Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde*

Carlos Octavio Ocké Reis**
Fernando Gaiger Silveira***
Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi****

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. A avaliação das POFs; 3. Conclusões.

SUMMARY: 1. Introduction; 4. POF (Household Budget Survey) assessment; 3. Conclusions.

PALAVRAS-CHAVE: seguro-saúde; financiamento; saúde pública.

KEY WORDS: health insurance plans; financing; public health.

O objetivo deste artigo é avaliar a natureza do gasto das famílias com assistência médica, em especial com planos de saúde no marco do surgimento da universalização do atendimento e cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outras palavras, a partir da leitura dos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), onde se identificam as estruturas de gasto, receita e poupança das famílias, avaliamos, de forma descritiva e analítica, a magnitude e a distribuição dos gastos nos anos de 1987 e 1996. Em particular,

* Artigo recebido em mar. e aceito em jun. 2003.
** Técnico de planejamento e pesquisa no Ipea-RJ, economista e doutor em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Uerj. E-mail: octavio@ipea.gov.br.
*** Técnico de planejamento e pesquisa licenciado do Ipea, engenheiro agrônomo e doutorando em economia da Unicamp. E-mail: gaiger@ipea.gov.br.
**** Professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da UFRJ, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, médica e doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Uerj. E-mail: siliansky@nesc.ufrj.br.

enfatizamos a avaliação do gasto com "seguro-saúde e associação de assistência", isto é, com planos de saúde — dando especial atenção aos resultados encontrados para os estratos de renda inferior e intermediária.

Assessment of household expenditures with health care in Brazil: the case of the health plans

This paper analyzes the nature of household expenditures with medical care, especially with health plans — taking in account the appearance of a comprehensive coverage through the Unified Health System (SUS). In other words, based on the expense, budget and savings of the families found on the database of the Household Budget Survey (POF), the paper describes and analyzes the magnitude and the distribution of health expenditures in 1987 and 1996. Particularly, it assesses the health plans, lending special attention to the findings related to the medium and lower income levels.

1. Introdução

O objetivo deste artigo[1] é analisar o gasto das famílias com assistência à saúde no Brasil, em especial com planos de saúde, pois boa parte das pessoas é financiada ou desembolsa recursos financeiros para obter acesso aos serviços médico-hospitalares.

Interpretamos os dados das pesquisas de orçamento familiar (POFs) de 1987 e 1996, onde se identificam as estruturas de gasto, receita e poupança das famílias. Avaliamos, de forma descritiva e analítica, a magnitude e a distribuição dos gastos com assistência à saúde. Em particular, enfatizamos a avaliação do gasto com "seguro-saúde e associação de assistência", isto é, com planos de saúde — dando especial atenção aos resultados encontrados para os estratos de renda inferior e intermediária.

Nas considerações finais, avaliamos os resultados obtidos a partir dessa leitura da POF, mas não tratamos aqui do impacto das medidas regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre o nível dos gastos das famílias com planos a partir de 1998, período em que se inicia uma queda acentuada do salário médio real acompanhada do aumento do nível das taxas de desemprego da economia brasileira.

---

[1] Este artigo é uma versão ampliada e sofisticada de dois trabalhos anteriores (Reis, 1999 e 2001a).

2. A avaliação das POFs[2]

A POF de 1987 compreendeu um período de 18 meses, entre 1º de setembro de 1986 e 28 de fevereiro de 1988. No entanto, para efeito de divulgação dos dados, somente os registros coletados no período compreendido entre março de 1987 e fevereiro de 1988 foram contabilizados. A data de referência[3] foi 15 de outubro de 1987 e, nessa época, o valor nominal do salário mínimo era de Cz$2.640.

Já a POF de 1996 compreendeu um período de 12 meses, entre 1º de outubro de 1995 e 30 de setembro de 1996. A data de referência foi 15 de setembro de 1996, quando o salário mínimo apresentava um valor nominal de R$112.

As pesquisas foram realizadas nas regiões metropolitanas (RM) de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, além de Goiânia e do Distrito Federal (Brasília).

Nesta seção, avaliamos, de forma descritiva e analítica, a magnitude e a distribuição dos gastos com assistência à saúde. Em particular, enfatizamos a análise do gasto com "seguro-saúde e associação de assistência", isto é, com planos de saúde — dando especial atenção aos resultados encontrados para os estratos de renda inferior e intermediário.

A POF agrega os seguintes tipos de despesa na área da assistência à saúde:[4] remédios; seguro-saúde e associação de assistência ("planos de

---

[2] A POF conta com cinco formulários de coleta de informações: questionário de domicílios, questionário de despesa coletiva, caderneta de despesa coletiva, questionário de despesa individual e questionário de rendimento individual. São investigadas, de um lado, as características do domicílio (abastecimento de água, tipo de moradia, esgotamento sanitário, número de cômodos etc.) e das pessoas (idade, sexo, escolaridade, freqüência na escola etc.). De outro, são identificados os dispêndios realizados e os recebimentos auferidos, em diferentes períodos de referência, que variam entre sete, 30, 90 ou 180 dias. Em sentido diverso, os relatórios metodológicos da POF são subdivididos em três documentos: obtenção de informações em campo, tratamento das informações e aspectos da amostragem. Eles permitem ao pesquisador conhecer como se desenvolveram os passos da pesquisa de campo e como se calcularam os resultados (Castro & Magalhães, 1998; Barros, Mendonça & Neri, 1995).

[3] O gasto e o recebimento são coletados no decorrer de um ano. Com a finalidade de se isolar o efeito inflacionário, entretanto, esses valores são corrigidos para uma mesma data de referência.

[4] Foram apurados 106 itens de despesa (bens e serviços) com assistência à saúde nas POFs de 1987 e 1996, codificados em dois grandes grupos, a saber: despesas com produtos farmacêuticos (2.900) e despesas com serviços de assistência à saúde (4.200). Os dados foram reagrupados em cinco categorias de gasto, para fins de divulgação.

saúde");[5] tratamento dentário, consulta médica e hospitalização ("serviços médico-hospitalares"); óculos e lentes; e "outros".[6]

Para comparar o montante dos gastos com assistência à saúde entre os anos da pesquisa, utilizamos como fator de correção o índice nacional de preços ao consumidor — amplo, o INPC-A (saúde e cuidados pessoais), do IBGE. Esse é um índice que capta adequadamente a variação de preços da cesta de consumo das famílias com assistência à saúde. Além do mais, a própria atualização desse índice se dá por intermédio da POF, cujos dados propiciam a construção de novas estruturas de pesos para o cálculo final do INPC-A.

Cabe esclarecer, entretanto, que o INPC-A é baseado a partir da estrutura de consumo das famílias com renda mensal entre um e 40 salários mínimos. Como apenas cerca de 91% das famílias investigadas pela POF de 1987 encontravam-se nesse intervalo, isso poderá implicar pequenos "desvios" no cálculo da correção dos valores para o ano de 1996, principalmente no extremo do estrato superior.

Do ponto de vista estatístico, existem outros problemas quando comparamos a magnitude dos gastos das famílias, sobretudo durante o período de aplicação de planos heterodoxos, que dificultam a precisão do cálculo da inflação. O nível geral de preços se comportou de forma bastante diferente durante a realização das pesquisas. Durante a POF de 1987 persistiam altas taxas de inflação, enquanto no período da POF de 1986, se observou uma estabilidade de preços no bojo do Plano Real. Nesse quadro, é sempre problemático comparar variáveis em regimes inflacionários tão díspares. Além do mais, a "estratégia de sobrevivência" das famílias — quanto ao perfil da sua cesta de consumo — foi bastante diversa entre as pesquisas, o que acaba alterando a composição dos pesos dos produtos para efeito do cálculo do índice de preço. Finalmente, entre os anos da pesquisa, um mesmo estrato pode representar um poder de compra

---

[5] Olhando os microdados, poderíamos decompor tais despesas em "seguro-saúde", "mensalidade de clínica", "plano de saúde" e "plano odontológico". Apesar de a distinção entre plano e seguro não ter ficado clara para os entrevistados, cabe assinalar que, segundo dados da POF de 1996, 88,6% dos gastos com "seguro-saúde e associação de assistência" referem-se aos efetuados com o item plano de saúde.

[6] A despesa com "outros" na área da saúde é representada pelos seguintes produtos: 2912 — anticoncepcional e hormônio; 2935 — soro fisiológico hidratante; 2951 — material de curativo; 2952 a 2998 — produtos farmacêuticos (higiene, para curativos, de puericultura, preservativo etc.); 4202 — curandeiro e curioso; 4203 — prótese e aparelho dentário; 4207 — eletrodiagnóstico; 4208 — exame de laboratório; 4209 — radiografia; 4210 — cauterização, curativo, nebulização, vacinação e outros tratamentos ambulatoriais; 4212 — artigos ortopédicos e outros artigos médicos; 4213 — aluguel de aparelho médico; 4215 a 4222 — outros tratamentos (psicológico, massagem etc.), enfermeira, conserto de aparelhos médicos, acompanhante, raio laser e sangue humano; 4223 — fotografia relativa à cirurgia; 4229 a 4298 — oxigênio (despesa com saúde), exames ergométrico e audiométrico, lente intra-ocular e agregado de gastos com serviços de saúde.

diferente, pois o valor real do salário mínimo mudou diante da oscilação dos preços relativos. Essas restrições não devem invalidar as tendências aqui deslindadas, cabendo tão-somente sermos cautelosos na avaliação comparativa dos valores absolutos.

Para facilitar a descrição dos resultados obtidos, dividimos a avaliação da POF em oito grupos de tabelas e gráficos. A seguir, nas considerações finais, descrevemos e analisamos os principais resultados sobre o comportamento dos gastos das famílias com planos de saúde nos estratos de renda familiar inferior e intermediário.

Representatividade populacional da POF: número de famílias e de pessoas e tamanho médio das famílias, segundo estratos de renda[7]

Nas tabelas 1 e 2, apresentamos o número total de famílias e de pessoas, além do tamanho médio das famílias, segundo os estratos de renda. O tamanho médio das famílias era maior no período da POF de 1987. Isso pode ter acontecido em decorrência da queda da taxa de fecundidade no Brasil, na segunda metade da década de 1990 (Camarano & Carneiro, 1998).

Tabela 1

Número de famílias e de pessoas, tamanho médio das famílias, segundo estratos de renda — total das áreas da POF de 1987/88

Classes de recebimento familiar mensal	Número de famílias	Número de pessoas	Tamanho médio das famílias
Até 2 salários mínimos	955.865	2.750.726	2,88
Mais de 2 a 3	813.036	2.843.123	3,50
Mais de 3 a 5	1.804.161	7.239.667	4,01
Mais de 5 a 6	776.777	3.260.433	4,20
Mais de 6 a 8	1.225.607	5.225.602	4,26
Mais de 8 a 10	907.609	3.880.533	4,28
Mais de 10 a 15	1.546.770	6.636.765	4,29
Mais de 15 a 20	902.051	3.908.606	4,33
Mais de 20 a 30	890.459	3.917.276	4,40
Mais de 30	1.191.753	5.113.511	4,29
Total	11.014.088	44.776.242	4,07

Fonte: IBGE — POF de 1987/88. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.

[7] Em 1987 e 1996, a pesquisa amostral da POF abrangia, respectivamente, 13.707 mil e 16.060 mil famílias, as quais estavam distribuídas entre os 11 principais centros urbanos do país.

