

Alexandra Crispim Boing^I

Andréa Dâmaso Bertoldi^{II}

Leila Garcia Posenato^{III}

Karen Glazer Peres^{I,IV}

Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil

The influence of health expenditures on household impoverishment in Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a variação na proporção de domicílios vivendo abaixo da linha de pobreza no Brasil e os fatores associados ao empobrecimento.

MÉTODOS: Foram analisados os dados de despesa e renda das Pesquisas de Orçamentos Familiares conduzidas no Brasil em 2002-2003 (n = 48.470 domicílios) e 2008-2009 (n = 55.970 domicílios) com amostra representativa nacional. Foram utilizados dois pontos de corte para definir pobreza. O primeiro, recomendado pelo Programa Bolsa-Família, considerou pobreza rendimento per capita mensal inferior a R\$100,00 em 2002-2003 e a R\$140,00 em 2008-2009. O segundo, proposto pelo Banco Mundial, incorpora a correção pela paridade do poder de compra, resultando em US\$2,34 por dia, em 2002-2003, e US\$3,54, em 2008-2009. Para identificar os fatores sociodemográficos associados ao empobrecimento dos domicílios foi utilizada regressão logística.

RESULTADOS: Houve acréscimo de domicílios vivendo abaixo da linha de pobreza no Brasil após subtração dos gastos em saúde. Considerando-se a linha de pobreza recomendada pelo Banco Mundial, em 2002-2003 o acréscimo foi 2,6 pontos percentuais (ou 6,8%) e, em 2008-2009, 2,3 pontos percentuais (ou 11,6%). Considerando-se a linha de pobreza utilizada pelo Programa Bolsa-Família, a variação foi 1,6 (11,9%) e 1,3 (17,3%), respectivamente. Gastos com medicamentos foram os que mais contribuíram para o aumento de domicílios pobres. Os fatores associados ao empobrecimento, segundo a linha de pobreza do Banco Mundial, foram apresentar pior situação econômica, ser chefiado por indivíduo com baixa escolaridade, presença de crianças e ausência de idosos. Utilizando-se a linha de pobreza do Bolsa-Família, os fatores associados foram apresentar pior situação econômica e presença de crianças.

CONCLUSÕES: Os gastos em saúde apresentam importante influência no empobrecimento de segmentos da população brasileira, sobretudo entre os mais desfavorecidos.

DESCRIPTORIOS: Gastos em Saúde. Pobreza. Fatores Socioeconômicos. Condições Sociais. Desigualdades em Saúde. Inquéritos Demográficos.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{III} Diretoria de Estudos Setoriais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, DF, Brasil

^{IV} Australian Research Centre for Population Oral Health. School of Dentistry. The University of Adelaide. Adelaide, Australia

Correspondência | Correspondence:

Alexandra Crispim Boing
Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Campus Universitário – Trindade
88034-500 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: acboing@gmail.com

Recebido: 30/8/2013

Aprovado: 7/4/2014

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the variation in the proportion of households living below the poverty line in Brazil and the factors associated with their impoverishment.

METHODS: Income and expenditure data from the Household Budget Survey, which was conducted in Brazil between 2002-2003 (n = 48,470 households) and 2008-2009 (n = 55,970 households) with a national sample, were analyzed. Two cutoff points were used to define poverty. The first cutoff is a *per capita* monthly income below R\$100.00 in 2002-2003 and R\$140.00 in 2008-2009, as recommended by the *Bolsa Família* Program. The second, which is proposed by the World Bank and is adjusted for purchasing power parity, defines poverty as *per capita* income below US\$2.34 and US\$3.54 per day in 2002-2003 and 2008-2009, respectively. Logistic regression was used to identify the sociodemographic factors associated with the impoverishment of households.

RESULTS: After subtracting health expenditures, there was an increase in households living below the poverty line in Brazil. Using the World Bank poverty line, the increase in 2002-2003 and 2008-2009 was 2.6 percentage points (6.8%) and 2.3 percentage points (11.6%), respectively. Using the *Bolsa Família* Program poverty line, the increase was 1.6 (11.9%) and 1.3 (17.3%) percentage points, respectively. Expenditure on prescription drugs primarily contributed to the increase in poor households. According to the World Bank poverty line, the factors associated with impoverishment include a worse-off financial situation, a household headed by an individual with low education, the presence of children, and the absence of older adults. Using the *Bolsa Família* Program poverty line, the factors associated with impoverishment include a worse-off financial situation and the presence of children.

CONCLUSIONS: Health expenditures play an important role in the impoverishment of segments of the Brazilian population, especially among the most disadvantaged.

DESCRIPTORS: Health Expenditures. Poverty. Socioeconomic Factors. Social Conditions. Social Health Inequalities. Population Surveys.

