



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE ECONOMIA  
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

**MAÍRA LIMA SILVA**

**CONDICIONANTES DOS GASTOS PRIVADOS TOTAIS COM SAÚDE NA  
REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR: UMA ANÁLISE A PARTIR DA  
PESQUISA DE ORÇAMENTO FAMILIAR (POF) 2008-2009**

**SALVADOR**

**2017**

**MAÍRA LIMA SILVA**

**CONDICIONANTES DOS GASTOS PRIVADOS TOTAIS COM SAÚDE NA  
REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR: UMA ANÁLISE A PARTIR DA  
PESQUISA DE ORÇAMENTO FAMILIAR (POF) 2008-2009**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Ciências Econômicas da Faculdade de Economia da Universidade Federal de Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Claudia Sá Malbouisson Andrade

**SALVADOR - BA**

**2017**

Silva, Maíra Lima,  
S586      Condicionantes dos gastos privados totais com saúde na Região Metropolitana de Salvador: uma análise a partir da pesquisa de orçamento familiar (POF) 2008-2009 / Maíra Lima Silva. - Salvador: 2017.  
            68f.. il

Trabalho de conclusão (Graduação em Economia) Faculdade de Economia, Universidade Federal da Bahia, 2017

Orientador: Prof. Dra. Cláudia Sá Malbouisson

1.Saúde - gastos 2.Orçamento familiar 3.Região Metropolitana de Salvador I. Malbouisson, Cláudia Sá III. Universidade Federal da Bahia

CDD 330.10981

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, eu agradeço a Deus por ter me dado força, incentivo e alegria através das minhas orações.

Agradeço com carinho também a minha orientadora, professora Cláudia Sá Malbouisson, pela paciência, atenção e por sempre ter uma palavra de entusiasmo.

A minha família por todo apoio, dedicação, amor e por sempre me incentivar a realizar os meus sonhos.

Aos grandes amigos que fiz na faculdade, em especial, Ana Paula, Cris, Juliana, Larissa e Lucas. Eu pude compartilhar momentos incríveis com vocês, tenho certeza que as coisas seriam mais difíceis se eu não tivesse cada um ao meu lado.

Enfim, agradeço também a todos que, de alguma forma, fizeram parte dessa conquista e torceram por isso.

## RESUMO

O estudo sobre os gastos privados com saúde é de grande importância, já que o acesso da população aos medicamentos e aos serviços médicos tende a impactar sobre a capacidade produtiva e renda dos indivíduos, gerando consequências positivas para o desenvolvimento da economia como um todo. No Brasil, esses gastos respondem por uma grande parcela do total gasto com saúde e consistem, principalmente, por pagamentos diretos e por gastos em planos e seguros de saúde. É importante ressaltar que as famílias possuem perfis diferentes de gastos, pois as diferenças de renda tendem a implicar em diversos padrões de consumo. O objetivo deste trabalho é identificar os condicionantes dos gastos privados com saúde na Região Metropolitana de Salvador a partir da Pesquisa de Orçamento Familiar de 2008-2008. Para alcançar esse objetivo, utilizou-se o método de Regressão Quantílica a fim de analisar as variáveis significantes por quantis de renda. Os resultados indicam que a renda familiar e a presença de criança no domicílio impacta positivamente nos gastos com saúde.

**Palavras-chave:** Gastos privados com saúde. Orçamento familiar. Região Metropolitana de Salvador.

## **ABSTRACT**

The study on private health care expenditures is of great importance since the population's access to medicines and medical services tends to impact on the productive capacity and income of individuals, generating positive consequences for the development of the economy as a whole. In Brazil, these expenses account for a large share of total health spending and consist mainly of direct payments and expenses in health insurance plans and health insurance. It is important to emphasize that families have different spending patterns, since income differences tend to imply different patterns of consumption. The objective of this study is to identify the determinants of private health expenditures in the Metropolitan Region of Salvador, based on the 2008-2008 Family Budget Survey. To achieve this goal, the Quantum Regression method was used to analyze the significant variables by income quantiles. The results indicate that the family income and the presence of children at home have a positive impact on health spending.

Key-words: Private health expenditure. Family budget. Metropolitan Region of Salvador.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1: Tipos de sistema de saúde e modo de financiamento .....   | 16 |
| Quadro 2: Princípios que regem o SUS .....  | 21 |
| Figura 1: Estrutura da gestão do SUS .....  | 21 |
| Mapa 1 : Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - Setembro/2016) .....  | 38 |
| Gráfico 1: Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil -2000-2015).....   | 38 |
| Gráfico 2: Peso do Financiamento do setor saúde sobre a renda familiar PC segundo o tipo de gasto, por decil de renda da família PC-Brasil, 2002.....         | 39 |
| Gráfico 3: Distribuição do gasto privado com Saúde no Brasil, 2008 .....  | 41 |
| Gráfico 4: Gastos médios (R\$) e percentagem da renda comprometida com gastos com saúde (%) segundo Unidades da Federação – Brasil 2002/2003 e 2008/2009..... | 43 |
| Quadro 3: Descrição das variáveis selecionadas.....   | 58 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1: Gasto total com saúde (% do PIB).....  | 17 |
| Tabela 2: Gasto por desembolso direto com saúde (% do gasto total com saúde) .....                                 | 18 |
| Tabela 3: Gastos com saúde no mundo (% PIB) .....  | 35 |
| Tabela 4: Gasto total com saúde no Brasil (% PIB) .....  | 36 |
| Tabela 5 Gastos públicos e privados com saúde em relação ao gasto total em saúde no Brasil.....                    | 36 |
| Tabela 6 Gasto privado por desembolso direto e com plano de saúde em percentual dos gastos privados com saúde..... | 37 |
| Tabela 8: Resultados da Estimação.....   | 61 |



