

Título do capítulo	CAPÍTULO 4- GASTO DAS FAMÍLIAS COM SAÚDE NO BRASIL : EVOLUÇÃO E DEBATE SOBRE GASTO CATASTRÓFICO
Autores (as)	Bernardo P. Campolina Diniz Luciana Mendes Santos Servo Sérgio Francisco Piola Marcos Eirado
DOI	

Título do livro	GASTO E CONSUMO DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS CONTEMPORÂNEAS
Organizadores (as)	Fernando Gaiger Silveira Luciana Mendes Santos Servo Tatiane Menezes Sérgio Francisco Piola
Volume	2
Série	-
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2007
Edição	
ISBN	978-85-86170-85-0
DOI	-

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea 2007

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

GASTO DAS FAMÍLIAS COM SAÚDE NO BRASIL: EVOLUÇÃO E DEBATE SOBRE GASTO CATASTRÓFICO

Bernardo P. Campolina Diniz
Luciana Mendes Santos Servo
Sérgio Francisco Piola
Marcos Eirado

1 INTRODUÇÃO

Estudos sobre gastos e financiamento da saúde já são uma tradição na área de economia da saúde no Brasil. Nesse conjunto, há aqueles cujo objetivo é conhecer o perfil de gastos das famílias com saúde (ver, entre outros, SILVEIRA *et al.*, 2001; MÉDICI, 2003; OCKÉ-REIS; SILVEIRA; ANDREAZZI, 2003; ANDRADE; LISBOA, 2006; MENEZES *et al.*, 2006). Entre esses, Silveira, Osório e Piola (2002) apresentaram estimativas para os gastos totais das famílias em saúde em torno de R\$ 36,8 bilhões em 1996. Esses valores foram superiores ao gasto total de R\$ 14,4 bilhões do Ministério da Saúde naquele ano.¹ Esses trabalhos mostram, também, que as famílias dos estratos inferiores de renda – quer analisados por décimos, quer por faixas de salários mínimos (SMs) gastam essencialmente com medicamentos, mas, à medida que cresce a renda *per capita*, maiores se tornam os gastos das famílias com planos de saúde.

Além disso, nas análises comparativas, alguns autores, como Médici (2003) e Ocké-Reis, Silveira e Andreazzi (2003) observam um aumento da participação

1. Dados de empenho liquidado, extraídos do estudo da Câmara dos Deputados (2001). Em 1997, com a aplicação de recursos da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) esse montante passou, em valores correntes, para R\$ 18 bilhões. Esses números são para dar uma dimensão do gasto das famílias, mas não significam que o gasto privado (empresas e famílias) em saúde no Brasil seja maior que o gasto público, pois teriam de ser somados a esse montante os gastos dos estados e municípios, além de contabilizados os gastos com saúde de outras unidades governamentais e do Ministério da Saúde (por exemplo, Educação, Forças Armadas), o gasto público com saúde dos servidores públicos, além das renúncias e isenções fiscais, entre outros. Está em andamento no Brasil um trabalho que visa elaborar a Conta Satélite de Saúde a qual permitiria ter valores mais confiáveis para a participação pública e privada na saúde (Portaria Interministerial, 437, de 1º de março de 2006).

do gasto com saúde no gasto total das famílias metropolitanas entre o final da década de 1980 e meados da de 1990, utilizando dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POFs) de 1987-1988 e de 1995-1996. Além disso, esse aumento teria sido diferenciado entre os estratos de renda, tendo sido maior para os estratos de mais baixa renda. Esse resultado levou autores como Médici (2003) a questionar o papel redistributivo do sistema público e universal brasileiro – o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 e cuja implementação teve início no começo dos anos 1990.

Esses trabalhos realizados no Brasil têm como foco a análise do perfil do gasto das famílias e a questão distributiva a ele relacionada. Até o momento, um dos poucos estudos que avançaram na análise da questão distributiva da totalidade do gasto com saúde e do financiamento (público e privado) no Brasil é aquele realizado por Ugá e Santos (2006). A preocupação central deste trabalho é a discussão sobre quão progressivo é o financiamento da saúde no Brasil, numa discussão sobre justiça distributiva.

Além da discussão distributiva, há uma preocupação com o desembolso direto – *out-of-pocket* (OOP). Essa preocupação se relaciona ao fato de que, em um sistema de saúde fortemente baseado nesse modelo, as famílias podem se sujeitar ao risco não previsto de ter de realizar elevados gastos para cuidar da saúde de seus membros. Um gasto não previsto com serviços de saúde pode absorver parte significativa do orçamento de uma família, levando-a a abrir mão de consumir outros serviços, vender ativos ou mesmo se endividar. Para algumas famílias, esse evento não previsto pode inclusive implicar o risco de torná-las pobres ou mesmo de uma família pobre se tornar indigente. Ou seja, um gasto catastrófico para essas famílias.

Apesar de haver grande quantidade de trabalhos que analisam os gastos das famílias com saúde, poucos procuraram discutir quão catastróficos são esses gastos no Brasil. A análise dos dados para o Brasil aparece como parte de uma análise envolvendo vários países no estudo de Xu *et al.* (2003). Esse estudo, apesar de não ser o primeiro a discutir gastos catastróficos, tornou-se um dos mais conhecidos por sua publicação no *Lancet* e pela colaboração de autores que estiveram envolvidos em trabalhos da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o desempenho dos sistemas de saúde.² O trabalho analisa os gastos catastróficos em 59 países. Esses autores estimaram que 10,3% das famílias brasileiras estariam incorrendo em gasto catastrófico, contra, por exemplo, 5,8% das famílias argentinas ou 1,5% das famílias mexicanas. De todos os países analisados, apenas o Vietnã teria um percentual ligeiramente superior ao brasileiro (10,5%). Os países europeus desenvolvidos

2. O estudo publicado no *Lancet* foi financiado pelo National Institute on Aging, mas pelo menos dois de seus co-autores, Christopher Murray e Kei Kawabata, estiveram diretamente envolvidos nos trabalhos de elaboração do World Health Report 2000.

apresentaram percentuais bem abaixo de 1%. Assim, entre os países latino-americanos citados, o Brasil é apresentado como aquele com maior proporção de famílias com gasto catastrófico em saúde (10,3%), isto é, os gastos diretos do bolso com saúde são superiores a 40% da capacidade de pagamento dessas famílias.³

Recentemente, Bos e Waters (2006) avançaram na análise ao estimar o impacto do sistema público e dos planos e seguros de saúde sobre os gastos catastróficos em saúde no Brasil. Eles estimam em 3,7% os domicílios com mais de 40% da renda comprometida com gastos totais em saúde. Observa-se, portanto, uma divergência entre essa estimativa e aquela apresentada por Xu *et al.* (2003).

Esses resultados chamaram a atenção dos autores do presente trabalho. Considerou-se a possibilidade de dar sua contribuição ao debate realizando uma análise da distribuição dos gastos das famílias, bem como uma discussão metodológica sobre a questão dos gastos catastróficos. Assim, na primeira parte deste trabalho faz-se uma análise das informações das três últimas POFs do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as de 1987-1988, de 1995-1996 e de 2002-2003. A pergunta básica a responder é: houve mudanças significativas no gasto das famílias com saúde ao longo desses anos e, particularmente, no perfil distributivo desses gastos? Como a implementação do SUS significou um avanço considerável no segundo semestre da década de 1990, já seria possível sentir os efeitos disso sobre o gasto das famílias?

À discussão sobre a evolução dos gastos das famílias segue-se uma análise do gasto catastrófico com saúde, constituindo essa análise a segunda parte do trabalho. Nela se descreve principalmente a metodologia proposta por Xu *et al.* (2003), buscando mostrar as diferenças em relação a outros trabalhos sobre gastos catastróficos. Intenta-se fazer uma análise do gasto catastrófico a partir dos microdados das POFs. Por último, são apresentadas as considerações finais.

