



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA – DAEC
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC**

MATHEUS CAVALCANTE RIQUE

**GASTOS CATASTRÓFICOS COM SAÚDE: Um estudo de caso com os usuários do
SUS do município de Campina Grande – PB.**

CAMPINA GRANDE

2017

MATHEUS CAVALCANTE RIQUE

GASTOS CATASTRÓFICOS COM SAÚDE: Um estudo de caso com os usuários do SUS do município de Campina Grande – PB.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Administração da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de bacharel em Administração.

Área de concentração: Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Gêuda Anazile da Costa Gonçalves.

CAMPINA GRANDE

2017

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

R594g Rique, Matheus Cavalcante

Gastos catastróficos com saúde [manuscrito] : um estudo de caso com os usuários do SUS do município de Campina Grande-PB / Matheus Cavalcante Rique. - 2017.

19 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2017.

"Orientação: Profa. Dra. Gêuda Analize da Costa Gonçalves, Departamento de Administração e economia".

1. Gasto com saúde. 2. Políticas públicas. 3. Sistema Único de Saúde -SUS. 4. Política de saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

MATHEUS CAVALCANTE RIQUE

GASTOS CATASTRÓFICOS COM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO COM OS
USUÁRIOS DO SUS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Graduação em
Administração da Universidade Estadual da
Paraíba em cumprimento às exigências para
obtenção do grau de bacharel em
Administração.

Área de concentração: Administração Pública

Aprovada em: 02/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Gêuda Anazile da C. Gonçalves
Prof. Dr. Gêuda Anazile da Costa Gonçalves. (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Sandra Maria Araújo de Souza
Prof. Dr. Sandra Maria Araújo de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Viviane Barreto Motta Nequize
Prof. Dr. Viviane Barreto Motta
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
2.1. Sistemas de Financiamento da Saúde	5
2.1.1. O SUS	6
2.2. Investimento na saúde pública e desigualdade social no Brasil	7
2.2.1. Gastos Catastróficos em Saúde.....	8
3. METODOLOGIA DA PESQUISA	9
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	11
4.1. Caracterização do objeto de estudo.....	11
4.2. Perfil Socioeconômico do Respondente	11
4.3. Gastos catastróficos	14
5. CONCLUSÃO	16
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

RESUMO

No Brasil, o direito à saúde se insere na órbita dos direitos sociais constitucionalmente garantidos. No entanto, o baixo investimento no sistema público de saúde tem promovido sua precariedade e impedido o exercício do direito à saúde que é indissociável do direito à vida. Nesse contexto, o cidadão brasileiro, em especial o de baixa escolaridade e renda, passa assumir despesas com saúde, que na maioria das vezes, são incompatíveis com seu poder aquisitivo. Este estudo tem como objetivo analisar se há ocorrência de casos de gastos catastróficos nos usuários do SUS atendidos na Unidade de Pronto Atendimento – UPA – do município de Campina Grande – PB. Para tanto foi realizada uma pesquisa descritiva de caráter exploratório. Para coleta de dados utilizou-se um formulário, adaptado da Pesquisa de Orçamento Familiar aplicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os dados foram tratados através da proposta por Bos e Waters (2008) que permitiu observar a incidência de gastos catastróficos em saúde relacionando renda e escolaridade do grupo em foco. Os resultados indicam que, na composição dos gastos, o que mais gera gastos catastróficos, nas famílias de menor renda, são as despesas com medicamentos, enquanto que nas famílias de renda mais elevada, os custos com planos de saúde privados levam a gastos catastróficos. Conclui-se, portanto, que existem casos de gastos catastróficos na população pesquisada, usuários da UPA- Campina Grande – PB.

Palavras chave: Gastos catastróficos; Política Públicas; Sistema Único de saúde.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (1946) define saúde, não somente como ausência de doenças, mas como bem estar físico, mental e, social do indivíduo. Dessa forma, buscando garantir o direito a saúde. A Constituição de 1988 assegura a todo cidadão brasileiro o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), criado em setembro de 1990.

Mesmo possuindo um sistema de financiamento no qual o acesso a saúde deve ser feito de maneira universal e igualitária sem que se faça necessários gastos além dos impostos determinados, no Brasil, segundo a OMS (2012) 52,5% dos gastos com saúde são pagos pelo paciente, por meio de planos de saúde ou gastos privados, enquanto o governo financia 47,5% que representa um valor médio per capita de US\$ 512 por ano.

Bos e Waters (2008) analisam comparativamente a efetividade do SUS e dos planos e seguros privados, seus achados indicam que o SUS reduz em 47% a chance de uma família contrair dívidas devido a gastos em saúde; enquanto que planos e seguros privados aumentam essa probabilidade.