## SUMÁRIO

|          |  |    |
|----------|--|----|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 10 |
| <b>2</b> | <b>SISTEMAS DE SAÚDE</b> .....   | 13 |
| 2.1      | TIPOS DE SISTEMAS DE SAÚDE.....  | 14 |
| 2.2      | SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....  | 19 |
| 2.2.1    | Sistema Único de Saúde (SUS).....  | 19 |
| 2.2.2    | Sistema de Saúde de Desembolso Direto.....   | 24 |
| 2.2.3    | Sistema de saúde suplementar .....   | 24 |
| <b>3</b> | <b>EVOLUÇÃO RECENTE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SEUS IMPACTOS SOBRE OS GASTOS PRIVADOS COM SAÚDE</b> ..... | 26 |
| <b>4</b> | <b>GASTOS PRIVADOS COM SAÚDE</b> .....   | 35 |
| 4.1      | GASTOS PRIVADOS COM PLANO DE SAÚDE .....   | 37 |
| 4.2      | GASTOS PRIVADOS POR DESEMBOLSO DIRETO.....   | 38 |
| <b>5</b> | <b>DEFINIÇÃO DOS GASTOS PRIVADOS COM SAÚDE A PARTIR DO MODELO DE ALOCAÇÃO INTRAFAMILIAR DE RECURSOS</b> .....              | 45 |
| 5.1      | MODELO UNITÁRIO .....  | 45 |
| 5.1.1    | Modelo de Samuelson.....   | 44 |
| 5.1.2    | Modelo de Becker.....  | 47 |
| 5.1.3    | Críticas ao modelo unitário.....   | 49 |
| 5.2      | MODELO COLETIVO .....  | 49 |
| 5.2.1    | Modelo coletivo cooperativo e não cooperativo.....   | 50 |
| 5.2.1    | O modelo de análise para o caso dos gastos privados com saúde .....  | 53 |
| <b>6</b> | <b>DADOS E ESTRATÉGIA EMPÍRICA</b> .....   | 55 |
| 6.1      | DADOS E ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS .....   | 55 |
| 6.2      | ESTRATÉGIA EMPÍRICA .....  | 59 |
| <b>7</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 64 |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | 63 |

## 1 INTRODUÇÃO

O estudo sobre os gastos com saúde é de grande relevância para a economia do país, já que um maior estoque de saúde dos indivíduos pode estar associado a uma maior capacidade produtiva além de uma maior renda, impactando no crescimento da economia como um todo. De acordo com Grossman (1972), o estoque de saúde de uma pessoa determina o tempo que ela pode gastar produzindo ganhos de dinheiro e mercadoria. No Brasil, o estudo dos gastos com saúde é fundamental, já que os gastos privados respondem por uma grande parcela do total desse gasto, afetando a renda das famílias, principalmente as de baixa renda, deixando evidente a necessidade de uma política pública que reduza a magnitude do impacto desse gasto sobre o orçamento familiar.

Conforme aponta Garcia et al. (2013), a composição dos gastos privados das famílias com saúde é reflexo da condição do sistema de saúde brasileiro, que é formado por uma combinação público-privada em que as pessoas podem utilizar tanto um quanto o outro a depender da sua possibilidade de acesso ou pagamento.

Paralelo a isso, Paim et al. (2011) afirmam que as políticas de saúde no Brasil serviram de incentivo para o desenvolvimento do setor privado, já que promoveu a privatização da atenção à saúde através do credenciamento de consultórios médicos, da remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, e também por entusiasmar às empresas que ofertam serviços de planos de saúde.

Nesse sentido, entender o papel do sistema de saúde seja no Brasil ou no mundo é de suma importância. De acordo com Lobato e Giovanella (2008), estudar os sistemas de saúde permite conhecer suas estruturas de funcionamento, se existem falhas ou se elas estão sendo bem-sucedidas no alcance do objetivo de garantir a melhoria das condições de saúde da população. Eles destacam também que se deve dar atenção a forma que esses serviços de saúde são financiados, o tipo, a regulação do setor privado e a relação entre os setores público e privado, já que esses fatores podem interferir na qualidade da assistência.

O sistema de saúde brasileiro é composto por três subsistemas: o subsistema público de saúde, que é o SUS, no qual os serviços são financiados com recursos providos do

Estado nos níveis federal, estadual e municipal; subsistema de desembolso direto, representado pelos serviços de saúde, que são adquiridos por meio dos gastos diretos das pessoas ou das famílias e o subsistema de saúde suplementar, que é o subsistema de planos privados de saúde e de seguros, além de subsídios fiscais

Observa-se que as famílias possuem diferentes perfis de gastos, já que as diferenças de renda tende a implicar em diversos padrões de consumo. Os gastos dos décimos mais pobres da população, por exemplo, são qualitativamente distintos dos gastos dos mais ricos. Pois, entre os mais pobres a principal categoria de dispêndios com saúde são os medicamentos, enquanto os gastos com planos de saúde ganham relevância à medida que a renda aumenta.

Em vista disso, a proposta desse trabalho é responder o seguinte questionamento: quais são os condicionantes dos gastos privados totais com saúde das famílias residentes na Região Metropolitana de Salvador?

O objetivo geral é identificar os condicionantes dos gastos privados totais com saúde na Região Metropolitana de Salvador. Os objetivos específicos é analisar o impacto dos gastos privados com saúde sobre a renda familiar, verificar se uma maior escolaridade, faixa etária, a cor ou raça dos indivíduos e se considerando a mulher como chefe da família implicam em um maior gasto com saúde.

Para tanto, foi feito levantamento bibliográfico e análise econométrica a partir dos dados da POF de 2008-2009 sobre gastos privados com saúde na RMS. O banco de dados foi montado e analisado no pacote estatístico SPSS. Para estimar os condicionantes dos gastos privados com saúde utilizou-se o método de Regressão Quantílica.

Desse modo, a importância do estudo sobre os gastos privados com saúde, o qual é o objeto de pesquisa dessa monografia, se explica não somente pela relevância de avaliar o impacto desses gastos na renda das famílias, mas também em sinalizar a necessidade de uma política pública que reduza a magnitude desses gastos no orçamento familiar, principalmente entre os indivíduos que são mais afetados por esses custos. Pois, um maior gasto com saúde, dado a restrição orçamentária da família, pode provocar em um superendividamento desta ou impedir que elas consumam outros tipos de bens/serviços.

Este trabalho está organizado em mais seis seções além desta introdução. A seção 2 apresenta a estrutura dos Sistemas de saúde no mundo e no Brasil, a seção 3 trata sobre a evolução recente das políticas públicas com saúde no Brasil e seus impactos sobre os gastos privados com saúde. A seção 4 faz uma análise sobre os gastos privados com saúde. A seção 5 diz respeito ao modelo de alocação intrafamiliar de recursos. A seção 6 apresenta os dados, métodos e resultados e a seção 7 são as considerações finais.

## 2 SISTEMAS DE SAÚDE

A análise dos sistemas de saúde é fundamental para um melhor conhecimento sobre as condições de saúde de qualquer sociedade. O estudo permite conhecer suas estruturas de funcionamento, identificar a existência de falhas, se são bem-sucedidos em seus objetivos primordiais como garantir a melhoria das condições de saúde da população. A forma como se dá o financiamento das ações, o tipo e alcance da regulação do setor privado e a relação entre os setores público e privado são alguns dos exemplos de mecanismos que podem interferir na qualidade da assistência à saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Segundo Lobato e Giovanella (2008), um sistema de saúde pode ser definido como um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela orientação dos processos referentes à saúde de uma dada população, concretizando, portanto, em organizações, regras e serviços que pretendem alcançar resultados concordantes com o conceito de saúde predominante na sociedade.

