva et al. (2011), analisaram a utilização dos serviços de saúde do SUS e demonstraram um padrão de utilização inversamente relacionado à posse de planos de saúde para o Brasil e suas macrorregiões. Assim, as regiões Norte e Nordeste apresentam maior frequência de utilização do sistema público de saúde e a Sudeste a menor, mostrando que a articulação dos sistemas público e privado ocorre de forma distinta nas macrorregiões do Brasil (SILVA et al., 2011).

Apesar disso, ainda segundo Silva et al. (2011), houve um aumento estatisticamente significativo na utilização do SUS de 2003 para 2008 nos indivíduos que possuíam planos de saúde privados. O que pode indicar uma restrição por parte da operadora do plano de saúde em determinados serviços que são realizados pelo SUS ou que esses oneram demais as famílias através da divisão de custos no sistema de coparticipação (ANDRADE; LISBOA, 2006).

De forma geral, a necessidade de desembolso para acessar o sistema de saúde restringe sobremaneira a obtenção de bens e serviços e, conseqüentemente, impactam negativamente nas condições de saúde da população (PAIM, 2011; XU et al., 2007). Segundo a OMS (2010), tal desembolso desestimula especialmente a utilização de serviços preventivos, o que repercute no diagnóstico precoce quando as chances de cura são maiores.

Além das repercussões na saúde, a necessidade de pagamento aumenta demasiadamente o risco financeiro familiar por tratar-se de uma despesa de difícil planejamento, dado o seu caráter imprevisível em termos de duração e quantidade de recursos

necessários (CARRILLO ROA, 2015). Não por acaso, são nos sistemas de saúde com parte significativa do financiamento dos gastos realizados por desembolso direto, onde há uma maior probabilidade de as famílias incorrerem em catástrofe financeira (XU et al., 2007).

3.3 Conceito e prevalência do gasto catastrófico em saúde

Dentre as definições presentes na literatura para o termo gasto catastrófico em saúde, destaca-se a de Wagstaff e Van Doorslaer (2003) e Xu et al. (2015), que o descreve como despesas com produtos e serviços de saúde que representam uma ameaça à capacidade financeira de uma família em manter suas necessidades de subsistência.

Ressalta-se que nem sempre o gasto com saúde representa um valor bruto representativo. O que o torna catastrófico, porém, é o seu impacto relativamente à capacidade de pagamento familiar (XU et al., 2003; XU et al., 2007). Assim, gasto catastrófico em saúde tem sido definido também como o que excede uma proporção relevante da renda ou do gasto familiar. Entende-se que, gastar uma grande fração do orçamento doméstico com assistência médica comprometerá o consumo de outros bens e serviços (O'DONNELL et al., 2008).

Não há consenso entre os autores sobre qual limite de gastos com saúde representa de fato uma ameaça ao padrão de vida familiar e comprometa suas necessidades básicas de subsistência, ou seja, qual o limite a ser utilizado para se avaliar se o gasto com saúde é ou não catastrófico. A literatura mostra uma variação bastante significativa, de 5% a 40% de gasto com saúde, seja utilizando a renda, o gasto domiciliar ou outros parâmetros como referência (BOING et al., 2014a). É evidente que, conforme alerta Diniz et al. (2007), a escolha do parâmetro e da proporção tem implicações diretas sobre as estimativas de famílias que incorrem no gasto.

A discussão sobre gasto catastrófico na área de saúde não é recente, mas ganhou evidência a partir do relatório da OMS de 2000 (DINIZ et al., 2007). Dentre os principais estudos sobre o tema, destaca-se o de Xu et al. (2003), que descreveu sua prevalência para 59 países. Na análise, foram consideradas como despesas catastróficas aquelas que, após deduzidas as despesas com necessidades de subsistência, excederam 40% da capacidade de pagamento. A proporção de famílias que enfrentaram o gasto apresentou-se bastante divergente entre os países, com variação de menos de 1,0% na República Checa e Eslováquia a 10,5% no Vietnã.

Segundo eles, dois grupos de países apresentaram taxas elevadas de gastos catastróficos: países em transição, como Azerbaijão, Ucrânia, Vietnã e Camboja; e em segundo lugar, os da América Latina (Argentina, Brasil, Colômbia, Paraguai e Peru), dentre esses, o Brasil foi o que apresentou maior percentual (10,3%).

Intrigados com os resultados apresentados por Xu et al. (2003), Diniz et al. (2007) replicaram sua metodologia, porém com os dados da POF (2002-2003), que segundo eles, seriam mais adequados para a realização de um estudo dessa natureza que os da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV) utilizados por Xu et al. (2003). O resultado encontrado mostrou-se bastante divergente, pois, ao considerar como linha de corte o percentual de 40% da capacidade de pagamento, encontraram que apenas 0,6% das famílias brasileiras teriam incorrido em gasto catastrófico (DINIZ et al., 2007).

Já no estudo de Barros et al. (2011), também por meio dos dados da POF (2002-2003), a prevalência do gasto apresentou a variação de 2% a 16%, quando estimado além de 10% e 20% do consumo domiciliar total e além de 40% da capacidade de pagamento.

Percebe-se, portanto, que as comparações diretas entre as prevalências de gasto catastrófico são difíceis, uma vez que as pesquisas incorporam diferentes definições e pontos de corte para o desfecho, assim como utilizam diferentes bancos de dados (BOING et al., 2014a), o que pode levar a interpretações muito distintas para o mesmo fenômeno.

No entanto, os achados com valores inferiores e discrepantes encontrados por Diniz et al. (2007) e Barros et al. (2011) em relação ao de Xu et al. (2003) não significam, necessariamente, que os gastos catastróficos com saúde não representem um problema no Brasil. Pois, através da análise comparativa das POFs de 2002-2003 e 2008-2009, Boing et al. (2014a) verificaram crescimento na prevalência desse gasto entre as famílias brasileiras. Com variação de 0,7% a 21,1% em 2002-2003 e de 1,4% a 25,0% em 2008-2009, a depender do método utilizado (BOING et al., 2014a).

Dessa forma, mesmo sem consenso sobre a proporção limiar que indique que uma família incorra ou não em gasto catastrófico, há evidências de que os gastos excessivos em termos proporcionais com saúde têm repercussões negativas na conquista da equidade e contribuem para o empobrecimento da população (BARROS et al., 2011).

Estudos sobre o impacto do gasto catastrófico em saúde no orçamento familiar de forma desagregada entre os estados ainda são escassos no Brasil. A maior parte deles aborda a questão utilizando dados agregados para o país, conforme visto anteriormente, ou a partir de comparações macrorregionais. A exemplo do de Barros et al. (2011), que estimou as diferenças regionais para despesas catastróficas, através dos dados da POF 2002-2003. Em

sua análise, verificou diferenças significativas nessas despesas, sem, no entanto, apresentar um padrão vinculado ao desenvolvimento econômico regional. A Região Centro-Oeste, mais rica economicamente que o Norte e o Nordeste, por exemplo, apresentou a maior proporção de gasto catastrófico (BARROS et al., 2011).

Santos (2015) analisou, através dos dados da POFs 2002-2003 e 2008-2009, o impacto do gasto com medicamentos no orçamento familiar, com ênfase no papel das aquisições não monetárias para o Brasil e suas regiões. Dentre outros resultados, mostrou que o maior empobrecimento devido aos gastos com medicamentos ocorreu em regiões menos desenvolvidas, como a do Nordeste. Os achados no estudo de Luzia et al. (2016), são semelhantes ao descrito por Santos (2015) e também demonstraram o gasto catastrófico em medicamentos superiores no Nordeste, quando comparado as demais regiões do Brasil.

3.4 Fatores relacionados à suscetibilidade e proteção ao gasto catastrófico em saúde

Mesmo cientes de que são essenciais para o planejamento de políticas públicas, pouco se descreveu sobre quais características tornam as pessoas mais ou menos vulneráveis ao gasto catastrófico em saúde. Na literatura, dentre as variáveis analisadas, destacam-se a renda familiar, composição etária, a escolaridade, a posse de plano e seguro de saúde e a localização da moradia.

Em uma análise sobre os padrões de gastos catastróficos em saúde para 12 países da América Latina e Caribe, Knaul et al. (2011) demonstraram que famílias que moram em áreas rurais, com baixo nível de rendimento e com idosos foram mais suscetíveis ao gasto catastrófico. A presença de idosos também foi relacionada ao aumento de despesas catastróficas em um estudo para a população chilena (PEDRAZA; TOLEDO, 2012).

No Brasil, Barros et al. (2011), estimou que o risco de gasto catastrófico em saúde foi maior entre os mais pobres em relação aos mais ricos. A presença de um idoso e plano privado de saúde se associou ao desfecho. A cobertura por plano de saúde, no entanto, não protegeu contra o gasto.