INTRODUÇÃO

Em todos os países do mundo observa-se a ocorrência de pagamento direto para a utilização dos serviços de saúde. Entretanto, a proporção da população que paga, a magnitude do desembolso e a extensão do pagamento privado no financiamento em saúde variam substancialmente entre países ricos e pobres. Enquanto nos países de alta renda 38,0% dos gastos em saúde são privados, nos países considerados de renda média e baixa esse percentual chega a 61,0%.^{12,17}

No Brasil a participação das famílias nos gastos em saúde é expressiva, chegando a um gasto privado igual a 57,2% do total despendido no país em 2009 no setor.¹² Apesar de possuir um sistema de saúde público universal, integral e equitativo, o País é um dos poucos

no mundo onde o gasto privado em saúde ultrapassa o gasto governamental.¹⁷ A perspectiva de alto comprometimento da renda familiar com os gastos em saúde pode ter grandes repercussões na vida da população, desencorajando-a em alguns momentos a utilizar os serviços de saúde e induzindo-a a não aderir às terapêuticas medicamentosas ou a adiar exames necessários.⁸ Além disso, o alto gasto privado das famílias pode ter graves consequências, como o corte no consumo de bens e de serviços essenciais à vida diária, expondo as famílias à situação de risco social.¹²

Apesar de as estimativas de pobreza usualmente não considerarem os pagamentos dos cuidados em saúde, com o aumento na proporção de indivíduos pobres

⁸ Diniz BPC, Servo LMS, Piola SF, Eirado M. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: Silveira FG, Servo LM, Menezes, Piola SF, organizadores. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília (DF): IPEA; 2007.

torna-se ainda mais importante incorporar esse tipo de gasto nas análises, permitindo a avaliação de seu impacto na vida da população.^{12,15}

Estima-se que cerca de 150 milhões de pessoas por ano, no mundo, enfrentam gastos catastróficos em saúde,¹² ou seja, têm de lidar com gastos em saúde que excedem um percentual pré-definido dos seus gastos totais ou da capacidade de pagamento do domicílio.^{16,18} Além disso, todo ano cerca de 100 milhões de pessoas passam a viver abaixo da linha de pobreza em decorrência de tais dispêndios.¹²

Em países africanos, como Quênia e Senegal, os gastos privados em saúde deslocaram mais de 100.000 famílias para baixo da linha de pobreza em 2005.⁹ Pesquisa conduzida em 11 países asiáticos indicou que os gastos em saúde aumentaram em 2,7 pontos percentuais a proporção de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza, ou seja, um acréscimo de mais de 78 milhões de pessoas vivendo com menos de US\$ 1,00 por dia após os pagamentos dos cuidados de saúde.¹⁵ O mesmo fenômeno foi relatado na China,¹⁰ Índia,⁵ Quênia,⁴ Vietnã¹⁵ e Bangladesh,¹⁵ que apresentaram aumento de 1,1 a 3,8 pontos percentuais na proporção de indivíduos considerados pobres, ao se subtraírem dos rendimentos das famílias os gastos privados em saúde.

Considerando-se a relevância da temática e a escassez de estudos que avaliem e monitorem o papel dos gastos em saúde no empobrecimento das famílias no Brasil, este artigo teve por objetivo analisar a variação na proporção de domicílios vivendo abaixo da linha de pobreza no Brasil e os fatores associados ao empobrecimento.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal baseado nos dados das edições de 2002-2003 e 2008-2009 da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), de abrangência nacional, conduzidas nas zonas urbana e rural do Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).^{b,c} As POF conduzidas em 2002-2003 e 2008-2009 adotaram o plano amostral por conglomerados em dois estágios. As unidades primárias de amostragem foram os setores censitários da base geográfica do Censo Demográfico de 2000 e as unidades secundárias de amostragem foram os domicílios particulares permanentes. No total a amostra abrangeu 48.470 domicílios em 2002-2003 e 55.970 domicílios em 2008-2009.^{b,c}

Os períodos recordatórios relativos aos dados de despesas variaram entre sete dias, 30 dias, 90 dias e 12 meses. Todos os valores foram anualizados e deflacionados. Os indexadores utilizados para deflação, bem como as datas de referência estão disponíveis em publicação do IBGE.^{b,c} A partir dos dados provenientes dos questionários de despesas e renda foram calculados os valores per capita monetário e não monetário dos rendimentos e despesas por domicílio.

A linha de pobreza foi definida segundo dois diferentes pontos de corte. No primeiro foi empregada a definição proposta pelo Banco Mundial, que classifica como pobre a pessoa que dispõe de até US\$2,00 por dia para sobrevivência.^{6,d} Neste estudo foi realizado o cálculo para conversão do dólar ponderado pela paridade do poder de compra (*purchasing power parity* – PPP), obtendo-se os valores de US\$2,34 para 2002-2003 e US\$3,54 para 2008-2009. Para conversão do valor do dólar utilizou-se o valor de R\$3,32 em 15 de janeiro de 2002-2003 e R\$2,38 em 15 de janeiro de 2008-2009. O segundo ponto de corte foi o adotado pelo governo federal brasileiro no âmbito do Programa Bolsa-Família, sendo os valores que definiam pobreza em 2002-2003 os iguais ou inferiores a R\$100,00 (US\$30,1)^e mensais e em 2008-2009 iguais ou inferiores a R\$140,00 (US\$58,8) mensais.^{f,g}

Para estimar quanto os gastos em saúde influenciaram na proporção de domicílios abaixo da linha de pobreza no Brasil em 2002-2003 e 2008-2009, calculou-se o total de rendimentos mensais subtraindo-se o somatório de despesas com saúde por domicílio. O valor obtido foi dividido pelo número de moradores e, então, dividido por 30, com o objetivo de se obter o valor per capita diário do domicílio, no caso do ponto de corte do Banco Mundial. Para o Bolsa-Família utilizou-se o valor mensal, não sendo necessária a divisão supracitada. Assim, com o valor per capita diário para o ponto de corte do Banco Mundial e o valor per capita mensal, para o ponto de corte do Bolsa-Família, foi possível medir a proporção de domicílios abaixo da linha de pobreza. Além disso, o mesmo procedimento foi realizado para cada item dos gastos em saúde separadamente (medicamentos, plano de saúde, consulta e tratamento odontológico, tratamento médico ambulatorial, serviço de cirurgia, hospitalização, exames, material de tratamento e outros gastos em saúde), de modo a se identificarem os grupos de gastos que mais contribuíram para a variação na proporção de pobreza. A partir desses valores comparou-se (i) a proporção de domicílios abaixo da linha de pobreza antes

^b Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro; 2004.