De acordo com Lobato e Giovanella, (2012), os sistemas de saúde possuem quatro funções: o financiamento, a prestação de serviços, a gestão e a regulação. Essas funções são desenvolvidas por meio de interações tanto políticas quanto econômicas que se revelam através dos interesses dos agentes e dos indivíduos envolvidos nesse setor.

O financiamento corresponde às interações entre financiadores e prestadores de serviços. As fontes mais importantes de recursos econômicos dos sistemas de saúde são oriundas de impostos gerais, contribuições sociais sobre os salários e recursos privados. A prestação de serviços refere-se ao fornecimento dos serviços pelos agentes do sistema de saúde. É um elemento bastante importante, uma vez que serviços melhores tende a implicar em desempenho mais satisfatórios dos sistemas e dos estados de saúde dos cidadãos.

A gestão tem a missão de organizar e estruturar o fornecimento dos serviços no sistema. Os gestores, possuem o papel de se relacionarem com os prestadores de serviços, os quais são instituições públicas, profissionais ou empresas. A regulação, por fim, refere-se às práticas legais e normativas que orienta a relação entre todos os segmentos dos sistemas de saúde.

Conforme aponta Ocké-Reis (2006), a gestão de um sistema de saúde depende de diversos aspectos relacionados aos modelos de proteção social estabelecidos nacionalmente, à história das instituições, à formação dos profissionais de saúde, ao financiamento dos sistemas de saúde, às formas de pagamento aos prestadores e às técnicas gerenciais.

Existem vários sistemas de saúde vigentes no mundo, os quais são diferenciados de acordo com sua forma de organização e financiamento, além dos tipos de serviços oferecidos. Os principais sistemas de saúde existentes no mundo são Modelo Universalista, Modelo de seguro social, Modelo de Seguros Privados e Modelo Assistencialista.

Pode haver mais de um modelo de saúde operando simultaneamente dentro de um mesmo país, mas sempre terá um exercendo uma maior hegemonia. Na Inglaterra, embora predomine o sistema Universal, por exemplo, a atuação do setor privado é complementar ao sistema de saúde público, oferecendo outros tipos de serviços além dos gratuitos. No Brasil o sistema de saúde predominante é o Universal, em que é dever do Estado garantir a todos os cidadãos acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto o papel do SUS (Sistema Único de Saúde) é fundamental uma vez que ele foi criado com o intuito de promover o acesso universal, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a todos os brasileiros.

## 2.1 TIPOS DE SISTEMAS DE SAÚDE

O Modelo Universalista parte do princípio de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e nesse sentido, toda a população tem direito ao acesso dos serviços de saúde. Neste modelo, o financiamento do sistema é público, ou seja, com recursos oriundos dos impostos. O Sistema Único de Saúde (SUS) vigente no Brasil se enquadra nesse modelo.

O Modelo do Seguro Social é o financiado por aporte e contribuições dos empresários e trabalhadores. Nesse tipo de sistema apenas os contribuintes e seu grupo familiar são cobertos, embora ultimamente exista uma tendência de universalização dessa cobertura. Podem-se citar as obras sociais da Argentina como exemplo desse modelo (NUNES, 2011).

O Modelo de Seguros Privados é caracterizado por ter uma organização descentralizada e com pouca regulação pública, embora exista uma tendência de mudança de mudança desses aspectos. Um exemplo desse modelo é o existente nos Estados Unidos, em que existe mais de 1.500 seguros privados (NUNES,2011).

O Modelo Assistencialista define que a saúde não é um direito do povo, mas uma responsabilidade dos cidadãos. Nesse tipo de modelo, o Estado só tem o dever de dar assistência às pessoas que não tem como assumir a responsabilidade individual de cuidar da saúde. Desse modo, o financiamento seria apenas para as pessoas mais carentes a fim de não estimular os indivíduos a não se comprometerem com sua saúde (NUNES, 2011).

Segundo Ugá, Porto e Piola (2012), o tipo de financiamento do setor saúde tem grande correspondência com o modelo de sistema de saúde existente. O modelo de sistema de seguro social, por exemplo, tem como principal fonte de financiamento as contribuições individuais que se dão sobre os salários. Ele é caracterizado pela presença das caixas ou de institutos de proteção social, compostos por grupos fechados, como o da Argentina com modelo das “Obras Sociales” e no Brasil com as antigas “Caixas de Aposentadorias e Pensões” (CAPs).

Outro de modelo de sistema de saúde é o sistema nacional de saúde, caracterizado pelo acesso universal e pelo financiamento por meio de impostos gerais, preferencialmente, por impostos diretos, como o Imposto de Renda. Por outro lado, se tem o sistema de saúde de caráter liberal, financiado, predominantemente, pelo gasto privado, tanto por meio do desembolso direto quanto pela aquisição de planos de saúde (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012)

Porém, conforme vão apontar Ugá, Porto e Piola (2012), esses modelos de financiamento vêm sofrendo modificações ao longo de tempo. O modelo de sistema saúde de caráter liberal dos Estados Unidos, adicionou uma intervenção estatal a partir dos programas Medicare, destinado aos aposentados e é financiado com as contribuições sobre a folha de salários, e o Medicaid, destinado aos pobres e financiado através de impostos. Diante disso, os autores concluem que o sistema de saúde norte-americano é considerado hoje como um modelo misto, e que embora, o gasto privado

seja prevalecente, as contribuições sobre folha de salários e os impostos são de grande importância.

Segundo Ugá, Porto e Piola (2012), o sistema de saúde de seguro social alemão, passou por algumas mudanças, agregando os tributos gerais de um lado a fim de permitir o acesso universal à atenção à saúde, e de outro, o gasto privado. Juntamente a isso, nas últimas reformas, criou-se um fundo de redistribuição entre os diferentes seguros sociais de doença.

Nesse sentido, o quadro 1 apresenta os tipos de sistemas de saúde predominantes nos respectivos países selecionados e como esses sistemas são financiados. No Brasil, embora o Sistema Único de Saúde tenha sido criado com o objetivo de atender a todos brasileiros, observa-se a presença significativa do subsistema privado.