A efetividade dos planos e seguros privados e a utilização do SUS em prover proteção financeira às famílias brasileiras foi estudada por Bos e Waters (2008). Em sua análise, realizada através de dados da PNAD (1998), a utilização de planos e seguros de saúde aumentou a probabilidade de gasto catastrófico em saúde, ao passo que a utilização do SUS a

reduziu (BOS; WATERS, 2008).

No trabalho de Diaz et al. (2012), os resultados também mostraram que a cobertura por plano de saúde no Brasil não contribuiu para reduzir o risco financeiro das famílias. Como em outros estudos, a presença de idosos elevou a probabilidade de incorrer em gasto catastrófico com saúde e a presença de pelo menos um membro com nível universitário o diminuiu.

A escolaridade também apresentou associação a esse gasto na análise de Boing et al. (2014a), já que foi encontrada uma maior prevalência de gasto catastrófico em domicílios chefiados por indivíduos menos escolarizados. O estudo também demonstrou a expressiva desigualdade socioeconômica em sua prevalência, sendo eles mais elevados nos domicílios mais carentes (BOING et al., 2014a).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

O presente trabalho é um estudo descritivo, com abordagem quantitativa que visa analisar a prevalência, intensidade e características socioeconômicas do gasto catastrófico em saúde entre as famílias no estado de Pernambuco e no Brasil através dos dados da POF 2008-2009.

4.2 Banco de dados

A POF 2008-2009 é a pesquisa sobre orçamentos familiares de âmbito nacional mais recente realizada pelo IBGE. Nela, além das informações relacionadas à estrutura orçamentária, outras características dos domicílios e das famílias são verificadas, o que potencializa a utilização dos seus resultados, tornando possível a análise das condições de vida da população brasileira (IBGE, 2010).

O desenho da amostra para a POF foi estruturado de acordo com os seguintes níveis: Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas e Capitais das Unidades da Federação. O que possibilita, por exemplo, estudos sobre as disparidades regionais existentes através das análises desagregadas (IBGE, 2010).

A coleta de dados foi realizada no período de maio de 2008 a maio de 2009. O tempo de duração foi definido em 12 meses para contemplar as alterações que as despesas e os rendimentos representam nos orçamentos familiares ao longo do ano. Os domicílios tiveram seus orçamentos acompanhados por nove dias e as informações foram coletadas mediante entrevista com os moradores utilizando sete questionários com características específicas (IBGE, 2010).

Os dados referentes aos gastos foram coletados com diferentes períodos recordatórios, variando entre 7 dias, 30 dias, 90 dias e 12 meses. Para os gastos com saúde, o período de referência foi de 30 dias para os medicamentos e 90 dias para todos os demais. Todos os valores, no entanto, foram anualizados e deflacionados para a construção de um orçamento médio anual utilizando como data de referência o dia 15 de janeiro de 2009 (IBGE, 2010).

É importante a descrição de alguns conceitos adotados na POF que podem influenciar a análise dos dados. As despesas, por exemplo, foram definidas como monetárias e não monetárias. As primeiras são aquelas efetuadas através de pagamento, realizado à vista ou a prazo, em dinheiro, cheque ou com utilização de cartão de crédito. Já a segunda são aquelas efetuadas sem pagamento monetário, ou seja, aquisição obtida através de doação, retirada do negócio, troca, produção própria, pescado, caçado e coletado durante os períodos de referência da pesquisa, disponíveis para utilização (IBGE, 2010).

Por sua vez, o rendimento total da unidade de consumo corresponde ao somatório dos rendimentos brutos monetários dos componentes das unidades de consumo, acrescido do total dos rendimentos não monetários. Considerou-se como rendimento não monetário a parcela equivalente às despesas não monetárias como definidas anteriormente (IBGE, 2010). É importante observar que as despesas não monetárias são iguais, em termos contábeis, aos rendimentos não monetários, com exceção do valor do aluguel estimado, que não é objeto desse estudo.

Dos trabalhos que abordam o gasto catastrófico em saúde no Brasil, percebe-se predominância na utilização da POF como fonte de dados (DINIZ et al., 2007; DIAZ et al., 2012; BOING et al., 2014a; SANTOS, 2015). Dada as suas características, como o grau de detalhamento do orçamento doméstico, inclusão dos gastos não-monetários e a sua abrangência nacional, para Diniz et al. (2007), a POF é a pesquisa mais apropriada para a análise dos gastos catastróficos em saúde no Brasil.

Os motivos acima expostos justificam a opção pela utilização dos dados da POF 2008-2009 no presente trabalho.

4.3 Amostra de estudo

O estudo foi realizado com os microdados da POF 2008-2009 referentes ao Brasil e a Pernambuco, de forma que uma análise comparativa pudesse ser realizada entre eles. A amostra da POF 2008-2009 abrangeu 55.970 domicílios do Brasil e 2.367 domicílios em Pernambuco. Na presente dissertação utilizou-se a amostra expandida, que permite a obtenção de estimativas de interesse para o universo da pesquisa. Para tanto, multiplicou-se cada domicílio pelo seu respectivo fator de expansão ou peso amostral, determinado pelo IBGE dado que cada domicílio na amostra representa um determinado número de outros domicílios similares (IBGE, 2010).

Tendo em vista que o objeto de interesse do estudo são as famílias que incorreram em gasto catastrófico em saúde, empregou-se como critério de identificação para essas apenas as que apresentaram gasto positivo com saúde. Para tanto, foram considerados todos os gastos com saúde reportados na POF, tais como: remédios, planos e seguros de saúde, consulta e tratamento dentário, consultas médicas, tratamento médico e ambulatorial, exames, material de tratamento, dentre outros.

Todavia, de forma a caracterizar a amostra, foi realizada a descrição dos gastos e receitas per capita do total de domicílios do Brasil e Pernambuco que compõe a POF e dos que apresentaram gasto positivo em saúde. 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. Tais descrições são essenciais para a caracterização da amostra, e apresentam informações relevantes para a discussão e análise crítica das condições da população.

4.4 Estimando a prevalência e intensidade do gasto catastrófico

A metodologia utilizada tem implicações diretas sobre a prevalência de famílias que incorrem em gasto catastrófico em saúde (DINIZ et al., 2007). Segundo Boing et al. (2014a), cada desenho de cálculo expressa diferentes formas de se observar o fenômeno, não havendo consenso sobre a mais adequada ou que o estime com maior precisão. Ressalta, porém, que a clareza do conceito, da forma de cálculo e do instrumento utilizado são fundamentais para produzir dados válidos e comparáveis, o que permite o seu uso em estudos de monitoramento dos gastos em saúde (BOING et al., 2014a). É comum a abordagem de forma comparativa entre mais de uma metodologia e de pontos de corte no mesmo estudo, de forma a verificar o fenômeno por diferentes aspectos (DINIZ et al., 2007; DIAZ et al., 2012, BOING et al., 2014a).

Em um dos estudos mais recentes sobre o assunto no Brasil, Boing et al. (2014a), utilizou três métodos de cálculos distintos: Xu et al., (2003), Wagstaff e Van Doorslaer (2003) e uma variação deste último. Considerou como limite para mensurar o gasto catastrófico despesas com saúde acima de 40% da capacidade de pagamento para o método de Xu et al., (2003) e de 10% e 20% para o Wagstaff e Van Doorslaer e sua variação (2003).

No presente estudo, optou-se por utilizar como referência para estimar a prevalência e

intensidade do gasto catastrófico a metodologia proposta por Wagstaff e Van Doorslaer (2003), e detalhada por O'Donnel, Van Doorslaer, Wagstaff e Lindelow (2008). O limite considerado como catastrófico foi o gasto com saúde superior a 20%, também já utilizado por BOING et al. (2014a) no Brasil.

As fórmulas utilizadas e apresentadas abaixo estão conforme constam na descrição do método apresentada em O'Donnel, Van Doorslaer, Wagstaff e Lindelow (2008). Para estimar se o domicílio incorreu em gasto catastrófico, realizou-se a divisão do gasto total com saúde pelo gasto total do domicílio, subtraindo-se no denominador o gasto com alimentação, conforme abaixo.

$$\text{Gasto Catastrófico: } T/[x - f(x)] > Z \quad (1)$$

Onde, T corresponde ao gasto total com saúde domiciliar, x o gasto total domiciliar e $f(x)$ o gasto com alimentação. Z corresponde ao limite estabelecido para representar o gasto catastrófico que no presente estudo foi definido como 20%.