2 OS GASTOS DAS FAMÍLIAS COM SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS TRÊS POFs

2.1 Compatibilizando as três POFs⁴

Para analisar os gastos das famílias com saúde, é preciso realizar algumas compatibilizações entre as POFs de 1987-1988, 1995-1996 e 2002-2003. O primeiro ajuste diz respeito à abrangência das pesquisas. As duas primeiras POFs

3. Na segunda parte do texto será apresentada a metodologia utilizada por Xu *et al.* (2003), mostrando o que esses autores definiram como capacidade de pagamento.

4. Esta subseção baseou-se nos relatórios apresentados como produtos por Bernardo Campolina ao Redelpea, no contrato Pnud 2004/002529 em 2005.

abrangeam os domicílios particulares permanentes, localizados no perímetro urbano de nove regiões metropolitanas (RMs): Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Distrito Federal (DF) e município de Goiânia. Já a POF de 2002-2003 teve cobertura nacional, o que permite análises por essas mesmas áreas urbanas das unidades da federação (UFs), análise por RMs e as áreas urbanas e rurais das grandes regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).

Para realizar essa compatibilização, no tocante à abrangência, primeiro foram extraídos dos microdados da POF de 2002-2003 os dados relativos às nove RMs e aos domicílios urbanos do DF e de Goiânia. Com isso constituiu-se um universo similar ao das POFs de 1987-1988 e de 1995-1996.⁵

As pesquisas foram realizadas todas no período de um ano, a primeira delas feita entre março de 1987 e fevereiro de 1988; a segunda entre outubro de 1995 e setembro de 1996; e a última entre julho de 2002 e junho de 2003. Cabe notar, ademais, que as datas de referência das pesquisas diferem, com a de 1987-1988 em 15 de outubro de 1987; a de 1995-1996 em 15 de setembro de 1996; e a de 2002-2003 em 15 de janeiro de 2003. Dessa forma, a segunda compatibilização consistiu em trazer todos os valores para janeiro de 2003 (data de referência da última POF). Para isso, as despesas foram deflacionadas pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor-Ativo (INPC-A), do IBGE.

Adicionalmente, a POF de 2002-2003 foi a primeira a pesquisar o gasto não-monetário.⁶ Para compatibilizá-la com as POFs anteriores foram considerados apenas os gastos/rendimentos monetários. Especificamente em relação aos gastos com saúde, algumas diferenças entre as POFs de 1987-1988 e 1995-1996 em relação à POF de 2002-2003 são perceptíveis de imediato. Nos dados apresentados de acordo com o plano tabular, as duas primeiras dividem o gasto com saúde em sete subgrupos, a saber: remédios; seguro saúde e associação de assistência; tratamento dentário; consulta médica; hospitalização; óculos e lentes; e outros gastos com saúde. A POF de 2002-2003, por seu lado, apresenta dez subgrupos para os gastos com saúde, a saber: remédios; plano/seguro saúde; consulta e tratamento dentário; consulta médica; tratamento ambulatorial; serviços de cirurgia; hospitalização; exames diversos; material de tratamento; e outros gastos com saúde. Os subgrupos mantidos na apresentação dos dados das três edições são: remédios;

5. Há um descompasso entre os tamanhos amostrais (ver Diniz *et al.*, 2007).

6. O único gasto não-monetário com serviços pesquisado foi para os serviços de saúde. Nos demais casos foram pesquisados os gastos não-monetários apenas para bens. Somente há pouco o IBGE liberou a terceira versão dos microdados da POF de 2002-2003 os quais incluem os gastos não-monetários com saúde, que não foram incorporados neste trabalho.

plano e seguro- saúde; consulta e tratamento dentário; e consulta médica. No caso de hospitalização, o tratamento ambulatorial e os serviços de cirurgia foram desmembrados da rubrica hospitalização. A rubrica óculos e lentes foi incorporada em material de tratamento. Ou seja, a comparação dos gastos com saúde requer a construção de uma metodologia, para isso, partindo dos microdados e reconstruindo as categorias de análise. Para permitir a comparação dos subgrupos de gastos com saúde, foi adotada a metodologia proposta por Silveira *et al.* (2001) para compatibilização das duas primeiras POFs, de tal sorte que possibilitasse a comparação com a POF de 2002-2003 (ver DINIZ, 2006).

Outra mudança significativa na POF de 2002-2003 em relação às duas anteriores diz respeito ao número de itens pesquisados, que passou de cerca de 3.300 nos anos de 1987-1988 e 1995-1996 para mais de 10 mil itens na POF de 2002-2003. No caso da saúde o número subiu de 105 itens nos anos de 1987-1988 e 1995-1996 para 501 itens. A maior abertura da POF de 2002-2003 possibilita uma análise mais detalhada da estrutura de gastos das famílias, entretanto, para efeitos comparativos, muitos dos itens levantados na última pesquisa não se encontram pesquisados nas POFs anteriores, como é o caso dos medicamentos relacionados ao tratamento da Aids, os gastos com vacinas, como BCG, tríplice, hepatite B, e remédios para bronquite, entre outros. Isso mostra que as comparações entre essas três pesquisas devem ser feitas com cautela.⁷

2.2 Comparando os dados das três POFs

O gasto médio das famílias em saúde para o total das RMs, mais Brasília e Goiânia, aumenta entre 1987-1988 e 1995-1996, depois se reduz entre esta última POF e a de 2002-2003. Porém as variações não se mostraram homogêneas entre os décimos de renda. Entre as duas primeiras POFs, o aumento para o primeiro décimo foi de quase 50%, ao passo que para o último décimo foi de cerca de 30%. Entre 1995-1996 e 2002-2003, a redução para o primeiro décimo foi de 23%, enquanto para o último décimo foi de apenas 2%⁸ (tabela 1).

A análise das participações, no total de gastos, das famílias de cada décimo de renda, permite ter maior clareza a respeito das mudanças ao longo do tempo. Na tabela 2 verifica-se que, apesar de pequenas variações entre as três POFs, as famílias do último décimo responderam, no mínimo, por 36% do gasto total das

7. Para maiores detalhes metodológicos das diferenças entre as POFs, ver Diniz *et al.* (2007).

8. Há grande diferença na construção dos índices de preços brasileiros. A seleção do índice de preço tem implicações sobre os resultados, isto é, se outros índices fossem escolhidos em vez do INPC-A poder-se-ia ter resultados diferentes dos aqui apresentados. Contudo, o INPC-A apresenta vantagens por cobrir uma faixa de renda maior – de 1 a 40 SMs – e que cobre boa parte dos grupos de renda que adquirem serviços de saúde, além de ser um dos poucos índices de preço ao consumidor com representatividade nacional.

TABELA 1

Gasto médio mensal familiar *per capita* em saúde por décimos de renda familiar *per capita* – 1987-1988, 1995-1996 e 2002-2003(Em R\$ de janeiro de 2003)^a

Décimo	1987-1988	1995-1996	2002-2003
1°	5,28	7,50	5,77
2°	7,62	8,33	7,76
3°	8,63	10,87	9,07
4°	12,80	16,20	13,20
5°	14,59	19,02	17,30
6°	21,66	26,37	21,42
7°	29,43	35,42	31,68
8°	40,97	48,82	41,42
9°	62,05	70,05	67,67
10°	115,85	146,80	143,29
Total	31,90	38,94	35,88

Fonte: IBGE/POFs de vários anos. Elaboração dos autores a partir dos microdados.

^a Deflacionados pelo INPC-A. Valores referentes às nove RMs, mais a área urbana do DF e do município de Goiânia.