Quadro 1: Tipos de sistema de saúde e modo de financiamento

| Países                                | Tipo de Sistema de Saúde                         | Financiamento   |
|---------------------------------------|--|---|
| <b>Alemanha, Argentina e Chile</b>    | Seguro Social                                    | Aporte e contribuições dos empresários e trabalhadores. |
| <b>Canadá, Dinamarca e Inglaterra</b> | Sistema Universal                                | Recursos oriundos dos impostos                          |
| <b>Estados Unidos</b>                 | Liberal  | Gastos privados   |
| <b>Brasil</b>                         | Sistema Universal e Sistema de saúde suplementar | Impostos e gastos privados                              |

Fonte: Elaboração do autor

Na América Latina, a maior parte dos países apresentam sistemas de saúde segmentados, constituído pelo financiamento público e privado, tanto no que tange a cobertura populacional bem como na cobertura de serviços. Além disso, uma fração significativa da população ainda não tem acesso a essa cobertura, ficando privada da proteção social em saúde. Os sistemas de saúde latino americanos são normalmente formados por subsistemas diferentes que variam de acordo com as parcelas da população (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p.102).

Na Argentina, os três modelos de sistemas são coexistentes: o público, o de serviços sociais e o privado. Segundo Nunes (2011), o setor público atende majoritariamente as pessoas de baixa renda; o de seguros sociais é mais voltado para os trabalhadores assalariados e seus familiares diretos e o privado é representado pelas empresas de medicina pré-paga.



No México, existe tanto o setor público quanto o privado e três grupos comandam a prestação de serviços: o de Seguridade Social que é formado pelo IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), o qual se encarrega de dar assistência aos trabalhadores do setor privado e pelo ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), que atende os funcionários públicos; o Seguro Popular que cobre majoritariamente pessoas pobres, trabalhadores da economia informal e por fim, o Setor Privado, que atende também a população dos outros dois setores (NUNES, 2011).

O Chile até 1980 possuía um modelo de sistema essencialmente Público, mas com a reforma de saúde em 1981, conciliou um modelo de sistema de seguro público social e solidário, o Fondo Nacional de Salud (FONASA), com o modelo de sistema seguro privado, individual e competitivo, correspondendo as Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (NUNES, 2011).

Na Colômbia, de acordo com Guerrero et al. (2011), o sistema de saúde é constituído por um amplo financiamento público e também pelo setor privado. O seu sistema é conhecido como o Sistema Geral de Seguro Social em Saúde (SGSSS) se subdivide em dois regimes: contributivo e subsidiado. São financiados pelos impostos e pelas contribuições dos assegurados no Fundo Solidário de Garantia.

A tabela 1 mostra os gastos totais com saúde em percentual do PIB em alguns países da América Latina. Observa-se que os países da América Latina possuem os percentuais de gasto público em relação ao PIB menores do que os países que possuem sistemas de saúde predominante público, o que já era esperado. A Argentina foi o país que obteve maior redução dos gastos ao longo do tempo.

Tabela 1: Gasto total com saúde (% do PIB)

| País                  | Ano  |      |      |      |      |      |      |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|
|                       | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| <b>Brasil</b>         | 8,2  | 8,6  | 8,3  | 8,1  | 8,3  | 8,5  | 8,3  |
| <b>Canadá</b>         | 10,0 | 11,2 | 11,2 | 10,8 | 10,8 | 10,7 | 10,4 |
| <b>Dinamarca</b>      | 10,2 | 11,5 | 11,1 | 10,9 | 11,0 | 11,2 | 10,8 |
| <b>Reino Unido</b>    | 8,9  | 9,8  | 9,5  | 9,3  | 9,4  | 9,3  | 9,1  |
| <b>Estados Unidos</b> | 16,0 | 17,0 | 17,0 | 17,1 | 17,0 | 16,9 | 17,1 |
| <b>Argentina</b>      | 6,7  | 7,6  | 6,6  | 5,9  | 5,0  | 5,0  | 4,8  |
| <b>Chile</b>          | 6,9  | 7,4  | 7,0  | 7,0  | 7,2  | 7,5  | 7,8  |

|                       |            |            |            |            |            |            |            |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>México</b>         | <b>6,1</b> | <b>6,6</b> | <b>6,4</b> | <b>6,0</b> | <b>6,2</b> | <b>6,3</b> | <b>6,3</b> |
| <b>Colômbia</b>       | <b>6,6</b> | <b>7,0</b> | <b>6,8</b> | <b>6,6</b> | <b>6,9</b> | <b>6,8</b> | <b>7,2</b> |
| <b>América Latina</b> | <b>6,9</b> | <b>7,5</b> | <b>7,2</b> | <b>7,0</b> | <b>7,0</b> | <b>7,2</b> | <b>7,2</b> |

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do WHO, 2016

Segundo o World Bank, os gastos privados diretos se referem a qualquer despesa privada das famílias, incluindo gratificações e pagamentos aos profissionais de saúde e fornecedores de produtos farmacêuticos, aparelhos terapêuticos e outros bens e serviços que possuem o papel de contribuir para a restauração ou o aprimoramento do estado de saúde dos indivíduos ou dos grupos populacionais. A tabela 2 apresenta os gastos por desembolso diretos em alguns países.

Tabela 2: Gasto por desembolso direto com saúde (% do gasto total com saúde)

| País                  | Ano         |             |             |             |             |             |             |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                       | 2008        | 2009        | 2010        | 2011        | 2012        | 2013        | 2014        |
| <b>Brasil</b>         | <b>31,5</b> | <b>31,8</b> | <b>27,3</b> | <b>26,8</b> | <b>26,9</b> | <b>25,8</b> | <b>25,5</b> |
| <b>Canadá</b>         | <b>14,6</b> | <b>14,2</b> | <b>14,6</b> | <b>14,0</b> | <b>13,7</b> | <b>13,6</b> | <b>13,6</b> |
| <b>Dinamarca</b>      | <b>13,5</b> | <b>13,2</b> | <b>13,2</b> | <b>12,8</b> | <b>12,4</b> | <b>12,9</b> | <b>13,4</b> |
| <b>Reino Unido</b>    | <b>9,0</b>  | <b>8,9</b>  | <b>9,6</b>  | <b>9,3</b>  | <b>9,5</b>  | <b>9,5</b>  | <b>9,7</b>  |
| <b>Estados Unidos</b> | <b>12,5</b> | <b>12,0</b> | <b>11,8</b> | <b>11,7</b> | <b>11,6</b> | <b>11,5</b> | <b>11,0</b> |
| <b>Argentina</b>      | <b>22,6</b> | <b>20,1</b> | <b>22,0</b> | <b>23,0</b> | <b>26,9</b> | <b>30,2</b> | <b>30,7</b> |
| <b>Chile</b>          | <b>36,7</b> | <b>33,8</b> | <b>33,7</b> | <b>33,5</b> | <b>32,6</b> | <b>32,3</b> | <b>31,5</b> |
| <b>México</b>         | <b>50,8</b> | <b>49,1</b> | <b>47,5</b> | <b>45,0</b> | <b>45,0</b> | <b>44,0</b> | <b>44,0</b> |
| <b>Colômbia</b>       | <b>21,4</b> | <b>18,7</b> | <b>17,8</b> | <b>15,6</b> | <b>14,6</b> | <b>13,8</b> | <b>15,4</b> |
| <b>América Latina</b> | <b>35,8</b> | <b>34,3</b> | <b>32,0</b> | <b>30,7</b> | <b>31,6</b> | <b>31,0</b> | <b>31,7</b> |