^c Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010.

^d World Bank. Poverty data: a supplement to World Development Indicators 2008. Washington (DC); 2008.

^e Considerou-se US\$1,00 igual a R\$3,32 em 15 de janeiro de 2002-2003 e igual a R\$2,38 em 15 de janeiro de 2008-2009.

^f Brasil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*, Brasília, DF, 12 jan. 2004. p.1

^g Brasil. Decreto nº 6.917, de 30 de julho de 2009. Altera os arts. 18, 19 e 28 do Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família. *Diário Oficial Uniao*, Brasília, DF, 31 jul. 2009.

da subtração dos gastos em saúde, ou seja, considerando apenas os rendimentos, com (ii) a proporção de domicílios abaixo da linha de pobreza depois da subtração dos gastos totais em saúde.^{5,15}

As proporções de domicílios vivendo abaixo da linha de pobreza foram descritas por localização geográfica (urbana e rural), macrorregião do País (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), sexo do chefe do domicílio (masculino e feminino), escolaridade do chefe do domicílio (anos de estudo completos e categorizada em zero a quatro, cinco a oito, nove a 11 e 12 anos ou mais), Indicador Econômico Nacional (IEN)¹ categorizado em quintis, sendo Q1 o quintil mais pobre e Q5 o mais rico, posse de plano de saúde (sim e não), presença de crianças residentes no domicílio (sim e não) e presença de idosos residentes no domicílio (sim e não).

Adicionalmente, foram identificados os fatores associados ao domicílio ser deslocado para abaixo da linha de pobreza após a subtração dos gastos em saúde no ano de 2008-2009. O desfecho dicotômico (sim/não) foi composto pelos domicílios que não estavam abaixo da linha de pobreza, segundo os pontos de corte do Banco Mundial e do Bolsa-Família, mas se tornaram após a subtração dos gastos em saúde. As variáveis exploratórias foram as mesmas supracitadas para realização da descrição da proporção de domicílios vivendo abaixo da linha de pobreza no País. Realizaram-se as análises bivariadas e multivariáveis por meio de regressão logística não condicional. Foram incluídas no modelo múltiplo as variáveis exploratórias que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada e foram mantidas no modelo final aquelas com $p < 0,20$, como ajuste para variáveis de confusão. O ajuste do modelo foi testado por meio do teste de Hosmer-Lemeshow.⁸

Os dados foram analisados com auxílio do programa estatístico Stata 11, considerando o efeito de delineamento do estudo e os pesos amostrais. O presente estudo utilizou dados secundários, sem identificação dos entrevistados, atendendo às normas brasileiras vigentes que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Foram incluídos na amostra 48.470 domicílios na POF 2002-2003 e 55.970, na 2008-2009. Em 2002-2003, 78,0% dos domicílios entrevistados concentravam-se na área urbana, sendo 26,1% chefiados por mulheres e 60,2% por pessoas com mais de 40 anos de idade. Em 40,2% havia crianças entre os residentes e em quase um em cada quatro havia idosos. Em 2008-2009 verificou-se acréscimo nos domicílios chefiados por mulheres (30,5%), por pessoas acima de 40 anos de idade (64,1%) e de domicílios com idosos (27,1%). Houve pequena variação dos domicílios com crianças (40,7%) e dos domicílios localizados na área urbana do País (76,7%) (dados não apresentados).

Nos dois biênios verificou-se maior proporção de domicílios pobres na zona rural, nas regiões Norte e Nordeste do país, naqueles com pior IEN (primeiro quintil), com crianças entre os residentes, entre aqueles cujo chefe do domicílio apresentava menor escolaridade e entre os que não possuíam plano de saúde. Quando comparados os anos de 2002-2003 e 2008-2009, observou-se expressiva redução de domicílios vivendo abaixo da linha de pobreza, segundo os diferentes pontos de corte adotados (Tabela 1).

Ao se analisar o efeito dos pagamentos em saúde sobre o empobrecimento no Brasil (Tabela 2), observou-se em 2002-2003 aumento de 11,9%, utilizando-se o ponto de corte do Bolsa-Família, e 6,8%, empregando-se o ponto de corte do Banco Mundial, no total de domicílios cuja renda per capita ficou abaixo da linha pobreza após os gastos em saúde. Na região Centro-Oeste observou-se o maior aumento (27,8%) e no Nordeste o menor (6,5%), utilizando o ponto de corte do Bolsa-Família. Apesar da diminuição geral de domicílios abaixo da linha de pobreza em 2008-2009, também foi verificado significativo acréscimo de domicílios empobrecidos após os gastos em saúde, chegando a 17,3% ao se utilizar o ponto de corte proposto pela Bolsa-Família e 11,6% no ponto de corte definido pelo Banco Mundial. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram as que apresentaram maior aumento, entre dois e três pontos percentuais entre 2002-2003 e 2008-2009.