Os estudos realizados por Diniz *et al.* (2007) analisam a distribuição dos gastos, com saúde, das famílias para verificar se houve mudanças significativas, a pesquisa foi realizada

no períodos de 1987-1988 e 1995-1996, os resultados indicam que houve uma diminuição nos gastos com saúde a partir da década de 90, coincidindo com o período de consolidação do SUS, os referidos autores chamam a atenção para o fato de que, mesmo havendo diminuição, os gastos com saúde permaneceram elevados tendo em vista que em 2002-2003 os gastos do governo com o SUS foram de R\$ 53 bilhões e o das famílias em saúde R\$ 56 bilhões.

Boing *et al.* (2014) analisaram a evolução e as desigualdades socioeconômicas dos gastos catastróficos em saúde entre os anos de 2002-2003 e 2008-2009 e ao comparar os gastos nesses anos concluíram que ocorreu um crescimento desses gastos em média 25%.

Luiza *et al* (2016) verificaram a incidência de gastos catastróficos com medicamentos no Brasil, estratificando as famílias por classificação socioeconômica e tendo um enfoque maior nos gastos com medicamentos, os resultados dos estudos dos referidos autores indicam que em 5,3% dos domicílios pesquisados foi constatado a incidência de gastos catastróficos, desses, 3,2% apontaram os medicamentos como sendo o item de maior relevância nos gastos com saúde.

Diante do exposto, questiona-se: Os usuários do SUS, atendidos na Unidade de Pronto Atendimento – UPA – do município de Campina Grande – PB são submetidos a gastos catastróficos em saúde? O objetivo deste artigo é analisar se há ocorrência de casos de gastos catastróficos nos usuários do SUS atendidos na Unidade de Pronto Atendimento – UPA – do município de Campina Grande – PB.

Na primeira parte do trabalho encontra-se a introdução onde são expostos os motivos que despertaram o interesse do pesquisador pelo tema em questão, a justificativa, a problemática e o objetivo do trabalho. Já na segunda parte estão descritos a fundamentação teórica e os autores utilizados para a elaboração do trabalho. Na terceira estão os caminhos metodológicos percorridos para o desenvolvimento da pesquisa realizada, a coleta e o tratamento dos dados finalizando com os resultados alcançados e a conclusão.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Sistemas de Financiamento da Saúde

Pode-se dividir os sistemas de saúde em dois tipos de financiamento: a) os que são financiados em sua maioria pelo capital privado; b) os que têm a base do seu financiamento no Estado.

Segundo Ribeiro *et al* (2007) O financiamento privado é conhecido como modelo liberal, ou seja, aquele que grande parte dos investimento relacionados a saúde são oriundos

do setor privado. Um exemplo de sistema de financiamento de saúde liberal é os Estados Unidos, onde existem apenas dois programas de saúde que dependem, em maior parte, do financiamento estatal, o *medicare* voltado para pessoas com idade superior a 65 anos e seus dependentes que não possuam serviços de saúde e o *medicaid* destinado a população de baixa renda, onde os participantes são inclusos nos planos de saúde e as despesas são pagas pelo governo. O referido autor chama a atenção para o fato de que os sistemas de saúde, que tem base de financiamento estatal vêm com a proposta de tornar o financiamento à saúde mais solidário estes seguem os seguintes modelos Bismarck ou de Beveridge.

O modelo bismarckiano tem grande parte de seus recursos financiados por contribuições sociais complementados por impostos específicos para cada grupo de trabalho que financiam o sistema de saúde para o grupo que contribui especificadamente. Um país que ilustra o modelo bismarckiano é a França onde em 2012 segundo a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico- OCDE os gastos em saúde foram equivalentes a 10,9% do PIB desses 8,6% foram financiados pelo estado. O modelo Beveridgeano é financiado por impostos gerais e guia-se no conceito de universalidade, onde independente da capacidade de pagar pelo tratamento, do gênero, da raça ou de qualquer outra variável, o cidadão tem direito a receber o tratamento adequado para sua enfermidade e, a maior parte dos recursos destinados a saúde seriam de fundos oriundos do Estado. O Canadá é um exemplo de país que adotou o sistema de financiamento de Beveridge, e no ano de 2012, segundo a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE gastou 10,2% do seu PIB com saúde sendo 7,2% pagos pelo estado e apenas 3% vindos da iniciativa privada. Esse sistema de financiamento também foi utilizado como referência no Brasil, para criar o Sistema Único de Saúde – SUS.

2.1.1. O SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) consiste em um complexo de serviços de saúde, administrado pelo Poder Público que busca garantir o acesso dos cidadãos brasileiros aos cuidados em saúde, buscando por meio de políticas econômicas e sociais reduzir doenças e agravantes propiciando o acesso universal e igualitário para os serviços de saúde. De acordo com a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Apesar do Sistema Único de Saúde ter características de universalidade, nele existe uma contradição uma vez que mais da metade dos recursos utilizados no SUS são oriundos da iniciativa privada.