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do WHO, 2016

Observa-se que o gasto por desembolso direto com saúde em relação ao gasto total com saúde é relativamente significativo no Brasil, ainda que venha reduzindo ao longo dos anos. Nos países que apresentam, predominantemente, sistema de saúde público como, por exemplo, Canadá, Dinamarca e Reino Unido, esses gastos são bem menores, reduzindo em quase a metade quando comparados com os do Brasil. Nos Estados Unidos, esses gastos não são muito acentuados. Nos países abordados da América Latina, Argentina, Chile e México, verifica-se uma presença acentuada desse tipo de gasto.

## 2.2 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema de saúde brasileiro é considerado como Universal, já que a maior parte do financiamento deve ser provido pelo Estado. Segundo Paim et al. (2011), o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico a partir de 1988, quando é criado o Sistema Único de Saúde. Porém, o mesmo autor aponta que a implantação do SUS foi difícil devido a assistência do Estado ao setor privado e também pela concentração desse tipo de serviço em lugares mais desenvolvidos.

Atualmente, o sistema de saúde no Brasil é composto por três subsistemas: o Subsistema Público de Saúde, o Subsistema Privado de Atenção Médica Suplementar e o Subsistema Privado de Desembolso Direto (Paim et al. 2011). O Subsistema Público, mais conhecido como o SUS, é destinado a 130 milhões de brasileiros e os serviços são financiados com recursos providos do Estado nos níveis federal, estadual e municipal. O Subsistema de Desembolso Direto, ao qual recorrem os brasileiros ricos e pobres capazes de pagá-lo é representado pelos “serviços de saúde adquiridos em prestadores privados mediante gastos diretos dos bolsos das pessoas ou das famílias” (CONASS, 2006). O Subsistema de Saúde Suplementar, destinado a 40 milhões de brasileiros que pagam por si ou através de empregadores, diferentes planos de saúde, seguros ou subsídios fiscais.

### 2.2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu com a Constituição Federal de 1988 que definiu em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Ele representa uma conquista da sociedade brasileira porque busca promover o atendimento a todos os indivíduos.

De acordo com o Brasil (1990), o SUS é considerado um sistema único pelo fato de seguir a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional. O SUS é financiado com recursos do Estado pelos três níveis de governo: federal, estadual e municipal, sendo o federal seu principal financiador. A relação entre esses níveis não possui uma hierarquização dentro do sistema de saúde, pois eles negociam e entram em acordo sobre as ações, serviços e organização. Essa prática é

chamada de *comissão intergestores*. Ainda de acordo com o Brasil (1990), o SUS se baseia em um conjunto de princípios doutrinários e organizacionais, conforme apresentados no quadro 2.

Quadro 2: Princípios que regem o SUS

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Princípios doutrinários    | <p>-Universalidade: defende a atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, pois, antes do seu surgimento somente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada e com contribuições pagas à previdência social tinham garantido por lei o direito à assistência médica através dos serviços prestados pelo INAMPS.</p> <p>-Equidade: defende a igualdade de acesso aos serviços de saúde para todas as pessoas conforme suas necessidades.</p> <p>-Integralidade: o sistema deve prestar assistência integral, dando importância as necessidades pessoais de cada um ou de um conjunto de pessoas.</p>  |
| Princípios Organizacionais | <p>-Regionalização e Hierarquização: significa que os serviços devem ser organizados em níveis progressivos de complexidade, ordenado numa dada área geográfica e com o conhecimento do público a ser atendido (BRASIL, 1990)</p> <p>-Resolubilidade: o serviço de saúde deve estar capacitado para solucionar qualquer problema de impacto coletivo sobre a mesma.</p> <p>-Descentralização: significa distribuir as responsabilidades dos serviços de saúde entre as três esferas de governo, partindo do pressuposto de que quem estiver mais próximo do problema é quem deve tomar a decisão, uma vez que terá mais chance de acerto. No SUS essa descentralização deve ser feita até o município. Logo, o governo federal é responsável pelo que for de dimensão nacional, o estadual pelo que for de dimensão estadual e por fim, o municipal o que for de dimensão do município. Mas vale ressaltar que embora cada esfera do governo tenha autonomia em suas decisões, elas devem respeitar os princípios gerais que regem o sistema (BRASIL, 1990).</p> <p>-Participação Popular: tem o objetivo de garantir a participação da sociedade no processo de formulação das políticas de saúde e no momento de executá-las. A fim de atingir esse propósito, os conselhos de saúde devem ser criados, os quais são órgão deliberativos, compostos por representantes da sociedade.</p> <p>-Complementariedade do setor privado: quando o contrato de serviços privados for necessário devido a insuficiência do setor público, deve-se dar sob as seguintes condições: celebração de contrato; a instituição privada deverá estar em concordância com os princípios básicos e normas técnicas do SUS e a integração dos serviços privados deverá ocorrer conforme a organização do SUS, no que tange a posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços (BRASIL, 1990).</p> |

No que se refere à gestão do SUS, esse sistema é gerido de forma compartilhada pelos três níveis de governo, de modo que os gestores são representantes da esfera federal, estadual e municipal. Os gestores são encarregados de fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente dentro das instruções doutrinárias e organizacionais.

No âmbito federal, a responsabilidade de gestão é do Ministério da Saúde, com a função de proteção, recuperação e controle da política nacional de saúde; no estadual são as Secretarias estaduais de Saúde, com a responsabilidade de coordenar as ações de saúde do seu estado, retificando as distorções e comunicando os Municípios ao desenvolvimento das mesmas e no municipal, os gestores são as Secretarias Municipais de Saúde ou as Prefeituras, os quais tem o compromisso de planejar, executar e analisar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). A figura 1 ilustra essa divisão da gestão do SUS.

Figura 1: Estrutura da gestão do SUS



Fonte: Elaboração própria

Conforme Ugá e Porto (2012), o sistema de saúde brasileiro, definido constitucionalmente como de acesso universal e integral, apresenta uma estrutura de gasto bastante diferente à dos sistemas nacionais de saúde, todavia se assemelha com o modelo dos Estados Unidos, o qual é identificado como modelo liberal de sistema de saúde. No que tange aos gastos públicos e privados no Brasil, observa-se que, conforme os dados da Organização Mundial da Saúde, os gastos privados das famílias brasileiras superaram os gastos públicos durante os anos de 2008 a 2014. Esses dados estão ilustrados na tabela 3.