TABELA 2

Distribuição dos gastos totais com saúde por décimo de renda

(Em %)

Décimo	1987-1988	1995-1996	2002-2003
1°	1,65	1,92	1,61
2°	2,39	2,13	2,16
3°	2,71	2,80	2,53
4°	4,01	4,16	3,67
5°	4,57	4,88	4,82
6°	6,80	6,77	5,97
7°	9,24	9,10	8,84
8°	12,80	12,53	11,51
9°	19,52	17,99	18,91
10°	36,33	37,71	39,98
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE/POFs de vários anos. Elaboração dos autores a partir dos microdados.

Nota: O gasto total mensal com saúde das famílias residentes nas nove RMs, mais Brasília e Goiânia, foi de R\$ 1,81 bilhão em 1987-1988; R\$ 1,78 bilhão em 1995-1996; e R\$ 1,94 bilhão em 2002-2003, em valores anuais seriam respectivamente R\$ 21,77 bilhões, R\$ 21,39 bilhões e R\$ 23,31 bilhões.

famílias com saúde, ao passo que as famílias do primeiro décimo não responderam por mais de 2% do gasto total em saúde das famílias. Ou seja, em relação ao gasto total com saúde, a participação dos primeiros décimos foi e continua sendo muito pequena (com os três primeiros décimos respondendo juntos por não mais que 7% do gasto total com saúde).

Contudo, quando se analisa a participação dos gastos com saúde no orçamento das famílias em cada décimo, na tabela 3 e no gráfico 1, observa-se que, enquanto em 1987-1988 a saúde respondia por 5,3% das despesas totais das famílias, esse percentual aumentou em 1995-1996 para 6,5%, mas voltou a cair em 2002-2003 para 5,1%. Esse movimento de aumento da participação do gasto com saúde entre 1987-1988 e 1995-1996 e a queda posterior entre 2002-2003 aconteceu em todos os décimos de renda.

Assim, como observado para os valores absolutos, as variações das participações do gasto total com saúde não foram homogêneas entre os décimos. No período entre a primeira e a segunda POFs, a participação dos gastos com saúde teria aumentado mais para a população mais pobre do que para a população mais rica. Esse resultado levou autores como Médici (2003) a questionar o papel redistributivo

TABELA 3

Participação do gasto com saúde no gasto total segundo o décimo de renda

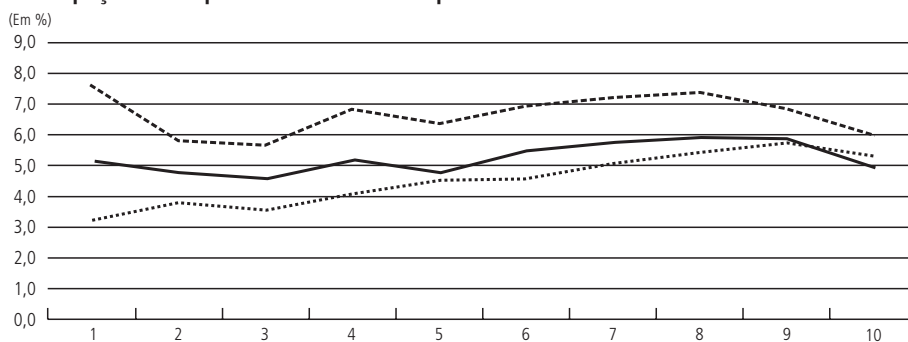
(Em %)

Décimo	1987-1988	1995-1996	2002-2003
1°	5,14	7,63	3,23
2°	4,78	5,81	3,79
3°	4,56	5,66	3,55
4°	5,17	6,83	4,08
5°	4,77	6,38	4,51
6°	5,50	6,95	4,57
7°	5,77	7,19	5,06
8°	5,95	7,26	5,43
9°	5,88	6,86	5,75
10°	4,94	6,00	5,30
Total	5,31	6,51	5,06

Fonte: IBGE/POFs de vários anos.

Elaboração dos autores a partir dos microdados.

GRÁFICO 1

Participação da despesa com saúde na despesa total de cada décimo de renda

Fonte: IBGE/POFs de vários anos.
Elaboração dos autores a partir dos microdados.

— 1987-1988 - - - 1995-1996 2002-2003

do sistema público e universal brasileiro (o SUS). Se fosse seguido o mesmo raciocínio seria possível dizer que o SUS passou a ter um forte papel redistributivo pós-1995-1996, uma vez que a participação dos gastos com saúde se reduziu mais que proporcionalmente para as famílias mais pobres do que para as mais ricas entre a POF daquele ano e a de 2002-2003. Observa-se no gráfico 1 que praticamente para todos os décimos de renda, exceto o último, a participação dos gastos com saúde na despesa total das famílias é menor em 2002-2003 em relação às outras duas POFs. Além disso, a redução dessa participação para o primeiro décimo foi de quase 60% entre 1995-1996 e 2002-2003, muito superior aos 12% de redução para o último décimo. Ou seja, para as famílias no piso da distribuição de renda, o peso dos gastos em saúde no orçamento diminuiu de 7,6% para 3,2%, ao passo que, para o topo da distribuição, diminuiu de 6,0% para 5,3%, entre 1995-1996 e 2002-2003.

A diminuição da participação relativa dos gastos com saúde dentro do gasto total das famílias, observada na POF de 2002-2003, pode, evidentemente, ser atribuída a uma cobertura maior por parte do SUS principalmente entre os segmentos mais pobres da população, e a intervenções na área de medicamentos. Contudo, afirmações sobre o papel redistributivo do SUS não devem ser feitas de forma categórica porque podem estar ocorrendo vários fenômenos simultaneamente.

Por exemplo, observa-se um efeito de mudança na composição dos gastos (ver tabela 4 e gráficos 2A e B). Analisando-se o comportamento dos dois principais grupos de gastos das famílias com saúde – medicamentos e planos e seguros de saúde –, observa-se que o gasto médio mensal familiar *per capita* com medicamentos para todos os décimos foi um pouco maior em 1995-1996 em relação a 1987-1988. Entre 1995-1996 e 2002-2003, entretanto, houve redução de gastos com

TABELA 4

Gasto médio mensal familiar *per capita* com medicamentos e planos e seguros de saúde das famílias por décimos de renda familiar *per capita*(Em R\$ de janeiro de 2003)^a

Décimo	Medicamentos			Planos e seguros de saúde		
	1987-1988	1995-1996	2002-2003	1987-1988	1995-1996	2002-2003
1°	3,35	3,47	3,37	0,04	0,49	1,37
2°	4,94	5,53	4,14	0,13	0,65	0,51
3°	5,29	6,24	5,97	0,22	1,36	0,69
4°	6,97	7,86	7,01	0,58	2,64	2,90
5°	7,93	8,37	8,54	1,00	4,22	4,76
6°	9,98	10,07	9,70	1,46	6,53	5,74
7°	11,93	12,22	13,61	2,16	11,35	7,42
8°	13,17	14,71	15,45	4,61	14,37	15,25
9°	16,20	19,21	20,88	8,41	23,28	30,83
10°	22,94	25,18	36,96	19,40	48,11	61,00
Total	10,27	11,29	12,57	3,80	11,30	13,06

Fonte: IBGE/POFs de vários anos.

Elaboração dos autores a partir dos microdados.

^a Deflacionados pelo INPC-A. Valores referentes às nove RMs, mais a área urbana do DF e do município de Goiânia.