Ao comparar o percentual do Produto Interno Bruto - PIB gasto com ações e serviços de saúde e as despesas com juros da dívida, Mendes (2014) verifica que as despesas com juros da dívida são três vezes maior os gastos com saúde. Dessa forma Mendes (2014), defende que há recursos disponíveis no Brasil, as dificuldades estão em como eles são alocados, e se existem problemas no financiamento da saúde, eles se encontram nas receitas devido a políticas macroeconômicas que criam a necessidade de superávits primários fiscais altos que conseqüentemente exigem a redução dos gastos públicos sociais.

De acordo com Travassos *et al* (2000) O sistema de saúde privado se faz concorrente do sistema de saúde público, devido a herança de políticas privatizantes que antecedem a criação do SUS que se perpetuam, como a isenção fiscal, na qual, 100% dos gastos com saúde podem ser deduzidos na declaração do imposto de renda do contribuinte. Além disso, os baixos investimentos na saúde pública geram inúmeros problemas, entre eles, a falta de vagas nos leitos hospitalares e as longas filas de espera nos atendimentos, favorecendo a expansão dos planos de saúde e o crescimento do sistema de saúde privado.

Carvalho (2010) afirma que o crescimento da iniciativa privada em saúde no Brasil está diretamente associado a insuficiência de recursos destinados ao SUS, o que leva a deficiência do sistema e, conseqüentemente, a elitização do acesso a saúde. Ao comparar os gastos com saúde pública, per capita, no Brasil e em outros países em desenvolvimento e desenvolvidos, o autor comprova que os brasileiros tendem a gastar mais para acessar serviços de saúde, tendo em vista o baixo investimento no SUS.

Nesse contexto, Boing (2013) estuda a relação entre as desigualdades sociais e os gastos com saúde e tomando como base de dados da Pesquisa de Orçamento Familiar verifica como é a composição dos gastos com saúde em cada um dos níveis da população.

2.2. Investimento na saúde pública e desigualdade social no Brasil

Apesar de na sua criação o SUS se propor a atender a todos os cidadãos brasileiros que dele precisar sem fazer distinção. Inúmeros são os problemas como falta de medicamentos, grandes filas de espera, aparelhos sucateados etc. e em consequência desses problemas para que possam receber tratamento, os usuários recorrem a iniciativa privada, onde se faz necessário pagar pelos tratamentos e medicamentos.

No entanto, muitos desses pacientes não têm condições de arcar com os custos do tratamento, devido a isso como relatado pela OMS muitas vezes os pacientes estão deixando de aderir a tratamentos ou substituindo-os por tratamentos paliativos por não terem condições de pagar o tratamento que, na maioria das vezes, ultrapassa o valor que eles poderiam utilizar sem que comprometessem suas necessidades básicas de alimentação e moradia. A literatura indica que analisa a desigualdade socioeconômica nos gastos com saúde destaca:

“(...) os menos escolarizados, pretos, pardos e residentes em áreas marginalizadas apresentam piores indicadores de saúde. O efeito da escolaridade na saúde pode ser explicado pela maior capacidade de entendimento das informações, melhor percepção dos problemas de saúde, maior oportunidade para adoção de estilos de vida saudáveis, maior uso de serviços de saúde e maior adesão a tratamentos terapêuticos pelos mais escolarizados. Além disso, indivíduos com mais anos de estudo acabam por ter melhores ocupações, maior renda e, conseqüentemente, melhores condições de trabalho e moradia.” (BOING, 2013. P.45-46)

Diniz *et al* (2007) analisam a composição dos gastos em saúde e verificam que famílias com um percentual mais baixo de renda, historicamente, gastam mais com medicamentos e menos com planos de saúde e esse comportamento vai se invertendo a medida que a renda vai aumentando, segundo o referido autor, isso se deve ao fato das pessoas com menor renda terem menor acesso a médicos e, portanto, tratarem apenas os sintomas das enfermidades, enquanto que pessoas com maior nível de renda, tem maior acesso a serviços especializados de saúde e, conseqüentemente previnem doenças, gastando menos, mesmo pagando plano de saúde, quando sua renda o permite. No entanto, muitas das vezes os pacientes acabam tendo gastos inesperados que comprometem sua renda, e qualidade de vida, esses gastos são conhecidos como gastos catastróficos.

2.2.1. Gastos Catastróficos em Saúde

Gastos catastróficos de acordo com Diniz *et al* (2007) são gastos não previstos com serviços de saúde que podem absorver parte significativa do orçamento de uma família, levando-a ao endividamento ou a abrir mão de consumir outros serviços.

Muitas vezes o gasto catastrófico é confundido com altos gastos em saúde, no entanto Xu *et al* (2003) esclarecem, sendo altos gastos como um valor absoluto alto mas que é previsto pelas famílias e pode ser pago sem causar grande impacto na renda, enquanto o gasto

catastrófico não necessariamente bruto representativo, mas que em termos percentuais abrange uma parte significativa da renda familiar.