Tabela 2

Número de famílias e de pessoas, tamanho médio das famílias, segundo estratos de renda: total das áreas da POF de 1995/96

Classes de recebimento familiar mensal	Número de famílias	Número de pessoas	Tamanho médio das famílias
Até 2 salários mínimos	1.304.409	3.854.441	2,95
Mais de 2 a 3	1.049.940	3.538.369	3,37
Mais de 3 a 5	1.911.708	7.143.175	3,74
Mais de 5 a 6	891.959	3.344.922	3,75
Mais de 6 a 8	1.386.995	5.305.977	3,83
Mais de 8 a 10	972.249	3.829.030	3,94
Mais de 10 a 15	1.661.569	6.526.006	3,93
Mais de 15 a 20	964.128	3.822.663	3,96
Mais de 20 a 30	945.184	3.611.238	3,82
Mais de 30	1.455.928	5.406.277	3,71
Total	12.544.069	46.382.098	3,70

Fonte: IBGE — POF de 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.

Em termos percentuais, o universo populacional abrangido pela expansão da amostra da POF representou, respectivamente, em 1987 e 1996, 32,6 e 29,5% da população brasileira. Já no tocante à população urbana, esse universo representou 44,6 e 37,7% do total das pessoas.[8] Quer dizer, essa redução em torno de 15,5% da população urbana pode ter afetado os resultados encontrados, no que se refere à magnitude do gasto total, entre os anos da pesquisa.

[8] Para o ano de 1987, consideramos os dados do *Anuário estatístico do Brasil* do IBGE de 1998 (população total de 1987) e os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do IBGE de 1987 (população urbana de 1987). Para o ano de 1996, consideramos os dados populacionais da Contagem Populacional do IBGE.

Indicadores: gasto total e gasto per capita familiar

A partir das tabelas 3 e 4, observa-se que houve um ligeiro crescimento da participação dos gastos das famílias com saúde no desembolso global, passando de 5,3% em 1987 para 6,5% no ano de 1996.

Dois terços do total das famílias encontram-se nas regiões Sudeste e Sul. Como elas respondem pela maior parcela da renda nacional, os gastos totais e *per capita* com assistência à saúde apresentam os maiores valores. Pode-se dizer que os fatores demográficos e de renda são os responsáveis pelas diferenças marcantes encontradas entre o montante de gasto das RMs.

Em ambos os períodos, as RMs de São Paulo e Curitiba apresentaram destacadamente um elevado nível de gasto. Em uma posição inferior encontraram-se as RMs do Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, além de Brasília e Goiânia, embora esta última capital tenha apresentado o maior gasto *per capita* familiar em 1987. As regiões metropolitanas do Norte e Nordeste apresentaram os menores valores de gasto, mostrando que, na média, as famílias residentes nas regiões mais pobres gastaram um volume menor de recursos em saúde.

Tabela 3

Indicadores dos gastos das famílias com assistência à saúde: total das áreas da POF de 1987/88

RMs e cidades	Gasto total das famílias (Cz$ milhões)	Gasto total com saúde das famílias (Cz$ milhões)	Participação do gasto com saúde no gasto total (%)	População considerada	Gasto *per capita* familiar com saúde (Cz$ mil)
RM Belém	93.125	4.837	5,19	1.141.481	4.237
RM Fortaleza	139.450	6.402	4,59	1.978.652	3.236
RM Recife	168.173	8.526	5,07	2.610.291	3.266
RM Salvador	177.645	7.311	4,12	2.190.296	3.338
RM Belo Horizonte	289.765	16.004	5,52	3.282.337	4.876
RM Rio de Janeiro	1.017.008	52.043	5,12	10.601.308	4.909
RM São Paulo	1.933.937	104.977	5,43	15.692.195	6.690
RM Curitiba	218.810	13.109	5,99	1.946.863	6.734
RM Porto Alegre	299.062	17.762	5,94	2.735.307	6.494
Goiânia	118.872	7.587	6,38	947.615	8.006
Brasília	221.149	9.994	4,52	1.649.897	6.057
Total	4.676.996	248.552	5,31	44.776.242	5.551

Fonte: IBGE — POF de 1987/88. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.

Tabela 4

Indicadores dos gastos das famílias com assistência à saúde: total das áreas da POF de 1995/96

RMs e cidades	Gasto total das famílias (R$ milhões)	Gasto total com saúde das famílias (R$ milhões)	Participação do gasto com saúde no gasto total (%)	População considerada	Gasto *per capita* familiar com saúde (R$)
RM Belém	2.858	189	6,61	943.252	200,3
RM Fortaleza	6.320	327	5,18	2.509.336	130,4
RM Recife	7.928	590	7,45	2.906.428	203,1
RM Salvador	7.660	500	6,53	2.596.523	192,6
RM Belo Horizonte	17.131	1.082	6,32	3.551.538	304,5
RM Rio de Janeiro	40.850	2.784	6,81	10.049.806	276,8
RM São Paulo	85.980	5.645	6,57	15.867.789	355,6
RM Curitiba	11.772	788	6,69	2.212.329	355,7
RM Porto Alegre	15.947	940	5,90	3.074.324	306,1
Goiânia	4.158	289	6,95	991.425	291,5
Brasília	9.416	526	5,59	1.679.348	313,6
Total	210.019	13.660	6,50	46.382.098	294,5

Fonte: IBGE — POF de 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.

Comparando o gasto *per capita* familiar entre as pesquisas na tabela 5, nota-se que em todas as RMs houve uma diminuição do montante de gastos em termos reais. Para o total das áreas, temos que o gasto *per capita* das famílias foi reduzido em torno de 30% — de R$428,50 para R$294,50.

Tabela 5

Gasto *per capita* familiar com assistência à saúde — total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96 (R$ de set. 1996)

RMs e cidades	1987/88	1995/96
RM Belém	327,1	200,3
RM Fortaleza	249,8	130,4
RM Recife	252,1	203,1
RM Salvador	257,7	192,6

continua

RMs e cidades	1987/88	1995/96
RM Belo Horizonte	376,4	304,5
RM Rio de Janeiro	379,0	276,8
RM São Paulo	516,5	355,6
RM Curitiba	519,9	355,7
RM Porto Alegre	501,3	306,1
Goiânia	618,1	291,5
Brasília	467,6	313,6
Total	428,5	294,5

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.
Fator de correção — INPC-A/IBGE (saúde e cuidados pessoais).

Nesse quadro, o comportamento do gasto total das famílias com assistência à saúde é marcado por um aparente paradoxo. Verificou-se uma diminuição do gasto em termos reais, apesar da elevação percentual do gasto no total dos dispêndios.

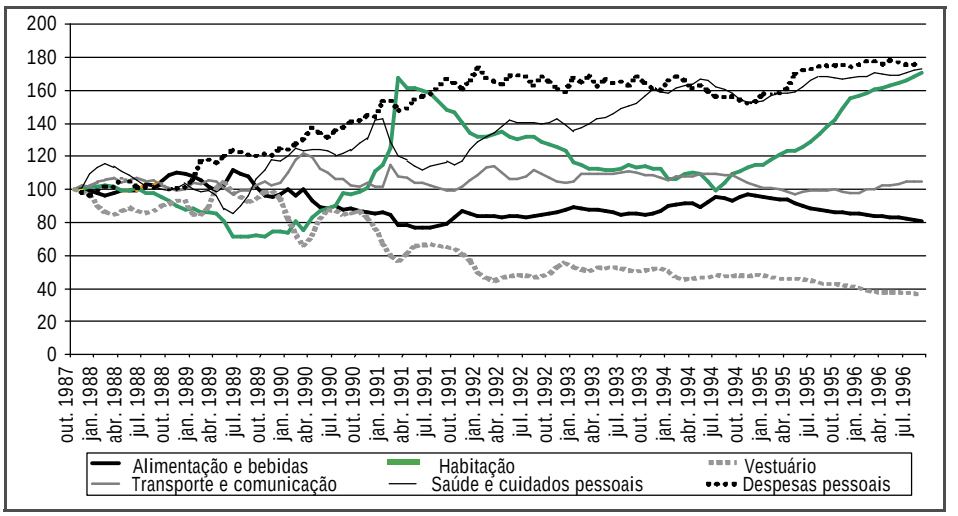
À primeira vista, como mostra a figura 1, isso pode ter decorrido de taxas de inflação diferenciadas segundo o tipo de despesa, em que se destacou a evolução acentuada de preços na área da saúde. Em outras palavras, a despeito de as famílias terem realizado um dispêndio menor com assistência à saúde, como a inflação setorial foi maior do que a taxa média da inflação, a participação percentual dos gastos com saúde pode ter sido maior dentro do orçamento familiar. Associado a isso, tudo mostra que o nível de poupança das famílias foi maior em 1996 e, dessa forma, houve uma redução do estoque da renda disponível ao consumo, como nos ensinam Castro e Magalhães (1998): "(...) houve significativo aumento na participação dos gastos com ativos — um indicador da variação patrimonial das famílias, notadamente em termos de aquisição de veículos".

Gasto médio mensal familiar, segundo tipos de despesa

Na figura 2, identificamos o percentual do gasto médio familiar mensal, segundo tipos de despesa. Em termos relativos, as despesas com alimentos e vestuário foram reduzidas em 1996, em boa parte devido à estabilidade monetária e à abertura comercial vigentes durante o Plano Real. Igualmente, houve um aumento relativo das despesas com assistência à saúde, educação e, principalmente, habitação. Cabe observar ainda o aumento da "poupança" das famílias, verificado no crescimento dos ativos e na diminuição dos passivos, como notam Castro e Magalhães (1998).

Figura 1

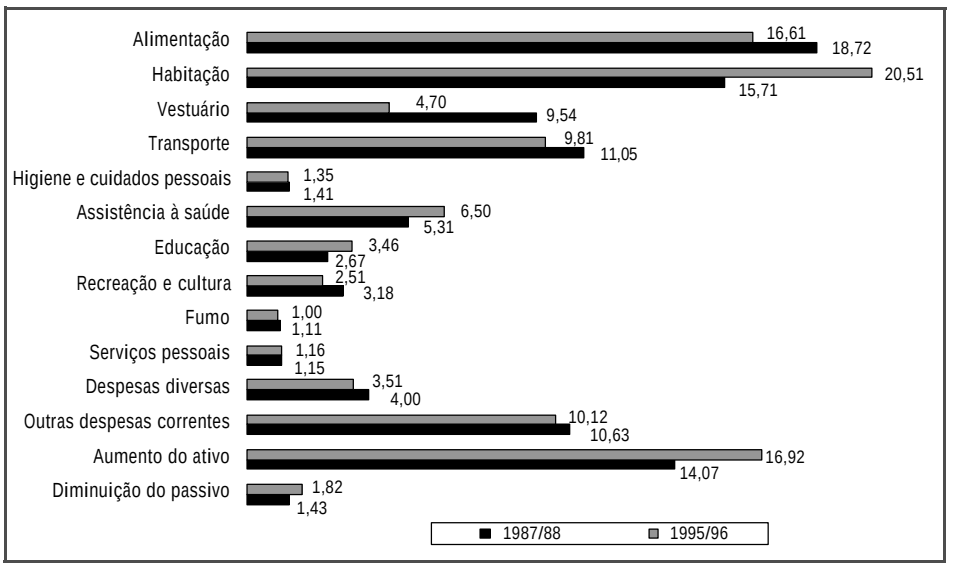
Evolução dos índices de preços dos grupos de despesa da POF em relação ao INPC-A: out. 1987 a set. 1996 (R$ de set. 1996)



Fonte: Silveira et al. (2002).