A prevalência do gasto, descrita como H , foi estimada a partir da variável binária E . De forma que E é igual a 1 se as famílias incorreram em gasto catastrófico e zero, caso não tenham incorrido, sendo N o tamanho da amostra.

$$H = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N E_i \quad (2)$$

Apesar de relevante para o estudo e acompanhamento do gasto privado com saúde, a medida da prevalência do gasto catastrófico não evidencia a proporção que as famílias excedem o limite estabelecido, ou seja, não revela o quanto intenso ele é. Assim, para estimar a intensidade do gasto catastrófico, chamada pelos autores de *overshoot* (O), utilizou-se a seguinte equação:

O *overshoot* indica, portanto, o montante médio que as famílias ultrapassaram o limite Z estabelecido, então, é simplesmente a média:

$$O = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N O_i \quad (4)$$

Enquanto o *overshoot*, registrou o grau médio pelo qual as despesas com saúde excederam o limiar de 20%, utilizando o número total de domicílios, o *overshoot* positivo médio (MPO), mensurou a intensidade do gasto catastrófico apenas para as famílias que têm essa condição, conforme abaixo:

$$MPO = \frac{O}{H} \quad (5)$$

Por fim, adicionalmente, com o objetivo de aprofundar a análise e elucidar se são os mais ou menos favorecidos financeiramente os que mais ultrapassaram o limiar considerado como catastrófico e em que intensidade, uma abordagem de curvas de concentração foi utilizada. Para isso, foram atribuídos aos domicílios pesos que variaram de 2 a zero, a depender da renda familiar. O maior peso foi atribuído a família com a renda mais baixa tendo esse declinado linearmente de forma que a família mais rica recebeu peso zero (O'DONNEL, et al., 2008).

O índice de concentração da prevalência (C_E) e intensidade (C_O) serão negativos se são os mais pobres os que mais excedem o limite de pagamento catastróficos e com mais intensidade, respectivamente. Essa situação estimará uma proporção maior de prevalência e intensidade que a obtida antes da ponderação ($H^w > H$ e $O^w > O$). Por sua vez, o índice assumirá valor positivo se forem os indivíduos em melhor situação financeira que excedam ao limite e com mais intensidade, estimando valores inferiores de H^w e O^w . Caso a distribuição seja equitativa, os índices tendem a zero e, portanto, as medidas ponderadas coincidem com a não ponderada ($H^w = H$ e $O^w = O$) (O'DONNEL et al., 2008).

4.5 Características socioeconômicas

Depois de identificadas as famílias que incorreram em gasto catastrófico em Pernambuco e no Brasil, estimou-se a proporção da sua ocorrência para as seguintes variáveis: renda familiar, anos de estudo, condição de aposentado ou pensionista e sexo da pessoa de referência, bem como a presença de crianças (6 anos ou menos) e idosos (65 anos ou mais) no domicílio. De forma a apresentar um parâmetro comparativo na análise, os resultados para as variáveis acima foram também descritos para os domicílios sem o gasto catastrófico em saúde.

A relação da renda domiciliar com a prevalência de gasto catastrófico foi analisada através da divisão da população em quintis de renda total bruta, com distribuição crescente da renda do primeiro ao quinto quintil. A análise quanto aos anos de estudo da pessoa de referência foi realizada considerando os anos de estudo completos e categorizados nas seguintes faixas: 0 a 4, 5 a 8, 9 a 11 e 12 anos ou mais, e verificado a proporção de domicílios com gasto catastrófico em cada um deles.

A pessoa de referência, segundo os critérios da POF, é a responsável pelas principais despesas familiares, ou, no caso em que nenhum morador satisfaz essas condições, aquela pessoa assim considerada pelos moradores. Se mais de uma pessoa foram identificadas por eles, estabeleceu-se a idade mais alta como critério de escolha (IBGE, 2010). Cabe também esclarecer que para o presente trabalho o termo “família” é utilizado de forma equivalente a unidade de consumo (domicílio), que é a unidade básica de investigação e análise dos orçamentos da POF.

O processamento computacional dos dados foi realizado por meio do software SPSS.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada através da utilização de dados secundários de acesso público, razão pela qual não foi necessário a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

A POF 2008-2009 abrangeu 55.970 domicílios do Brasil e 2.367 de Pernambuco. No presente estudo utilizou-se a amostra expandida, para a obtenção de estimativas de interesse para o universo da pesquisa. A multiplicação de cada domicílio pelo seu respectivo fator de expansão, determinado pelo IBGE, estimou a amostra em 57.404.341 para o Brasil e em 2.619.879 para Pernambuco. Suas características tais como tamanho médio, renda domiciliar total per capita, gasto domiciliar com consumo per capita e gasto domiciliar com saúde per capita, estão descritas na tabela 1. Além dos valores totais, os resultados são também apresentados segundo quintos de renda bruta total domiciliar per capita.

Tabela 1 - Características socioeconômicas dos domicílios, Brasil e Pernambuco (2008-2009)

BRASIL					
QUINTIL	N	Nme	RDTPC	GTCP	GSPC
1	11.418.796	4,5	158,48	222,13	12,06
2	11.451.177	3,6	347,55	381,31	21,99
3	11.500.561	2,9	575,39	575,77	37,18
4	11.515.112	2,8	963,95	927,77	63,17
5	11.518.695	2,6	3.209,17	2.652,26	172,8
Todos	57.404.341	3,4	1.050,86	951,81	61,44
PERNAMBUCO					
QUINTIL	N	Nme	RDTPC	GTCP	GSPC
1	821.477	4,3	163,65	204,05	9,94
2	636.527	3,4	352,76	346,3	18,75
3	520.418	2,6	557,58	511,44	31,50
4	346.425	2,5	907,74	884,07	46,30
5	295.032	2,6	3.158,73	2.277,24	196,85
Todos	2.619.879	3,4	723,81	623,17	42,24

Legenda:

N = Número de Domicílios

Nme = Número Médio de Pessoas no Domicílio

RDTPC = Renda Domiciliar Total Per Capita (R\$/mês)

GTCP = Gasto Domiciliar Total com Consumo Per Capita (R\$/mês)

GSPC = Gasto Domiciliar com Saúde Per Capita (R\$/mês)

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

A tabela 2 descreve as mesmas características que a anterior, porém, apenas para os domicílios que apresentaram gasto positivo em saúde, o que correspondeu a 88,2% dos domicílios do Brasil e 89,1% de Pernambuco.

Tabela 2 - Características socioeconômicas dos domicílios com gasto positivo em saúde, Brasil e Pernambuco (2008-2009)

BRASIL					
QUINTIL	N	Nme	RDTPC	GTCP	GSPC
1	9.334.455	5,6	160,41	231,65	14,90
2	10.022.938	4,6	348,09	388,63	25,32
3	10.185.296	4,0	575,71	587,54	42,11
4	10.328.385	3,6	964,60	943,35	70,58
5	10.784.470	3,3	3.247,04	2.720,02	184,87
Todos	50.655.544	4,2	1.102,16	1009,15	69,97
PERNAMBUCO					
QUINTIL	N	Nme	RDTPC	GTCP	GSPC
1	730.737	5,4	162,29	199,04	11,10
2	578.846	4,2	342,57	344,49	21,03
3	442.617	3,7	567,39	508,74	35,05
4	300.957	3,3	932,00	940,73	56,38
5	282.626	3,4	3.195,99	2.320,31	207,23
Todos	2.335.783	4,2	749,97	646,01	47,66

Legenda:

N = Número de Domicílios

Nme = Número Médio de Pessoas no Domicílio

RDTPC = Renda Domiciliar Total Per Capita (R\$/mês)

GTCP = Gasto Domiciliar Total com Consumo Per Capita (R\$/mês)

GSPC = Gasto Domiciliar com Saúde Per Capita (R\$/mês)

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

Dá análise das tabelas acima, percebe-se que o número médio de moradores por domicílio foi o mesmo para o Brasil e Pernambuco, 3,4 moradores para a amostra total, e 4,2 moradores para a amostra com gasto em saúde. A densidade familiar foi, portanto, maior nas que apresentaram gasto em saúde.

Em relação à renda média domiciliar per capita, para a amostra total, percebe-se que em Pernambuco foi cerca de 31,1% inferior à média nacional. No entanto, a renda média per capita dos 40,0% mais pobres em Pernambuco foi maior do que aquela dos 40,0% mais pobres para o Brasil como um todo. No Brasil, a renda média do último quintil foi cerca de 20

vezes maior que a do primeiro, em Pernambuco essa relação foi de 19 vezes.

No Brasil, a renda média domiciliar per capita para as famílias com gasto em saúde foi superior cerca de 5,0% em comparação a amostra total, enquanto que para Pernambuco foi de 3,6%. Em relação aos 20,0% mais pobres, a renda média domiciliar per capita foi, discretamente, superior para Pernambuco em relação ao Brasil. O mesmo padrão da amostra total é observado em relação à proporção entre as rendas do último e do primeiro quintis.

Da análise do gasto domiciliar per capita, verifica-se que foi maior no Brasil cerca de 1,52 vezes em relação à Pernambuco, apresentando-se também superior para todos os quintis. A proporção entre os gastos do último e do primeiro quintis foi cerca de 12 vezes para o Brasil e 11 para Pernambuco.