A fim de calcular a incidência de gastos catastróficos Xu *et al* (2003) desenvolveram uma metodologia e aplicaram em 59 países, nesta os gastos com saúde são divididos pelo gasto total das famílias excluindo-se os gastos com alimentação. Esses valores são convertidos em valores percentuais, onde 40% é o ponto de corte, sendo superior ou igual ao ponto de corte a família estaria incorrendo em gastos catastróficos.

BOS e WATERS (2008) criticam a referida metodologia devido ao fato dos autores da mesma, não terem contemplado o gasto com planos de saúde, por este ser considerado uma despesa pré-programada, entretanto, caso o plano de saúde não cubra 100% das despesas com saúde, eventualmente a família vai desembolsar uma quantia imprevisível com despesas não cobertas. Para solucionar isso propõem uma nova base de cálculo adaptada da metodologia proposta por Xu *et al* (2003) na qual no numerador são colocados todos os gastos com saúde, incluindo gastos com plano de saúde, e no denominador a renda familiar em valores percentuais, para essa forma de mensuração propõem três pontos de corte: a)40% quando considerado o gasto total e a renda monetária e não monetária da família; b)gasto total com saúde e a renda exclusivamente monetária de 20%; c)excluindo dos gastos totais com saúde os gastos com plano de saúde, da renda subtrai-se os valores com alimentação e adotando um ponto de corte de 10%.

Vale destacar que cada metodologia aplicada resultara em dados diferentes quanto a incidência de gastos catastróficos, sendo necessário ao pesquisador definir qual, metodologia e ponto de corte se encaixa melhor no seu estudo.

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa pode ser catalogada em dois tipos diferentes, segundo a taxionomia adotada por Vergara (2005), quanto aos fins e quanto aos meios. Quanto aos fins, se caracteriza como exploratória de caráter descritivo, tendo a análise e interpretação do fenômeno em estudo, sem interferência do pesquisador. Quanto aos meios compreende um estudo bibliográfico e de campo, já que foram coletados dados secundários e primários para a realização da mesma.

A população do estudo é composta pelos usuários do SUS atendidos na Unidade de Pronto Atendimento - UPA do município de Campina Grande, estado da Paraíba.

Segundo relatório de gestão da Unidade de Pronto Atendimento – UPA no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017 foram realizados 21.734 atendimentos distribuídos nas especialidades: clínica médica, pediatria e ortopedia.

Para definição da mostra do estudo utilizou-se a fórmula proposta por Sâmara & Barros (1997, p. 75),

$$\sigma p = \frac{\sqrt{p \cdot q}}{n} \cdot Z$$

Onde:

σp = 7% - desvio padrão da proporção; p = 50 % - proporção ou porcentagem dos elementos do universo pesquisado favoráveis ao atributo pesquisado; q = 50 %- proporção ou porcentagem dos elementos do universo pesquisado desfavorável ao atributo pesquisado; Z = 1,96% - margem de segurança; n = desconhecido; 95% segurança

Sendo assim, a amostra da pesquisa é de 196 usuários do SUS, a amostra estratificada foi do tipo probabilística intencional, na qual os elementos selecionados são escolhidos de acordo com a intenção do próprio pesquisador, sendo selecionados os pacientes que estavam aguardando atendimento na Unidade foco desta pesquisa.

O instrumento de pesquisa utilizado, neste estudo, foi um formulário adaptado do adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2008-2009). Realizadas as devidas adaptações, tendo em vista a finalidade e o perfil do público-alvo do presente estudo, os formulários foram aplicados, com o auxílio do pesquisador, que se colocava a disposição do respondente para ler as perguntas, marcar as opções por eles escolhidas, esclarecer possíveis dúvidas e escrever respostas, quando necessário.

Assim, foram coletados simultaneamente dados relativos a escolaridade, aos gastos com saúde e renda nos últimos três meses, logo após, os dados foram submetidos a técnica de análise adaptada da descrita por Bos e Waters (2008), que sugere uma fórmula onde o numerador representa os gastos totais com saúde e o denominador a renda familiar do respondente, nos últimos três meses, adotando os seguintes percentuais de corte, 40%, 20% e 10%, para mensuração dos gastos catastróficos dos pesquisados, sendo os pontos de corte de 20% e 40% considerados gastos catastróficos moderados críticos respectivamente.

O intervalo de tempo de três meses tem como base a literatura que trata do tema em questão, pois segundo os estudiosos da área, intervalos de tempo superiores a três meses, implicam em maiores erros tendo em vista a dificuldade nos respondentes lembrarem todos os itens que envolve os gastos com saúde.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Caracterização do objeto de estudo

4.2.

O sistema de saúde é dividido em níveis de atenção, sendo cada camada responsável por atender a determinados grau de complexidade. O nível de atenção básica, também conhecido como atenção primária é o que atende a problemas de menor complexidade, neles encontram-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a OMS recomenda uma UBS para cada 20 mil habitantes. O segundo nível de atenção é onde se encontram as Unidades de Pronto Atendimento- UPAs, onde os pacientes podem acessar maior assistência médica, essas funcionam todos os dias, 24 horas por dia, e tem como finalidade de reduzir as filas de espera nos hospitais, que são responsáveis pelo terceiro nível de complexidade.