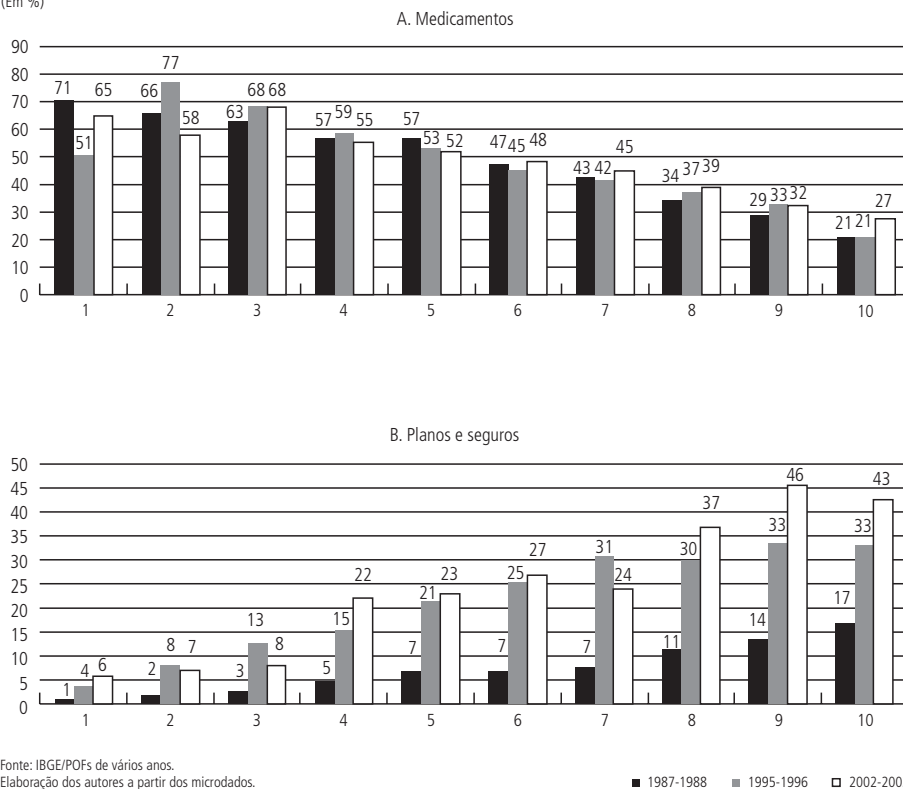
medicamentos para praticamente todos os décimos de renda. No caso dos planos de saúde, o comportamento dos gastos é diferente. A tendência tem sido de aumento continuado dos gastos para a maior parte das famílias. Outra observação refere-se à diferença na magnitude do gasto *per capita*: enquanto no caso dos medicamentos a diferença entre as famílias nos últimos décimos e as dos primeiros décimos na última POF ficou em torno de dez vezes, no caso dos planos de saúde, ela passa de 44 vezes, mostrando que este último é fortemente concentrado nas famílias dos últimos décimos.

Retomando as explicações, pode ser que essa mudança na composição dos gastos derive não apenas da expansão de programas de distribuição de medicamentos, mas também de mudanças nos preços relativos dos bens e serviços consumidos pelas famílias. Como as famílias mais pobres alocam proporcionalmente uma parte maior do orçamento em medicamentos do que as famílias mais ricas, os preços dos medicamentos consumidos por essas famílias podem ter caído nesse período, com a introdução dos genéricos.

GRÁFICO 2

Participação dos gastos com medicamentos e com planos de saúde no gasto total em saúde de cada décimo da distribuição de renda

(Em %)



Por seu turno, as famílias mais ricas alocam parcela maior dos seus gastos em planos e seguros de saúde. Ocké-Reis e Cardoso (2006) analisam as diferenças nas variações de preços dos planos e seguros de saúde e mostram que, para o período entre maio de 2001 e abril de 2005, todos os índices de preços apresentaram aumento de preços dos planos e seguros de saúde superior à inflação geral do setor saúde.

Outra possível explicação é a queda da renda das famílias e o aumento do desemprego. Diniz *et al.* (2007), comparando o rendimento médio *per capita* das famílias nas três POFs, mostram que o rendimento aumentou entre as duas primeiras e caiu entre 1995-1996 e 2002-2003. Entre os componentes do rendimento *per capita*, a renda do trabalho tem uma participação importante. Ramos (2007) verifica que o rendimento real do trabalho começa a cair em 1999 e que essa queda parece sofrer uma reversão de tendência somente a partir de 2005. O menor valor

real do rendimento do trabalho nesse período aconteceu em 2003. Além disso, esse mesmo autor mostra também que a taxa de desemprego aumenta entre 1996 e 1999, alcançando o patamar de 10,4% nesse último ano e, com pequenas oscilações, mantém-se nesse patamar até 2003. Com isso as famílias podem ter reduzido o gasto com saúde, deslocando-o para gastos com outros bens e serviços considerados mais necessários.

Pode-se adicionar outra informação a partir da tabela 5, na qual se observa que o percentual de famílias que teve algum gasto em saúde caiu da primeira para a segunda POF, aumentou um pouco da segunda para a terceira, mas, no caso dos seis primeiros décimos, não volta aos níveis de 1987-1988. Além disso, a redução entre as duas primeiras POFs já havia sido proporcionalmente menor nos últimos décimos.

Aqui pode estar havendo uma questão de capacidade de pagamento: as famílias mais ricas têm mais condições de manter seu padrão de gastos num cenário de preços relativos mais altos para planos de saúde. Porém, pode significar, também, que as famílias mais pobres passaram a contar mais com o SUS, podendo deslocar o gasto com saúde para outros bens de consumo. As famílias mais ricas não o fazem por diversos motivos, sobre os quais pode-se levantar algumas hipóteses:

TABELA 5

Percentual de famílias com gasto não-nulo e positivo em saúde por décimo de renda

Décimo	1987-1988	1995-1996	2002-2003
1°	79,96	67,59	68,75
2°	86,27	76,62	79,82
3°	86,84	75,71	77,62
4°	88,40	81,60	81,09
5°	91,69	79,60	83,28
6°	89,68	83,92	81,38
7°	89,36	84,23	89,19
8°	92,23	87,89	90,63
9°	93,27	91,83	90,19
10°	93,58	92,81	95,70
Total	89,64	83,25	84,93

Fonte: IBGE/POFs de vários anos.

Elaboração dos autores a partir dos microdados.

a) preferem pagar para ter um atendimento mais rápido; b) querem comprar um tratamento médico diferenciado, como, por exemplo, serviços de hotelaria hospitalar, não cobertos pelo SUS; e c) acreditam que em alguns casos o atendimento privado tem maior qualidade de atendimento que o público. Isso apesar de se saber que, mesmo no caso das famílias mais ricas, alguns tratamentos de alta complexidade – os transplantes, por exemplo – são feitos majoritariamente ou mesmo exclusivamente com financiamento do SUS.

Ao analisarem a participação do SUS quanto ao acesso e à utilização de serviços de saúde a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), Porto, Santos e Ugá (2006) destacam que:

1) O SUS financia a maioria dos atendimentos e das internações realizados no País, participação que aumentou significativamente entre 1998 e 2003; 2) embora o número absoluto de atendimentos realizados pelos três sistemas de financiamento tenha aumentado, a expansão do SUS foi muito mais significativa e a ela correspondeu uma desaceleração do crescimento do gasto privado direto; 3) o SUS é o principal financiador dos dois níveis extremos de complexidade da atenção à saúde: o de atenção básica e o da alta complexidade.

Assim, os dados dessas duas pesquisas (POF e Pnad) indicariam que o SUS é, também, um importante fator explicativo para esse fenômeno de diminuição da participação dos gastos com saúde no gasto das famílias. Isso seria devido aos avanços de cobertura do SUS, com a implementação de vários programas que alcançam mais sistematicamente os estratos mais pobres e medianos da população e na atenção de alta complexidade que alcança também as classes com maiores rendimentos. Com isso, a população, principalmente a de menor renda, estaria utilizando mais o SUS com implicações para redução do seu desembolso direto com saúde.