Para as famílias com gasto positivo, o padrão de gasto foi semelhante ao da amostra geral. A média de gasto foi cerca de 6,0% superior ao da amostra total para o Brasil, e 3,6% para Pernambuco. A proporção entre os gastos do último e do primeiro quintis foi por volta de 12 vezes para ambos.

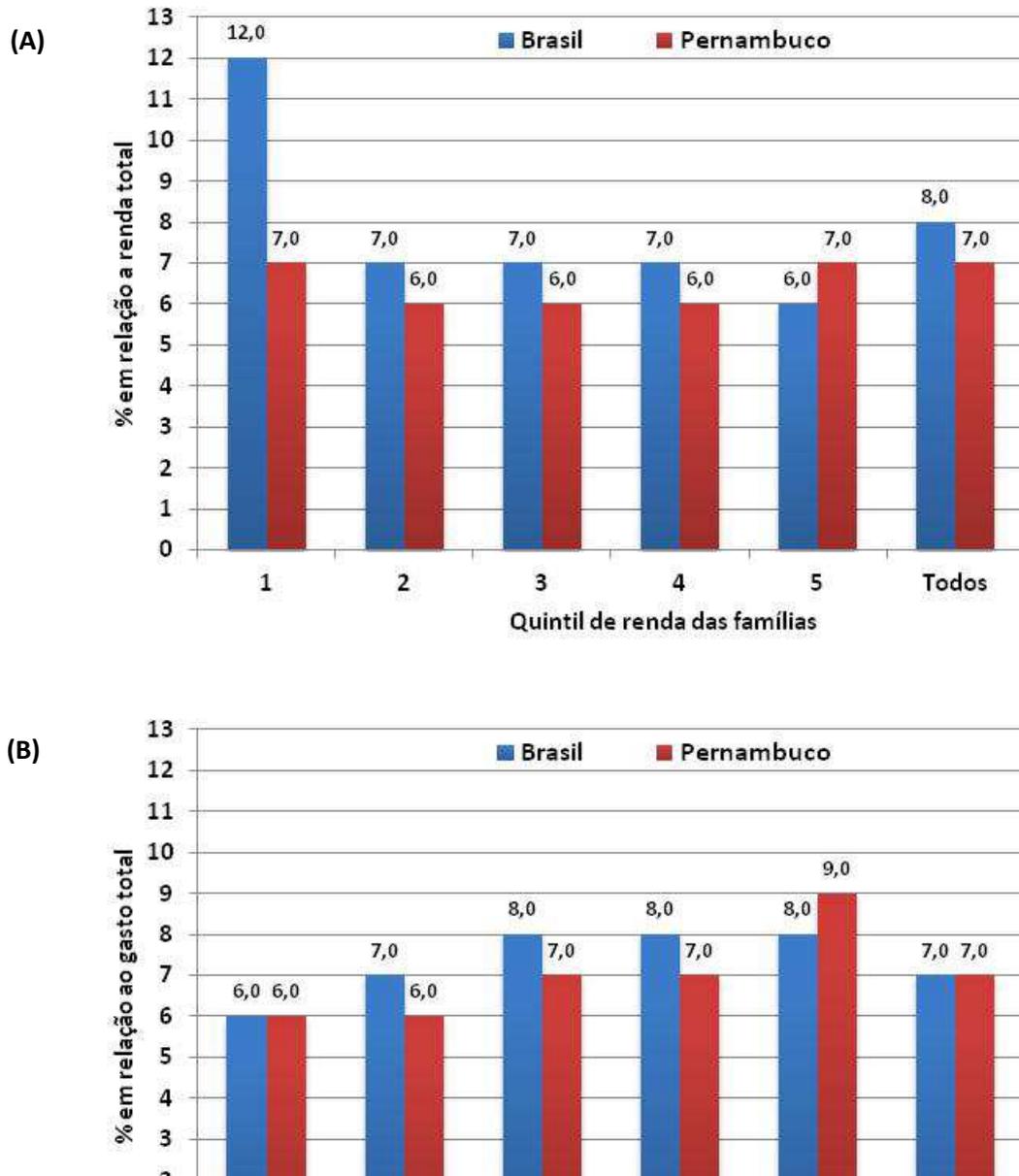
Por fim, na análise do gasto total per capita com saúde, verifica-se que, para a amostra total, os domicílios do Brasil gastaram 1,45 vezes a mais que os de Pernambuco. A proporção entre os gastos do último e do primeiro quintis foi de cerca de 14 vezes para o Brasil e 20 para Pernambuco. No último quintil, o gasto com saúde foi superior para Pernambuco, sendo maior que para o Brasil em cerca de 14,0%.

Para as famílias com gasto positivo, o gasto total per capita com saúde foi 1,46 vezes maior nos domicílios do Brasil que nos de Pernambuco. A proporção entre os gastos do último e do primeiro quintis foi de cerca de 12 vezes para o Brasil e 19 para Pernambuco. O padrão de distribuição em relação aos quintis é semelhante ao da amostra total, superior para Pernambuco no quintil 5 em cerca de 12,0% em comparação ao do Brasil.

A análise do gasto com saúde demonstra que, conforme esperado, as famílias com maior renda foram as que mais gastaram em termos absolutos com saúde. Assim, para verificar essa relação em termos proporcionais, realizou-se a análise da proporção da renda comprometida com saúde para o total de domicílios e por quintil de renda. A mesma análise foi realizada substituindo a renda pelo gasto total com consumo domiciliar, conforme mostra o gráfico 1.

Importante salientar que todos os cálculos a partir do gráfico 1 foram realizados apenas para as famílias com gasto positivo em saúde, que é a amostra de interesse do presente estudo.

Gráfico 1 - Gasto com saúde como proporção da renda domiciliar total (A) e como proporção do gasto total (B), Brasil e Pernambuco (2008-2009).



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

A proporção da renda comprometida com gasto em saúde foi de 8,0% para o Brasil e 7,0% para Pernambuco. Percebe-se que, no Brasil, essa proporção foi maior no quintil 1, correspondendo a 12,0% da renda e menor no quintil 5, equivalente a 6,0% da renda. Para

Pernambuco a proporção apresentou distribuição mais uniforme entre os quintis, sendo de 7,0% para o primeiro e último e 6,0% para os demais, conforme o gráfico 1 A.

Dessa forma, os valores descritos para o Brasil, indicam um maior comprometimento da renda proporcionalmente com saúde para a população mais pobre. Já para Pernambuco, não foi evidenciado tal comportamento, indicando um comprometimento de renda quase que constante para a amostra estudada.

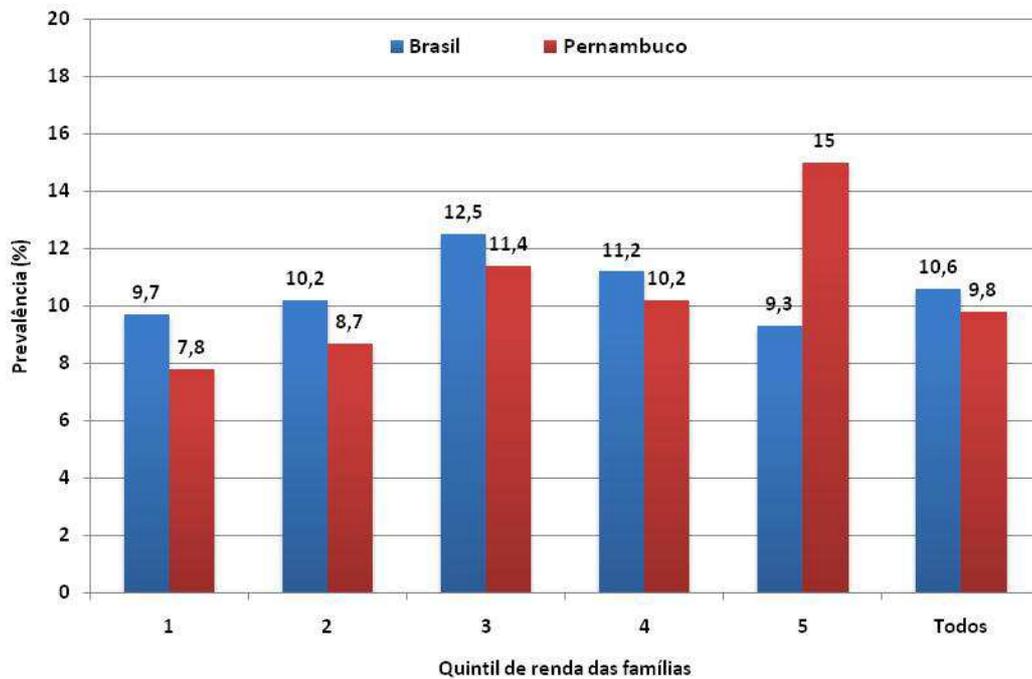
Quanto ao comprometimento do gasto com saúde em relação ao gasto total, gráfico 1 B, percebe-se que foi de 7,0% para o Brasil e Pernambuco, valor semelhante ao apresentado para a renda, visto anteriormente.