Quando o efeito dos diferentes gastos em saúde sobre o empobrecimento dos domicílios foi analisado, verificou-se em 2002-2003 que o gasto com medicamentos foi responsável por 60,9% do aumento de domicílios abaixo da linha de pobreza. Já os gastos com planos de saúde corresponderam a 11,1% e os demais itens em conjunto a 28,0%. Para o biênio 2008-2009, os medicamentos passaram a representar 65,7% do aumento, os planos de saúde, 2,6% e os demais itens somados, 31,7% (Figura).

Quando analisados os fatores associados ao empobrecimento após se considerarem os gastos em saúde, utilizando-se o ponto de corte do Banco Mundial, as análises bivariadas indicaram que a chance de empobrecimento foi maior: nos domicílios da zona rural da região Nordeste, quando comparados à região Norte; nos domicílios cujo chefe do domicílio era mulher e estava entre os menos escolarizados, entre os mais pobres, que não possuía plano de saúde; e nos domicílios onde havia pelo menos uma criança e sem a presença de idosos (Tabela 3).

Na análise ajustada, a chance de o domicílio ser deslocado para baixo da linha de pobreza foi quase sete vezes maior dentre aqueles pertencentes ao quintil mais pobre, cujos chefes do domicílio eram menos escolarizados; aproximadamente 27,0% maior nos domicílios com a presença de crianças; e 39,0% menor nos domicílios com idosos. O teste de Hosmer-Lemeshow ($p = 0,569$) mostrou bom ajuste do modelo utilizado.

Tabela 1. Descrição da amostra e proporção de domicílios considerados abaixo da linha de pobreza, segundo dois pontos de corte. Brasil, 2002-2003 e 2008-2009.

Variável	2002-2003		2008-2009		Proporção de domicílios vivendo abaixo da linha da pobreza – % e IC95%				Pontos de corte propostos pelo Banco Mundial corrigido pela PPP – valores diários	
	n	%	n	%	R\$100,00 2002-2003	IC95%	R\$140,00 2008-2009	IC95%	US\$2,34 2003-2002	US\$3,54 2008-2009
Região										
Urbana	37.830	84,7	42.948	84,4	10,4	9,9;10,8	5,4	5,1;5,6	33,7	32,9;34,4
Rural	10.640	15,3	13.022	15,6	30,4	29,3;31,4	18,9	18,0;19,9	64,4	63,3;65,6
Macrorregião										
Norte	6.868	6,5	7.611	6,8	24,0	22,6;25,3	13,5	12,5;14,4	57,3	55,8;58,9
Nordeste	18.624	25,2	19.232	26,1	29,2	28,4;30,0	17,0	16,3;17,6	62,3	61,4;63,2
Sudeste	8.643	45,1	14.078	44,1	6,1	5,4;6,8	2,9	2,5;3,3	25,9	24,6;27,2
Sul	6.102	16,0	6.716	15,4	6,0	5,3;6,7	3,1	2,6;3,5	27,0	25,8;28,2
Centro-Oeste	8.233	7,2	8.333	7,6	10,8	10,0;11,6	5,2	4,6;5,8	41,0	39,8;42,3
Sexo do chefe do domicílio)										
Masculino	35.841	73,7	38.882	69,1	14,0	13,5;14,5	7,5	7,2;7,8	39,1	38,2;39,9
Feminino	12.629	26,3	17.088	30,9	11,4	10,6;12,2	7,5	7,0;8,0	36,3	35,0;37,7
Escolaridade (anos de estudo)										
0 a 4	25.769	48,5	25.545	52,8	20,8	20,1;21,5	11,7	11,2;12,2	52,6	51,6;53,7
5 a 8	10.038	22,6	3.324	7,3	11,3	10,3;12,2	10,4	9,1;11,7	39,4	37,8;41,1
9 a 11	8.303	17,9	8.082	18,5	3,8	3,2;4,4	8,4	7,5;9,2	19,0	17,6;20,3
> 12	4.360	11,1	7.245	21,2	1,1	0,7;1,5	1,5	1,1;1,9	4,9	4,0;5,7
IEN (Quintil)										
1 (mais pobre)	19.255	32,2	13.990	20,2	30,7	29,7;31,7	20,0	19,1;20,9	65,6	64,4;66,8
2	9.375	18,4	12.046	18,8	12,8	11,7;13,8	10,7	10,0;11,5	49,1	47,4;50,8
3	8.687	18,8	11.195	19,4	4,8	4,1;5,5	4,5	3,9;5,0	31,6	30,0;33,3
4	6.364	17,3	9.621	20,9	1,0	0,6;1,4	1,1	0,8;1,4	11,1	9,8;12,3
5 (mais rico)	4.398	13,3	7.859	20,7	0,4	0,08;0,6	0,2	0,07;0,4	2,4	1,5;3,2
Posse de plano de saúde										
Sim	8.675	24,2	9.882	25,0	0,9	0,7;1,1	0,6	0,4;0,8	8,5	7,6;9,4
Não	39.795	75,8	46.088	75,0	17,4	16,9;18,0	9,8	9,4;10,2	47,9	47,0;48,7
Presença de criança residente no domicílio										
Sim	20.553	42,4	22.781	38,1	24,2	23,3;25,1	14,9	14,3;15,6	57,3	56,1;58,6
Não	27.917	57,6	33.781	61,9	6,3	5,9;6,7	2,9	2,7;3,1	25,9	25,1;26,7
Presença de idoso residente no domicílio										
Sim	11.613	24,0	15.173	27,7	7,3	6,7;7,9	9,3	9,0;9,7	30,5	29,2;31,8
Não	36.857	76,0	40.797	72,3	15,4	14,9;15,9	2,7	2,3;3,0	40,9	40,0;41,8
Brasil	48.470	100,0	55.970	100,0	13,4	13,0;13,8	7,5	7,2;7,8	38,4	37,6;39,1