Para saber qual dos fatores supramencionados teria maior poder explicativo para essa queda da participação da saúde no gasto total das famílias, particularmente das mais pobres, seria necessário avançar em uma análise mais detalhada, que não será objeto deste trabalho.

Como, em um sistema de saúde no qual há sempre a opção de buscar o tratamento utilizando-se o financiamento público, pode haver um percentual tão elevado de famílias dispostas a realizar um gasto que pode levá-las à pobreza ou à indigência? A próxima seção avança um pouco mais nessa discussão, buscando mostrar que a estimativa do percentual de famílias que incorrem no gasto catastrófico depende de uma série de escolhas metodológicas. Na mesma seção questiona-se ainda a validade das estimativas realizadas por Xu *et al.* (2003) para o Brasil.

3 GASTOS CATASTRÓFICOS COM SAÚDE

A discussão sobre gasto catastrófico não é recente na área de saúde, mas a partir do relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2000, essa discussão ganhou um novo impulso. Wagstaff e Van Doorslaer (2001) resumem as abordagens teóricas relativas aos estudos nessa área em duas grandes linhas:

Two distinct strands of thinking are evident in this debate. One is based on egalitarian notions of equity or fairness. A common theme here is that payments for health care ought to be linked not to usage of health services but rather to ability to pay, and the concern is with the degree of inequality in one or other variable. The other focuses on minimum standards. Here there is some divergence of view, but in each case the concern is not with inequality in any variable but rather with a variable exceeding or falling short of a threshold. One approach sets the threshold in terms of proportionality of income. The concern is to ensure that households do not spend more than some prespecified fraction of their income on health care (call it z). Spending in excess of z is labeled “catastrophic”. The idea is, in effect, to ensure that households have at least $(1-z)$ of their income to spend on things other than health care. The other approach sets the minimum in terms of the absolute level of income. The concern here is to ensure that spending on health care does not push households into poverty—or further into it if they already there⁹ (WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2001, p. 1).

A discussão realizada na primeira parte deste trabalho está mais relacionada aos aspectos distributivos do gasto com saúde e tem em Ugá e Santos (2006) a sua aplicação completa. Já esta segunda é voltada para a discussão sobre quão catastróficos são os gastos com saúde no Brasil.

3.1 Abordagem metodológica para estimação do gasto catastrófico

Como será visto nesta subseção, a metodologia utilizada tem implicações diretas sobre as estimativas obtidas do percentual de famílias que incorrem em gasto catastrófico com saúde. A metodologia do trabalho de Xu *et al.* (2003), detalhada em Xu (2005), consiste em:

a) Calcular o gasto de subsistência (*subsistence expenditure – SE*). *SE* é igual ao gasto com alimentação dos domicílios cuja participação do gasto com alimentação é equivalente àquele dos percentis 45º e 55º. O *SE* é utilizado pelos autores

9. “Duas linhas de pensamento distintas são evidentes nesse debate. Uma é baseada nas noções igualitárias (*egalitarian*) de equidade e justiça. Um tema comum aqui é que os pagamentos por serviços de saúde devem ser vinculados não ao uso dos serviços mais sim à capacidade de pagamento (*ability to pay*) e a preocupação é com o grau de desigualdade em uma ou outra variável. A outra concentra-se em padrões mínimos. Aqui há alguma divergência, mas em cada caso a preocupação não é com a desigualdade em qualquer variável mas sim com a variável exceder ou não alcançar um limite (*threshold*). Uma abordagem coloca o limite em termos de proporção da renda. A preocupação é assegurar que os domicílios não gastam mais que uma fração pré-especificada de sua renda com saúde (por exemplo, z). O gasto que excede z é denominado “catastrófico”. A idéia é, de fato, garantir que as famílias tenham no mínimo $(1-z)$ da sua renda para gastas com outras coisas que não assistência à saúde. A outra abordagem estabelece o mínimo em termos de um nível absoluto da renda. A preocupação aqui é garantir que os gastos com saúde não levem os domicílios à pobreza – ou além, se eles já forem pobres”. (Tradução livre dos autores).

como uma aproximação à linha de pobreza de cada país, com base na concepção de quanto mais pobre o domicílio, maior é a participação do gasto com alimentação no gasto total. Um domicílio foi considerado pobre se seu gasto total era menor que seu gasto de subsistência (SE).

b) Ajustar SE pelo tamanho do domicílio. Para isso os autores utilizaram uma aproximação a uma escala de equivalência média para todos os países:

$$eqsize = hsize^\beta$$

onde $eqsize$ representa o número de consumos-equivalentes no domicílio e $hsize$ é o tamanho observado do domicílio. Para considerar as diferenças nos padrões de consumo de cada país, os autores estimaram o valor de β para os 59 países com uma regressão de efeitos fixos, tendo como variável dependente o consumo alimentar total dos domicílios em função do tamanho observado desses domicílios e uma *dummy* para cada país (tudo em escala logarítmica). O valor estimado para β foi 0,56 – o consumo de alimentos cresce com cada membro adicional do domicílio, porém menos que proporcionalmente (0,56) ao aumento em seu tamanho.

c) Calcular a capacidade de pagamento dos domicílios, dada por:

$$CTPi = EXP_i - SE_{45-55i}, \text{ se } SE_i \leq food_i$$

$$CTPi = EXP_i - food, \text{ se } SE_i > food_i$$

onde EXP_i é o gasto total de consumo das famílias e $food$ é o gasto alimentar efetivamente observado para cada domicílio. Ou seja, se o gasto com alimentos é menor ou igual a SE , utiliza-se o gasto com alimentação efetivamente observado ($CTPi$ é igual ao gasto total menos o gasto com alimentação).

d) O desembolso direto com saúde (OOP) é calculado considerando-se todos os tipos de gastos em que incorre a família no momento em que o serviço é recebido, incluindo pagamento de consultas, compra de medicamentos, contas de hospital. Os reembolsos de planos e seguros de saúde foram descontados.

e) Se no mínimo 40% da capacidade de pagamento da família estiverem comprometidos com saúde (OOP/CTP), ela estaria incorrendo em gasto catastrófico.

$$Cata = 1, \text{ se } OOP/CTP \geq 0.40 \text{ (gasto catastrófico)}$$

Cata = 0, se $OOP/CTP < 0.40$ (gasto não-catastrófico)

Resumindo, a metodologia de Xu *et al.* (2003) utiliza os seguintes critérios: *a)* como denominador, a capacidade de pagamento; *b)* como linha de corte, o percentual de 40%; e *c)* utiliza apenas o gasto direto (o gasto total com saúde descontado o gasto com planos e seguros de saúde). Considera que incorrem em gasto catastrófico aquelas famílias que têm 40% da sua capacidade de pagamento alocados para o desembolso direto com saúde.

Com relação à linha de corte, Xu *et al.* (2003) afirmam que utilizaram uma abordagem mais conservadora ao adotar a linha de corte de 40%. Outros trabalhos utilizaram linhas de corte que variam de 5% a 20% (ver, entre outros, WYSZEWIANSKI, 1986; BERKI, 1986; PRADHAN; PRESCOTT, 2002; RANSON, 2002; RUSSELL, 2004; WAGSTAFF; VAN DOORSLAEN, 2001, 2003).

Outro ponto de discussão é 5%, 10%, 15%, 20%, 40% em relação a que denominador? Os trabalhos mencionados utilizaram denominadores diferentes. Enquanto Xu *et al.* (2003) utilizaram a capacidade de pagamento (calculada a partir do gasto total – monetário e não-monetário), outros artigos da literatura fizeram suas análises com base na renda (BERKI, 1986; WYSZEWIANSKI, 1986; PRADHAN; PRESCOTT, 2002; RANSON, 2002). Em países em desenvolvimento, os estratos mais baixos de renda em geral gastam mais do que ganham (isto é, têm um gasto total maior do que a renda recebida), ao passo que nos estratos mais ricos, o gasto total é menor do que a renda. Com isso, utilizar como denominador o gasto ou a renda implica diferentes estimativas de gasto catastrófico.