Nota-se, no entanto, valor crescente de comprometimento em relação aos quintis, sendo de 6,0% a 8,0% para o Brasil e de 6,0% a 9,0% para Pernambuco, para o primeiro e último respectivamente. A análise do gasto com saúde como proporção do gasto total domiciliar demonstrou ser inferior para a população de renda mais baixa, o que é coerente com os dados apresentados na tabela 2, onde observa-se que o gasto total dos primeiros quintis é superior à renda.

5.2 Prevalência e intensidade dos gastos catastróficos com saúde para o Brasil e Pernambuco

A prevalência de domicílios que incorreram em gastos catastróficos em saúde foi de 10,6% no Brasil e 9,8% em Pernambuco. De forma a avaliar as possíveis disparidades socioeconômicas existentes, foi descrito no gráfico 2 a prevalência desse gasto por quintis de renda domiciliar.

Gráfico 2 - Prevalência de gastos catastróficos em saúde por quintos de renda, Brasil e Pernambuco (2008-2009)



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

Para o Brasil, a maior proporção foi demonstrada no quintil 3 (12,5%) e a menor no 5 (9,3%). Em Pernambuco, maior prevalência no quintil 5 (15,0%) e menor no 1 (7,8%).

A diferença entre a maior e menor prevalência para o Brasil foi 3,2%, demonstrando um padrão mais uniforme de distribuição em relação aos quintis quando comparado à Pernambuco, no qual essa diferença foi de 7,2%, evidenciando maior disparidade do gasto catastrófico em relação à renda familiar. Chama a atenção, porém, em Pernambuco, o fato da maior prevalência do gasto concentrar-se no quintil 5 e a menor no quintil 1.

A intensidade do gasto, avaliado através dos conceitos de *overshoot* e *overshoot* positivo médio, por indicarem o montante médio que os domicílios ultrapassam o limite estabelecido como catastrófico, para o total de domicílios e para os com gasto catastrófico em saúde, respectivamente, encontra-se descrita na tabela 3.

Tabela 3 - Intensidade do gasto catastrófico em saúde, Brasil e Pernambuco (2008-2009)

Quartil de renda das famílias	Proporção de domicílios com gasto catastrófico (H) (%)		Overshoot (O) (%)		Overshoot positivo médio (OPM) (%)	
	Brasil	Pernambuco	Brasil	Pernambuco	Brasil	Pernambuco
1	9,7	7,8	1,0	1,0	10,3	12,8
2	10,2	8,7	1,0	1,0	9,8	11,5
3	12,5	11,4	2,0	1,0	16,0	8,8
4	11,2	10,2	1,0	1,0	8,9	9,8
5	9,3	15,0	1,0	1,0	10,8	6,7
Todos	10,6	9,8	1,0	1,0	9,4	10,2

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

A proporção encontrada para o *overshoot* foi a mesma para o Brasil e Pernambuco, indicando que a proporção do gasto que ultrapassa o limiar é em média de 1,0%.

O *overshoot* positivo médio (OPM) foi de 9,4% para o Brasil e 10,2% para Pernambuco, apontando que, das famílias que incorreram em gasto catastrófico, no Brasil o gasto com saúde foi em média de 29,4% da capacidade de pagamento (20% do limite definido como catastrófico no presente estudo somado a 9,4% do OPM). Em Pernambuco a média foi de 30,2%.

Nota-se então que, no Brasil, tanto a prevalência quanto a intensidade foi maior no quintil 3. Em Pernambuco a intensidade foi maior para o quintil 1 e menor para o 5, grupos com a menor e maior prevalência do gasto catastrófico respectivamente. Assim, o resultado para Pernambuco pode sugerir que, embora a proporção de famílias com gasto catastrófico seja superior para as famílias de maior renda, são as com menor renda que fizeram maior esforço financeiro, dada a maior intensidade do gasto.

Na tabela 4 são mostrados os índices de concentração da prevalência e intensidade do gasto catastrófico realizado através do sistema de ponderação proposto por Wagstaff e Van Doorslaer (2003).

Tabela 4 - Índice de concentração e medidas ponderadas do gasto catastrófico em saúde, Brasil e Pernambuco (2008-2009)

Medidas		
	Brasil	Pernambuco
Índice de Concentração do Gasto catastrófico (C_GC)	0,0033	0,1218
Proporção Ponderada de Domicílios com Gasto Catastrófico (H^W) (%)	10,57	8,61
Índice de Concentração do Overshoot (C_O)	-0,0322	0,0452
Overshoot ponderado (O^W) (%)	1,03	0,95

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

Percebe-se que o índice de concentração do gasto catastrófico foi positivo para o Brasil e Pernambuco, sugerindo que foram as famílias com melhor situação financeira as que mais incorreram em gasto catastrófico em saúde. Tal resultado estimou a prevalência de gasto catastrófico (H^W) em valor inferior ao anterior (H). A redução foi maior para Pernambuco quando comparada ao Brasil.

Nota-se coerência entre os valores apresentados de H^W para o Brasil e Pernambuco com as informações de prevalência do gasto apresentadas no gráfico 2. Pois, no Brasil, a prevalência apresentou-se mais constante em relação aos quintis de renda do que em Pernambuco em que as famílias de maior renda estão mais sujeitas a incorrer no gasto catastrófico. Esse resultado é corroborado pelo índice de concentração estimado.

O índice de concentração da intensidade do gasto catastrófico (C_O), no entanto, apresentou padrões diferentes para Brasil e Pernambuco. Para o Brasil, o sinal negativo para o índice é sugestivo de que, embora de forma discreta, a intensidade do gasto foi maior para as famílias com menor poder aquisitivo, com um valor de *overshoot* levemente superior ao da tabela 3.

Já para Pernambuco, o índice positivo indica um padrão de intensidade maior para as famílias de maior renda, ou seja, seriam essas as que teriam ultrapassado de forma mais significativa o limite imposto para o gasto catastrófico, estimando assim o valor de *overshoot* menor que o exposto na tabela 3. O resultado apresentado para Pernambuco fica, entretanto, em desacordo com o apresentado na intensidade do gasto que sugeriu ser essa maior para as

famílias de menor renda.

5.3 Características socioeconômicas das famílias do Brasil e de Pernambuco com gasto catastrófico em saúde

As informações da tabela 5 apresentam a descrição das demais características socioeconômicas das famílias do Brasil e de Pernambuco que apresentaram gastos catastróficos em saúde, tais como: sexo e escolaridade da pessoa de referência, presença de idosos e crianças no domicílio e aposentado ou pensionista como pessoa de referência. De forma a apresentar um parâmetro comparativo na análise, os resultados são também apresentados para os domicílios que não incorreram no gasto.

Tabela 5 - Proporção de domicílios com e sem gasto catastrófico em saúde segundo as características socioeconômicas das famílias, Brasil e Pernambuco (2008-2009)

Quintil de renda	Brasil		Pernambuco	
	Gasto catastrófico (%)		Gasto catastrófico (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Sexo da pessoa de referência da família				
Masculino	64,2	69,0	59,6	75,1
Feminino	35,8	31,0	40,4	24,9
Anos de estudos da pessoa de referência da família				
Grupo 1 - 0 a 4 anos	59,1	39,0	59,3	47,4
Grupo 2 - 5 a 8 anos	11,3	17,7	10,9	17,1
Grupo 3 - 9 a 11 anos	17,1	26,4	16,1	23,8
Grupo 4- 12 anos ou mais	12,1	16,3	12,6	10,9
Indeterminado	0,4	0,7	1,1	0,8
Presença de moradores com 6 anos ou menos				
Sim	15,4	21,7	14,8	22,1
Não	84,6	78,3	85,2	77,9
Presença de moradores com 65 anos ou mais				
Sim	32,7	13,0	33,8	14,6
Não	67,3	87,0	66,2	85,4
Aposentado ou pensionista como pessoa de referência da família				
Sim	40,8	16,6	35,5	17,7
Não	59,2	83,4	64,5	82,3

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

Observa-se, no Brasil e em Pernambuco, maior concentração de domicílios cuja pessoa de referência é do sexo masculino para os domicílios com e sem gastos catastróficos. Essa concentração, no entanto, é menor para os domicílios com o gasto, especialmente para Pernambuco. O que indica que, para o estado, há 15,5% a mais de mulheres como pessoa de referência nas famílias com gasto catastrófico quando comparada às sem o gasto. Para o Brasil essa diferença foi de 4,8%.