Figura 2

Percentual do gasto médio familiar mensal, segundo tipos de despesa: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96 (%)



Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96.

Houve, em termos percentuais, uma mudança na estrutura do gasto das famílias. Além do aumento do estoque de poupança, os gastos com habitação passaram a representar o principal tipo de despesa, ao invés das despesas com alimentação. Além do mais, as despesas com assistência à saúde passaram a representar, relativamente, a quarta fonte de despesa no *ranking* do orçamento familiar, ficando somente atrás dos gastos com alimentação, habitação e transporte.

A avaliação da tabela 6 nos permite constatar que houve uma alteração da estrutura de gasto das famílias, a partir de um "efeito-preço" e de um "efeito-renda". O efeito-preço se observa quando existem taxas de inflação diferenciadas entre os diversos tipos de despesa (Silveira et al., 2002). O efeito-renda se observa quando os diferenciais de renda implicam padrões diversos de consumo, segundo tipos de despesa.

Tabela 6

Percentual do gasto médio familiar mensal, segundo estratos de renda selecionados e tipos de despesa: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96

Tipos de despesa	Classes de recebimento familiar mensal											
	Até 2 salários mínimos			Mais de 5 a 6 salários mínimos			Mais de 10 a 15 salários mínimos			Mais de 30 salários mínimos		
	1987	1996	Variação percentual	1987	1996	Variação percentual	1987	1996	Variação percentual	1987	1996	Variação percentual
Alimentação	40,2	32,8	-18,4	32,1	26,1	-18,7	23,4	18,9	-19,2	11,0	10,3	-6,4
Habitação	19,7	25,6	29,9	18,3	24,8	35,5	17,1	22,7	32,7	14,5	17,8	22,8
Vestuário	7,8	5,27	-32,4	10,3	5,8	-43,7	11,4	5,7	-50	8,3	3,8	-54,2
Outras despesas	32,3	36,3	-12,4	39,3	43,3	10,2	48,1	52,7	9,6	66,2	68,1	2,9
Total	100	100	–	100	100	–	100	100	–	100	100	–

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.

Ademais, quando comparamos os resultados das POFs de 1987 e 1996, notamos uma queda significativa da participação percentual das despesas com alimentos em todas as classes de rendimento, salvo no estrato superior a 30 salários mínimos.

Em sentido inverso, as despesas com habitação apresentaram incrementos significativos em todos os estratos de renda. Tais despesas variaram entre 23 e 35%, mas não cresceram uniformemente, segundo o nível da renda *per capita* familiar. Na verdade, os estratos intermediários apresentaram uma progressividade maior.

Verifica-se ainda uma queda percentual nas despesas com vestuário, que se acentuou à medida que o nível de renda familiar *per capita* aumentava: a queda foi de 33% para aquelas famílias com renda de até dois salários mínimos, enquanto se observou uma queda de 54% no estrato com mais de 30 salários mínimos.

O gasto médio familiar mensal, segundo assistência à saúde

Na tabela 7, como já dissemos, o percentual do gasto mensal das famílias com assistência à saúde variou de 5,3 a 6,5% entre as pesquisas. Apesar dessa pequena participação no total das despesas, isso representou um crescimento de 22,4% no conjunto das áreas, em que pese, como veremos a seguir, ao crescimento dos gastos com planos de saúde e a implantação do SUS em 1988.

Tabela 7

Percentual do gasto médio familiar mensal, assistência à saúde, segundo estratos de renda: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96

Classes de recebimento familiar mensal	1987	1996	Variação
Até 2 salários mínimos	6,3	9,6	52,2
Mais de 2 a 3	5,5	7,3	33,8
Mais de 3 a 5	5,2	6,7	27,6
Mais de 5 a 6	4,6	6,5	41,9
Mais de 6 a 8	5,1	6,6	29,6
Mais de 8 a 10	5,7	7,0	24,2
Mais de 10 a 15	5,4	6,8	27,6
Mais de 15 a 20	5,8	7,6	30,2
Mais de 20 a 30	5,7	6,8	18,2
Mais de 30	5,0	5,8	15,1
Total	5,3	6,5	22,4

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.

Chamou igualmente a atenção a variação, em termos percentuais, dos gastos com assistência à saúde nos estratos de renda familiar até dois e entre cinco e seis salários mínimos: 52,2 e 41,9%. Por sua vez, não se observou um aumento significativo da participação percentual dos gastos das famílias com renda superior a 30 salários mínimos.

Na tabela 8, a análise do percentual do gasto mensal com assistência à saúde ficou prejudicada, devido à magnitude da participação percentual e do número de itens de gasto que compõem a rubrica "outros". Vale assinalar que as famílias com renda até dois salários mínimos gastaram quase 70% com remédios em 1987, caindo para 50% na POF de 1996. Desse modo, o consumo de medicamentos foi responsável por uma grande parcela dos gastos com assistência à saúde do estrato inferior de renda e, também, do estrato entre cinco e seis mínimos.[9]

Tabela 8

Distribuição percentual do gasto médio familiar mensal, assistência à saúde, segundo estratos de renda selecionados e tipos de despesa: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96

	Até 2 salários mínimos		5 a 6 salários mínimos		Mais de 30 salários mínimos	
Tipos de despesa	1987	1996	1987	1996	1987	1996
Remédios	67,6	50,4	54,1	49,2	19,9	17,5
Planos de saúde	2,4	10,8	6,4	23,3	17,6	32,0
Serviços médico-hospitalares	14,4	10,0	16,9	12,0	28,4	28,1
Óculos e lentes	5,7	1,3	7,1	1,5	5,2	2,9
Outros*	9,8	27,5	15,5	14,0	28,8	19,5
Total	6,3	9,6	4,6	6,5	5,0	5,8

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.
*Incluem-se alguns remédios.

[9] Esse montante de redução é duvidoso, porque determinados gastos com remédios não puderam ser discriminados, segundo os códigos de despesa da POF. Na verdade, eles foram contabilizados na rubrica "outros". Essa rubrica apresentou um crescimento bastante significativo, e uma parcela desse aumento se deveu aos gastos codificados no agregado dos produtos farmacêuticos. Desse modo, não sabemos ao certo se houve uma redução percentual, tampouco qual foi a sua magnitude. A rigor, os gastos contabilizados na rubrica "outros" se distribuem, na média, da seguinte forma: 2/3 são produtos farmacêuticos (compra de remédios não discriminada, exames e material de curativo) e 1/3 são serviços médicos (profissionais de saúde). Finalmente, nota-se que a concentração dos gastos com "outros" em medicamentos é mais evidente nos estratos inferiores de renda (Silveira et al., 2001).

Em ambos os períodos, a diferença da magnitude dos gastos relativos com remédios entre os estratos de renda inferior e superior se deve a um duplo efeito: por um lado, ao diferencial da renda absoluta entre os estratos, que acaba permitindo que o peso do consumo de remédios impacte regressivamente sobre o orçamento das famílias; por outro, a maior incidência de doenças crônicas sobre a população de baixa renda, como pode ser verificado na tabela 9, exige dela, freqüentemente, o uso continuado de remédios (Vianna et al., 2001:143-5).

Tabela 9

Brasil: percentual de doentes crônicos, segundo nível de renda *per capita* domiciliar e idade (1998)*

	Limites de renda (R$)										
Idade	Até 37,75	> 37,75 a 75,5	> 75,5 a 151	> 151 a 302	> 302 a 453	> 453 a 679,5	> 679,5 a 906	> 906 a 1.208	> 1.208 a 1.812	> 1.812 a 40.500	Brasil
Até 1	6,7	8,0	8,9	6,9	5,3	7,6	5,1	2,4	1,6	4,9	7,5
1 a 4	9,0	10,5	10,6	10,7	12,4	9,9	6,2	10,3	7,3	8,2	10,2
5 a 9	6,9	8,9	10,0	10,0	10,0	9,4	11,7	9,2	9,6	10,1	9,0
10 a 14	7,8	8,4	9,7	10,2	8,4	11,6	10,8	5,4	13,0	11,3	9,1
15 a 19	13,2	13,8	14,8	13,9	14,0	12,9	13,2	14,1	16,6	10,5	14,0
20 a 24	23,5	21,8	20,6	19,3	19,3	17,7	17,3	15,5	21,5	15,1	20,3
25 a 29	32,8	30,2	27,0	25,6	24,5	21,4	22,4	23,4	19,5	21,5	26,8
30 a 34	41,5	39,1	33,8	31,0	29,3	27,5	29,0	25,8	22,8	30,0	33,5
35 a 39	50,9	46,5	42,7	37,2	33,5	33,7	34,0	26,9	32,6	28,5	40,4
40 a 44	57,8	53,0	53,2	46,7	44,8	41,1	41,8	38,5	33,3	40,0	48,9
45 a 49	65,5	62,0	61,1	55,6	54,0	51,5	46,0	46,3	44,7	41,1	56,9
50 a 54	70,4	69,5	67,5	63,7	61,5	59,4	57,8	52,3	53,0	46,4	64,0
55 a 59	76,4	75,9	75,7	71,3	67,0	64,0	64,0	59,1	58,1	61,1	71,3
Acima de 60	78,6	81,0	82,0	79,0	76,2	76,7	75,2	70,5	71,9	66,4	78,9

Fonte: Pnad de 1998. Elaboração: Disoc/Ipea.
*Excluindo a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Igualmente, o crescimento da participação percentual dos gastos com planos de saúde foi acentuado em todos os estratos de renda. No estrato até dois salários, embora tais gastos tenham alcançado aproximadamente 11% do total com assistência à saúde em 1996, o valor *per capita* foi baixo, como mostra a tabela 10.

Tabela 10

Gasto anual familiar *per capita*, assistência à saúde, segundo estratos de renda selecionados e tipos de despesa: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96 (R$ de set. 1996)

	Até 2 salários mínimos		5 a 6 salários mínimos		Mais de 30 salários mínimos	
Tipos de despesa	1987	1996	1987	1996	1987	1996
Remédios	74,6	48,1	87,6	65,2	274,0	162,1
Plano de saúde	2,6	10,4	10,4	30,8	242,9	296,4
Serviços médico-hospitalares	15,8	9,6	27,4	16,0	391,3	260,1
Óculos e lentes	6,4	1,1	11,5	2,0	71,3	27,3
Outros*	10,6	26,3	25,1	18,6	396,9	180,4
Total	110,3	95,4	161,9	132,5	1.376,4	926,3

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.
Fator de correção: INPC-A/IBGE (saúde e cuidados pessoais).
* Incluem-se alguns remédios.

Na avaliação dos gastos relativos com serviços médico-hospitalares, observa-se uma participação de 28% do estrato superior em ambas as pesquisas. Como no ano de 1996 houve um aumento percentual dos gastos com planos do estrato superior, supomos que tais famílias estavam, parcialmente, sendo cobertas pelos planos. Em relação aos estratos inferior e intermediário de renda, poder-se-ia imaginar que a utilização do SUS tenha sido possivelmente a responsável pela diminuição do desembolso direto, como sugere trabalho desenvolvido por Reis (2001b).

