

# EQÜIDADE NO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE: ESTUDO DO GASTO FAMILIAR

*EQUITY IN HEALTH CARE FINANCING: STUDY OF FAMILIAR EXPENDITURE*

Karina Ribeiro Cavalcante Tavares<sup>1</sup>, Patrícia Salles Cunha<sup>1</sup>, Elias Lobo Braga<sup>1</sup>, Thiago Ramos Grigio<sup>1</sup>, Reinaldo José Gianini<sup>3</sup>

## RESUMO

O presente estudo objetiva verificar se a proporção da renda familiar gasta em saúde é maior nas categorias de menor renda levando-se em consideração a análise de potenciais variáveis de confusão. Trata-se de um inquérito realizado em 2004, com 245 domicílios selecionados de modo a representar a população de Sorocaba. As informações referem-se às características sociais e demográficas, à soma dos rendimentos nos 30 dias e dos gastos em saúde nos 90 dias anteriores à entrevista, à existência de problemas de saúde, à utilização e avaliação de serviços de saúde e à cobertura de planos de saúde. A análise incluiu regressão linear múltipla própria para conglomerados. Verificou-se, como efeito independente que a proporção da renda familiar gasta em saúde é: maior quanto maior a escolaridade e a idade do chefe de família, assim como entre os detentores de planos de saúde; e menor quanto maior o intervalo decorrido desde a última procura por atendimento nas famílias mais numerosas e de maior renda. Confirma-se uma situação de iniquidade no financiamento da atenção à saúde mesmo quando os dados são ajustados segundo variáveis de confusão.

Descritores: equidade em saúde, políticas públicas de saúde, atenção à saúde, financiamento da saúde, sistemas de saúde, gastos em saúde.

## ABSTRACT

This study intends to verify if the proportion of familiar income expended in health is higher among lower income categories, including in analysis confounding variables. 245 households were evaluated, selected from a survey sampling which represents Sorocaba population. Questionnaires included social and demographic characteristics of inhabitants and family heads, the sum of family income in a 30-day period and the sum of health expenses in a 90-day period before interview, presence of health problems, health services utilization and evaluation, and health plans coverage. Analysis included multiple linear regressions. The proportion of family income expended in health was higher for higher categories of education and for higher family head age, and was higher for private health plan owners; was lower for higher interval between interview and the last seeking for health care, lower for bigger families and for higher income categories. The situation of inequity in financing health care is confirmed even when data are adjusted by other confounding variables.

Key-words: equity in health, health public policy, health care (public health), health financing, health systems, health expenditures.

## INTRODUÇÃO

O tema equidade em saúde é muito presente na atual agenda das políticas de saúde.<sup>1</sup> O significado de equidade não é igualdade e sim justiça.<sup>2,3</sup> De acordo com Braveman,<sup>4</sup> “equidade em saúde é definida operacionalmente como a minimização de disparidades evitáveis, no estado de saúde ou nos seus determinantes, entre os grupos de indivíduos que apresentam diferentes níveis de privilégio social. Equidade em saúde implica que a necessidade, e não o privilégio social, seja considerada nas decisões sobre a alocação de recursos para a saúde”.<sup>5</sup>

Culyer<sup>6</sup> faz distinção entre duas formas de equidade, horizontal e vertical, que são entendidas como questões distintas e complementares.<sup>7</sup> Equidade no financiamento da saúde significa que os prestadores de serviços de saúde devem receber “igual pagamento por igual serviço”, mas que os usuários devem efetuar “igual pagamento para igual disponibilidade financeira” no que diz respeito à equidade horizontal, e “diferente pagamento de acordo com diferente disponibilidade financeira” no que diz respeito à equidade vertical.<sup>8</sup> Para que isso seja viável é necessário um sistema de seguridade social que regule essas relações.

Defende-se, portanto, que a equidade no financiamento da saúde estaria representada por uma situação na qual o percentual da renda familiar gasta em saúde fosse o mesmo em diferentes grupos sociais.<sup>9,10</sup> A Constituição Federal de 1988 contém o princípio de equidade no financiamento da seguridade social (e, portanto, da saúde) em seu artigo 194, parágrafo único, item V.<sup>11</sup> Para o estudo da equidade, entretanto, deve-se levar em consideração que o estado de saúde dos indivíduos e as circunstâncias de vida que determinam sua saúde são diversos.<sup>12</sup> Devemos considerar que diferentes grupos sociais apresentam diferentes níveis de morbimortalidade. Assim, para que haja equidade no gasto em saúde, é necessário um sistema de redistribuição social de forma a compensar exposições e efeitos diferenciados.

No seu conceito ampliado, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.<sup>13</sup> Logo, existem vários fatores que afetam direta ou indiretamente o estado de saúde de um indivíduo ou de uma população.

## Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 9, n. 3, p. 8 - 15, 2007

1 - Acadêmico (a) do curso de Medicina - CCMB/PUC-SP  
2 - Professor do Depto. de Medicina - CCMB/PUC-SP - e pesquisador do LIM-39 do Depto. de Medicina Preventiva da FMUSP  
Recebido em 16/1/2007. Aceito para publicação em 29/6/2007.

Contato:

Reinaldo José Gianini

Praça Dr. José Ermírio de Moraes, 290

Jd. Vergueiro - Sorocaba/SP - CEP: 18030-095 - Caixa Postal 1570

Telefone: (15) 3212-9900 - Telefãx (15) 3212-9879

E-mail: rgianini@puccsp.br

Esses fatores podem ser agrupados em contexto sócio-econômico, ambiente físico e geográfico, estilo de vida e comportamento, condições demográficas e biológicas, além do atendimento à saúde propriamente dito.<sup>14,15</sup>

A condição sócio-econômica apresenta uma forte relação com a saúde, que tende a ser pior no grupo menos favorecido. Por exemplo, Travassos<sup>16</sup> verificou que nas variações das taxas de mortalidade, para a maioria das causas, existe um gradiente social, de modo que tendem a aumentar à medida que as condições sócio-econômicas pioram. Em outra análise realizada pela autora, tendo como base os dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição de 1989, observou que a taxa de morbidade referida no Brasil para a população urbana aumentava inversamente à renda familiar.<sup>17</sup> Porém, apesar de adoecer mais, o grupo de menor renda tende a procurar menos, e utilizar menos, os serviços de saúde.<sup>18</sup>

Essa procura por atendimento médico pode ocorrer tanto através do sistema público quanto do privado, pois no Brasil acabou se constituindo um sistema de proteção social dual, representado pelo SUS, que é gratuito e voltado para as necessidades mais básicas da população mais pobre, e pelo Sistema Suplementar, que é pago e voltado para os mais ricos. Esta dualidade torna o sistema fragmentado e impõe limites à sua ação, comprometendo sua efetividade.<sup>19</sup>

A população de baixa renda normalmente procura o SUS, o que poderia implicar na ausência de gastos. Mas devido à falta de acesso ao sistema, ou inefetividade do mesmo, 22% das pessoas entre os 10% mais pobres do país acabam gastando com a saúde, sendo esses gastos utilizados para o acesso a um serviço privado. Comparando-se os gastos feitos pela população mais rica com os gastos feitos pela população mais pobre, verificou-se que, em termos de porcentagem da renda familiar, as pessoas pobres apresentam uma despesa maior que as famílias ricas.<sup>18</sup> Este fato não é restrito ao Brasil, sendo muito crítico em alguns países.<sup>20,21</sup>

Muitos estudos têm verificado essa iniquidade e as evidências convergem para o fato de que a população de baixa renda, que apresenta maiores carências, é a que gasta em saúde maior proporção da renda.<sup>22,23,24</sup>

Realizar um diagnóstico atualizado desta situação pode contribuir no debate sobre equidade, pois pode elucidar aspectos do nível de saúde e de seus determinantes nos diferentes grupos sócio-econômicos relacionados a falhas de cobertura de nosso sistema de proteção social.

## OBJETIVOS

Verificar o porcentual gasto em saúde nas diferentes categorias de renda. Verificar se a proporção da renda familiar gasta em saúde é maior nas categorias de menor renda. Analisar a relação entre o gasto em saúde e os níveis de saúde, seus determinantes e a cobertura do sistema de saúde.

## MATERIALE MÉTODOS

Trata-se de um inquérito realizado através da aplicação de questionário por entrevistador durante visita domiciliar. As perguntas são referentes ao domicílio, à família e seus membros e trata-se de uma seleção de questões da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios (PNAD)<sup>25</sup> aplicado pelo IBGE em 1998. As perguntas foram dirigidas ao chefe de família. Os entrevistadores foram alunos de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

(PUC-SP). A técnica de amostragem utilizada foi de conglomerados. O tamanho da amostra, para testar se a porcentagem de gasto em saúde do quintil inferior de renda é significativamente maior que o da população em geral, foi calculado de acordo com os seguintes parâmetros: população do município de Sorocaba (aproximadamente 493.468 habitantes, 135.171 domicílios em 2002);<sup>26</sup> proporção esperada de gasto com saúde na população em geral = 0,133; proporção estimada de gasto com saúde nos grupos sociais pertencentes ao quintil inferior da renda *per capita* familiar = 0,19.<sup>25</sup> Adotando-se um nível de significância = 0,05, um poder de teste = 0,80, teste unicaudal, o *n* necessário para que o estudo seja representativo da população de Sorocaba nesta questão é de 244 domicílios.<sup>27</sup>