PPP: Paridade do poder de compra (*purchasing power parity*); IEN: Indicador econômico nacional

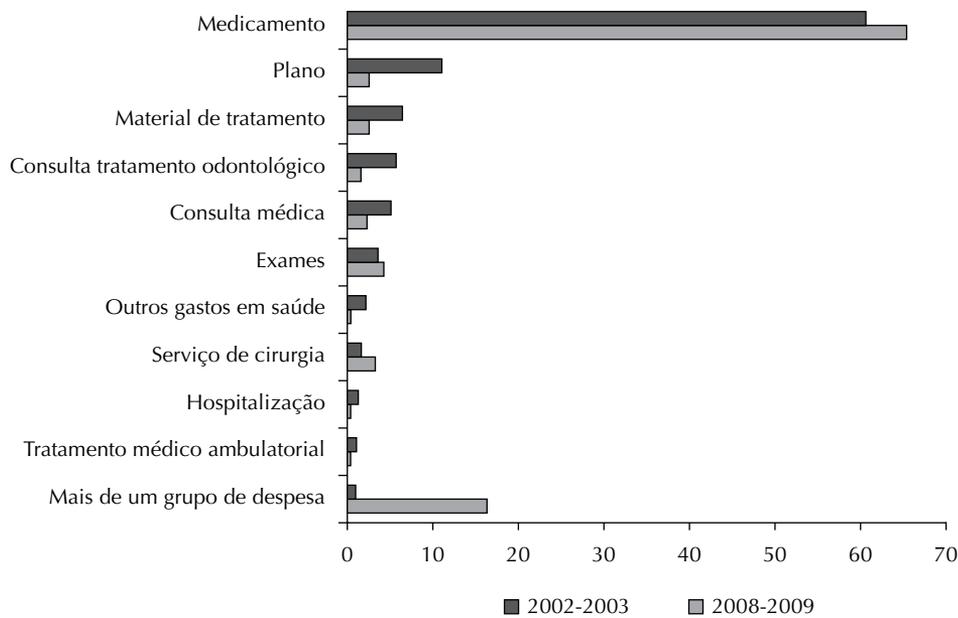


Figura. Contribuição de cada item de despesa no empobrecimento decorrente dos gastos em saúde. Brasil, 2002-2003 e 2008-2009.

Quando analisados os fatores associados ao empobrecimento utilizando-se o ponto de corte do Bolsa-Família, as análises bivariadas identificaram resultados similares aos encontrados quando utilizado o ponto de corte do Banco Mundial (Tabela 4). Na análise ajustada, a chance de o domicílio ser deslocado para baixo da linha de pobreza foi em torno de cinco vezes maior entre aqueles pertencentes ao quintil mais pobre e cerca de duas vezes maior nos dois quintis com criança. O modelo foi considerado adequado, conforme teste de Hosmer-Lemeshow ($p = 0,156$).

DISCUSSÃO

O presente estudo observou aumento substancial na proporção de domicílios abaixo da linha de pobreza ao se subtraírem dos seus rendimentos os gastos em saúde. O principal responsável por esse fenômeno foi o gasto com medicamentos. Domicílios localizados na área urbana, com pior condição econômica e com presença de crianças foram os mais afetados.

Ao considerar o ponto de corte de linha de pobreza do Banco Mundial,⁶ corrigido pela PPP, o presente estudo identificou que os gastos em saúde aumentaram a proporção de domicílios abaixo da linha de pobreza, no Brasil, em 2,6% em 2002-2003 e em 2,3% em 2008-2009. Não é possível realizar comparações diretas desses valores com os relatados em estudos conduzidos em outros países, pois as metodologias empregadas para compor os gastos em saúde, os rendimentos auferidos pelos domicílios e os pontos de corte para definir pobreza variam entre as pesquisas. Ainda assim, todos

relataram resultados na mesma direção, destacando o efeito deletério dos gastos em saúde na condição econômica das famílias em diferentes países. Van Doorslaer et al¹⁵ (2006) analisaram os dados orçamentários e de despesas familiares de 11 países asiáticos e verificaram que, ao serem deduzidos os gastos em saúde, a extrema pobreza aumentou 2,7% e a pobreza 2,0%. Observou-se grande discrepância nos valores de cada país, sendo a variação proporcional mais expressiva observada em Bangladesh (3,8% a mais e 3,6% a mais, respectivamente). Na Índia, Garg & Karam⁵ (2009) identificaram aumento de 3,3% na pobreza do país ao serem considerados os gastos em saúde e, no Quênia, Chuma & Maina⁴ (2012) verificaram acréscimo de 2,7%, representando 1,98 milhão de indivíduos levados para baixo da linha de pobreza em decorrência dos gastos em saúde.