A redução sistemática da participação dos gastos com óculos e lentes em todos os estratos parece sinalizar dois fenômenos distintos: nos estratos inferiores, esse tipo de consumo teria se tornado proibitivo, em virtude das restrições de renda. Para as camadas superiores de renda, os novos procedimentos cirúrgicos oftalmológicos — que estimulam o abandono de lentes e óculos — poderiam ter levado a essa redução.

Nesse quadro, em termos relativos, podemos evidenciar que a composição dos tipos de despesa com assistência à saúde, segundo os estratos de renda, demonstra claramente a existência de diferentes perfis de gasto. Para aquelas famílias de menor renda, as despesas com remédios respondem pela maior parcela, refletindo o caráter regressivo de tais gastos. Para aquelas localizadas no topo da distribuição, a cesta de consumo em assistência à saúde é mais diversificada, predominando a demanda por planos de saúde e por serviços médico-hospitalares no ano de 1996.

O gasto médio per capita familiar com assistência à saúde

Da ótica da remuneração dos fatores de produção, segundo Castro e Magalhães (1998), "a renda *per capita* para o total das famílias dos grandes centros urbanos evoluiu 4,7% (entretanto), a despesa mensal média familiar *per capita* decresceu cerca de 3,5% e situou-se em torno de 3,25 salários mínimos em 1996".

Seguindo essa tendência de redução, o gasto médio mensal familiar *per capita* com assistência à saúde caiu 31,3% no total das áreas entre 1987 e 1996. Isso representou uma redução de R$134 *per capita* (tabela 11).

Tabela 11

Gasto anual familiar *per capita*, assistência à saúde, segundo estratos de renda: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96 (R$ de set. 1996)

Classes de recebimento familiar mensal	1987	1996	Variação percentual
Até 2 salários mínimos	110,3	95,4	-13,5
Mais de 2 a 3	127,3	94,8	-25,5
Mais de 3 a 5	150,4	105,7	-29,7
Mais de 5 a 6	161,9	132,5	-18,1
Mais de 6 a 8	221,6	163,3	-26,3
Mais de 8 a 10	290,3	203,4	-29,9
Mais de 10 a 15	357,8	266,4	-25,5
Mais de 15 a 20	560,8	400,4	-28,6
Mais de 20 a 30	770,8	508,6	-34,0
Mais de 30	1.376,4	926,3	-32,7
Total	428,1	294,3	-31,3

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.
Fator de correção: INPC-A/IBGE (saúde e cuidados pessoais).

No estrato inferior, observou-se uma queda de 13,5% em termos reais. Na faixa que abrange as famílias com mais de seis a oito salários mínimos, a queda foi um pouco maior, em torno de 26,3%. E, curiosamente, a maior redução se localizou nas faixas de maior renda, em especial aquelas que receberam mais de 20 a 30 salários, alcançando 34%.

No estrato até dois salários, todos os itens de despesa diminuíram, com exceção dos planos de saúde e o item "outros" (que inclui remédios), entre os anos da pesquisa. Vale dizer, os gastos não comprometidos com remédios foram absolutamente residuais nesse estrato inferior de renda (tabela 10).

Esse quadro se reproduziu, em um valor *per capita* mais elevado, na classe intermediária de renda: o peso dos gastos com remédios foi igualmente significativo, e, embora o gasto *per capita* com planos de saúde não tenha sido tão expressivo, ele cresceu visivelmente em 1996.

O gasto *per capita* do estrato de renda superior foi de R$1.376,40 em 1987, caindo para R$926,30 em 1996. A despesa com planos de saúde se elevou para R$296,40 no último ano da pesquisa, e foi maior do que os gastos com remédios e com serviços médico-hospitalares.

Para efeito de ilustração, cotejamos os resultados das avaliações da tabela 8 e da tabela 10, enfatizando a avaliação do gasto com planos de saúde, principalmente dos estratos de renda inferior e intermediário:

- o gasto médio *per capita* mensal com assistência à saúde foi de R$9 no estrato inferior de renda em 1996. Os dispêndios com remédios pesaram relativamente mais, devido à baixa renda e à maior incidência de doenças crônicas. Em sentido inverso, as despesas relativas com remédios incidiram menos sobre as famílias de 30 salários, embora, em termos absolutos, seu montante tenha sido três vezes e meia superior ao gasto efetuado pelas famílias de baixa renda;

- o gasto *per capita* com planos de saúde e com serviços médico-hospitalares foi pouco expressivo nas camadas inferiores de renda. Em particular, os desembolsos diretos podem ter decrescido devido ao uso dos serviços do SUS;

- a despesa *per capita* mensal do estrato inferior com planos de saúde foi de R$0,87, a despeito de a sua participação percentual ter triplicado na POF de 1996. Em 1996, as famílias de cinco a seis salários apresentaram um gasto mensal *per capita* com planos no valor de R$2,57. Esse baixo valor *per capita* dos estratos inferior e intermediário impede qualquer especulação acerca de um eventual consumo em larga escala. Para o mesmo ano, o gasto médio mensal com planos de saúde das famílias do estrato superior atingiu R$25, e isso representou quase 1/3 do total de gastos; e

- a redução de R$131,20 *per capita* do estrato de renda superior com serviços médico-hospitalares seguiu, em alguma medida, a redução do gasto *per capita* médio com assistência à saúde, entre os anos da POF (tabela 10). Para o topo da distribuição, então, essa redução dos desembolsos diretos com assistência à saúde poderia estar revelando que a intermediação do financiamento da compra de serviços médicos pelos planos de saúde e, em menor

medida, o próprio SUS podem ter garantido o acesso de boa parte dos serviços de saúde de tais famílias.

De um ângulo regional, as RMs da região Sul apresentaram o maior gasto *per capita* com assistência à saúde no estrato superior: respectivamente, R$1.800 e R$1.010 em 1987 e 1996 (tabela 12). As regiões Norte e Nordeste apresentaram o menor desembolso *per capita*. Em relação ao estrato de renda intermediário, em termos reais, o gasto anual *per capita* das famílias das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste convergiu para o patamar de R$140 em 1996. No estrato até dois salários, a região Centro-Oeste exibiu o maior nível de gasto *per capita* na POF de 1987, em torno de R$161. Por sua vez, a região Sudeste foi a única que registrou um leve crescimento do gasto *per capita* entre os anos da pesquisa. Isso pode ter sido favorecido pela associação positiva entre a capacidade de oferta de prestadores médico-hospitalares[10] e o aumento das despesas em saúde das famílias (a oferta induzindo a demanda ao consumo dos serviços).

Tabela 12

Gasto anual familiar *per capita* com assistência à saúde, segundo estratos de renda selecionados e regiões: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96 (R$ de set. 1996)

	Até 2 salários mínimos		5 a 6 salários mínimos		Mais de 30 salários mínimos	
Regiões	1987	1996	1987	1996	1987	1996
Norte	105,5	53,6	150,3	108,2	1.131,7	796,8
Nordeste	58,4	37,7	111,1	97,7	1.079,2	881,0
Sudeste	130,6	144,8	173,5	140,6	1.379,8	931,2
Sul	145,9	138,9	157,6	140,7	1.799,9	1.009,0
Centro-Oeste	161,1	80,4	170,0	141,6	1.362,9	826,6
Total	110,3	95,4	161,9	132,5	1.376,4	926,3

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.
Fator de correção: INPC-A/IBGE (saúde e cuidados pessoais).

[10] Sobre a distribuição desigual do número de médicos por mil habitantes, segundo as regiões do Brasil, ver Vianna et al. (2001:57).

Desse modo, pode-se dizer que a capacidade de gasto com assistência à saúde por região seguiu o padrão desigual da distribuição regional da renda no Brasil, sabidamente concentrada nas regiões Sudeste e Sul. Cabe ainda lembrar que os dados para a região Centro-Oeste estão superestimados, pois foram tabulados a partir de Goiânia e Distrito Federal (Brasília).

O gasto total com assistência à saúde

Do ponto de vista do gasto total das famílias com assistência à saúde, assistimos a uma redução do volume de recursos entre os anos de pesquisa da POF (tabela 13). Em 1987, o gasto total correspondia a R$19,2 bilhões, mas esse valor decresceu quase 30%, alcançando R$13,7 bilhões no ano de 1996.

Tabela 13

Gasto total anual, assistência à saúde, segundo estratos de renda: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96 (R$ milhões de set. 1996)

Classes de recebimento familiar mensal	1987 (R$)	1996 (R$)	Variação percentual
Até 2 salários mínimos	303,7	368,6	21,4
Mais de 2 a 3	362,3	335,4	-0,7
Mais de 3 a 5	1.088,0	755,4	-30,6
Mais de 5 a 6	528,2	443,3	-16,1
Mais de 6 a 8	1.157,0	867,6	-30,7
Mais de 8 a 10	1.127,5	781,2	-26,7
Mais de 10 a 15	2.374,3	1.739,9	-30,2
Mais de 15 a 20	2.190,2	1.528,8	-30,1
Mais de 20 a 30	3.020,0	1.836,2	-39,2
Mais de 30	7.037,0	5.003,6	-28,9
Total	19.192,4	13.660,5	-28,8

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.
Fator de correção: INPC-A/IBGE (saúde e cuidados pessoais).

Vale dizer, o aumento do gasto total observado no estrato inferior da renda foi fruto do aumento do número de observações da amostra. Em 1996, houve um aumento considerável do tamanho da população contabilizada nesse estrato, como pode ser evidenciado nas tabelas 1 e 2. Caso se eliminasse esse efeito, poder-se-ia afirmar que, no estrato até dois salários, a evolução do gasto total seguiu o comportamento do gasto *per capita* — no sentido da sua redução — entre os anos das pesquisas da POF.

O estrato de renda de 20 a 30 salários mínimos apresentou a maior diminuição, de aproximadamente 40%. No estrato situado entre cinco e seis salários, observou-se a menor redução dentro do conjunto das classes de recebimento, em torno de 16%. Parece que as famílias de mais alta renda, por um lado, socializaram seus gastos por meio da intermediação do acesso pelos planos de saúde.

Na tabela 14, pode-se evidenciar que, com exceção dos planos de saúde, a redução do gasto total com assistência à saúde se deu em todos os itens de gastos. A despesa total com remédios foi reduzida de R$6,2 bilhões para R$4 bilhões. Isso, provavelmente, se deveu a um aumento de preços, na média, mais do que proporcional ao aumento da renda das famílias, o que fez diminuir a demanda por remédios no período. Além do mais, houve o fim dos incentivos fiscais para compra de remédios no ano de 1992, o que poderia, na mesma linha, ter contribuído para a redução da demanda.

Tabela 14

Gasto total anual com assistência à saúde, segundo tipos de despesa: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96 (R$ bilhões de set. 1996)

Tipos de despesa	1987 (R$)	1996 (R$)	Variação percentual
Remédios	6,2	4,0	-35,5
Planos de saúde	2,3	4,0	74,0
Serviços médico-hospitalares	5,2	2,9	-44,0
Óculos e lentes	1,0	0,4	-60,0
Outros*	4,5	2,5	-44,4
Total	19,2	13,7	-28,8

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.
Fator de correção: INPC-A/IBGE (saúde e cuidados pessoais).
* Incluem-se alguns remédios.

Apesar dessa redução, após ter crescido 74% entre os anos da pesquisa, o volume do desembolso com planos de saúde se igualou ao montante do gasto com remédios em 1996, quando atingiram a magnitude de R$4 bilhões.