A estratégia de amostragem partiu da listagem de todos os setores censitários registrados no IBGE em Sorocaba (*n*=562),<sup>26</sup> da verificação do número de domicílios e do número de indivíduos por setor. Feito isto, e prevendo perda de informação entre 10% e 20%, foram sorteados 274 setores, de modo a garantir amostra representativa do município, e sorteado um domicílio em cada setor. Na análise levou-se em consideração o peso de cada setor no número total de habitantes do município. Em cada domicílio foram coletadas informações sobre as características sócio-demográficas dos moradores e chefes de família, a soma de todos os rendimentos dos moradores nos 30 dias anteriores à entrevista, a existência de problemas de saúde (agudos ou crônicos), a utilização e avaliação de serviços de saúde, a cobertura de planos de saúde e a soma dos gastos em saúde nos 90 dias anteriores à entrevista.

A análise estatística foi realizada com o emprego do programa Stata<sup>27</sup> versão 9.0, utilizando-se técnicas apropriadas para a amostra por conglomerados,<sup>28</sup> especificamente os comandos *svymean* para estimativa de médias e erros-padrão, *svytest* para diferença das médias, *svyprop* para distribuição das proporções e o comando *svyreg* para regressão linear simples e múltipla. De início, foram colocadas todas as variáveis pesquisadas (constantes na tabela 4) no modelo de regressão linear múltipla, e a seguir foi se descartando uma variável por vez, segundo a ordem decrescente do valor do *p*, de modo a restar no modelo final apenas aquelas com relação significativa para a proporção da renda familiar gasta em saúde.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC-SP.

## RESULTADOS

Durante o ano de 2004 foram visitados 274 domicílios, tendo sido entrevistados 245 chefes de família, pois houve 29 recusas à participação na pesquisa. Na tabela 1 descrevem-se as características principais das famílias incluídas na pesquisa e respectivos chefes. O número de pessoas na família variou de 1 a 12 indivíduos (média=3,58). O número de problemas de saúde na família variou de 0 a 10 (média=2,06). Em 61% (IC95% de 54% a 67%) dos domicílios havia algum problema de saúde, incluindo-se problemas crônicos. O tempo decorrido desde a última procura a serviços de saúde variou de um dia a dois anos (mediana=30 dias), observando-se uma elevada proporção que avaliava o último atendimento como bom (0,77). A idade dos chefes de família variou de 21 a 94 anos (média=50,42 anos), a maioria deles tem ensino fundamental, a maior parte não é natural de Sorocaba e entre eles há proporção significativa de mulheres (0,24).

Entre as famílias incluídas no estudo, 43% possuíam planos de saúde. A maior parte desses planos não exigia co-pagamento para a consulta médica, não cobria assistência odontológica nem despesas com medicamentos, mas cobria exames e internações (Tabela 2).

A renda mensal *per capita* familiar na amostra variou de R\$ 29,00 a R\$ 5.000,00, com média de R\$ 576,50 e erro-padrão de R\$ 39,90. O gasto *per capita* familiar em saúde, média mensal com base nos 90 dias anteriores à entrevista, variou de zero a R\$ 1.804,00, com média de R\$ 113,20 e erro-padrão de R\$ 12,50. A proporção da renda gasta com saúde variou de 0% a 180%, com média de 18,7% e erro-padrão de 1,5%. A tabela 3 apresenta a média e o respectivo erro-padrão da renda, do gasto e da proporção gasta com saúde segundo os quintis de renda mensal *per capita* familiar. Não se observa diferença significativa entre os quintis inferior e superior no que se refere à proporção da renda gasta em saúde ( $F=0,71$ ;  $p=0,40$ ).

Na tabela 4 pode-se observar, como resultado da análise de regressão linear simples, que a proporção da renda mensal familiar gasta com saúde é menor quanto maior o número de pessoas na família ( $b=-2,20$ ;  $p=0,001$ ) e quanto maior o tempo decorrido desde a última procura por atendimento à saúde ( $b=-0,02$ ;  $p=0,031$ ); e é maior quanto maior a idade do chefe de família ( $b=0,42$ ;  $p<0,001$ ) e quanto maior o número de problemas de saúde existentes na família

( $b=2,09$ ;  $p<0,05$ ), assim como é maior para os possuidores de planos de saúde ( $b=7,66$ ;  $p=0,014$ ). Nesta análise de regressão linear simples não se observa relação estatisticamente significativa para as outras variáveis constantes na tabela 4.