O aumento na proporção de domicílios abaixo da linha de pobreza em razão dos gastos em saúde está diretamente relacionado ao elevado gasto privado no setor. No Brasil, em 1974-1975 o percentual de participação dos gastos em saúde em relação ao gasto total das famílias foi 4,2%, em 2002-2003 passou para 6,5% e em 2008-2009 aumentou para 7,2%.^{b,c} Esse volume elevado de gastos privados no setor pode indicar que o SUS não está conseguindo responder completamente às necessidades da população,¹¹ fazendo com que os indivíduos recorram ao setor privado, seja por desembolso direto, seja por planos de saúde, para, por exemplo, utilizar os serviços de saúde e/ou ter acesso a medicamentos.¹¹

Outro ponto a ser enfatizado é a desigualdade socioeconômica no comprometimento de renda com gastos em saúde. Em termos absolutos, os mais ricos gastam

Tabela 2. Proporção de domicílios abaixo da linha de pobreza antes e depois de considerados os gastos em saúde segundo macrorregião de residência. Brasil, POF 2002-2003 e 2008-2009.

Variável	Domicílios abaixo da linha da pobreza (Programa Bolsa-Família) ^a				Domicílios abaixo da linha da pobreza (Banco Mundial) ^b corrigido pela PPP			
	% pobreza antes dos gastos em saúde	% pobreza depois dos gastos em saúde	Varição em pontos percentuais	Varição proporcional (%)	% pobreza antes dos gastos em saúde	% pobreza depois dos gastos em saúde	Varição em pontos percentuais	Varição proporcional (%)
2002-2003								
Norte	24,0	25,9	1,9	+7,9	57,3	59,2	1,9	+3,3
Nordeste	29,2	31,1	1,9	+6,5	62,3	64,5	2,2	+3,5
Sudeste	6,1	7,2	1,1	+18,0	25,9	28,6	2,7	+10,4
Sul	6,0	7,5	1,5	+25,0	27,0	30,0	3,0	+11,1
Centro-Oeste	10,8	13,8	3,0	+27,8	41,0	44,3	3,3	+8,0
Brasil	13,4	15,0	1,6	+11,9	38,4	41,0	2,6	+6,8
2008-2009								
Norte	13,5	14,9	1,4	+10,4	32,4	34,6	2,2	+6,8
Nordeste	17,0	18,9	1,9	+11,2	38,2	41,1	2,9	+7,6
Sudeste	2,9	4,0	1,1	+37,9	10,6	12,8	2,2	+20,8
Sul	3,1	4,2	1,1	+35,5	11,1	13,0	1,9	+17,1
Centro-Oeste	5,2	6,8	1,6	+30,8	16,8	18,9	2,1	+12,5
Brasil	7,5	8,8	1,3	+17,3	19,9	22,2	2,3	+11,6

PPP: Paridade do poder de compra (*purchasing power parity*)

^a Programa Bolsa-Família. Lei nº 10.836f (2004) e Decreto nº 6.917g (2009).

^b Haughton & Khandker6 (2009).

mais em saúde; no entanto, a proporção desses gastos em relação à renda é substancialmente mais elevada entre os mais pobres.³ Considerando o maior peso dos gastos em saúde nos estratos mais pobres da sociedade, é esperado que efeitos importantes ocorram sobre a pobreza ao se subtraírem esses valores dos rendimentos totais. Indivíduos que estão próximos à linha de pobreza passam a ter uma grande probabilidade de serem conduzidos a esse estado pela necessidade de arcar com os gastos em saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde¹² (OMS), o empobrecimento decorrente dos gastos em saúde ocorre em países de todos os níveis de rendimentos, porém é maior naqueles em que os gastos privados em saúde são mais elevados. Ainda segundo a OMS,¹² para minimizar o empobrecimento decorrente dos gastos em saúde, as despesas privadas no setor devem ser inferiores a 20,0%. O Brasil, apesar de ter um sistema de saúde público, universal e com a equidade entre os seus princípios, vive com o paradoxo de apresentar baixo investimento público no setor (aproximadamente 43,6% em 2009). Além disso, o SUS enfrenta problemas em garantir acesso aos serviços especializados, escassez de médicos em estabelecimentos públicos nas regiões pobres e até mesmo em cidades maiores do País. Essa situação é agravada por problemas sociais, como a pobreza, desigualdade e baixo nível de educação e condições sanitárias.¹¹ Assim, o financiamento

e a gestão eficiente são necessários para o fortalecimento do SUS, bem como a ampliação de políticas sociais de transferência de renda, como o Programa Bolsa-Família, que combatam a pobreza e induzam a melhoria na educação e na saúde, promovendo o desenvolvimento do capital humano.

Estudos têm mostrado que o setor privado, em diferentes contextos, não apresenta capacidade de proteger as pessoas do empobrecimento e dos gastos catastróficos em saúde.¹⁸ Uma ilustração desse fato são as falências pessoais causadas pelos gastos em saúde nos EUA,⁷ cujos dados de 2008 indicam que as despesas em saúde contribuíram em 62,0% para essas falências. Apesar de muitos terem seguros de saúde, eles foram insuficientes para proteger os indivíduos dos altos custos de pagamentos diretos e co-pagamentos.⁷ No contexto brasileiro, Barros et al² (2011) também verificaram que os seguros de saúde não protegem a população de gastos catastróficos.