Tabela 3: Gastos públicos e privados com saúde em relação ao gasto total em saúde no Brasil

| Ano  | Gasto Público | Gasto Privado |
|------|---------------|---------------|
| 2008 | 43,84%        | 56,16%        |
| 2009 | 44,41%        | 55,59%        |
| 2010 | 45,80%        | 54,20%        |
| 2011 | 45,17%        | 54,83%        |
| 2012 | 44,32%        | 55,68%        |
| 2013 | 45,12%        | 54,88%        |
| 2014 | 46,04%        | 53,96%        |

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do WHO, 2016

O SUS, embora seja regido pelos mesmos princípios e diretrizes em todo o território brasileiro, a maneira como o sistema de atenção à saúde se concretiza varia entre as regiões, Estados e Municípios, devido a determinados fatores.

Assim, diferentes lógicas de organização dos serviços de saúde podem ser observadas no SUS, sendo orientadas segundo vários critérios: tipos de serviços envolvidos (ambulatorial, hospitalar, domiciliar, urgência e emergência), níveis de complexidade da atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade, direcionalidade das ações desenvolvidas (agravos, grupos populacionais e áreas específicas da atenção à saúde) e modelos de prestação do cuidado à saúde, Programa de Saúde da Família (NORONHA; LIMA E MACHADO, 2008). Além do mais, o processo de descentralização dos serviços do SUS viabilizou que regras regidas nacionalmente sofressem adaptações pelos gestores locais e estaduais, seguindo a negociação das Comissões Intergestores.

#### Desafios do SUS

De acordo com Conass (2006) apesar de muitos avanços, o SUS ainda tem muitos desafios a superar, é um sistema que continua se desenvolvendo e lutando a fim de se consolidar como um sistema público de cobertura universal e equitativa e garantir, assim, a prestação de serviços de qualidade para toda a população brasileira. Os principais desafios referem-se à universalização; ao financiamento; ao modelo institucional; ao modelo de atenção à saúde; à gestão do trabalho e por fim, ao desafio da participação social.

O Desafio da Universalização tem como fundamento a Constituição brasileira de 1988, que estabeleceu a base para a criação do SUS, reconhecendo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Porém, de acordo com Conass (2007), essa universalização

da Saúde, que foi instituída pela constituição, não está sendo possível de ser construída, evidenciando o dilema entre universalização e a segmentação do sistema de saúde brasileiro. Diante disso, Colombo e Tapay (2004) apud Conass (2006) apontam que os sistemas público e privado não são suplementares entre si, mas complementares pelo fato de atenderem, mais ou menos, a clientela diferentes.

O Desafio do Financiamento se expressa na insuficiência de recursos financeiros e também na qualidade do gasto a fim de construir um sistema público universal (CONASS, 2006).

O Desafio do Modelo Institucional do SUS refere-se ao fato do Brasil ser um país federativo, em que as três esferas de governo mantêm relações diretas. Esse desafio se expressa na crise do federalismo fiscal e às suas repercussões na saúde (CONASS, 2006).

O Desafio do Modelo de Atenção à Saúde do SUS é descrito como um modelo voltado para o atendimento às condições agudas. Logo, ele não responde a situações epidemiológicas em condições crônicas. Dessa forma, existe uma desarmonia entre a situação de saúde do Brasil e a resposta social dada para tal situação (CONASS, 2006).

O Desafio da Gestão do Trabalho no SUS traz a preocupação dos gestores públicos de saúde no campo do trabalho, antes restrita ao financiamento, estrutura da rede e como estava organizado os serviços. Essa questão vai implicar na discussão do planejamento e qualificação tanto do trabalho quanto do trabalhador (CONASS, 2006).

O Desafio da Participação Social se refere a participação da sociedade na formulação de políticas públicas a fim de torná-los indispensáveis na conquista de melhores condições de saúde para a população (CONASS, 2006).

Desse modo, como apontam Noronha, Lima e Machado (2008), a consolidação do Sistema Único de Saúde, na situação atual, abrange uma série de desafios, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias. Além do mais, segundo esses autores, a luta pela conquista da saúde como direito de todos se configura, hoje, como a luta por um novo modelo de desenvolvimento para o país e por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo. Esse fato requer, portanto, políticas estatais sensatas, abrangentes mais o fortalecimento dos laços da solidariedade social no país.

### **2.2.1 Sistema de Saúde de Desembolso Direto**

O sistema de desembolso direto corresponde ao subsistema em que as próprias empresas e os profissionais de saúde estabelecem seus custos de honorários e o plano de tratamento aos seus clientes (MENDES, 2001 apud LOPES, 2007).

Segundo Piola (2013), o desembolso direto, contraditoriamente, assume o papel mais relevante nos países mais pobres. Além disso, existe uma preocupação em relação a esse tipo de financiamento, já que ele tende a causar dois efeitos negativos. Primeiramente, ele pode diminuir o acesso aos serviços, principalmente, quando é usado na participação do financiamento de serviços públicos, ou seja, no co-pagamento.

Em segundo lugar se deve ao fato de que uma presença significativa dos gastos privados por meio do desembolso direto pode levar as famílias realizarem gastos inesperados com saúde, consumindo uma parcela significativa da sua renda e, portanto, impedindo-as, de consumirem outros tipos de bens. Desse modo, os gastos com saúde podem se tornar catastróficos para essas famílias (PIOLA, 2013).

O impacto do gasto privado direto pode ser considerado como um importante indicativo de distribuição dos gastos por nível de renda. Uma vez que, embora, as pessoas que tem uma menor renda gastem menos, o peso que esses gastos exercem sobre suas rendas é bem maior que o exercido sobre as pessoas que desfrutam de uma renda mais elevada (SANTOS; SANTOS; BORGES, 2013).

### **2.2.1 Sistema de saúde suplementar**

Segundo Bahia (2001) apud Pietrobon et al. (2008), o setor de planos de saúde brasileiro é identificado como suplementar, já que se tem a alternativa de pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica. De outro modo, ele poderia ser considerado como complementar, como é algumas vezes, visto que se observa a limitação do sistema de saúde público, sendo complementando, portanto, pelo sistema privado na oferta de dados serviços.

No Brasil, a saúde suplementar iniciou sua construção quando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram criados. Nos anos 40, as Caixas de Assistência



davam benefícios aos empregados de determinadas empresas através de empréstimos ou reembolso pelo uso de serviços de saúde extrínseco à previdência. Na década de 60, os IAPs são englobados, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nos anos 70, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), constituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Na década de 80 se tem a criação do SUS e o aumento do setor suplementar (BAHIA, 2001 apud PIETROBON et al., 2008).