Verifica-se, ainda, na tabela 4, que como resultado da análise de regressão linear múltipla, a proporção da renda familiar mensal gasta com saúde é menor quanto maior a renda, a cada 100 reais que aumenta a renda *per capita* familiar diminui em 0,76% a proporção gasta com saúde ( $b=-0,76$ ;  $p=0,012$ ); quanto maior o número de pessoas na família ( $b=-2,03$ ;  $p=0,003$ ); e quanto maior o tempo decorrido desde a última procura por atendimento ( $b=-0,026$ ;  $p=0,019$ ). E esta proporção é maior quanto maior a idade ( $b=0,61$ ;  $p<0,001$ ) e a escolaridade do chefe de família ( $b=17,39$ ;  $p=0,009$  para ensino médio e  $b=24,22$ ;  $p=0,005$  para ensino superior) e para os possuidores de planos de saúde ( $b=7,91$ ;  $p=0,013$ ).

Na figura 1, observa-se que os detentores de planos de saúde têm mediana de proporção de gasto em saúde mais elevada (12%, sendo 9% para aqueles que não têm plano de saúde), assim como o percentil 25 (7%, sendo 3% para aqueles que não têm plano de saúde) e o percentil 75 (32%, sendo 22% para aqueles que não têm plano de saúde) mais elevados, apesar de apresentarem uma amplitude discretamente menor (0%-165%, sendo 0%-180% para aqueles que não têm plano de saúde).

Tabela 1. Características principais das famílias e respectivos chefes Sorocaba, 2004

Variável	Parâmetro	Erro-padrão	N
	<b>média</b>		
Número de pessoas na família	3,58	0,12	245
Indivíduos com problema de saúde na família	2,06	0,12	245
Idade do chefe de família (anos)	50,42	1,02	244
	<b>mediana</b>		
Última procura por serviço de saúde (dias)	30	6,99	226
	<b>proporção</b>		
Problema de saúde na família no momento? (sim)	0,61	0,03	245
Avaliação do último atendimento em saúde			
Bom	0,77	0,03	226
Regular ou ruim	0,23	0,03	
Escolaridade do chefe de família			
Analfabeto	0,04	0,01	245
Ensino fundamental	0,52	0,03	
Ensino médio	0,26	0,03	
Superior	0,18	0,03	
Naturalidade do chefe de família			
Sorocaba	0,36	0,03	245
Outro município	0,64	0,03	
Sexo do chefe de família			
Masculino	0,76	0,03	245
Feminino	0,24	0,03	

Tabela 2. Características dos planos de saúde Sorocaba, 2004

Variável	Categoria	N	Proporção	Erro-padrão
<b>Possui plano de saúde?</b>	sim	105	0,43	0,03
	não	139	0,57	0,03
<b>Plano exige co-pagamento de consulta médica?</b>	não	87	0,90	0,03
	sim	10	0,10	0,03
<b>Plano cobre assistência odontológica?</b>	sim	30	0,30	0,05
	não	68	0,70	0,05
<b>Plano cobre medicamentos?</b>	sim	9	0,10	0,03
	não	91	0,90	0,03
<b>Plano cobre exames?</b>	sim	102	0,99	0,01
	não	1	0,01	0,01
<b>Plano cobre internações?</b>	sim	99	0,97	0,02
	não	3	0,03	0,02

Tabela 3. Renda mensal *per capita* familiar, gasto *per capita* familiar em saúde e proporção da renda gasta com saúde segundo os quintis de renda. Sorocaba, 2004

Variável	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	N	Total
<b>Renda mensal <i>per capita</i> familiar (reais)*</b>						245	
média	158,1	271,1	414,8	624,4	1416,9		576,5
erro-padrão	±8,3	±4,3	±7,6	±13,2	±128,8		±39,9
<b>Gasto <i>per capita</i> familiar com saúde (reais)**</b>						242	
média	28,2	35,4	82,4	137,7	284,3		113,2
erro-padrão	±4,8	±5,7	±14,5	±24,4	±45,9		±12,5
<b>Proporção gasta com saúde (%)***</b>						242	
média	17,5	13,1	19,8	21,8	21,3		18,7
erro-padrão	±3,1	±2,3	±3,7	±4,0	±3,3		±1,5

\* nos 30 dias anteriores à entrevista

\*\* média mensal dos 90 dias anteriores à entrevista

\*\*\* (gasto/renda X 100)

Tabela 4 . Análise\*\* da relação entre a proporção da renda familiar mensal gasta com saúde e variáveis pesquisadas Sorocaba, 2004