Ao se analisar a escolaridade da pessoa de referência, percebe-se para os domicílios que não incorreram em gasto catastrófico, no Brasil e em Pernambuco, maior concentração no grupo 1 (0 a 4 anos de estudo) e menor no grupo 4 (12 anos de estudo ou mais). Nesses domicílios, a proporção de famílias cuja pessoa de referência apresenta menor escolaridade (grupo 1) é maior para Pernambuco 8,4% quando comparado ao Brasil, ao passo que o com maior escolaridade (grupo 4), é 5,4% menor.

Quando considerada a escolaridade da pessoa de referência para as famílias com gasto catastrófico, em comparação às sem o gasto, percebe-se aumento da concentração no grupo de menor instrução (grupo 1) no Brasil e em Pernambuco. Nota-se, no entanto, que o aumento foi mais expressivo neste grupo para o Brasil, 20,1% enquanto para Pernambuco foi de 11,9%.

No outro extremo de escolaridade (12 anos ou mais de estudo), percebe-se no Brasil redução de domicílios com gasto catastrófico em relação aos sem o gasto. Já em Pernambuco, essa proporção aumentou, sendo de 10,9% para os domicílios sem gasto catastrófico e 12,6% para os com o gasto.

Tal análise sugere que a escolaridade da pessoa de referência pode ter influenciado o gasto catastrófico de forma distinta para o Brasil e Pernambuco. No País, observou-se redução na proporção de domicílios com o gasto para o grupo de maior escolaridade da pessoa de referência, em relação aos domicílios sem o gasto. Enquanto em Pernambuco, verificou-se aumento de 1,7% na proporção de gasto catastrófico para o grupo de maior escolaridade.

As famílias também foram classificadas pela presença de crianças com 6 anos ou menos e de idosos com 65 anos ou mais em sua composição de forma a verificar possíveis diferenças de comportamento do desfecho em relação à presença de indivíduos nos extremos da distribuição etária.

Da análise da tabela 5, percebe-se que a proporção de domicílios com criança com 6 anos ou menos é maior para as famílias que não incorreram no gasto catastrófico em saúde, 21,7% para o Brasil e 22,1% para Pernambuco. Nas famílias com o gasto, essa proporção foi de 15,4% para o Brasil e 14,8% para o Pernambuco.

Quanto à presença de moradores com 65 anos ou mais, verificou-se maior proporção para os domicílios com gasto catastrófico em relação aos domicílios sem o gasto, sendo de 32,7% para o Brasil e 33,8% para Pernambuco. Para os domicílios que não incorreram no gasto catastrófico a proporção foi de 14,6% e 13,0% para Brasil e Pernambuco, respectivamente. O aumento da proporção de gasto catastrófico nos domicílios com idosos pode indicar que eles impactaram negativamente no gasto familiar com saúde, o que pareceu não ocorrer com as crianças.

Em relação à condição de aposentado ou pensionista, observa-se predomínio de domicílios cuja pessoa de referência não apresenta essa condição para os domicílios com e sem o gasto no Brasil e em Pernambuco. Identificou-se, porém, que a proporção de domicílios cuja pessoa de referência é aposentado ou pensionista foi maior nos domicílios com gasto catastrófico, 40,8% no Brasil e 35,5% em Pernambuco.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo a prevalência de domicílios em Pernambuco que incorreram em gastos catastróficos em saúde foi de 9,8%, proporção discretamente inferior a do Brasil que foi de 10,6%. Boing et al. (2014a), Diaz et al. (2012), Diniz et. (2007), Santos (2015), Xu et al. (2007), Knaul et al. (2011) e Barros et al. (2011) também estudaram, através de metodologias distintas, o gasto catastrófico com saúde para o Brasil e evidenciaram disparidades significativas para a sua prevalência.

Dos estudos citados, o de Boing et al. (2014a), também utilizou a POF 2008-2009 como fonte de dados. Para uma análise ampla do assunto, empregou três métodos de cálculo para estimar a prevalência do gasto catastrófico no Brasil e indicou uma variação de 1,4% a 25,0% a depender do método. Utilizando o mesmo cálculo e ponto de corte do presente estudo demonstrou uma prevalência de 8,9% para o gasto catastrófico no Brasil.

A diferença na prevalência evidenciada nos trabalhos pode ser justificada pela opção adotada no presente estudo em utilizar apenas as famílias com gasto positivo em saúde, o que pode ter estimado um valor superior ao de Boing et al. (2014a), uma vez que evitou o efeito de diluição do gasto com saúde das famílias que não o realizaram, conforme observado por Diniz et al. (2007).

Na classificação da proporção de famílias com gasto catastrófico por quintis de renda domiciliar no presente estudo, chama atenção no caso de Pernambuco o fato da maior proporção concentrar-se no quintil 5 e a menor no quintil 1. Isso sugere maior prevalência de gastos catastrófico dentre mais ricos no estado. Corroborando com essa informação, o índice de concentração do gasto catastrófico, também realizado no presente estudo, foi positivo. O que pode indicar, através do sistema de ponderação, que foram as famílias com melhor situação financeira as que mais incorreram em gasto catastrófico.

Os achados do presente estudo para o estado de Pernambuco, no entanto, parecem, a princípio, divergentes dos descritos por Medeiros (2016) para Pernambuco e por Boing et al., (2014a), Barros et al. (2011), Knaul et al. (2011) e Santos (2015) para o Brasil, que sugerem maior prevalência de gasto catastrófico para famílias com nível econômico menos favorecido. Por outro lado, se aproximam dos relatados por Knaul et al. (2011) e Pedraza e Toledo (2012) para o Chile, que indicaram maior concentração nas famílias com maior renda.

As opções metodológicas distintas podem, em parte, justificar os resultados discordantes entre os estudos. Santos (2015) e Medeiros (2016), por exemplo, estimaram o gasto catastrófico considerando apenas os gastos com medicamentos, que de fato tendem a

impactar de forma mais significativa as famílias de mais baixa renda, diferente do presente estudo que considerou o gasto total com saúde.

Boing et al. (2014a) indicou um gradiente socioeconômico onde o gasto catastrófico apresentou menor prevalência no quintil mais favorecido (Quintil 5) e maior no menos favorecido (Quintil 1). Porém, apesar da semelhança com o presente estudo no método utilizado, o estudo classificou os quintis pelo Índice Econômico Nacional (IEN), que leva em consideração o consumo e a escolaridade do chefe da família, diferente da classificação por quintis utilizada no presente, que considerou apenas a renda.

Além disso, a análise das proporções dos gastos com saúde em relação à renda e ao gasto total aqui realizada sugere que o resultado poderia ter sido distinto se a renda e não o gasto domiciliar fosse a variável utilizada para compor o cálculo do gasto catastrófico. Pois, em termos proporcionais, o comprometimento da renda com gastos em saúde foi maior para as famílias de menor poder aquisitivo, ao passo que o comprometimento do gasto com saúde em relação ao gasto total demonstrou ser proporcionalmente superior para os quintis de maior renda.

Tal situação foi justificada por Diniz et al. (2007) pelo fato de que em países em desenvolvimento, os estratos mais baixos de renda, em geral, gastam mais do que ganham, ao passo que nos estratos mais ricos, o gasto total é menor do que a renda. Informação condizente com a apresentada no presente estudo, onde observa-se um gasto total maior do que a renda recebida para os quintis de 1 a 3 no Brasil e 1 e 2 em Pernambuco.

Uma análise relevante a ser realizada, na tentativa de formular hipóteses que possam esclarecer os resultados para Pernambuco demonstrados no presente estudo, diz respeito ao comportamento dos principais gastos com assistência à saúde (medicamentos e planos de saúde) em relação à renda familiar. Os medicamentos e os planos de saúde corresponderam juntos a 78,4% dos gastos com assistência à saúde no país em 2008-2009. Para Pernambuco, esse percentual foi de 83,6%, maior do que para o Nordeste, que foi de 78,7% (IBGE, 2010).

Chama a atenção, em relação à composição dos gastos com saúde para o estado, a distribuição percentual entre remédios e planos. Enquanto no Brasil, 48,6% do gasto com saúde familiar foi com medicamentos e 29,8 % com plano e seguro de saúde e no Nordeste 54,1% e 24,6% respectivamente, para Pernambuco, a proporção foi de 47,4% para medicamentos e 36,2% para planos e seguros de saúde. Esse padrão se aproxima do verificado para o estado de São Paulo, 44,6% para medicamento e 36,6 % para planos e seguro de saúde (IBGE, 2010). Isso pode estar relacionado ao fato de que são polos médicos de grande porte e para acessá-lo haja, em geral, a necessidade de um plano de saúde privado,

o que afeta diretamente os gastos com saúde.