Paralelamente, a drástica redução do gasto total com serviços médico-hospitalares poderia estar refletindo, em uma dimensão agregada, o mesmo fenômeno observado quando analisamos o gasto *per capita*: os planos de saúde e, em menor parte, o SUS viabilizaram o provimento de boa parte dos serviços de saúde das famílias dos estratos de renda superiores.

Ao avaliar a despesa total entre as regiões da Federação na tabela 15, percebemos uma tendência de queda em todas elas. Apesar da queda de R$13,4 bilhões para R$9,5 bilhões entre 1987 e 1996, destacou-se a alta concentração de gastos presentes na região Sudeste, em torno de 70% do volume total. A região Norte apresentou, contudo, a menor redução em termos reais, sobre uma base de dispêndios muito pequena, enquanto na região Nordeste a redução foi menor do que nas regiões mais ricas do país.

Tabela 15

Gasto total anual com assistência à saúde, segundo regiões: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96 (R$ bilhões de set. 1996)

Regiões	1987 (R$)	1996 (R$)	Variação percentual
Norte	0,4	0,2	-50,0
Nordeste	1,7	1,4	-17,0
Sudeste	13,4	9,5	-29,0
Sul	2,4	1,7	-42,9
Centro-Oeste	1,4	0,8	-28,6
Total	19,2	13,7	-28,8

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.
Fator de correção: INPC-A/IBGE (saúde e cuidados pessoais).

O gasto total com planos de saúde

Como meio de financiamento, os planos de saúde viabilizaram a compra parcial de bens e serviços de saúde das famílias e, dessa maneira, o volume dos desembolsos diretos foi reduzido entre os anos da pesquisa.

Em particular, esse processo se deu mediante o co-financiamento das empresas (a co-participação no custeio) e do Estado (a renúncia de arrecadação fiscal), onde tais mecanismos acabam assumindo o papel de patrocinar o consumo dos planos (Andreazzi, 1998; Almeida, 1998).

Houve um crescimento expressivo dos gastos com planos, de 74%. Na POF de 1987, tais gastos alcançaram R$2,3 bilhões, chegando a R$4 bilhões em 1996. Esses valores corresponderam a, respectivamente, 12 e 30% do gasto das famílias com assistência à saúde.

Tabela 16

Gasto total anual com planos de saúde, segundo estratos de renda: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96 (R$ milhões de set. 1996)

Classes de recebimento familiar mensal	1987 (R$)	1996 (R$)	Variação percentual
Até 2 salários mínimos	7,1	40,1	464,8
Mais de 2 a 3	9,0	44,3	392,2
Mais de 3 a 5	40,1	101,2	152,4
Mais de 5 a 6	33,8	103,2	205,3
Mais de 6 a 8	67,0	188,1	180,7
Mais de 8 a 10	87,4	238,2	172,5
Mais de 10 a 15	222,1	510,6	129,9
Mais de 15 a 20	267,4	527,9	97,4
Mais de 20 a 30	312,6	610,0	95,1
Mais de 30	1.242,0	1.601,2	29,9
Total	2.285,5	3.964,9	74,0

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.
Fator de correção: INPC-A/IBGE (saúde e cuidados pessoais).

A variação percentual mais acentuada entre as pesquisas ocorreu nos estratos de renda inferior e intermediário entre os anos da pesquisa, apesar do baixo valor do gasto *per capita* desses estratos com planos de saúde (tabela 16). Desse modo, a partir da observação dos resultados apresentados na tabela 17, não se pode desconhecer que:

- a participação percentual dos gastos com planos dos estratos até 10 salários cresceu de 11 para 18% no total;

- isso equivale a dizer que o volume de recursos destinado ao consumo de planos aumentou de R$244 milhões para R$715 milhões nessas faixas de renda; e
- houve, então, um incremento de R$471 milhões em 1996, o que representou quase 1/3 do montante de variação do gasto com planos de saúde no total das áreas, que foi de R$1,7 bilhão, entre os anos da pesquisa.

Mas se o pólo dinâmico desse mercado se concentra nos estratos superiores de renda, devemos averiguar por que a variação dos gastos dos estratos superiores foi pouco expressiva (tabela 17), ainda que levemos em conta o possível expurgo da magnitude do gasto em 1996, devido àquela correção monetária limitada pela amostra do INPC-A, mencionada no início desta seção.[11]

Tabela 17

Participação percentual do gasto total com planos de saúde, segundo estratos de renda: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96 (R$ milhões de set. 1996)

Classes de recebimento familiar mensal	1987 (R$)	Participação percentual	1996 (R$)	Participação percentual
Até 2 salários mínimos	7,1	0,3	40,1	1,0
Mais de 2 a 3	9,0	0,4	44,3	1,1
Mais de 3 a 5	40,1	1,8	101,2	2,5
Mais de 5 a 6	33,8	1,5	103,2	2,6
Mais de 6 a 8	67,0	2,9	188,1	4,7
Mais de 8 a 10	87,4	3,8	238,2	6,0
Mais de 10 a 15	222,1	9,7	510,6	12,9
Mais de 15 a 20	267,4	11,7	527,9	13,3
Mais de 20 a 30	312,6	13,7	610,0	15,4
Mais de 30	1.242,0	54,3	1.601,2	40,4
Total	2.285,5	100,0	3.964,9	100,0

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.
Fator de correção: INPC-A/IBGE (saúde e cuidados pessoais).

[11] Elaboramos, a seguir, a tabela 18, apenas com a intenção de verificar se a magnitude do consumo de planos de saúde foi mesmo alavancada pelos estratos intermediários de renda na POF de 1996. Isso permite expurgar os possíveis efeitos colaterais da correção monetária realizada por meio do INPC-A dos valores monetários apresentados na tabela 17, entre os anos da pesquisa.

À primeira vista, o Plano Real criou condições para expansão de um mercado consumidor localizado nos estratos intermediários e inferiores de renda a partir da drástica redução do imposto inflacionário. É admissível imaginar que estamos nos referindo aos planos individuais de segunda e terceira linhas — para adotar o jargão do mercado — dada a elevação do número de assalariados sem registro (carteira assinada) no ano de 1996, como nos alerta Singer (1998:58). Desse modo, um pequeno aumento do poder aquisitivo somado à elevação do emprego informal pode ter contribuído para uma ligeira expansão do mercado de planos individuais de saúde.

De outro lado, tudo indica que o fim do imposto inflacionário obrigou as grandes operadoras a reduzir significativamente o montante de recursos aplicado no *floating*,[12] o que, sabidamente, teve um impacto negativo sobre o faturamento. Isso acabou forçando-as a adotar uma estratégia de competição que buscasse incorporar os setores de baixa renda em suas carteiras, por meio da expansão dos planos individuais, em geral mais baratos e de menor qualidade.

Nessa linha, formulamos a seguinte hipótese: como a adoção do Plano Real promoveu uma leve redistribuição de renda (Barros et al., 2000:4-5), isso contribuiu, temporariamente, para a dilatação do mercado de planos de saúde, senão de todo, também assentada no crescimento do consumo das camadas de renda intermediária superior e, em menor grau, das faixas de renda inferiores (tabela 18). Por isso, durante esse período, essa ampliação de certa forma contribuiu para a dinâmica capitalista do mercado de planos.

Não obstante, o vigor dessa hipótese deve ser qualificado, sobretudo no que se refere às faixas até cinco salários mínimos. Segundo Silveira e outros (2001:18-9), "as estimativas, considerando as diferenças entre os três estratos de renda (até cinco, entre cinco e 10 e mais de 10 salários mínimos), mostraram que as famílias com renda de até cinco salários mínimos *per capita* respondem menos aos aumentos de renda no caso dos gastos com assistência à saúde. Isto se deve, provavelmente, à maior utilização dos serviços públicos de saúde por parte dessas famílias, quando comparada com a utilização das famílias de maior renda. Além disso, em grande parte das estimativas, os coeficientes estimados para os estratos de menor renda mostraram-se estatisticamente nulos, confirmando que essas famílias apresentam respostas ainda menos sensíveis em relação aos gastos com saúde, em função de variações na sua renda".

---

[12] Faltam dados empíricos mais explícitos para fundamentar essa tese. No entanto, as declarações de empresários de planos de saúde, fartamente documentadas em jornais, foram tão marcantes nesse sentido que nos parece plausível dar credibilidade a essa idéia. De outra parte, os compêndios de macroeconomia são convincentes no tratamento teórico do que se convencionou chamar de transferências inflacionárias (Simonsen & Cysne, 1989:136-58): em períodos de inflação elevada no Brasil, a aplicação de recursos financeiros decorrentes de débitos a pagar garantia resultados operacionais líquidos adicionais por intermédio do *floating* bancário sob a forma de lucros financeiros.

Em se tratando de um serviço essencial para população, o quadro descrito revela que as famílias até cinco salários mínimos se encontravam, provavelmente, no seu limite orçamentário no que diz respeito ao volume dos gastos destinados aos planos de saúde, sob pena de retrair o consumo de outros itens importantes da cesta básica. Ademais, mesmo considerando o volume do gasto agregado dos estratos até cinco salários no valor de R$200 milhões (abrangendo quase 5% do mercado de planos de saúde, conforme a tabela 17) — dado uma elasticidade-renda da demanda quase nula e um gasto *per capita* residual —, supõe-se que o aparecimento de um mercado assentado nos setores de baixa renda se originou, forçosamente, na "estratégia de sobrevivência" dessas famílias, no contexto das contradições do financiamento do SUS no que se refere ao alcance do preceito constitucional da universalidade e integralidade.

Tabela 18

Composição percentual do gasto total com planos de saúde, segundo estrato de renda: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96 (valores correntes)

Classes de recebimento familiar mensal	1987	1996	Variação percentual
Até 2 salários mínimos	0,4	1,0	0,6
Mais de 2 a 3	0,5	1,3	0,8
Mais de 3 a 5	1,1	1,6	0,6
Mais de 5 a 6	2,1	3,6	1,5
Mais de 6 a 8	2,6	4,2	1,6
Mais de 8 a 10	4,7	7,6	2,9
Mais de 10 a 15	6,9	9,5	2,6
Mais de 15 a 20	14,3	17,0	2,7
Mais de 20 a 30	17,0	20,0	3,1
Mais de 30	50,4	34,1	(16,2)
Total	100	100	–

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.

Essa estratégia foi motivada, entre outros, por dois aspectos que nos parece importante sublinhar: a necessidade de se tentar assegurar um duplo acesso, no caso de o SUS não prover determinados serviços de saúde ou, quan-

do sim, de qualidade inferior; e a presença de "informação assimétrica" em relação à natureza e à qualidade da oferta dos serviços públicos, que alimenta a expectativa, nem sempre correta, de que o SUS não funciona. Na verdade, o que acontece sistematicamente é que tal funcionamento conta com mecanismos de racionamento (as filas), principalmente nas RMs e nos centros hospitalares de referência regional e nacional.

Já de um ponto de vista ideológico, essas famílias dos estratos inferior e intermediário acreditam estar mais "seguras" e acabam atribuindo para si um certo *status* social quando compram tais planos (Farias, 2001:413-5). Mas, em muitos casos, existe uma falsa sensação de segurança, pois o acesso aos serviços não está de fato assegurado: seja devido às restrições de cobertura impostas pelos planos de segunda linha, seja porque, ao representar pesados encargos financeiros, isso levaria em pouco tempo o consumidor a uma situação de inadimplência.