Variável	Categoria Unidade	Regressão Linear Simples			Regressão Linear Múltipla ****		
		b****	IC 95%	P	b	IC 95%	P
Número de pessoas na família	individuo	-2,20	-3,53 a -0,87	0,001	-2,03	-3,39 a -0,69	0,003
Idade do chefe de família	anos	0,42	0,22 a 0,62	<0,001	0,61	0,38 a 0,83	<0,001
Escolaridade (categoria referência = analfabetos)***	ensino fundamental	2,80	-7,52 a 13,11	0,593	10,77	-0,63 a 22,18	0,064
	ensino médio	3,11	-7,51 a 13,72	0,565	17,39	4,36 a 30,42	0,009
	superior	7,22	-6,17 a 20,62	0,289	24,22	7,22 a 41,23	0,005
Naturalidade (categoria referência = Sorocaba)	outro município	2,45	-3,55 a 8,44	0,422			
Problema de saúde na família*	sim	1,19	-4,98 a 7,36	0,705			
Número de problemas de saúde na família		2,09	0,03 a 4,16	<0,05			
Última procura por atendimento	dias	-0,02	-0,04 a -0,002	0,031	-0,026	-0,05 a -0,004	0,019
Avaliação do último atendimento (categoria referência = bom)	regular/ruim	5,83	-3,59 a 15,32	0,223			
Plano*	sim	7,66	1,54 a 13,79	0,014	7,91	1,68 a 14,14	0,013
Cobre assistência odontológica *	sim	7,57	-5,57 a 20,70	0,256			
Cobre medicamentos*	sim	14,86	-1,89 a 31,62	0,081			
Cobre internações*	sim	12,13	-2,76 a 27,02	0,109			
Cobre exames*	sim	-4,94	-10,05 a 0,17	0,058			
Cu-pagamento de consulta médica*	sim	11,70	-5,29 a 28,69	0,175			
Sexo (categoria referência = mulheres)	masculino	-3,24	-11,17 a 4,69	0,421			
Renda mensal per capita familiar	100 reais	0,084	-0,26 a 0,43	0,633	-0,76	-1,34 a -0,17	0,012

\* categoria referência = não

\*\* n analisado = 220

\*\*\* tendência linear significativa (p<0,01)

\*\*\*\* valor em % válido para a categoria/unidade descrita

\*\*\*\*\* dados ajustados para todas as outras variáveis cujos resultados são descritos na regressão múltipla

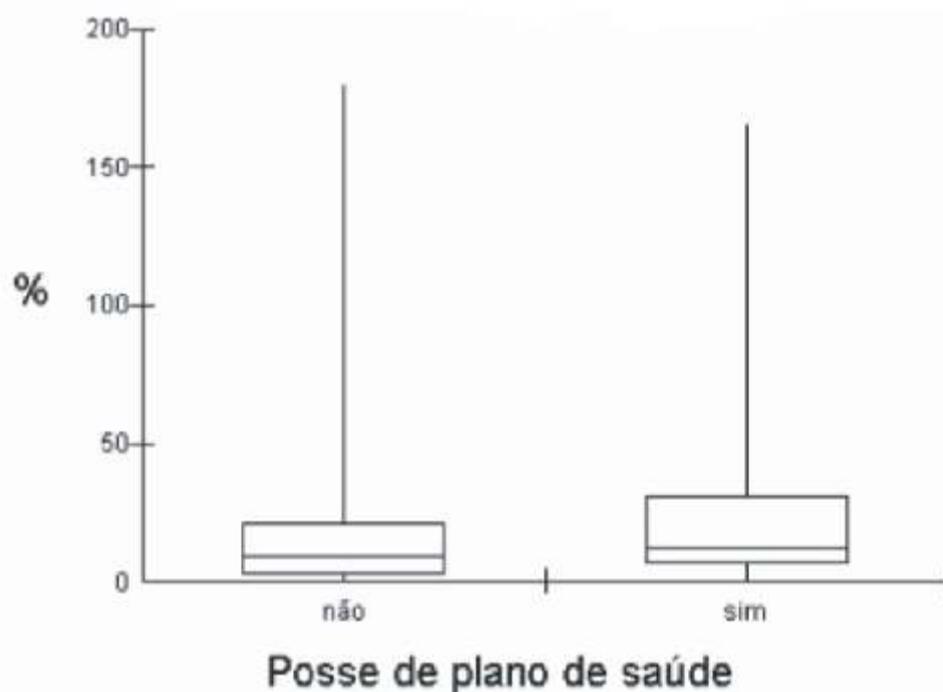


Figura 1. Renda familiar gasta em saúde e posse de plano de saúde

## DISCUSSÃO

A recusa em participar da pesquisa ficou dentro do previsto, aproximadamente 10%, e ocorreu em setores bem dispersos no município, o que nos leva a supor que isto não tenha prejudicado sobremaneira a representatividade da amostra.