Quando relacionado o padrão de gasto com saúde e a renda domiciliar, a literatura descreve que no caso das famílias de menor renda o gasto concentra-se em medicamentos, ao passo que as famílias de maior rendimento gastam mais proporcionalmente com planos de saúde (IBGE, 2012; DINIZ et al., 2007; BARROS et al., 2011). Os achados de Medeiros (2016) indicaram que 52,82% dos domicílios com maior renda (quintil 5) do Brasil e 61,67% de Pernambuco possuíam plano de saúde. Dentre os com menor renda (quintil 1), no entanto, a proporção foi de 2,34% para o Brasil e 1,05% para Pernambuco.

Apesar do pagamento de um plano ou seguro saúde, o desembolso direto ainda pode ser necessário para o custeio de tratamento, seja por limitação nos pacotes de benefícios dos planos, seja pela busca de um serviço de alta especialidade não contemplado por eles (BARROS et al., 2011). Além disso, 29,3% das pessoas precisaram realizar pagamentos adicionais pelo serviço utilizado, no sistema de coparticipação (IBGE, 2009). Percebe-se então que a posse de plano ou seguro de saúde, além de causar por si só impacto no orçamento familiar, não impede outros gastos com saúde.

Os achados de Diaz et al. (2012) demonstraram que a cobertura por plano de saúde no Brasil não contribuiu para reduzir o risco financeiro das famílias. Porém, segundo a autora, o resultado pode apresentar um viés. Como em geral os planos são relativamente caros para a maioria dos brasileiros, domicílios que os adquirem tendem a ter, pelo menos, um membro da família com algum tipo de doença crônica, que por si só já impacta no gasto com saúde. Bos e Waters (2008) verificaram que a cobertura por seguros privados foi positivamente correlacionada ao gasto catastrófico. No estudo de Barros et al. (2011), a cobertura por seguro de saúde elevou o risco de gastos catastróficos em todos os quintis socioeconômicos, exceto no primeiro (onde a cobertura do seguro de saúde é a mais baixa).

Sendo assim, com base na análise dos trabalhos e dos dados acima expostos, uma das hipóteses que pode justificar o percentual elevado de famílias incorrerem em gasto catastrófico no quintil mais elevado de renda em Pernambuco pode apresentar relação com o pagamento de plano de saúde. Para tanto, seriam necessários novos estudos para verificar o impacto desses no gasto catastrófico, especialmente em relação aos quintis de renda.

Quanto à análise da intensidade do gasto, ou seja, a proporção que a família excede o limite estabelecido como catastrófico, o resultado apresentado para Pernambuco pode sugerir que, embora a prevalência do gasto catastrófico seja superior para as famílias de maior renda, são as com menor renda que fizeram maior esforço financeiro dado o maior gasto médio com saúde em termos proporcionais.

Análise semelhante foi realizada por Chamorro e Brenes (2017) para a Costa Rica, onde verificou-se que o gasto catastrófico afetou principalmente os domicílios do quintil mais rico da população. Porém, a média de gasto para as famílias, em 2013, foi de 45,5% (limiar de 30,0% mais 15,5% de *overshoot* positivo médio) para o quintil mais baixo de renda e 43,0% para o mais alto.

Entretanto, apesar dos dados para Pernambuco estarem coerentes com o trabalho acima descrito, ocorreu uma divergência em relação ao índice de concentração da intensidade do gasto que sugere um padrão de intensidade maior para as famílias de maior renda. O que indica a necessidade de novas investigações para esclarecer o resultado apresentado para o estado.

Quanto ao sexo da pessoa de referência, verificou-se que em Pernambuco há 15,5% a mais de famílias com gastos catastróficos quando a pessoa de referência é do sexo feminino em comparação as famílias que não possuem esse gasto, no Brasil foi verificado 4,8% a mais. No estudo de Barros et al. (2011), porém, não foi evidenciada relação estatisticamente significativa entre a pessoa de referência e o gasto catastrófico no Brasil.

Ressalta-se, no entanto, que os dados da pesquisa de Barros et al. (2011) foram extraídos da POF 2002-2003. Na época, as famílias chefiadas por mulheres correspondiam a 26,3% do total de domicílios, já em 2008-2009, esse percentual subiu para 30,5%. Também em 2008-2009, a despesa com assistência à saúde no Brasil foi proporcionalmente maior em domicílios que tinham a mulher como pessoa de referência, 6,6% da despesa total para o sexo feminino e 5,6% para o masculino (IBGE, 2010).

Dos dados apresentados pode-se inferir algumas hipóteses. Uma delas está relacionada ao fato das mulheres apresentarem maior frequência de morbidades que os homens. O que pode justificar tanto a maior utilização de serviços médicos (BARATA, 2009), quanto a maior proporção de mulheres que pagam diretamente seu plano de saúde (IBGE, 2009). Além disso, descreve-se que as mulheres se preocupam e, por conseguinte, gastam mais com educação, saúde e bem-estar de suas famílias (PINHEIRO; FONTOURA, 2007).

Assim, o aumento no percentual de mulheres chefes de família, o maior gasto com assistência à saúde e a maior proporção de mulheres como pessoa de referência nas famílias com gasto catastrófico, reforçam a necessidade de novas investigações sobre o tema na perspectiva de gênero no Brasil e em Pernambuco, de forma a verificar se são de fato essas famílias as mais susceptíveis ao gasto catastrófico.

O nível de instrução pode influenciar a saúde de diferentes formas, desde o nível de percepção dos problemas de saúde e capacidade de entendimento das informações repassadas

até no consumo e utilização dos serviços de saúde. A utilização de serviços preventivos, por exemplo, é maior entre os indivíduos com maior escolaridade (SILVA et al., 2011; BARATA, 2009).

A associação entre escolaridade e gasto catastrófico em saúde foi realizada por Boing et al. (2014a) e Diaz et al. (2012) para o Brasil. A primeira evidenciou que aproximadamente um em cada três domicílios no qual o chefe de família tinha até quatro anos de estudo incorreu em gasto catastrófico em saúde no período de 2008-2009. Já Diaz et al. (2012), observou que a presença de ao menos um membro no domicílio com nível superior de educação diminui a probabilidade de ocorrência desse gasto.

No presente estudo, os dados sugerem que a escolaridade da pessoa de referência pode ter influenciado o gasto catastrófico de forma distinta para o Brasil e Pernambuco. No país, a concentração de domicílios aumentou para o menor nível de instrução (0 a 4 anos de estudo) e diminuiu para o maior (12 anos ou mais de estudo). Em Pernambuco, o aumento de concentração para o nível de menor instrução foi menor, comparado ao do Brasil, enquanto que para o grupo de maior instrução a proporção de gasto catastrófico aumentou.

O resultado apresentado para Pernambuco, embora em desacordo com a literatura para o Brasil (Boing et al. 2014a), apresenta coerência com as informações de maior prevalência de gasto nas famílias do quinto de renda mais elevado, visto a associação de renda e escolaridade. Permanece, entretanto, a questão sobre o que de fato influencia a concentração de gasto catastrófico, se é a renda mais elevada que predispõe o consumo de serviços de saúde ou se o nível de instrução.

Comportamento distinto foi verificado no gasto catastrófico em relação à presença de crianças com 6 anos ou menos e de idosos com 65 anos ou mais na composição domiciliar. Nos domicílios com gasto catastrófico verificou-se maior proporção de idosos em relação aos que não incorreram no gasto, no Brasil e em Pernambuco. Em relação à presença de crianças, a proporção foi menor. O que pode indicar maior associação do gasto catastrófico a presença de idosos no domicílio em relação à de criança.

Dos domicílios com gastos catastróficos na Costa Rica em 2013, 57,7% tinham a presença de pelo menos um indivíduo com mais de 65 anos (CHAMORRO; BRENES, 2017). No Brasil, a presença de pessoa idosa também foi associada ao risco de incorrer em gasto catastrófico, no estudo de Barros et al. (2011), relação não evidenciada para a presença de criança. Diaz et al. (2012) também evidenciou maior probabilidade para a ocorrência de gasto catastrófico para os domicílios com pelo menos um idoso.

Ainda segundo Diaz et al. (2012), a maior probabilidade de ocorrência de gastos

catastróficos em domicílios com idosos pode indicar falha nas políticas públicas de saúde específicas forçando as famílias a despesas com cuidados de saúde privados. Ressalta-se que a prevalência de doenças crônicas, que exigem longo tempo de tratamento, está mais presente nos idosos, e a incorporação de novas tecnologias terapêuticas de alto custo podem contribuir para os resultados apresentados (XU et al., 2007; BOING et al., 2014a)

Outro fator a ser considerado, é a elevada participação de idosos nos planos e seguros de saúde, o que pode ser explicado pela maior necessidade em saúde nesta faixa, em função da maior morbidade. Já por serem populações mais saudáveis, as famílias tendem a retardar a adesão das crianças e jovens aos planos, o que justifica a menor cobertura para esse público (IBGE, 2013).