Mutatis mutandi, essa situação se estendeu também às classes intermediárias dos estratos que ganhavam até 10 salários mínimos e, em menor grau às faixas de renda mais elevadas — dependendo do número de beneficiários e de idosos dentro do grupo familiar, ou ainda, dependendo do tipo de procedimento médico-hospitalar em questão. Porém, de qualquer forma, independentemente do nível de renda *per capita* familiar, quando tratamos do financiamento da assistência médica, é sempre problemático delimitar a fronteira socioeconômica das famílias que estão dentro ou fora daquela estratégia de sobrevivência: dada a presença de incertezas no tocante ao adoecer e de dúvidas quanto à eficácia da intervenção médica (Phelps, 1997:5-6), bem como a probabilidade da existência de custos catastróficos (Musgrove (1996:9-14), pode-se afirmar que apenas o consumo dos capitalistas — utilizando o aparato conceitual kaleckiano (Miglioli, 1982:257-267) — estaria rigorosamente de fora da referida estratégia.

Indicadores: distribuição do gasto total das famílias

A construção de indicadores do gasto com assistência à saúde é problemática a partir da POF, seja por questões amostrais ou econômicas.

Os dados da POF estão circunscritos às RMs do país, isto é, aos grandes centros industriais e urbanos do Brasil. Desse modo, cidades de tamanho médio e mesmo de grande porte, além das áreas rurais, não pertencem à amostra da pesquisa. Quais as implicações diretas dessa exclusão, quando construímos indicadores para avaliar a situação da assistência médica do Brasil? Ora, naturalmente, os resultados advindos da POF aparecem subestimados, embora isso não signifique que eles sejam inconsistentes. Pelo contrário, em um contexto em que existem poucas pesquisas sociais empíricas, a POF cumpre um papel significa-

tivo, principalmente quando se pretende analisar o padrão de consumo das famílias brasileiras no tocante à assistência à saúde.

Como vimos, houve uma queda da representatividade populacional da POF em 1996. Em termos percentuais, o universo populacional abrangido pela expansão da amostra da POF representou, respectivamente, 32,6 e 29,5% da população brasileira, em 1987 e 1996. Já no tocante à população urbana, esse universo representou 44,6 e 37,7% do total das pessoas em 1987 e 1996. Vale dizer, essa redução em torno de 15,5% da população urbana pode ter afetado os resultados encontrados, no que se refere à magnitude do gasto total, entre os anos da pesquisa.

Além do mais, como já observamos, quando se comparam variáveis em regimes inflacionários tão díspares, como aqueles vigentes no período de coleta dos dados da POF em 1987 e 1996, o uso de deflatores poderia ter distorcido a análise e, por isso mesmo, o tratamento e a interpretação desses dados exige cautela.

Nesse quadro, tendo clareza das limitações mencionadas, pode-se dizer que os resultados encontrados na tabela 19 seguem a tendência de redução do gasto médio *per capita* familiar e do gasto total com assistência à saúde: ao comparar o desembolso total com assistência à saúde como proporção do PIB verificou-se que tais gastos equivaliam a 2,24% do PIB em 1987, mas apenas 1,61% no ano de 1996.

Tabela 19

Percentual do gasto total com assistência à saúde como proporção do PIB: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96 (R$ milhões)

	1987/88	1995/96
Gasto total com assistência à saúde	248.552	13.660
PIB corrente*	11.104.906	753.820
%	2,24	1,61

Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração dos próprios autores.
Obs.: PIB é o conjunto de todos os bens e serviços resultantes da atividade produtiva do país.
* O valor do PIB de 1996 é uma estimativa produzida pelo Ipea.

À primeira vista, esse resultado seria avaliado positivamente, pois está baseado em evidências, as quais sugerem que os planos de saúde, o SUS e a renúncia de arrecadação fiscal socializaram — ainda que favorecendo mais os estratos de alta renda — os gastos das famílias com assistência à saúde.

Mas, segundo Marmor e outros (1994), se olharmos as experiências dos países-membros da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE), perceberemos que maiores taxas dos níveis de educação e de renda, freqüentemente, implicam maiores despesas pública e privada com assistência à saúde, embora isto não tenha sido acompanhado pelo financiamento de programas voltados à melhoria dos determinantes da saúde.

Em todo caso, para se produzir um julgamento definitivo sobre esse resultado que aponta para redução dos gastos com assistência médica em relação ao PIB, dever-se-ia responder de que modo tal redução foi um indicativo de progresso social, em outras palavras, de que modo isso representou menores custos e a melhoria das condições de saúde da população brasileira — o que não foi possível desenvolver aqui.

Tabela 20

Indicadores da distribuição do gasto com assistência à saúde: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96

Indicadores	1987	1996
Gasto médio *per capita* familiar	428,1	294,3
Participação no gasto total		
50–* (%)	15,2	15,9
10 +** (%)	38,2	37,7
Razão do gasto médio *per capita* familiar 10 + /50–	11,8	11,9

Fonte: IBGE — POFs de 1987/8 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.
* Refere-se aos 50% com menores recebimentos *per capita* familiares.
** Refere-se aos 10% com maiores recebimentos *per capita* familiares.

De outra parte, para destacar o alto grau de desigualdade do volume dos gastos com assistência à saúde entre os estratos de renda inferiores e superiores, utilizamos o usual recorte da população por décimos de renda familiar *per capita*. Na tabela 20, apresentamos alguns indicadores que mensuram o grau de concentração presente na distribuição dos gastos com assistência à saúde, segundo os décimos de renda. Os principais resultados encontrados foram os seguintes:

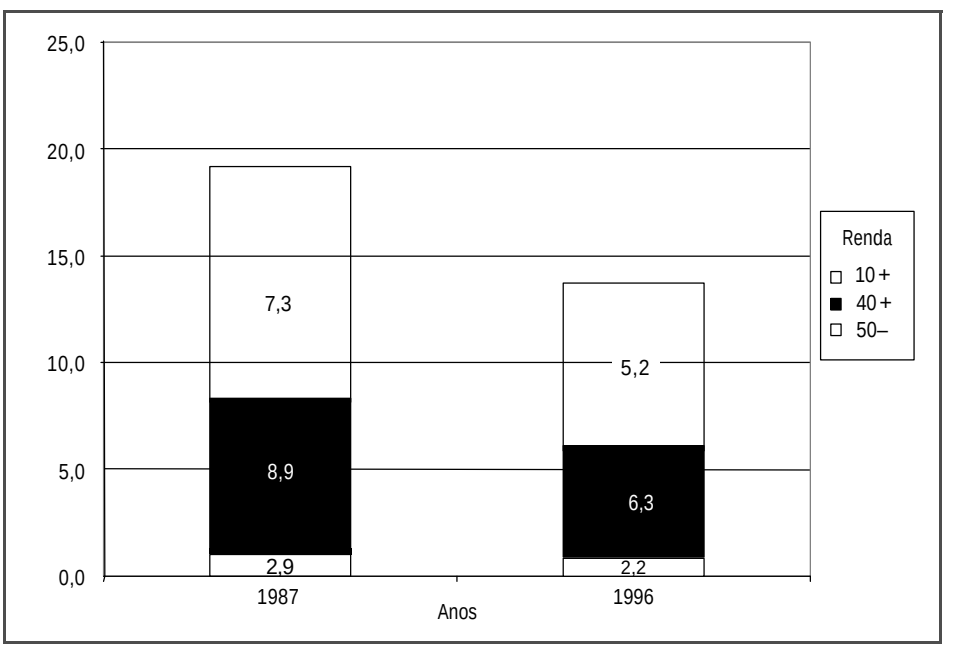
- o grau da concentração dos gastos não se altera entre os anos da pesquisa, dada a pequena variação percentual da participação dos 10+ e dos 50–;

- os 50% mais pobres responderam por somente 15,2 e 15,9% dos gastos em 1987 e 1986, respectivamente, enquanto os 10% de maior renda da população abarcaram 38,2 e 37,7% do total; e
- o gasto médio *per capita* familiar dos 10% de maior renda foi 11,8 e 11,9 vezes maior do que aquele apresentado pelos 50% de menor renda em 1987 e 1996, respectivamente.

Na figura 3, observa-se também a distribuição de gastos em relação ao gasto total absoluto, segundo os décimos de renda: os 10+ gastaram a maior parcela do total de gastos, embora a magnitude do gasto tenha diminuído de R$7,3 bilhões para R$5,2 bilhões, entre 1987 e 1996. Os 40+ (intermediários) gastaram o total de R$8,9 bilhões, caindo para R$6,3 bilhões em 1996. E, por último, os 50– apresentaram um montante de gasto bem inferior em relação aos demais grupos, e, seguindo a tendência de queda, caiu de R$2,9 bilhões para R$2,2 bilhões.

Figura 3

Gasto total com assistência à saúde, segundo décimos de renda: total das áreas das POFs de 1987/88 e 1995/96 (R$ bilhões de set. 1996)



Fonte: IBGE — POFs de 1987/88 e 1995/96. Elaboração: Disoc e Diset/Ipea.
Fator de correção: INPC-A/IBGE (saúde e cuidados pessoais).

3. Conclusões

Descrição dos principais resultados da POF

A POF é uma pesquisa social empírica, cuja expansão da amostra se restringiu às grandes RMs do Brasil, abrangendo aproximadamente 1/3 da população. Em 1996, entretanto, o número de pessoas e famílias foi maior, em especial nos estratos inferiores. Essa população urbana estava concentrada principalmente na região Sudeste.

A comparação dos gastos com assistência à saúde entre os anos da POF apresentou problemas de ordem econômica, demográfica e metodológica (a distorção causada pelo item de gasto "outros"). Dando um tratamento adequado a tais restrições, pôde-se constatar que a avaliação do comportamento dos gastos foi marcada por um aparente paradoxo: verificou-se uma diminuição do gasto com assistência à saúde em termos reais, apesar da elevação percentual desse gasto no total dos dispêndios das famílias.

Além do "efeito-preço", isto é, da inflação setorial ter sido maior do que a taxa média da inflação, o estudo realizado por Castro e Magalhães (1998) defendeu igualmente a tese de que isso se deveu à quitação de dívidas e aquisição de ativos (aumento da participação do pagamento de prestação de imóvel e crescimento dos gastos com compra de veículos). Em última instância, houve um incentivo à poupança das famílias no ano de 1996 — o que permite dar sentido econômico aos resultados encontrados e, sobretudo, desmitificar aquele "paradoxo".

Em termos percentuais, o peso do gasto com assistência à saúde no orçamento domiciliar dos estratos inferior e intermediário selecionados cresceu 50% entre as POFs de 1987 e 1996. Além do mais, no ano de 1996 o peso relativo dos gastos com remédios foi maior no estrato inferior — revelando uma regressividade dos desembolsos com medicamentos —, enquanto o peso dos gastos com planos de saúde foi maior no estrato superior.

Na média, o gasto *per capita* das famílias com assistência à saúde foi reduzido em torno de 30%, de R$428,50 para R$294,50. Quer dizer, houve uma redução *per capita* de R$134, apesar de essa redução ter sido desigualmente distribuída entre os estratos de renda. Destacou-se a redução de 34%, em termos reais, do estrato de 30 salários ou mais.