O número médio de pessoas na família nesta amostra é ligeiramente maior que o descrito para a região Sudeste, 3,1.<sup>29</sup> A proporção de domicílios que refere morbidade nesta amostra é o esperado, 0,69 (IC95% de 0,66 a 0,72). O número de problemas de saúde na família é maior que o esperado, 1,06, e o grau de satisfação com os serviços de saúde é pouco menor que o encontrado na literatura.<sup>30,31</sup> O tempo decorrido desde a última procura por serviço de saúde parece estar dentro dos parâmetros, dado que a média nacional de consultas por indivíduo por ano é de 2,36. A média de idade dos chefes de família é elevada e converge para dados da literatura, que descreve proporções de aproximadamente 14% de maiores de 60 anos entre os responsáveis por domicílios no Brasil. A distribuição sexual dos chefes de família é muito próxima à esperada, 25% de mulheres.<sup>32</sup> A naturalidade dos chefes de família desta amostra apresenta proporção mais elevada de migrantes, situação distinta de outros municípios, mas a escolaridade dos chefes de família apresenta um perfil compatível com o esperado para a região Sudeste, e a mediana de renda mensal *per capita* familiar está dentro do esperado para a mesma região, entre um e dois salários mínimos.<sup>33</sup>

Com relação à variável posse de plano de saúde deve-se lembrar que foi respeitada a afirmativa do chefe de família. Assim, a elevada proporção de detentores de plano, maior que a esperada (24%),<sup>33</sup> pode significar que, mesmo após um grande esforço de exclusão, haja um resíduo de “planos promocionais de descontos”, que são estratégias comerciais que partem de determinadas empresas de outros setores que não a saúde, e são oferecidos como vantagens aos seus clientes. Apesar disso, considerados os detentores de plano nesta amostra, o perfil de cobertura é muito similar ao nacional: coberturas bem elevadas para consultas médicas, exames e internações; e bem baixas para odontologia e medicamentos.<sup>33</sup>

Quanto à proporção da renda familiar gasta em saúde observada nesta amostra (0,187), o resultado é muito próximo do esperado (0,19).<sup>25</sup>

A relação inversa entre a proporção da renda familiar gasta em saúde e o número de pessoas na família, que surge na análise de regressão linear simples e se mantém na múltipla, pode ser explicada pelo fato de que famílias mais numerosas compõem maior renda familiar e, assim, o gasto com saúde tende a se diluir no montante. Além disso, os gastos excessivos eventuais com determinados membros da família, em determinados períodos, acabam sendo compensados, na análise do grupo familiar, pela ausência de gastos naquele mesmo período com outros familiares, o que garante certa estabilidade.<sup>10</sup>

Já a relação direta entre a proporção de renda familiar gasta em saúde e a existência de problema de saúde na família, assim como com o número de problemas de saúde na família, que se revelou pouco consistente dado que surge na regressão linear simples, mas não se mantém na múltipla, pode ser explicada das seguintes formas: primeiro, a proporção de famílias com problemas de saúde nesta amostra é elevada, de modo que esta variável acaba tendo baixo poder discriminante; segundo, nem todo problema de saúde gera gastos, ou porque não há aderência à conduta prescrita ou porque se tratam de

situações satisfatoriamente cobertas pela seguridade (SUS ou suplementar); terceiro, pode existir uma significativa proporção de gastos com a manutenção da saúde e a prevenção de doenças, além de gastos continuados com planos, o que enfraquece a associação entre gasto e morbidade.

Quanto à relação direta entre a proporção da renda familiar gasta em saúde e a procura mais recente de serviço de saúde, que não ocorre somente devido à presença de morbidade,<sup>30</sup> e que surge na regressão simples e se mantém na múltipla, reforça a tese de que o gasto está mais fortemente relacionado ao contato mais estreito com os serviços de saúde e o compromisso com a saúde de modo geral que especificamente com a presença de morbidade. Neste sentido, acrescentam-se como argumentos que reforçariam esta tese a relação direta da proporção gasta com idade e escolaridade mais elevadas do chefe de família, pois é plausível que os mais idosos e mais escolarizados valorizem mais as questões relativas à saúde, seja para sua manutenção ou recuperação. No entanto, não se observa o mesmo segundo o sexo ( $p > 0,05$ ).

Quanto à relação direta entre proporção gasta e posse de plano de saúde, explica-se porque o próprio plano é uma despesa a mais, e é uma despesa fixa, havendo maior probabilidade de ser computada neste tipo de estudo, que avalia um período de 90 dias. Assim, apesar de que neste curto período os planos de saúde revelam proteção relativamente inefetiva contra maiores gastos, não se exclui a possibilidade de serem vantajosos em uma análise de longo prazo. Com base nos resultados do presente estudo, porém, duas explicações são plausíveis: os planos têm oferecido proteção aquém do desejado contra maiores proporções da renda gasta em saúde; os usuários do SUS, considerando-se níveis de morbidade equivalentes aos usuários de planos de saúde, apresentam relativamente menores proporções da renda gasta em saúde, o que pode ser um indicador de sua efetividade na função de proteção social. Os dados da figura 1 são consistentes com estas explicações. No entanto, deve-se lembrar que não foram investigados neste estudo a gravidade dos problemas de saúde referidos, nem o grau de qualidade de vida relacionada à saúde, que podem ser diferentes em níveis equivalentes de morbidade e utilização de serviços, podendo haver diferença entre usuários SUS e detentores de planos de saúde. Ainda, apesar de inconclusivos ( $p > 0,05$ ,  $\beta < 0,80$ ), os resultados também dão indícios de que entre os detentores de plano de saúde há proteção mais efetiva contra maiores gastos somente para aqueles que dispõem de cobertura integral para consulta médica e exames, mas não para aqueles que dispõem de cobertura integral para medicamentos, odontologia e internações, possivelmente porque são modalidades de planos muito caras.