Bos e Waters (2008) sugerem melhorias nos serviços públicos quanto acessibilidade, qualidade e disposição de medicamentos, além de uma regulamentação mais rigorosa para os planos de saúde privados, como iniciativas a serem adotadas para a redução do gasto catastrófico em saúde.

7 CONCLUSÃO

A prevalência de domicílios com gastos catastróficos em saúde foi discretamente inferior para Pernambuco em comparação ao Brasil, 9,8% e 10,6%, respectivamente. O inverso foi observado para a intensidade do gasto catastrófico, onde percebe-se, através do cálculo do *overshoot* positivo médio, que a intensidade foi 0,8% superior em Pernambuco. Assim, o gasto médio com saúde no estado para as famílias com gasto catastrófico foi de 30,2% da subtração do gasto total menos o custo alimentar. Para o Brasil, o gasto médio foi de 29,4%. Não se constatou portanto diferença na prevalência e intensidade do gasto catastrófico para o Brasil e Pernambuco quando analisados em termos gerais.

Em relação à renda domiciliar, verificou-se um padrão mais uniforme de distribuição do gasto catastrófico no Brasil em relação à Pernambuco, onde a prevalência foi mais acentuada nas famílias com maior renda. A variável escolaridade da pessoa de referência também apresentou comportamento distinto para as famílias com gasto catastrófico no Brasil e em Pernambuco. No País, observou-se redução na proporção de domicílios com o gasto cuja pessoa de referência possuía mais de 12 anos de estudo, em relação aos sem o gasto. Enquanto em Pernambuco, verificou-se aumento de 1,7% na proporção de gasto catastrófico para o grupo de maior escolaridade.

Em relação ao sexo, a proporção superior de domicílios cuja pessoa de referência é do sexo feminino, em relação às famílias sem o gasto, pode indicar predisposição a esse tipo de gasto nos domicílios cuja pessoa de referência é do sexo feminino para o Brasil e Pernambuco. Já o aumento na proporção de idosos nos domicílios com gasto catastrófico e a diminuição dessa proporção para os com crianças, leve a crer que os idosos impactam negativamente no gasto com saúde, não sendo observado o mesmo para as crianças.

Assim, a análise das características socioeconômicas das famílias com gasto catastrófico de Pernambuco em relação ao Brasil demonstrou semelhança quanto à concentração do gasto em relação ao sexo e condição de aposentado ou pensionista da pessoa de referência bem como a presença de crianças e idosos no domicílio, e divergiu em relação à distribuição por renda familiar e escolaridade.

A utilização dos microdados da POF de 2008-2009 permitiu a realização de uma análise desagregada das famílias em termos da prevalência e intensidade do gasto catastrófico e de sua comparação entre Pernambuco e Brasil. A metodologia proposta, poderá ser aplicada

a futuras POFs, de forma a investigar qual o possível impacto das transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais dos últimos anos no gasto catastrófico.

O presente estudo evidenciou, através da análise comparativa do Brasil com Pernambuco, comportamentos distintos no gasto com saúde entre eles, o que reforça a importância desse tipo de abordagem ainda pouco explorada nas pesquisas nacionais. Para estudos futuros sugere-se a análise em paralelo da Região Metropolitana do Recife, no caso de Pernambuco, para que se verifique de que forma as disparidades socioeconômicas presentes em seu território e o possível maior acesso aos bens e serviços influenciam no gasto privado com saúde.

Recomenda-se, também, para estudos futuros, a associação com abordagens complementares, de forma a verificar quais as consequências desses gastos em relação aos outros bens e serviços sacrificados em detrimento deles, bem como suas repercussões para a saúde e o bem-estar familiar.

Por fim, este estudo descreveu características socioeconômicas que sugerem maior predisposição ao gasto catastrófico em saúde, além de padrões de gastos distintos entre o país e o estado de Pernambuco. O que indica, além da necessidade de aprofundamento do tema através de novas pesquisas, a necessidade de avaliação, aperfeiçoamento e desenvolvimento de políticas públicas que considerem as especificidades apresentadas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V. et al. Desafios do Sistema de Saúde Brasileiro. In: DE NEGRI, J. A.; ARAÚJO, B. C.; BACELETTE, R. (Orgs.). **Desafios da nação: artigos de apoio**. Brasília: IPEA, v.1, 2018.

ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. T. Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. In: SILVEIRA et al. (Orgs.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. IPEA: Brasília, v. 1, p. 83-106, 2006.

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

BARROS, A.J.; BASTOS, J.L.; DAMASO, A.H. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 254-262, 2011.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; CARRILLO ROA, A. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro, ABRES; Ministério da Saúde, p.101-138, 2016.

BOING, A. C. et al. Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.4, p.632-641, 2014a.

_____. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p.797-807, 2014b.

_____. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p.691-701, 2013.

BOS, A.M.; WATERS, H.R. The impact of the public health system and private insurance on catastrophic health expenditures. **Cepal Review**, v. 95, p. 125-139, 2008.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm Acesso em: 16/05/2018.

CARRILLO ROA, A. Situação e financiamento da saúde nos países-membros do Fórum IBAS. **Argumentum**. Vitória: v. 7, n. 2, p. 143-160, 2015.

CHAMORRO, R.B.; BRENES, J. R.V. Incidencia del gasto catastrófico en salud de los hogares costarricenses 2004 y 2013. **PSM**, v.15, n.1, p. 76-92, 2017.

COSTA, N. R. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro: v. 22, n. 4, p. 1065-1074, 2017.

DIAZ, M.D. et al Catastrophic Health Expenditure in Brazil: Regional Differences, Budget Constraints and Private Health Insurance. In: KNAUL F.M et al. **Household Spending and Impoverishment**. Volume 1 of Financing Health in Latin America Series. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Centre, 2012.

DINIZ, B. P. C. et al. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: SILVEIRA, F.G. et al. (Org.) **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília, IPEA, v.2, p.143-167, 2007.

GARCIA Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas: composição e evolução no período 1995-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p. 115-128, 2013.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.Coordenação de Contas Nacionais. **Conta-satélite de saúde**: Brasil: 2010-2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: perfil das despesas no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde**: 2013: Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violências. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: despesas, rendimento e condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

_____. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008**. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

KNAUL, F. M.; WONG, R.; ARREOLA-ORNELAS, H.; MENDEZ, O. Household

catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. **Salud publica de Mexico**, v.53, Suppl 2, p. 85-95, 2011.

LUIZA, V. L. et al. Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 15s, 2016.

MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; PEREIRA, C. A. et al. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 1, p. 179-190, 2017.

MEDEIROS, I.M.V.S. **Gastos Familiares Privados com Saúde no Brasil e em Pernambuco: Uma Análise Descritiva com Microdados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. 2016. 64p, Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

NORONHA, J.C.; PEREIRA, T.R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In: **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3, p. 19-32, 2013.

OCKÉ-REIS, C. O. Gasto privado em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.7, p.1351-1353, 2015.

O'DONNELL, O. et al. The World Bank. The concentration index. In: **Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation**. Washington: 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde: o financiamento da cobertura universal**. Genebra; 2010.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. et al. O sistema de saúde brasileiro: História, avanços e desafios. **The Lancet**, [online], p.11-31, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf

PEDRAZA, C. C.; TOLEDO, L. P. 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.

PINHEIRO, L. S.; FONTOURA, S. O. Perfil das despesas e dos rendimentos das famílias brasileiras sob a perspectiva de gênero. In: SILVEIRA, F. G.; SERVO, L. M. S.; ALMEIDA,

T. et al. (Org.). **Gastos e consumos das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: IPEA, v. 2, p.201-248, 2007.

PIOLA, SF., et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; MS; SAE/PR, v. 4. p. 19-70, 2013.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14(3), p. 771-782, 2009.

ROSEMBERG, A. M. F. A. Breve História da Saúde Pública no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. 7^a. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANTOS, I. C. M. V. **A iniquidade do financiamento nas aquisições de medicamentos: gastos catastróficos e empobrecimento**. 2015. Tese (Doutorado). 141p. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SANTOS, I. S.; SANTOS, M. A. B.; BORGES, D. C. L. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; MS; SAE/PR, v.4, p. 73-131, 2013.

SILVA, Z. P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.9, p. 3807-3816, 2011.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.4, p.719-731, 2002.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. **Health Econ** 12(11) p.921-33, 2003.

XU, K. et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. **Lancet** 362, n. 9378, p. 111-117, 2003.

_____. Protecting households from catastrophic health spending. **Health Aff**, v. 26, n. 4, p. 972-983, 2007.

_____ Measurement and explanation of socioeconomic inequality in catastrophic health care expenditure: evidence from the rural areas of Shaanxi Province. **BMC Health Services Research**, v.15, n.256, p. 1-10, 2015.