Os dados do presente estudo indicaram que, dentre os gastos em saúde, as despesas com medicamentos foram as principais responsáveis pelo aumento da pobreza. Esse resultado reflete a elevada proporção dos medicamentos nos gastos totais em saúde, em especial nos mais pobres. Segundo o IBGE,^c em 2008-2009 os medicamentos foram responsáveis por 48,6% dos gastos totais

em saúde na população brasileira, valor que chegou a 76,4% no decil mais pobre.^c

De fato, o acesso aos medicamentos ainda é um problema a ser equacionado no setor saúde, em que pesem avanços nas políticas públicas da área. Por exemplo, entre 2002 e 2007 houve aumento de 222,0% no gasto total do Ministério da Saúde com medicamentos.¹⁴ No entanto, análise realizada com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 verificou que apenas 45,3% dos usuários do SUS que receberam prescrição medicamentosa obtiveram todos os

medicamentos gratuitamente no serviço de saúde.³ Entre os que não os receberam por meio do SUS, 78,1% tiveram de adquiri-los no setor privado.³ As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam o menor acesso aos medicamentos quando comparadas às demais,³ sendo essas as mesmas regiões que, no presente estudo, foram identificadas com maior empobrecimento quando contabilizados os gastos em saúde.

Com o objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos essenciais de uso contínuo e diminuir os gastos privados, em 2004 o governo federal criou o Programa Farmácia

Tabela 3. Fatores associados ao empobrecimento devido aos gastos em saúde, considerando-se como ponto de corte de linha de pobreza o critério do Banco Mundial corrigido pela PPP (US\$3,54 diário). Brasil, 2008-2009.

Variável	OR _{bruta}	IC95%	p ^a	OR _{ajustada}	IC95%	p ^a
Região						
Urbana	1		0,012	b		b
Rural	1,25	1,05;1,48				
Macrorregião						
Norte	1		< 0,001	b		b
Nordeste	1,33	1,06;1,67				
Sudeste	0,99	0,77;1,28				
Sul	0,87	0,66;1,14				
Centro-Oeste	0,95	0,72;1,25				
Sexo do chefe do domicílio						
Masculino	1		0,007	b		b
Feminino	1,26	1,06;1,48				
Escolaridade (anos de estudo)						
0 a 4	4,06	2,84;5,81	< 0,001	2,06	1,39;3,04	0,001
5 a 8	3,99	2,53;6,31		2,17	1,34;3,53	
9 a 11	3,12	2,07;4,71		1,80	1,15;2,78	
> 12	1			1		
IEN (Quintil)						
1 (mais pobre)	5,43	3,67;8,02	< 0,001	6,82	4,24;10,97	< 0,001
2	5,49	3,72;8,11		5,59	3,49;8,96	
3	4,56	3,04;6,83		3,99	2,40;6,66	
4	3,02	1,97;4,64		1,86	1,08;3,20	
5 (mais rico)	1			1		
Posse de plano de saúde						
Sim	1		< 0,001			
Não	1,67	1,32;2,12				
Presença de criança residente no domicílio						
Sim	1,46	1,25;1,72	< 0,001	1,27	1,05;1,55	0,013
Não	1			1		
Presença de idoso residente no domicílio						
Sim	0,74	0,63;0,88	< 0,001	0,72	0,59;0,88	0,001
Não	1			1		

PPP: Paridade do poder de compra (*purchasing power parity*); IEN: Indicador Econômico Nacional

^a Teste Wald.

^b Excluídos da análise por apresentar $p > 0,20$ na análise multivariada.

Popular. Por meio dele a população pode comprar determinados medicamentos sob a forma de coparticipação, em que o governo arca com até 90,0% do custo e o cidadão assume a contraparte. Entretanto, sabe-se que experiências de coparticipação e pagamento são fortemente iníquas, pois o valor de participação no pagamento é fixo para todos os usuários, ou seja, penaliza mais fortemente os mais pobres. Além disso, análise realizada sobre a procedência da população que é atendida no Programa Farmácia Popular identificou expressiva proporção de usuários originários do SUS (46,0%).¹³

Esses dados podem refletir problemas de provisão dos medicamentos no setor público, o que faz com que milhões de pessoas tenham de recorrer ao setor privado ou de participação no pagamento para ter acesso aos medicamentos. Santos-Pinto et al¹³ (2011) levantam como hipóteses para o significativo acesso ao Programa Farmácia Popular de usuários originários do SUS os fatores como a menor distância até a unidade local de saúde, menor tempo de espera pelo medicamento ou pelo atendimento no momento da dispensação do insumo e maior disponibilidade dos medicamentos no Programa Farmácia Popular.¹³

Tabela 4. Fatores associados ao empobrecimento devido aos gastos em saúde, considerando-se como ponto de corte de linha de pobreza o critério do Bolsa-Família (R\$140,00 per capita mensal). Brasil, 2008-2009.