O município de Campina Grande-PB, no ano de 2016 tinha uma população estimada de 407.754 habitantes segundo o IBGE. E de acordo com dados do último censo (2010) 231 estabelecimentos que prestam serviços de saúde, sendo 154 administrados pelo setor privado em consequência disso, os pacientes com problemas de saúde mais graves de municípios menores são transferidos para Campina Grande, tornando o município referência no tratamento de saúde para os municípios circunvizinhos.

O objeto de estudo desse trabalho é a Unidade de Pronto Atendimento- UPA de Campina Grande, PB, a mesma é classificada em porte 3, que significa que ela conta com uma estrutura de 15 leitos de observação e capacidade de atendimento médio de 350 pacientes por dia, conta com financiamento do governo federal, atende, em média, mensalmente a aproximadamente 8.000 pacientes, nas especialidades de clínica, pediatria e ortopedia.

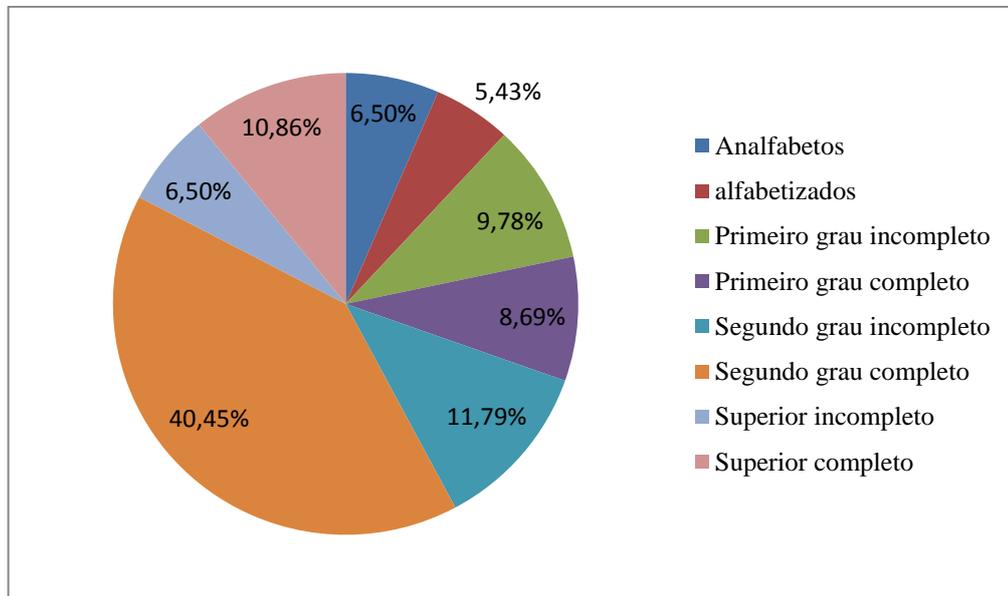
4.3. Perfil Socioeconômico do Respondente

Boing (2013) afirma que a escolaridade influencia nos gastos com saúde, por elevar o nível de consciência dos indivíduos, em especial no que tange a adoção de um estilo de vida mais saudável.

No que tange a pesquisa os dados relativos ao grau de instrução dos respondentes indicam que 40,45% dos pesquisados tem o segundo grau completo e 11,79% segundo grau incompleto; 10,86% superior completo e 6,5% superior incompleto; 6,5% são analfabetos e

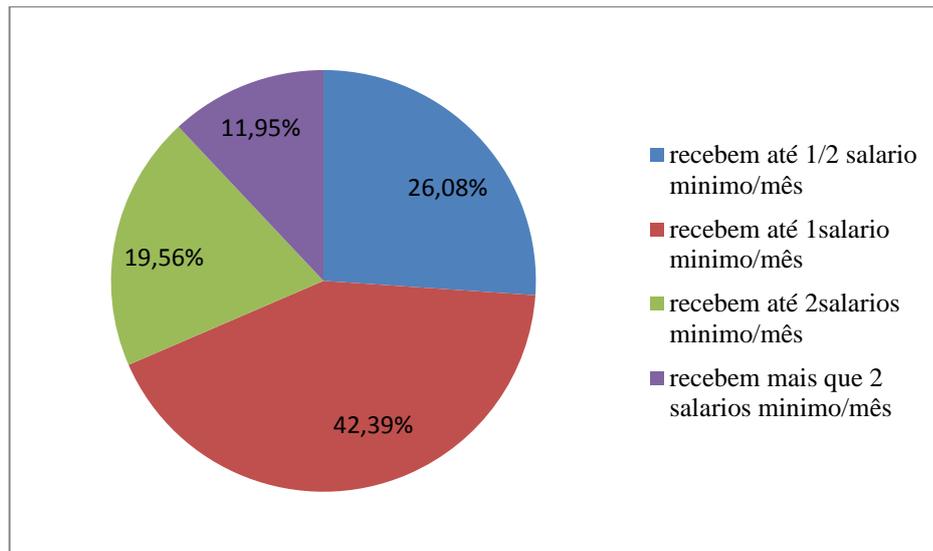
5,43% são alfabetizados. De modo geral o grau de instrução é relativamente bom, o que como corrobora Boing (2013) cria um maior senso de comportamento preventivo o que reduz as chances das famílias incorrerem em uma situação de gastos catastróficos.