Por fim, a maioria dos trabalhos realiza suas estimativas considerando, como Xu *et al.* (2003), apenas o desembolso direto. A idéia subjacente a essa escolha é que o pré-pagamento de um plano ou seguro de saúde é feito para reduzir o risco de a família incorrer em um gasto catastrófico. Contudo, para que isso seja efetivo, o plano ou seguro tem de ser compreensivo, isto é, cobrir todos os potenciais gastos das famílias com saúde de tal forma que, frente a um problema de saúde, ela não precise realizar nenhum gasto de seu próprio bolso. Se o plano ou seguro não tem essa característica, mesmo realizando o pré-pagamento, uma família pode ainda ter de desembolsar uma quantia não desprezível para um tratamento não coberto. Assim, alguns autores fazem estimativas de gastos catastróficos considerando, também, o gasto total com saúde, isto é, incluindo nesse gasto o pagamento a planos e seguros (ver BOS; WATERS, 2006).

O estudo de Bos e Waters (2006), por exemplo, apresenta três estimativas do gasto catastrófico utilizando o percentual do gasto em relação à renda da Pnad, de

1998 (renda monetária): *a*) quando consideram o gasto total em saúde e uma linha de corte de 40% em relação à renda monetária, 3,7% das famílias teriam incorrido em gastos catastróficos em saúde; *b*) quando estimam, ainda com o gasto total em saúde, mas com uma linha de corte de 20%, o percentual de famílias aumenta para 12%; e *c*) quando descontam do gasto total em saúde os gastos com planos e seguros e utilizam uma linha de corte de 10%, o percentual de famílias alcança 20% (com gasto catastrófico).¹⁰

Assim, observa-se que não existe um consenso sobre qual a linha de corte a partir da qual um gasto deve ser considerado catastrófico, nem sobre o denominador, nem sobre qual gasto com saúde (total ou apenas o desembolso direto) deve ser considerado.

Outra questão que merece alguma discussão é a base utilizada por Xu *et al.* (2003): a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV). Essa pesquisa foi realizada entre 1996 e 1997 tendo por principal objetivo “fornecer informações adequadas para planejamento, acompanhamento e análises de políticas econômicas e programas sociais em relação aos seus impactos nas condições de vida domiciliar, em especial nas das populações mais carentes” (BANCO MUNDIAL, 2001).

No caso dos serviços públicos (entre eles saúde), o objetivo era permitir a descrição de seus padrões de acesso e utilização. Além disso, como destacado no próprio material de divulgação da pesquisa (BANCO MUNDIAL, 2001), a sua amostra é pequena.¹¹

Outra questão é que a PPV não pesquisou os gastos não-monetários das famílias. Assim, sua preocupação maior com as condições de vida da população e a forma como foram formuladas as perguntas sobre o gasto das famílias a aproximam muito da Pnad. Em nenhuma dessas pesquisas a questão das despesas familiares é o tema central. Por outro lado, os questionários modulares, o tamanho da amostra e a cobertura regional (somente Nordeste e Sudeste) a diferenciam da Pnad.

A POF, como o próprio nome diz, tem seu foco no orçamento das famílias e pesquisa de forma muito detalhada, e em um período longo (12 meses), as

10. O objetivo central do trabalho de Bos e Waters (2006) é analisar a efetividade do SUS e dos planos e seguros privados em prover proteção financeira às famílias brasileiras de tal forma que elas não incorram em gastos catastróficos. Por suas estimativas, que a utilização do SUS reduz em 47% da probabilidade de um domicílio incorrer em gasto catastrófico com saúde; ao passo que utilizar planos e seguros aumenta a probabilidade de gasto catastrófico. Como eles estão analisando dados da Pnad de 1998, quando a regulamentação dos planos e seguros de saúde ainda era pouco efetiva no Brasil, seria interessante replicar esse estudo utilizando dados mais recentes. O problema é que o suplemento mais recente da Pnad sobre acesso e utilização de serviços de saúde não traz informações sobre gastos com saúde, ao passo que a POF de 2002-2003, que traz informações sobre gastos, não tem informações sobre acesso e utilização (que são importantes na estimação do modelo proposto por eles).

11. Aproximadamente 5 mil domicílios pesquisados em dez estratos geográficos: RMs de Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo; restante da área urbana do Nordeste e Sudeste e restante das áreas rurais do Nordeste e Sudeste.

informações sobre despesas. Assim, neste trabalho, a opção foi utilizar a última POF para estimar o percentual das famílias que estariam em situação de gasto catastrófico.

Xu (2005) afirma que “os gastos com consumo das famílias compreendem tanto os pagamentos monetários quanto os em espécie para todos os bens e serviços, e a valoração monetária da autoprodução (consumo de produtos feitos em casa)”. Como dito anteriormente, a POF de 2002-2003 foi a única que estimou os gastos não-monetários (ver DINIZ *et al.*, 2007), motivo para que os autores do presente trabalho selecionassem essa base para ser utilizada nas estimativas que serão apresentadas na próxima seção.

3.2 Resultados

Seguindo os passos da metodologia de Xu *et al.* (2003) e Xu (2005), e a partir de dados da POF, estimou-se em menos de 1% o número de famílias brasileiras que teriam incorrido em gastos catastróficos em 2003 (ver primeira linha e primeira coluna da tabela 6). Para obter algo próximo dos 10% encontrados naquele trabalho, a linha de corte deveria estar entre 14% e 15% da capacidade de pagamento alocada à despesa direta das famílias com saúde – excluídas as despesas com planos e seguros, as quais também foram excluídas nas estimativas feitas por Xu *et al.* (2003).

Uma questão que se coloca é quanto dessa divergência pode ser devida às diferenças mencionadas anteriormente nas bases de dados utilizadas, visto que Xu *et al.* (2003) utilizaram a PPV do IBGE de 1996-1997 para calcular os gastos com saúde e os cálculos realizados neste trabalho utilizaram a POF. A primeira questão é que, como mencionado, a PPV não coletou informações sobre gastos não-monetários. Assim, para se comparar os resultados da POF com aqueles apresentados por Xu *et al.* (2003), seria necessário considerar apenas a renda ou os gastos monetários. Fazendo esse cálculo, chega-se a um percentual de 6% de famílias que teriam incorrido em gasto catastrófico (ver quinta coluna, primeira linha da tabela 6). Esse resultado fica um pouco mais próximo e mais comparável com o apresentado por Xu *et al.* (2003).

De qualquer forma, os autores reforçam sua opinião de que a POF seria uma pesquisa mais apropriada para a análise proposta, até mesmo pelos fatores apontados por Xu *et al.* (2003): ser nacional, incluir os gastos não-monetários, ser uma pesquisa de orçamento e não de condições de vida.

Na tabela 6, além da estimativa que tenta replicar a metodologia proposta por Xu *et al.* (2003), são apresentadas outras estimativas considerando-se: a) linhas

TABELA 6

Famílias com gasto catastrófico em saúde (para famílias com gasto positivo)

(Em %)

Linha de corte	Em relação à capacidade de pagamento ^a		Em relação à renda total descontando gasto com alimentação		Em relação à renda monetária descontando gasto com alimentação		Em relação à renda monetária sem descontar gasto com alimentação ^b	
	OOP	Saúde	OOP	Saúde	OOP	Saúde	OOP	Saúde
40	0,6	0,8	1,9	2,2	6,0	6,8	-	3,7
35	1,1	1,3	2,4	2,8	7,1	8,1	-	-
30	1,8	2,1	3,1	3,7	8,5	9,7	-	-
25	2,9	3,6	4,2	5,1	10,7	12,3	-	-
20	4,9	6,3	6,1	7,3	13,9	16,3	-	12
15	9,0	11,5	9,3	14,1	18,7	22,3	-	-
10	17,0	22,2	16,3	20,5	27,2	33,3	23	-
5	37,8	46,5	34,6	42,6	46,2	54,2	-	-

Fonte: IBGE/POF de 2002-2003. Estimativas dos autores a partir dos microdados.