O modelo de regulação do setor de saúde suplementar no Brasil é diferente do que acontece no mundo, já que em boa parte dos países a regulação é feita por meio da atividade econômica em si, operando sobre as empresas do setor, assegurando, portanto, suas condições de solvência e de competitividade do mercado (BRASIL, 2001). No Brasil, a regulação é feita através de uma agência reguladora, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Vale ressaltar que a regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil, imposta pela Constituição de 1988, surge somente em 1998. Além disso, é essencial afirmar a importância da regulamentação desse setor pelo fato de provocar efeitos na população brasileira. Pode-se citar a taxa de cobertura da população pela saúde suplementar e a taxa de concentração do número de beneficiários por operadoras (BRASIL, 2001).

O atual sistema de saúde do Brasil é composto por prestadores e compradores de serviços de saúde, implicando numa combinação público-privada, financiada principalmente por recursos privados (PAIM et al., 2011). Desse modo, embora o sistema de saúde no Brasil seja considerado como Universal, o subsistema privado tanto de desembolso direto quanto o de plano de saúde respondem por uma grande parcela de gasto desse setor.

### **3 EVOLUÇÃO RECENTE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SEUS IMPACTOS SOBRE OS GASTOS PRIVADOS COM SAÚDE**

O conhecimento do processo histórico de estruturação do sistema de saúde é um elemento de grande importância para compreender as bases do atual Sistema Único de Saúde no Brasil (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

No decorrer do período colonial e no início do Império ficava evidente a desigualdade das práticas médicas dentre as camadas da população brasileira. Os agentes da medicina oficial, por exemplo, se estabeleciam em grandes cidades, voltando seu atendimento, portanto, à população pertencente as camadas mais altas da sociedade. Enquanto para os pobres e escravos restavam somente os cuidados de curandeiros e da sociedade comunal. Nesse período as ações dos órgãos de poder público se limitavam aos procedimentos da medicina curativa (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Segundo Escorel e Teixeira (2012) com a chegada da Corte portuguesa ao Rio de Janeiro, em 1808, as primeiras instituições de saúde pública foram criadas, sendo de responsabilidade da Coroa portuguesa até o processo de independência, já que a partir daí os municípios atuavam de forma descentralizada e com o intuito de atender seus interesses pessoais.

No período imperial foi estabelecido o Instituto Vacínico do Império e Junta Central de Higiene Pública com o papel de coordenar as atividades de política sanitária, vacinação contra varíola e fiscalização, dos exercícios realizados pelas provedorias de saúde. Mais tarde esses órgãos vão ser substituídos pelo Conselho Superior de Saúde Pública. Somando-se a isso houve a introdução de uma nova técnica de vacinação contra a varíola, a qual fazia o uso de pústulas de vitelos injetados com o vírus cowpox (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Na era da Segunda Revolução Industrial, últimas décadas do século XIX, percebeu-se no Brasil as primeiras mudanças referentes a saúde pública. De acordo com os autores, a maior inovação desse período foi a implantação da vacinação obrigatória contra a varíola em todo o país e a criação de um rol de doenças de notificação compulsória (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

No ano de 1896, houve uma nova reforma na saúde pública, com o surgimento da Diretoria Geral de Saúde Pública- DGSP, que foi criada com o objetivo de atender aos problemas de saúde que não era de atribuição dos estados. A DGSP se associou ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, responsabilizando, principalmente, da direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, da fiscalização da medicina e farmácia, dos estudos sobre doenças que são infecciosas, da organização de estatísticas demográfico-sanitárias além de ajudar os estados nas situações de epidemias (COSTA, 1895 apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em 1900, o governo criou o Instituto Soroterápico Federal, mais tarde denominado Instituto Oswaldo Cruz a fim de produzir vacinas e soros contra doenças de características epidêmicas. Ele teve bastante relevância para a saúde pública do país, devido a sua capacidade de influenciar nesse tipo de política, além de procurar resolver os problemas de saúde por meio de pesquisas e ações sanitárias (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Conforme Escorel e Teixeira (2012), antes da criação do DGSP e do Instituto de Manguinhos, as oligarquias de São Paulo se mobilizaram com o objetivo de melhorar as condições de saúde no estado. O seu rápido crescimento populacional decorrente da expansão da lavoura cafeeira, criava a necessidade de tomar medidas de controle sanitário e de expandir serviços médicos. Além do mais, à medida que aumentava o ritmo da imigração mais se elevavam os índices de doenças, sendo algumas muitas vezes desconhecidas.

Na época em que a população crescia acentuadamente devido a imigração, o estado de São Paulo conseguiu amenizar as epidemias de febre amarela e de outras doenças como, a cólera e a peste bubônica que ocorriam com frequência, reduzindo, portanto, os índices de mortalidade. Porém, essa ação do Estado voltou-se para os centros urbanos e para as doenças que podiam colocar em risco a permanência do modelo econômico agrário exportador (CASTRO SANTOS, 1993 apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Segundo esses mesmos autores, muitas doenças que deixaram um rastro de morte, que tiravam a vida de uma parcela significativa da população infantil que moravam em locais mais pobres, não tiveram acesso a campanhas ou ações mais eficazes do estado.

No Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz, que assumiria em março de 1903 a direção da DGSP, foi convidado para efetuar o programa de saneamento com o intuito de acabar com o ciclo de epidemia. Desse modo, ele enviou à Câmara um projeto que visava a vacinação obrigatória e a revacinação contra a varíola em todo o país. Mas essa lei acabou gerando descontentamento por parte da população e resultou numa revolta, a chamada Revolta da Vacina. A partir disso, o governo resolveu não decretar a lei da vacina como obrigatória e tal fato aliado a resistência da população em relação a ela acabou gerando surtos nos anos posteriores (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

De acordo com Benchimol (1990) apud Escorel e Teixeira (2012), ao final da primeira gestão de Oswaldo Cruz a febre amarela e a peste haviam sido controladas. Porém, algumas doenças que não foram alvos das campanhas, como a tuberculose e as infecções intestinais continuaram atingindo a população. Assim, quando ele é novamente escolhido para chefiar a saúde pública, em 1907, tem como proposta uma forte campanha contra a tuberculose, pois a considerava como uma doença grave e capaz de ser controlada. Mas, seu projeto acabou não saindo do papel, uma vez que, naquela época existia um consenso de que a ação do estado no combate à tuberculose deveria se restringir aos mais necessitados, sendo de responsabilidade da iniciativa privada ou filantrópica criar programas educativos e sanitários para os doentes.