Variável	OR _{bruta}	IC95%	p ^a	OR _{ajustada}	IC95%	p ^a
Região						
Urbana	1		< 0,001	c		c
Rural	1,64	1,34;2,00				
Macrorregião						
Norte	1		0,001	c		c
Nordeste	1,30	1,00;1,70				
Sudeste	0,72	0,53;0,99				
Sul	0,75	0,54;1,05				
Centro-Oeste	1,05	0,77;1,44				
Sexo do chefe do domicílio						
Masculino	1		0,669	b		b
Feminino	0,96	0,78;1,17				
Escolaridade (anos de estudo)						
0 a 4	3,65	2,44;5,46	< 0,001	1,80	1,17;2,79	0,118
5 a 8	3,16	1,89;5,27		1,60	0,93;2,76	
9 a 11	3,39	2,15;5,36		1,73	1,06;2,84	
> 12	1			1		
IEN (Quintil)						
1 (mais pobre)	7,53	4,07;12,04	< 0,001	5,13	2,92;9,00	< 0,001
2	6,56	4,09;10,52		4,69	2,64;8,31	
3	4,67	2,85;7,65		3,51	1,94;6,32	
4	1,58	0,90;2,80		1,21	0,62;2,36	
5 (mais rico)	1			1		
Posse de plano de saúde						
Sim	1		0,001	c		c
Não	1,73	1,26;2,37				
Presença de criança residente no domicílio						
Sim	2,18	1,80;2,64	< 0,001	1,97	1,60;2,44	< 0,001
Não	1			1		
Presença de idoso residente no domicílio						
Sim	0,82	0,65;1,02	0,081	c		c
Não	1					

IEN: Indicador Econômico Nacional

^a Teste Wald.

^b Excluídos da análise por apresentar $p > 0,20$.

^c Excluídos da análise por apresentar $p > 0,20$ na análise multivariada.

Em 2011 o governo lançou a campanha “Saúde não tem preço”, que passa a disponibilizar medicamentos para hipertensão, diabetes e asma de forma gratuita dentro do Programa Farmácia Popular. Pesquisas adicionais são necessárias para avaliar o impacto desse programa nos gastos privados e empobrecimento das famílias.

No presente estudo, apresentar pior condição financeira, pior escolaridade e presença de criança no domicílio foram fatores associados ao empobrecimento. Corroborando com esses achados, pesquisas sugerem que as famílias com membros doentes, incapacitados, com crianças e os pobres estão mais suscetíveis aos gastos, gerando consequências catastróficas.^h

Como limitações do estudo, os dados são provenientes de um inquérito domiciliar de corte transversal. Para

esse tipo de estudo as abordagens longitudinais são mais adequadas para capturar os gastos e seu impacto no empobrecimento das famílias com maior fidedignidade.⁵ Outra limitação importante está relacionada à forma de cálculo da linha de pobreza, para a qual os pontos de corte são definidos a partir de um grau de arbitrariedade. Todavia, a POF possui abrangência nacional, com coleta de dados extremamente detalhada e com qualidade reconhecida.^{b,c}

Os resultados reforçam a importância da utilização dos dados nacionais produzidos na POF a fim de monitorar os aspectos relacionados à saúde e aos gastos em saúde para o desenvolvimento e avaliação de políticas de saúde que visem garantir a proteção da população contra o empobrecimento.

^h Saksena P, Antunes AF, Xu K, Musango L, Carrin G. Impact of mutual health insurance on access to health care and financial risk protection in Rwanda. Geneva: WHO; 2010. (Discussion Paper, 3).

REFERÊNCIAS

1. Barros AJD, Victora CG. Indicador econômico para o Brasil baseado no censo demográfico de 2000. *Rev Saude Publica*. 2005;39(4):523-9. DOI:10.1590/S0034-89102005000400002
2. Barros AJD, Bastos JL, Dâmaso AH. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cad Saude Publica*. 2011;27(Suppl 2):S254-62. DOI:10.1590/S0102-311X2011001400012
3. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(4):691-701. DOI:10.1590/S0102-311X2013000400007
4. Chuma J, Maina T. Catastrophic health care spending and impoverishment in Kenya. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1):413. DOI:10.1186/1472-6963-12-413
5. Garg CC, Karan AK. Reducing out-of-pocket expenditures to reduce poverty: a disaggregated analysis at rural-urban and state level in India. *Health Policy Plan*. 2009;24(2):116-28. DOI:10.1093/heapol/czn046
6. Haughton JH, Khandker SR. Handbook on poverty and inequality. Washington (DC): The World Bank; 2009.
7. Himmelstein DU, Thorne D, Warren W, Woolhandler S. Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. *Am J Med*. 2009;122(8):741-6. DOI:10.1016/j.amjmed.2009.04.012
8. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley & Sons; 1989. p.140-5.
9. International Labour Office, Social Protection Department. Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care. Geneva; 2008. (Social Security Policy Briefings. Paper 1).
10. Liu Y, Rao K, Hsiao WC. Medical expenditure and rural impoverishment in China. *J Health Popul Nutr*. 2003;21(3):216-22.
11. Ocké-Reis CO. SUS o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
12. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial da saúde: o financiamento da cobertura universal. Genebra; 2010.
13. Santos-Pinto CDB, Costa NR, Osorio-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(6):2963-73. DOI:10.1590/S1413-81232011000600034
14. Vieira FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):674-81. DOI:10.1590/S0034-89102009005000041
15. Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet*. 2006;368(9544):1357-64. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69560-3
16. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Econ*. 2003;12(11):921-33. DOI:10.1002/hec.776
17. World Health Organization. Global health expenditure atlas. Geneva; 2012.
18. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362(9378):111-7. DOI:10.1016/S0140-6736(03)13861-5

Trabalho baseado em tese de doutorado de Boing AC, intitulada: "Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-3 e 2008-9", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2013. Os autores declaram não haver conflito de interesses.