GRÁFICO 1– ESCOLARIDADE



Fonte: Pesquisa Direta

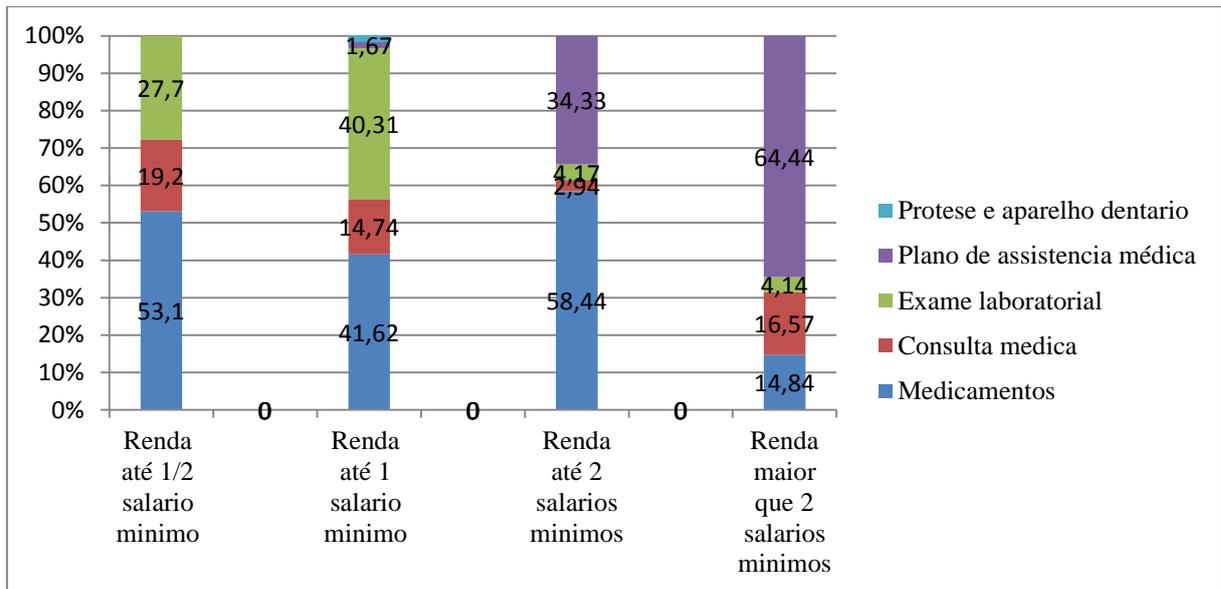
Ainda de acordo com Boing (2013), a renda possibilita melhores condições de vida e viabilizar o acesso a melhores tratamentos de saúde, quando necessário, em relação a variável Renda, 26,08% dos respondentes recebem até $\frac{1}{2}$ salário mínimo/mês; 42,39% até 1 salário mínimo; 19,56% até 2 salários mínimos; e 11,95% mais que dois salários mínimos.

GRAFICO 2 – RENDA

Fonte: Pesquisa Direta

Relacionando as informações referentes a renda e os gastos com saúde foi possível analisar como é composto os gastos em cada faixa de renda. No estrato que recebe até $\frac{1}{2}$ salário mínimo/mês o componente com o qual os respondentes dessa faixa de renda tiveram maior desembolso foram os medicamentos, sendo eles responsáveis por 53,1% dos gastos totais desse estrato, sendo seguido por exames laboratoriais e consultas médicas 27,7% e 19,2% respectivamente. No segundo nível para aqueles que recebem até 1 SM os medicamentos ainda são os itens de maior representatividade com 41,52%, no entanto 1,67% dos gastos foram com planos de assistência medica. Nos respondentes que afirmaram receber mais que 2salários mínimos/mês, nessa faixa observa-se uma diferença na composição dos gastos, sendo 64,44% dos gastos destinados ao pagamento de planos de saúde e 14,84% para medicamentos.

Confirmando dessa forma o estudo de Diniz *et al* (2007) que justifica esse fenômeno com o fato que os medicamentos de forma geral são mais viáveis economicamente que planos de saúde ou consultas particulares, dessa forma a população de baixa renda busca paliativos, enquanto a população com maior renda busca planos de saúde para evitar outros gastos.