No que se refere à naturalidade, os resultados são consistentes com a literatura, que não encontra gasto significativamente maior para os migrantes quando os dados são ajustados por renda, morar sozinho, raça ou outras variáveis de natureza sócio-econômica.<sup>34</sup>

Finalmente, a relação da proporção gasta em saúde com renda só se revela na análise de regressão múltipla. E isto ocorreu devido ao efeito confundimento da variável idade do chefe de família, além do efeito confundimento da variável escolaridade. Renda e escolaridade têm forte efeito confundimento uma sobre outra, pois estão fortemente correlacionadas entre si, e têm relações opostas, neste estudo, com a proporção da renda gasta em saúde. Se para a escolaridade a explicação seria maior compromisso com a saúde, para a renda a possível explicação seria a existência de certa regularidade nas faixas de preço dos

serviços oferecidos no mercado da assistência à saúde, de modo que esses preços médios comprometeriam menores proporções da renda familiar nas categorias de maior renda.

Conclui-se que, como efeito independente de outros fatores, quanto maior a renda familiar menor a proporção da renda gasta com saúde. Isto implica em dizer que, apesar de termos observado proteção efetiva do SUS quando se compara os não detentores com os detentores de planos de saúde, esta proteção se mostra insuficiente para os grupos de menor renda. Para aqueles que recorrem à assistência suplementar observou-se que, mesmo entre os detentores de planos de saúde, a proteção se mostra deficiente ou inefetiva pela frequência de planos com coberturas parciais. E esta situação acaba expondo a população a práticas abusivas do mercado de prestação de serviços de assistência à saúde, reproduzindo e mantendo uma situação de iniquidade no financiamento da atenção à saúde.

### Agradecimentos

Agradecemos ao CNPq por ter viabilizado este projeto, tendo concedido duas bolsas de iniciação científica para os alunos de medicina que dele participaram.

### Contribuição dos autores

O professor Reinaldo José Gianini foi responsável pela concepção do projeto e sua realização em todas as etapas. Os acadêmicos Patrícia Salles Cunha, Karina Ribeiro Cavalcante Tavares, Thiago Ramos Grigio e Elias Lobo Braga colaboraram na revisão bibliográfica, na coleta e análise de dados, na discussão dos resultados e redação final do estudo.

### REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. 12ª Conferência Nacional da Saúde. Conferência Sérgio Arouca: relatório final; 7 a 11 de dezembro de 2003. Brasília, DF, 2004 [acesso 05 mar 2004]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf).
- Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Serv.* 1992; 22:429-45.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. *Equity in finance and delivery of health care: an international perspective.* Oxford: Oxford University; 1993.
- Braveman P. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries. Geneve: WHO Equity Initiative; 1998. paper 3.
- Williams A. Equity in health care: the role of ideology. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. *Equity in finance and delivery of health care: an international perspective.* Oxford: Oxford University; 1993.
- Culyer AJ. Health, health expenditures, and equity. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. *Equity in finance and delivery of health care: an international perspective.* Oxford: Oxford University; 1993.
- LeGrand J. Financing health care. In: Feachem Z. *Implementing health sector reform in Central Asia.* In: Proceedings of Ashgabat Health Policy Seminar; 1996 Jun; Turkmenistan. Washington: World Bank; 1999.
- Lake S. Exploring the potential for vertical equity promotion through resource allocation and planning: a case study of Zambia. London (mimeo); 1998.
- Panamerican Health Organization. Health, social equity, and changing production patterns in Latin America and the Caribbean. Washington: PAHO; 1998.
- World Health Organization. The world health report 2000 health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
- Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Saúde na Constituição, Título VIII, Capítulo I, Seção I [acesso 05 mar 2002]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
- Bankowski Z, Bryant JH, Gallagher J. Ethics, equity and renewal of WHO's health-for-all strategy. In: Proceedings of the XXIXth CIOMS Conference. Geneve; 1997 Mar 12-14. Geneve: WHO; 1997.
- Aquino EML. Produção de Informações na busca da equidade em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002; 7:625.
- Gattini C, Sanderson C, Castillo-Salgado C. Using different indicators of preventable mortality as an approach to measuring health inequalities in Chilean municipalities. *Rev Panam Salud Publica.* 2002; 12:454-61.
- Ochoa FRR, Pardo CML, Ayzaguer LCS. Indicadores de salud y bien estar en municipios saludables. Washington: OPAS-OMS; 1994.
- Travassos C. Equidade e o SUS: uma contribuição para o debate. *Cad Saúde Publica.* 1997; 13:325-30.
- Travassos C, Fernandez C, Pérez M. Desigualdades sociais, morbidade e consumo de serviços de saúde no Brasil. *Série Estudos: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.* 1995; 4:5-26.
- Silveira FG. Os gastos das famílias com saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002; 7:719-31.
- Cohn A. Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. 2000 [acesso 10 nov 2002]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/conferencia>.
- Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R. Health insurance markets and income inequality: findings an international health policy survey. *Health Policy.* 2000; 51:67-85.
- Mastilica M. Citizen's views on health insurance in Croatia. *Croatia Med J.* 2002; 43:417-24.
- Rocha SY, Simões BJG, Guedes, GLM. Hospital assistance as an indicator of social inequality. *Rev Saúde Publica.* 1997; 31:479-87.
- Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra ME. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv.* 2000; 30:129-62.
- Collins C, Araujo J, Barbosa J. Decentralizing the health sector: issues in Brazil. *Health Policy.* 2000; 52:113-27.
- Silveira FG, Osório RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002; 7:719-31.
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Sorocaba [acesso 10 nov 2002]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
- Stata 9.0 - Statistics and Data Analysis [programa de computador]. Texas: Stata Corporation; 2005.
- Kish J, Leslie D. Survey sampling. New York: John Wiley; 1965.
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2004 [acesso 15 fev. 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
- Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Chester LGC. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39:90-9.
- Gouveia GC, Souza WV, Luna CF. Health care users' satisfaction in Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21 Suppl 1:109-18.
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Censos Demográficos [acesso 15 fev 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

33. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Indicadores Sociais. Acesso e utilização de serviços de saúde 2003 [acesso 15 fev 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
34. Beckman A, Merlo J, Lynch JW, Gerdtham UG, Lindstrom M, Lithman T. Country of birth, socioeconomic position, and healthcare expenditure: a multilevel analysis of Malmo, Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58:145-9.

**AGRADECEMOS A CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DOS DOCENTES DO CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS E BIOLÓGICAS DA PUC-SP**

Alexandre Eduardo F. Vieira	Gilberto Santos Novaes	Luiz Antônio Guimarães Brondi
Alfredo Bauer	Gladston Oliveira Machado	Luiz Antônio Rossi
Antônio A. R. Argento	Godofredo Campos Borges	Luiz Ferraz de Sampaio Neto
Antônio Matos Fontana	Hamilton Aleardo Gonella	Magali Zampieri
Antônio Rozas	Hudson Hübner França	Maria Cecília Ferro
Ayrton de Andrea Filho	Izilda das Eiras Tâmega	Maria Cristina P. Fontana
Carlos von Krakauer Hübner	Jair Salim	Maria Helena Senger
Celeste Gomez Sardinha Oshiro	João Alberto H. de Freitas	Marilda Trevisan Aidar
Celso Augusto N. Simoneti	João Edward Soranz Filho	Nelmar Tritapepe
Cibele Isaac Saad Rodrigues	João Luiz Garcia Duarte	Nelson Brancaccio dos Santos
Clodair Carlos Pinto	Joe Luiz Vieira Garcia Novo	Ronaldo D'Ávila
Clóvis Duarte Costa	José Augusto Costa	Rubem Cruz Swensson
Deborah Regina Cunha Simis	José Carlos Menegoci	Rudecinda Crespo
Diana Tannos	José Carlos Rossini Iglezias	Samuel Simis
Edie Benedito Caetano	José Eduardo Martinez	Sandro Blasi Esposito
Eduardo Álvaro Vieira	José Francisco Moron Morad	Saul Gun
Eduardo Martins Marques	José Jarjura Jorge Júnior	Sérgio Borges Bálsamo
Enio Márcio Maia Guerra	José Mauro S. Rodrigues	Sérgio dos Santos
Erezil Gomes de Freitas	José Otávio A. Gozzano	Sonia Ferrari Peron
Euclides Martins Oliveira Filho	José Roberto Maiello	Vicente Spinola Dias Neto
Fatima Ayres de Araújo	José Roberto Pretel Pereira Job	Walter Barrella
Scattolin	Júlio Boschini Filho	Walter Stefanuto
Fernando Biazzini	Kouzo Imamura	Wilson O. Campagnone