Nota: OOP é o desembolso direto das famílias excluídos os gastos com planos de saúde; e saúde é o gasto total com saúde das famílias.

^a A capacidade de pagamento foi calculada conforme metodologia de Xu *et al.* (2003), considerando-se como base de cálculo o gasto total das famílias. É o único caso dessa tabela onde o denominador é o gasto e não a renda.^b Nesta última coluna foram destacados apenas os valores para três linhas de corte porque o objetivo era comparar com o trabalho de Bos e Waters (2006) que apresentam informações para essas três linhas de corte.

de corte diferentes: que variam de 5% a 40%; *b*) denominadores diferentes: em relação à capacidade de pagamento; à renda total (monetária e não-monetária) descontado o gasto com alimentação; à renda monetária descontado o gasto com alimentação; à renda monetária não descontado o gasto com alimentação; e *c*) valores diferentes do gasto com saúde: o gasto total em saúde ou somente o desembolso direto (OOP).

A última coluna é uma tentativa de replicar os cálculos de Bos e Waters (2006) utilizando a POF de 2002-2003. Observe-se que, se o cálculo for feito em relação à renda monetária – a renda que pode ser calculada utilizando-se a Pnad (sem descontar os gastos com alimentação), os percentuais obtidos são idênticos ou muito próximos daqueles calculados por esses autores (última coluna da tabela 6).

Como se pode observar na tabela 6, há, portanto, questões conceituais e definições metodológicas que implicam uma variedade de resultados (percentuais de famílias que incorreriam em gasto catastrófico). A linha de corte e o denominador escolhido (se o gasto, a capacidade de pagamento ou a renda) fazem toda diferença.

Uma linha de corte de 40% pode levar a concluir que entre 1% e 7% das famílias incorrem em gasto catastrófico no Brasil, ao passo que uma linha de 5% implica que mais de 30% das famílias incorrem nesse tipo de gasto.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos foram os avanços da década de 1990 no sentido da consolidação do SUS. A participação desse sistema no atendimento médico-hospitalar da população alcança mais da metade dos atendimentos ambulatoriais e cerca de 65% das internações realizadas no país.¹² Ainda assim, o gasto das famílias com saúde é proporcionalmente elevado.

Com base na POF de 2002-2003 observa-se uma diminuição da participação relativa dos gastos com saúde dentro do gasto total das famílias. Essa diminuição pode, evidentemente, ser atribuída a uma cobertura maior por parte do SUS principalmente entre os segmentos mais pobres da população, e a intervenções na área de medicamentos. Contudo, como foi dito, afirmações sobre o papel redistributivo do SUS não devem ser feitas de forma categórica porque podem estar ocorrendo vários fenômenos simultaneamente: *a*) mudanças na composição dos gastos derivadas de uma redução do preço dos bens e serviços de saúde com maior peso sobre o orçamento pelas famílias mais pobres (por exemplo, medicamentos); *b*) aumento do preço dos bens e serviços de saúde consumidos pelas famílias nos últimos décimos de renda (por exemplo, aumento do preço dos planos e seguros de saúde); e *c*) redução do gasto com saúde pelas famílias mais pobres devido a reduções na sua renda disponível; entre outros.

Em 2002-2003 esse gasto alcançou o valor de aproximadamente R\$ 56 bilhões, montante bastante próximo ao gasto dos três níveis de governo com o SUS, que foi de R\$ 53 bilhões em 2003. Como foi mostrado em outros estudos, no caso das famílias mais pobres, o gasto está concentrado em medicamentos, mas, à medida que se move ao longo da distribuição de renda, os décimos mais ricos passam a gastar mais com planos e seguros de saúde. A intervenção em termos de políticas públicas é diferenciada em um e outro caso.

Se o objetivo for reduzir os gastos das famílias mais pobres com medicamentos, várias são as iniciativas que podem ser reforçadas: *a*) regulação de preços; *b*) regulação do acesso; e *c*) garantia de acesso a medicamentos pelo SUS. No caso da regulação de preços, a política de introdução dos genéricos no mercado pode ter sido um fator de peso na redução do percentual dos gastos das famílias com saúde

12. Estimativas feitas a partir de IBGE (2002).

observada entre 1995-1996 e 2002-2003. Pode ter ocorrido, também, mais acesso a medicamentos por meio do SUS. Com relação à regulação do acesso, a compra de medicamentos no Brasil ainda precisa passar por um processo mais intenso de discussão para definir se será seguido um modelo próximo ao dos países desenvolvidos, nos quais a compra de medicamentos em farmácias é altamente controlada.

Para expandir o acesso aos medicamentos por meio do SUS, além da necessidade de mais recursos para essa área, é preciso resolver os problemas na área de aquisição e distribuição pública.

Com relação aos gastos das famílias com planos e seguros de saúde, deve-se avaliar o que essas famílias procuram ao adquirir um plano de saúde, quando poderiam ter um acesso gratuito por meio do sistema universal. Seria qualidade? Seria presteza no atendimento? Seria hotelaria (visto que a internação no SUS, em geral, é feita em enfermaria)? Até que ponto o Estado deve tentar trazer as famílias de maior poder aquisitivo para dentro do SUS buscando reduzir o espaço do gasto privado com esse pré-pagamento? Isso ainda seria viável? Essas discussões, entretanto, representam uma extensa agenda de pesquisa que vai muito além do escopo deste artigo.

Considerando-se as características de cobertura universal do SUS e da expansão de seus serviços entre os segmentos mais pobres da população, os autores deste artigo ficaram intrigados com os resultados apresentados por Xu *et al.* (2003), que revelam o Brasil como o país latino-americano com maior percentual de famílias incorrendo em gasto catastrófico. Com isso, optaram por fazer uma discussão sobre metodologia em relação a esse tema.

Mostrou-se que, a despeito de se ter buscado replicar a metodologia utilizada por aqueles autores, não se chegou a percentuais próximos aos apresentados por eles. Se for seguida à risca a proposta de se considerar como linha de corte o percentual de 40% da capacidade de pagamento (calculada a partir do gasto total – monetário e não-monetário), alocado aos gastos com saúde (desembolso direto), encontra-se somente que 0,6% das famílias teria incorrido em gastos catastróficos – utilizando-se no cálculo os dados da POF e não os da PPV (base utilizada por XU *et al.*, 2003). Para chegar próximo aos 10%, mantendo-se como denominador a capacidade de pagamento, a linha de corte teria de ser de 15%, isto é, 9% das famílias estariam incorrendo em gasto catastrófico ao utilizar 15% da sua capacidade de pagamento para desembolsos diretos com saúde.

Contudo, sabendo-se que a PPV não pesquisou gastos não-monetários, a comparação mais adequada com o trabalho de Xu *et al.* (2003) seria aquela que considera somente a parte monetária dos gastos. Quando se faz isso, obtém-se

uma estimativa de 6% das famílias incorrendo em gasto catastrófico, com base nos dados da POF de 2002-2003.

Além disso, são inúmeras as ressalvas feitas à base de dados utilizada – a PPV – para a realização do cálculo proposto pelos autores. Entre elas se destacam a não cobertura nacional da pesquisa e o seu objeto de investigação, além de outras questões apontadas de forma mais detalhada no texto. No momento da realização do seu trabalho, Xu *et al.* (2003) já contavam com a POF de 1995-1996, que seria uma base ainda mais adequada do que a PPV para a realização do estudo, visto que aquela está centrada na análise do orçamento das famílias. Não fica claro por que a opção foi pela PPV.