GRAFICO 3 – COMPOSIÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE

Fonte: Pesquisa Direta

Os exames laboratoriais e as consultas médicas que em todos os graus de renda tem percentuais expressivos. Em alguns casos em que as famílias com menor renda aderem a planos de saúde básicos, ou seja, que não cobrem todos os custos com exames ou consultas medicas, o que leva ao desembolso direto para itens não cobertos pelo plano básico, no entanto segundo BOS e WATERS (2008) essa possibilidade do plano de saúde não cobrir todos os gastos com saúde é uma importante variável, uma vez que a família mesmo pagando plano de saúde ela pode se encontrar em uma situação de gastos catastróficos.

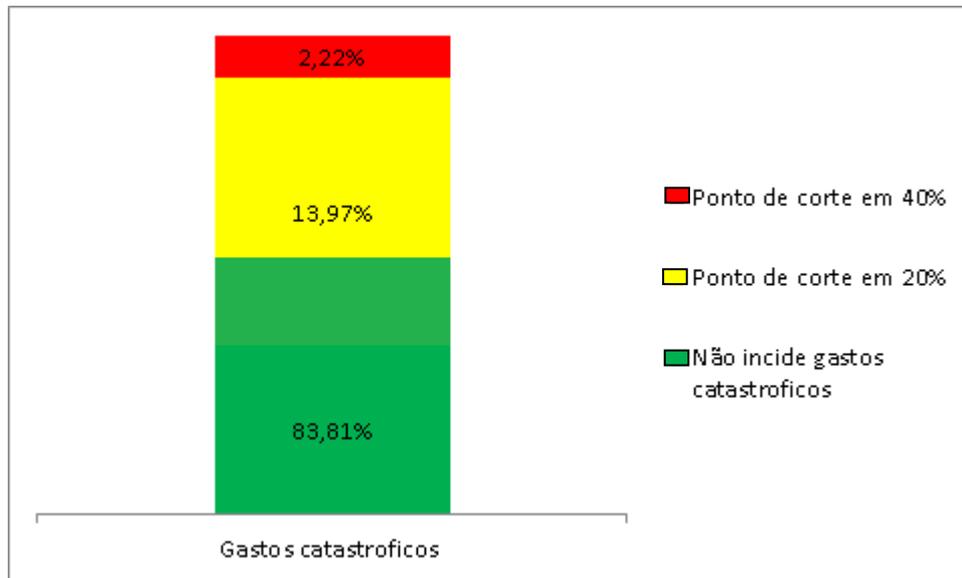
4.4. Gastos catastróficos

A análise dos dados relativos aos gastos com saúde, da população pesquisada, nos últimos três meses, indica que 2,22% dos respondentes encontram-se em situação de gasto catastrófico, no ponto de corte de 40%, ponto de corte mais crítico. Enquanto 13,97% encontram-se no ponto de corte de 20% no entanto para o último ponto de corte, não foi possível realizar o cálculo uma vez que os respondentes não se lembravam com clareza o valor gasto com alimentação.

Isso implica dizer que 16,19% dos entrevistados encontram-se em situação de gastos catastróficos, desses 2,22% em uma situação crítica, onde mais no mínimo 40% da sua renda está comprometida para pagar gastos relacionados a saúde e 13,97% em situação moderada, onde os gastos relacionados a saúde ocupam no mínimo 20% da renda da família, os outros

83,81% não encontram-se em situação de gasto catastrófico, no entanto é um valor relativamente baixo tendo em vista o sistema de saúde onde teoricamente nenhum pagamento direto deveria ser feito. Como corrobora Bos e Waters (2008).

GRAFICO 4 – GASTOS CATASTRÓFICOS



Fonte: Pesquisa Direta

Segundo a OMS, muitos pacientes estão deixando de tratar suas doenças por falta de recursos, muitas vezes optando apenas por medicamentos paliativos a fim de apaziguar a enfermidade, uma vez que faltam recursos para realmente tratar da doença. Com isso foi questionado também aos respondentes se eles nos últimos 90 dias deixaram de consumir algum bem ou serviço de saúde devido a falta de dinheiro para adquiri-los, 13,82% dos respondentes responderam “sim” para medicamentos e 11,70% para serviços. De acordo com o estudo de Santos (2015) se a família não tem acesso a medicamentos devido à falta de recursos isso significa que esses medicamentos/serviços agravam de forma drástica a economia da família.

5. CONCLUSÃO

Esse estudo teve como objetivo analisar a existência de casos de gastos catastróficos com saúde nos usuários do SUS atendidos na Unidade de Pronto Atendimento – UPA – do município de Campina Grande – PB. Como intuito de atender o objetivo da pesquisa, após segmentar por renda e escolaridade, analisou-se a composição dos gastos, do referido público, nos últimos três meses.