Ademais, foi observado que a capacidade de gasto com assistência à saúde por unidade da Federação seguiu o padrão desigual da distribuição regional da renda no Brasil, sabidamente concentrada nas regiões Sudeste e Sul. Juntas, essas regiões concentraram 75% da população encontrada na POF, o que permite inferir que a renda *per capita* e os gastos privados das famílias com assistência à saúde se associam positivamente.

Para o topo da distribuição, a redução dos *desembolsos diretos* com assistência à saúde revelou que a intermediação financeira dos planos de saúde e, em menor parte, o próprio SUS garantiram o financiamento de boa parte dos serviços de saúde para as famílias de estratos de renda mais altos. Vale lembrar que tais famílias também contaram com incentivos fiscais no tocante ao consumo dos planos à pessoa física e jurídica.

O gasto médio *per capita* com planos de saúde das famílias do estrato de renda até dois salários mínimos foi significativo, mas isso não impossibilitou a "criação" de um mercado para os consumidores de baixa renda, em particular no ano de 1996, após a adoção do Plano Real. Afinal de contas, como constatamos, os gastos com assistência à saúde dos 50% mais pobres alcançaram o valor de R$2,2 bilhões nesse ano.

No entanto, seria aconselhável levar em consideração a discrepância entre renda e gasto, uma vez que o que conta efetivamente são os desembolsos e não os recebimentos. Castro e Magalhães (1998:10) alertam sobre esse déficit orçamentário das famílias com rendimentos até seis salários mínimos, que, em média, gastavam mais do que recebiam. Da ótica dos gastos com assistência à saúde dos estratos inferiores da renda, fica notória, então, a compulsoriedade de tais gastos, sabendo-se que a assistência médica é por lei um direito social da população.

No que se refere à evolução dos gastos totais com assistência à saúde, poder-se-ia afirmar que:

- houve uma redução do desembolso total entre os anos da pesquisa, seguindo a redução do gasto *per capita*;
- as maiores reduções ocorreram nos estratos situados no topo da distribuição da renda;
- os gastos estavam concentrados principalmente na região Sudeste; e
- ocorreu um aumento expressivo do gasto total com planos de saúde simultaneamente à redução das despesas com medicamentos e serviços médico-hospitalares. Esse aumento foi de 74% e o valor do gasto alcançou R$4 bilhões em 1996, o que representou 30% do total com assistência à saúde.

Os gastos com assistência médica em relação ao PIB caíram de 2,24 para 1,66%, entre os anos de pesquisa da POF. Acreditamos que essa redução tenha ocorrido devido à possibilidade de socialização dos gastos com assistência à saúde das famílias, seja por meio dos planos de saúde, do SUS ou ainda dos incentivos fiscais. Para não falar da redução da demanda devido ao aumento dos preços dos medicamentos e dos serviços médico-hospitalares.

Vale dizer, essa socialização se deu mais abertamente em favor dos estratos de renda posicionados no topo da distribuição. Agregado a isso, evidenciou-se um alto grau de concentração da distribuição das despesas com assistência à saúde, onde o gasto médio *per capita* familiar dos 10% com maior renda foi 11,8 e 11,9 vezes maior do que aquele apresentado pelos 50% mais pobres, em 1987 e 1996, respectivamente.

Análise dos principais resultados da avaliação da POF

Apesar da comparação das despesas com assistência à saúde ter apresentado problemas de ordem econômica, demográfica e metodológica, construímos hipóteses explicativas para procurar compreender o comportamento descrito antes dos gastos com assistência à saúde e, em especial, dos gastos dos estratos intermediários e inferiores com planos de saúde.

Inicialmente, cabe destacar que o aumento percentual do peso desses gastos no orçamento das famílias e a simultânea redução dos gastos absolutos entre os anos da pesquisa estão refletindo o aumento da poupança das famílias em 1996. Dessa forma, teria havido uma redução do estoque da renda disponível ao consumo nesse último ano.

Abstraindo a desigualdade entre os estratos de renda, supõe-se que o crescimento elevado dos preços dos produtos farmacêuticos e dos serviços médico-hospitalares provocou a queda global dos gastos com assistência à saúde. Teria havido, assim, um aumento acentuado — mais do que proporcional à renda *per capita* das famílias — dos preços dos medicamentos e dos serviços médico-assistenciais, seguido de uma redução da demanda, em particular, do desembolso direto para compra desses produtos.

Paralelamente, some-se o fato de que os bens e serviços produzidos na área da saúde criam necessidades que têm sido postas e repostas na história contemporânea, a despeito do sistema médico, criado para proteger a saúde, terminar muitas vezes provocando doenças, como nos ensina Illich (Nogueira, 1998). Enfim, isso acabou contribuindo para que os planos de saúde se constituíssem em uma alternativa de financiamento, em contrapartida à compra direta (desembolso direto). As famílias acabaram, assim, por um lado reduzindo seus gastos com remédios e serviços médico-hospitalares e, por outro, aumentando seus gastos com os planos de saúde.

Poder-se-ia afirmar que dois outros fatores contribuíram para a redução do montante de gastos com planos de saúde das famílias: a renúncia de arrecadação fiscal sancionada pelo governo federal, dirigida às pessoas físicas e jurídicas; e os gastos das firmas empregadoras, que passam a recolher menos para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e para o Fundo de Ga-

rantia do Tempo de Serviço (FGTS), pois os planos de saúde funcionam como salário indireto.

Ao lado dessa dinâmica do mercado, tendo em vista o surgimento do SUS em 1988, a análise deve, na medida do possível, levar em consideração o lado da oferta pública dos serviços de saúde.

Pode-se dizer que o acesso universal possivelmente afetou o padrão de consumo de bens e serviços das famílias, principalmente dos estratos inferior e intermediário, mas, também, em alguma medida, das famílias do topo da distribuição — vide a institucionalização do ressarcimento ao SUS realizado pelas operadoras, quando do uso de seus serviços pela clientela dos planos.

Se ainda estamos longe de atingir algo parecido com as experiências clássicas do *welfare State* no atual estágio do SUS, onde foi possível liberar renda domiciliar ao consumo de massa e à poupança das famílias (Oliveira, 1988), ao menos supomos que:

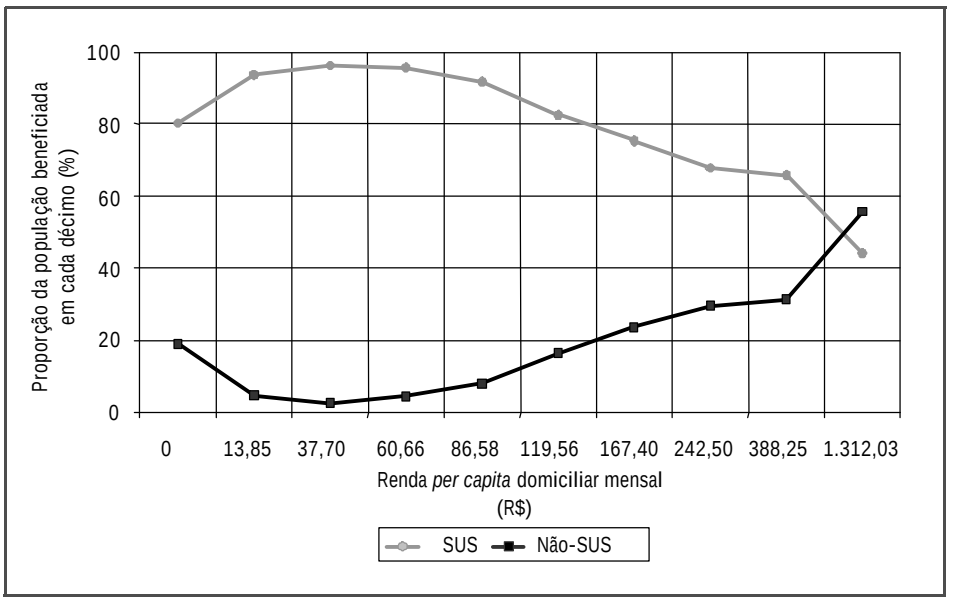
- houve uma redução do gasto potencial das famílias dos estratos de renda inferior e intermediário. Embora persistam iniqüidades de acesso, caso não houvesse o acesso universal garantido pelo SUS, os gastos das famílias de baixa renda teriam sido mais elevados na POF de 1996; e
- a vocação inexorável do SUS para ser um sistema exclusivamente para os pobres como debatida em Faveret Filho e Oliveira (1990:275) não foi ainda evidenciada, nem em escala tampouco em escopo.

E, além do mais, advertimos que qualquer análise a partir dos dados da POF não nos permite elaborar inferências conclusivas em relação ao SUS. Medici (1998:4), por exemplo, observando apenas a evolução dos gastos relativos com assistência à saúde, revelou que o SUS não corrigiu o sentido regressivo dos gastos com saúde das famílias devido aos efeitos regressivos da gratuidade universal do SUS, previsível em função de análises clássicas econômicas acerca dos determinantes das desigualdades em saúde. No entanto, ao restringir sua análise aos gastos relativos, o autor curiosamente não pôde perceber que as despesas totais e *per capita* para o total das áreas da POF rigorosamente diminuíram.

Em paralelo, como veremos a seguir, os dados da Pesquisa de Padrão de Vida (PPV) de 1996 atestam que essa assertiva de Medici carece igualmente de fundamentação empírica. A figura 4 mostra as características do acesso das pessoas que têm problemas crônicos e utilizaram os serviços de saúde. Em outras palavras, mostra qual foi o subsistema utilizado, SUS ou não-SUS, e em que proporção eles foram utilizados, segundo o nível de renda das pessoas.

Figura 4

Grau de utilização do sistema de saúde, SUS e não-SUS, por doentes crônicos, segundo renda *per capita* domiciliar mensal (PPV de 1996)



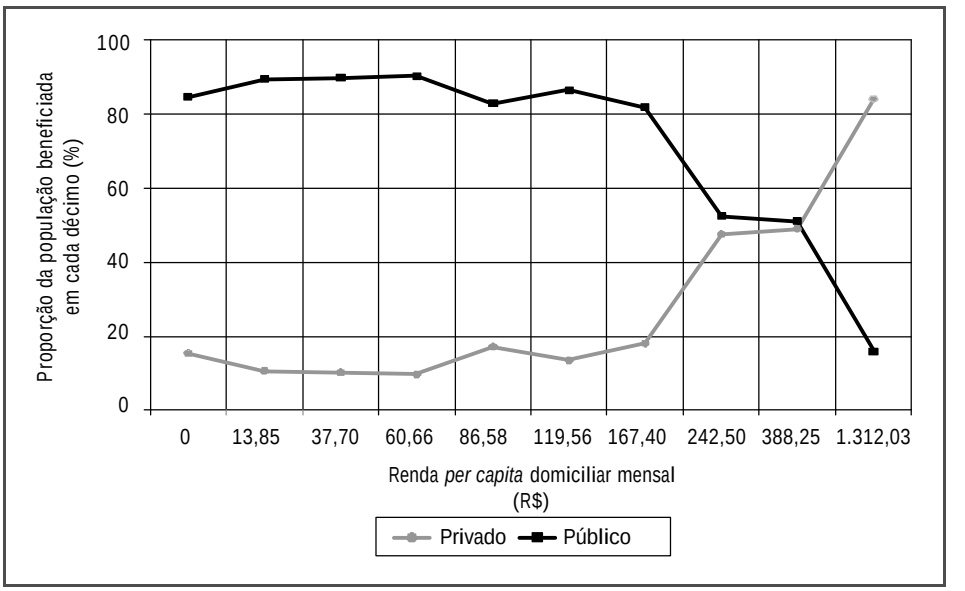
Fonte: PPV de 1996. Elaboração: Disoc/Ipea.