No presente trabalho, os autores utilizam a POF de 2002-2003, ainda mais adequada ao estudo em questão por ter abrangência nacional e pesquisar os gastos não-monetários das famílias. Com isso, ela cumpre todos os requisitos metodológicos para ser utilizada para estimativas de gastos catastróficos.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. T. Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. In: SILVEIRA, F. G.; SERVO, L. M. S.; ALMEIDA, T.; PIOLA, S. F. (Orgs.). *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. Ipea: Brasília, v. 1, 2006.
- BANCO MUNDIAL. *Pesquisa sobre padrões de vida*. 2001. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/html/prdph/lsm/country/brazil/br96docs.html#top>>.
- BERKI, S. E. A look at catastrophic medical expenses and the poor. *Health Affairs*, p. 138-145, 1986.
- BOS, A. M.; WATERS, H. R. *The impact of the public health system and private insurance on catastrophic health expenditures*. 2006. Mimeo.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira, Núcleo de Saúde. *Estudo*, n. 38, 2001 (Execução Orçamentária do Ministério da Saúde em 2000). Mimeo. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/orcament/Principal/estudos/2001/N%FAcleo%2008%20-%20Sa%FAde/EST%2038-2001%20Execu%E7%E3o%20Sa%FAde%202000.pdf>>.
- DINIZ, B. P. C. *Relatórios de pesquisa apresentados ao RedeIpea*. Ipea, 2006. Mimeo.
- DINIZ, B. P. C.; SILVEIRA, F. G.; BERTASSO, B.; MAGALHES, L. C. F.; SERVO, L. M. S. As Pesquisas de Orçamentos Familiares no Brasil. In: SILVEIRA, F. G.; SERVO, L. M. S.; ALMEIDA, T.; PIOLA, S. F. (Orgs.). *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. Ipea: Brasília, v. 2, 2007.
- IBGE. *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária*, 2002.
- _____. *Pesquisa de Orçamentos Familiares*. Rio de Janeiro, 1987-1988. CD-ROM.
- _____. *Pesquisa de Orçamentos Familiares*. Rio de Janeiro, 1995-1996, CD-ROM.

_____. *Pesquisa de Orçamentos Familiares*. Rio de Janeiro, 2002-2003, CD-ROM.

MÉDICI, A. C. *Family spending on health in Brazil: some indirect evidence of the regressive nature of public spending in health*. Washington, D.C.: IADB, July 2003 (Sustainable Development Department Technical Papers Series; SOC-129).

MENEZES, T. A.; CAMPOLINA, B. P.; SILVEIRA, F. G.; SERVO, L. M. S.; PIOLA, S. F. Gasto das famílias e demanda em saúde: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. In: SILVEIRA, F. G.; SERVO, L. M. S.; ALMEIDA, T.; PIOLA, S. F. (Orgs.). *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. Ipea: Brasília, v. 1, 2006.

OCKÉ-REIS, C. A.; CARDOSO, S. de S. *Uma descrição do comportamento dos preços dos planos de assistência à saúde – 2001-2005*. Rio de Janeiro: Ipea, nov. 2006 (Texto para discussão, n. 1.232).

OCKÉ-REIS, C. A.; SILVEIRA, F. G.; ANDREAZZI, M. F. Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 37, n. 4, p. 859-897, jul./ago. 2003.

PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D. An analysis of health services utilisation, by financing system. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006.

PRADHAN, M.; PRESCOTT, N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, v. 11, p. 431-446, 2002.

RAMOS, L. *O desempenho recente do mercado de trabalho brasileiro: tendências, fatos estilizados e padrões espaciais*. Ipea, jan. 2007 (Texto para discussão, n. 1.255).

RANSON, M. K. Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges. *Bulletin of the World Health Organisation*, v. 80, n. 8, p. 613-621, 2002.

RUSSELL, S. The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 71, Supp. 2, p. 147-155, 2004.

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

SILVEIRA F. G.; TOMICH, F.; VIANNA, S. W.; MAGALHÃES, L. C. G. *Dimensão, características e evolução do gasto familiar com assistência à saúde no Brasil*. Brasília: Ipea, Diretoria de Estudos e Políticas Setoriais, 2001 (Nota Técnica).

UGÁ, M. A.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1.597-1.609, ago. 2006.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. *Paying for health care – quantifying fairness, catastrophe, and impoverishment: with applications to Vietnam 1993-1998*. Washington, Nov. 2001 (World Bank Policy Research Working Paper, n. 2.715).

_____. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics*, v. 12, Issue 11, p. 921-933, 2003.

WYSZEWIANSKI, L. Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implication for policy formulation. *Inquiry*, v. 23, p. 382-394, 1986.

XU, K. *Distribution of health payments and catastrophic expenditures – methodology*. Genebra: WHO, 2005 (Discussion paper, n. 2, EIP/HSF).

XU, K.; EVANS, D. B.; KAWABATA, K.; ZERAMDINI, R.; KLAVUS, J.; MURRAY, C. J. L. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*, v. 362, p. 111-116, July 2003.

ANEXO

TABELA A.1

Gasto médio mensal com medicamentos das famílias por décimos de renda, para as famílias com gasto não-nulo e positivo^a em saúde

(Em R\$ de janeiro de 2003)^b

Décimo	1987-1988	1995-1996	2002-2003
1°	4,00	4,90	4,66
2°	5,49	7,11	5,16
3°	5,95	8,13	7,35
4°	7,69	9,31	8,37
5°	8,45	10,18	9,85
6°	10,79	11,73	11,40
7°	12,81	14,15	14,66
8°	13,91	16,31	16,44
9°	16,96	20,49	22,19
10°	23,95	26,65	37,89
Total	11,18	13,39	14,48

Fonte: IBGE/POFs de vários anos.

Elaboração dos autores a partir dos microdados.

^a Foram consideradas no cálculo somente as famílias cujo gasto com saúde foi maior que zero.

^b Deflacionados pelo INPC-A. Valores referentes às nove RMs, mais a área urbana do DF e do município de Goiânia.

TABELA A.2

Gasto médio mensal com planos de saúde das famílias por décimos de renda, para as famílias com gasto não-nulo e positivo em saúde(Em R\$ de janeiro de 2003)^a

Décimo	1987-1988	1995-1996	2002-2003
1°	0,05	0,68	1,90
2°	0,15	0,83	0,64
3°	0,24	1,77	0,84
4°	0,64	3,12	3,47
5°	1,07	5,14	5,48
6°	1,58	7,61	6,75
7°	2,32	13,15	7,99
8°	4,87	15,94	16,23
9°	8,80	24,82	32,75
10°	20,26	50,93	62,53
Total	4,14	13,41	15,05

Fonte: IBGE/POFs de vários anos.

Elaboração dos autores a partir dos microdados.

^a Deflacionados pelo INPC-A. Valores referentes às nove RMs, mais a área urbana do DF e do município de Goiânia.

TABELA A.3

Tamanho médio da família por décimos de renda domiciliar *per capita* (total das famílias^a)

(Em %)

Décimo	1987-1988	1995-1996	2002-2003
1°	5,32	4,93	4,52
2°	4,91	4,53	4,34
3°	4,54	4,02	4,06
4°	4,32	3,83	3,71
5°	4,30	3,87	3,51
6°	3,99	3,70	3,45
7°	3,84	3,56	3,24
8°	3,66	3,35	3,19
9°	3,52	3,28	3,03
10°	3,17	2,79	2,53
Total	4,07	3,70	3,46

Fonte: IBGE/POFs de vários anos.

Elaboração dos autores a partir dos microdados.

^a Tamanho médio das famílias considerando-se também as famílias com gasto nulo em saúde.