No tocante a variável renda foi possível observar que esta apresenta relação direta com a adesão a planos de saúde privados, ou seja, a medida que a renda familiar se eleva, tanto em valores absolutos como em valores percentuais, a adesão dos mesmos a planos de saúde privados, o que indica uma insatisfação com o sistema único de saúde.

Nos estratos de menor renda, os medicamentos foram os grandes responsáveis por uma maior parte dos gastos com saúde, dessa forma seria necessário buscar medidas a fim de reduzir os gastos das famílias com medicamentos.

Quanto aos gastos catastróficos, 13,97% dos respondentes se enquadram no ponto de corte no qual 20% da receita total da família é utilizada para pagamento de despesas relacionadas a saúde. Enquanto que 2,22% dos respondentes se adequam ao ponto de corte onde 40% da receita total das famílias é destinada as despesas com saúde vale ressaltar que não foi possível detectar o percentual de famílias que se enquadravam no ponto de corte de 10%, que correlaciona os gastos a gastos com alimentação, já que os respondentes não souberam ou não se dispuseram a repassar tal informação.

Dessa forma, pode-se concluir que existem casos de gastos catastróficos entre a população pesquisada, usuários da UPA- Campina Grande, PB, o que implica no agravamento da pobreza dessas famílias, e na ampliação da desigualdade social local. Vale destacar que a maioria dos pesquisados encontram-se na faixa de renda de 1 a 2 SM, o que torna a situação ainda mais preocupante, já que gastos catastróficos com saúde, neste segmento da população compromete a subsistência dessas famílias.

Diante do exposto, reforça-se a importância do direito universal e integral à saúde ser exigido e exercido, e a importância de maiores investimentos nas políticas públicas de saúde como base para minimizar a desigualdade social no Brasil.

ABSTRACT

In Brazil, the right to health falls within the orbit of constitutionally guaranteed social rights. However, the low investment in the public health system has promoted their precariousness

and prevented the exercise of the right to health that is inseparable from the right to life. In this context, the Brazilian citizen, especially or with low schooling and income, passes to assume health expenses, in most cases, are incompatible with their purchasing power. This study aims to analyze if there are cases of catastrophic expenses of our SUS users served at the Emergency Care Unit - UPA - in the city of Campina Grande - PB. For this, a descriptive exploratory research was carried out. For data collection, use a form, adapted from the Family Budget Survey applied by the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The data and the treatises were proposed by Bos & Waters (2008), which allowed to observe the incidence of catastrophic health expenditures relating income and schooling of the group in focus. The results indicate that, in the composition of expenditures, what most generates catastrophic expenditures in lower income families is like drug expenses, while in the higher income families, the costs of private health insurance lead to catastrophic expenses. It is concluded, therefore, that there are cases of catastrophic expenditures in the population surveyed, users of UPA- Campina Grande - PB.

Keywords: Catastrophic expenditures; Public policies; Single Health System.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C., TRAVASSOS, C., PORTO, S. & LABRA, M. E. (2000), ‘**Health sector reform in brazil: a case study of inequity**’, *International Journal of Health Services* 30(1), 129–162.

BOING, Alexandra Crispim. **Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-3 e 2008-9**. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – TESE. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013

_____. **Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 48, n. 4, p. 632-641, Aug. 2014 .

Bos, A. M.; Waters, H. R. **The impact of the public health system and private insurance on catastrophic health expenditures**. *CEPAL Review*. 2008; 95 :125-139.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988

DINIZ, B. P.; SERVO, L. M.; PIOLA, S. F.; et al. **Gasto das Famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico**. In: Silveira FG, Servo LM, Menezes, PiolaSF (org.) *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. IPEA: Brasília, 2007.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

LUIZA, V. L.; TAVARES, N. U. L.; OLIVEIRA, M. A.; ARRAIS, P. S. D; RAMOS, L. R.; DA SILVA DAL PIZZOL, L. R.; et al. **Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil**. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):15s

MENDES, Áquilas. **O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira**. *Saude soc.*, São Paulo , v. 23, n. 4, p. 1183-1197, Dec. 2014 .

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório Mundial da Saúde – O financiamento da cobertura Universal**. Genebra: OMS, 2010

_____. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque: OMS, 1946

Ribeiro J. A; Piola, S. F.; Servo, L; M. **As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil.** Divulg Saúde Debate. 2007; 37:7-20.

SAMARA, B. S.; BARROS, C. J. **Pesquisa de marketing.** 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1997. 220 p.

SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

SANTOS, I. C. M V. **A Iniquidade Do Financiamento Nas Aquisições De Medicamentos - Gastos Catastróficos E Empobrecimento.** Programa de Pós-Graduação em Economia – TESE. Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 6º. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

World Health Organization (WHO). **Global Health Expenditure Atlas.** WHO, Geneva, 2012.

XU, K; EVANS, D. B.; KAWABATA, K; ZERAMDINI, R. et al. **Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis.** Lancet. 2003; 362:111-6