Sem ajustes funcionais quanto às diferentes necessidades de saúde dos respectivos décimos de renda, percebe-se que os segmentos mais pobres da população recorrem mais ao SUS do que ao "não-SUS", uma opção que vai se invertendo à medida que caminhamos para os segmentos de maior renda da distribuição de renda. De fato, enquanto mais de 80% da população situada nos décimos mais pobres utilizam o SUS, no décimo de maior renda essa proporção se reduz para 40%. Distintamente, muito poucas pessoas fazem uso do atendimento fora do SUS nos décimos mais pobres, ao passo que o segmento de maior renda da população utiliza o sistema fora do SUS de forma mais freqüente (60%).

Na verdade, essa boa progressividade do SUS decorre, sobretudo, da boa "focalização" dos serviços prestados pelo setor público de saúde. Esse subsistema público dispõe os seus serviços para o atendimento dos mais pobres, enquanto o setor privado, contratado ou conveniado ao SUS, apresenta uma lógica inversa: o seu perfil de oferta se dirige principalmente ao segmento de renda mais alto (figura 5).

Figura 5

Grau de utilização dentro do SUS, público e privado, por doentes crônicos, segundo renda *per capita* domiciliar mensal (PPV de 1996)



Fonte: PPV de 1996. Elaboração: Disoc/Ipea.

A interpretação dos resultados extraídos dessas figuras nos leva a sugerir que o SUS vem cumprindo um relevante papel social, embora isso não signifique desconhecer seus problemas no tocante à eqüidade e à eficiência (por exemplo, os desafios para superar as altas taxas de incidência de doenças crônicas sobre a população de baixa renda). Tais problemas são determinados por um conjunto de fatores, entre eles a ausência substancial de recursos financeiros do Estado em todas as esferas governamentais: se, por um lado, a eqüidade está genericamente associada à idéia de justiça social, o que envolveria a utilização crescente de recursos públicos em países desiguais como o Brasil,[13] por outro, a eficiência não deve ser confundida ou utilizada como base para redução de recursos financeiros ou organizacionais. Ao invés disso, dever-se-ia adotar critéri-

[13] Segundo Porto (2002:952-4), as normas que regem o SUS permitem inferir que o conceito de igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde só ganha concretude quando implica uma discriminação positiva compensatória das desigualdades existentes. Posto isto, dado o reconhecido hiato de desigualdade na sociedade brasileira, tal discriminação, à primeira vista, exigiria a aplicação de um volume de recursos públicos bem acima do observado, cuja média verificada recentemente foi investigada por Piola et al. (2000).

os de racionalidade econômica — que podem recomendar, inclusive, a expansão de dispêndios (Marinho & Façanha, 2001:2-9).

Assim, não se pretende fazer coro às vozes da focalização pragmática,[14] que desejam substituir o Estado pelo mercado. Pelo contrário, lembramos que a consolidação dos programas sociais em diversos países do mundo dependeu de coalizões entre diversos grupos da sociedade e a sua ruptura levou ao desmoronamento das ações solidárias e universais (Esping-Andersen, 1996, cap. 9).

Vale a pena chamar a atenção, entretanto, que quando houve uma pequena redistribuição de renda em favor dos estratos de renda inferior em 1996, essas famílias de baixa renda, por uma "estratégia de sobrevivência", foram forçosamente compelidas a ingressar no mercado de planos de saúde, setor que não era ao menos regulamentado pelo Estado. Esse parece ter sido um fenômeno localizado devido ao Plano Real e, portanto, não se tratou de uma "expansão" que estivesse exprimindo um movimento de tendência, como parecem sugerir Braga e Silva (2001:19).

Nesse sentido, não se pode ignorar que uma das vias para se consolidar o caráter único do SUS estaria marcada pela sua capacidade em promover a universalização, incorporando, simultaneamente, os de baixa renda (e sem renda) e as classes médias — abstraindo-se as imposições fiscais exigidas pelo Fundo Monetário Internacional, predominantes na conjuntura.

Afinal, tudo indica que o crescimento dos planos de saúde está contingenciado pelo desempenho da economia e pelo padrão de financiamento público — seja em virtude da magnitude e da qualidade da oferta de serviços do SUS, seja pela orientação da política econômica no que diz respeito aos incentivos governamentais.

Desse modo, a discussão sobre o comportamento dos gastos das famílias com planos de saúde acaba oferecendo subsídios para se pensar sobre a formulação de políticas no campo do financiamento dos serviços de saúde no Brasil, tendo como um dos desafios superar "(...) a aparente contradição entre políticas universais e focais (...) por meio da combinação de programas seletivos capazes de promover o acesso de grupos vulneráveis e ao mesmo tempo inseri-los

[14] Em termos operacionais, as análises de incidência enfatizam, em geral, a distribuição dos gastos em saúde entre os diferentes grupos de renda (Sen, 1996). Se fôssemos adeptos dessa proposta, caberia entretanto pontuar o seguinte: quando estamos falando do provimento da assistência médica, nem sempre quem precisa de um *quantum* maior de atenção à saúde é o mais pobre, em termos rigorosamente econômicos. É o próprio Sen quem nos ajuda a sustentar essa posição. Diz ele: "por exemplo, a suposição — com freqüência feita implicitamente — de que duas pessoas com a mesma função de demanda têm de ter a mesma relação entre pacotes de mercadorias e bem-estar (independente de uma ser doente e a outra não etc.) é basicamente um modo de fugir da necessidade de levar em conta muitas influências significativas sobre o bem-estar" (Sen, 2000:134).

no interior do sistema universal de saúde", acolhendo a disjuntiva adotada por Fleury (2000:261, tradução livre).

Referências bibliográficas

ALMEIDA, C. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências de assistência médica suplementar*. Brasília: Ipea, 1998. (Texto para Discussão, 598).

———; TRAVASSOS, C.; LABRA, M. E.; PORTO, S. Health reform in Brazil: a case of inequity. In: Seminário Towards Equity? Health Sector Reform and Access to Basic Health Services. Oslo, 1997. mimeog.

ANDREAZZI, M. F. S. Planos e seguros privados de saúde no Brasil —- uma análise sob a perspectiva da economia industrial. Rio de Janeiro: Instituto de Economia da UFRJ, 1998. mimeog.

BARROS, R. P. de; MENDONÇA, R.; NERI, M. An evaluation of the measurement of income and expenditure in household surveys: POF versus Pnad. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE ECONOMETRIA, 18. *Anais.* 1995. p. 105-129.

———; CORSEUIL, C.; MENDONÇA, R.; REIS, M. C. *Poverty, inequality and macroeconomic instabilility*. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Texto para Discussão, 750).

BRAGA, J. C.; SILVA, P. L. B. A mercantilização admissível e as políticas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde.* Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2001. p. 19-44.

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Disponível em: <www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>. Acesso em: 5 out. 1988.

———. *Medida Provisória n. 2.177-44, de 24 de agosto de 2001*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. 2001. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_lei_regulamentar.asp>.

CAMARANO, A. A.; CARNEIRO, I. G. Padrões de formação de família por regiões brasileiras e grupos sociais: diferenças ou semelhanças? *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*. 1998. p. 31-50.

CASTRO, P. F.; MAGALHÃES, L. C. *Recebimento e dispêndio das famílias brasileiras: evidências recentes da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) — 1995/96*. Brasília: Ipea, 1998. (Texto para Discussão, 614).

ESPING-ANDERSEN, G. Positive sum solutions in a world of trade-offs? In: ESPING-ANDERSEN (Ed.). *Welfare States in transition: national adaptations in global economies*. London: Sage Press, 1996. p. 256-267.

FARIAS, L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva,* Abrasco, v. 6, n. 2, p. 405-416, 2001.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente. Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados*, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FLEURY, S. Reshaping health care systems in Latin America: toward fairness? In: FLEURY, S., BELMARTINO, S.; BARIS, E. (Eds.). *Reshaping health care in Latin America. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. Ottawa, Canada: International Development Research Centre Press, 2000. p. 225-262.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de orçamento familiar*. Rio de Janeiro. 1987/88. CD-ROM.

———. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*, v. 11, t. 2, Rio de Janeiro, 1988.

———. *Pesquisa de orçamento familiar*. Rio de Janeiro. 1995/96. CD-ROM.

———. *Pesquisa sobre padrão de vida*. Rio de Janeiro. 1996/97. CD-ROM.

———. Resultados relativos a sexo da população e situação da unidade domiciliar. In: *Contagem da População 1996*. v. 1, Rio de Janeiro, 1997.

———. Suplemento saúde. In: *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*. Rio de Janeiro. 1998. CD-ROM.

———. *Anuário estatístico do Brasil*, v. 58, Rio de Janeiro, 1999.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. *Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação*. Rio de Janeiro: Ipea, 2001. (Texto para Discussão, 787).

MARMOR, T. R.; BARER, M. L.; EVANS, R. G. The determinants of a population's health: what can be done to improve a democratic health status? In: EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. (Eds.). *Why are some people healthy and others not?* New York: Aldine de Gruyter Press, 1994. p. 217-230.

MEDICI, A. C. *O SUS e a política "Hood Robin" de saúde*. 1998. (Texto Ocasional).

MIGLIOLI, J. *Acumulação de capital e demanda efetiva*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1982.

MUSGROVE, P. *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC: World Bank, 1996. (World Bank Discussion Papers, 339).

NOGUEIRA, R. P. *A saúde pelo avesso — uma reinterpretação de Ivan Illich, o profeta da autonomia*. 1998. Tese (Doutorado) — Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, F. O surgimento do antivalor. Capital, força de trabalho e fundo público. *Novos Estudos Cebrap*, n. 22, p. 8-28, 1988.

PIOLA, S. F.; RIBEIRO, J. A. C.; REIS, C. O. O. Financiamento das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, v. 51, n. 3, p. 75-100, 2000.

PHELPS, C. E. *Health economics*. 2. ed. USA: Addison-Wesley Educational Publishers, 1997.

PORTO, S.M. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 939-957, 2002.

REIS, C. O. O. O gasto das famílias com planos de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE DA ABRES, 5. *Anais*... 1999. p. 109-130.

———. Uma estimativa dos gastos das famílias em saúde. In: NEGRI, B., DI GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2001a. p. 395-409.

———. Desigualdades no acesso aos serviços de saúde. In: NEGRI, B., DI GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2001b. p. 579-586.

SEN, A. K. The political economy of targeting. In: DE WALLE, D. V.; NEAD, K. (Eds.). *Public spending and the poor: theory and evidence*. 2. ed. Maryland, USA: The Johns Hopkins University Press, 1996. p. 11-24. (A World Bank Book).

———. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

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

———. *Gasto familiar com assistência à saúde no Brasil: POFs 1987/88 e 1995/96 e PNAD 1998*. Brasília: Ipea, 2002. (Texto para Discussão).

SIMONSEN, M. H.; CYSNE, R. P. *Macroeconomia*. Rio de Janeiro: Livro Técnico, 1989.

SINGER, P. Um imenso equívoco. *Praga (Estudos Marxistas)*, n. 6, p. 57-62, 1998.

VIANNA, S. M.; BARATA, R. B.; NUNES, A.; SANTOS, J. R. S. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil*. Brasília: Opas/Ipea, 2001.