Segundo Hochman (1998) apud Escorel e Teixeira (2012) o aumento da consciência das elites brasileiras referentes aos problemas sanitários do país, juntamente com a compreensão da interdependência das regiões em relação aos problemas de saúde, viabilizou o crescimento das atividades públicas de saúde e saneamento no território.

Em 1923, a Lei Eloy Chaves foi promulgada, instituindo as Caixas de aposentadorias e Pensão –CAPS, a qual é considerada a semente do sistema previdenciário atual (Silva,1996). Essa lei não concedia apenas seguridade social, mas também serviços médico-assistenciais e medicamentos.

Segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005), Getúlio Vargas, no seu primeiro governo, ampliou as medidas de assistência médica que surgiram durante a Primeira República a fim de atender as crescentes demandas. A sua política de saúde teve duas bases diferentes: a saúde pública e a medicina previdenciária.

Ao analisar a legislação dos institutos no primeiro governo de Vargas, observa-se uma redução dos gastos por segurado, da participação da assistência médica no total das despesas, da concessão de aposentadorias e do valor médio pago aos beneficiários (aposentadorias e pensões). No primeiro momento, o controle dos gastos foi feito por meio do estabelecimento de limites orçamentários correspondentes as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica. No segundo momento ficou definido que as obrigações da previdência social eram restritas às aposentadorias e pensões, deixando, portanto, a concessão de assistência médica na dependência da existência de recursos em cada instituição (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986 apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Durante o governo provisório de Getúlio Vargas (1930-1934), houve a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública – MESP, dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs, os quais, diferentemente das CAPs, são organizados por categorias profissionais, não mais por empresas (SILVA,1996). E de acordo com Paim (2009), na década de 40, o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP será criado e vai ganhar importância na década de 50 devido a sua atuação no combate à malária, em pesquisas de doenças tropicais e também na educação sanitária. Somente em 1953 ocorreu a divisão da saúde e educação, através da criação do Ministério da Saúde, antes vinculadas em um único ministério.

Seguindo essa mesma perspectiva, Lima, Fonseca e Hochman (2005) apud Escorel e Teixeira (2012), revelam que se pretendia, nesse momento, centralizar a política de saúde através do poder normativo do ministério em relação às ações estaduais. E a justificativa utilizada foi a demanda de agências internacionais América Latina, como a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS).

No segundo governo de Vargas, (1951-1954), surgiu uma corrente de opinião, o sanitarismo desenvolvimentista, a qual tinha como preceito que o nível de saúde da população dependia, em primeira instância, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região. Os objetivos da política de saúde no segundo governo Vargas se referiam às endemias rurais, à tuberculose e a extensão dos serviços médicos hospitalares até as comunidades rurais, apontavam também saneamento, alimentação, assistência materno-infantil e educação sanitária (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Ao longo do governo de Juscelino Kubitschek, o desenvolvimento da indústria interviu nos ramos farmacêuticos e de equipamentos, favorecendo o crescimento da assistência médico-hospitalar em detrimento da saúde pública. Esse processo se acentuou com a política de compra de serviços diagnósticos e terapêuticos pela previdência social e com a criação da medicina de grupo, a qual consistia em um tipo de empresa médica que prestava serviços a uma grande empresa industrial ou de serviço, mediante pré-pagamento, contando inicialmente com um estímulo do governo, que dispensava parte das contribuições da previdência (PAIM,2009, p. 32).

No período da primeira década do regime militar, formou-se um sistema de atenção estatal à saúde, que tinha a característica da predominância da lógica e do modelo da previdência social sobre o Ministério da Saúde, que foi enfraquecido normativa e financeiramente. Essa predominância foi formada através da reunião de recursos na esfera da previdência social (SCOREL, 1999 apud SCOREL, 2012).

A primeira medida tomada foi a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Desta maneira, a previdência passou a ter um papel de assistência e de redistribuição, ainda que esta estivesse limitada aos de trabalhadores com carteira assinada (SCOREL, 2012).

O INPS passou a ser um importante comprador de serviços privados de saúde, o que vai permitir um desenvolvimento da prática médica guiada pelo lucro. A medicina de grupo, modo de atenção à saúde apoiada na previdência social, também se apresentou de forma bastante expressiva no período e funcionava da seguinte forma: a empresa contratava uma empresa médica, medicina de grupo, para prestar serviços de saúde aos seus funcionários, pagando antecipadamente um valor fixo por trabalhador mensalmente (SCOREL; TEIXEIRA, 2012). Conforme apontam Escorel e Teixeira (2012), essa medicina tinha absoluto interesse em diminuir a quantidade de serviços prestados e baratear os custos desses serviços de saúde, já que visava o lucro.

Em concordância com Escorel (2012), foi no período de maior repressão do autoritarismo no Brasil, final da década de 1960 e início da seguinte, que a transformação da abordagem dos problemas de saúde se deu no Brasil, constituindo os fundamentos teóricos e ideológicos de uma ideia médico social. Segundo a autora, a criação desse pensamento sobre saúde obteve apoio da Organização Pan-Americana da

Saúde (OPAS), a qual difundiu nos países latino-americanos os programas de medicina comunitária visando atender os grupos mais pobres com características de baixo custo, simples e que recebiam apoio da comunidade na sua execução.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento, aspecto importante nos “anos Geisel”, estabelecia duas grandes esferas institucionais, a do Ministério da Saúde, de natureza normativa, em que a ação executiva se voltava para as medidas e para os atendimentos que era de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; e a do Ministério da Previdência e Assistência Social, em que atuava principalmente para o atendimento conhecido como médico-assistencial individualizado (Brasil, II PND: 73 apud ESCOREL, 2012).

Na previdência social, as mudanças institucionais produzidas foram: a criação do MPAS, o convênio do MEC/MPAS, com a finalidade de integralizar os hospitais de ensino nos programas de assistência médica da previdência social; a elaboração do Plano de Pronta Ação (PPA), o qual permitiu o crescimento do setor ambulatorial e do setor conveniado, constituído por empresas, sindicatos, universidades, prefeituras e governos; a formulação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), que tinha como uma de suas importantes atuação regulamentar as aplicações do FAS; o Fundo de Apoio de Desenvolvimento Social (FAS) tinha o intuito de financiar projetos e programas na área social do setor público e também do setor privado (ESCOREL, 2012).

Conjuntamente houve a criação do Dataprev e por fim, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). O Sinpas não modificou as bases financeiras da previdência social e era constituído por três institutos: o Inamps, para assistência médica; o INPS, para os benefícios; e o Iapas, para o controle financeiro; duas fundações, a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional para o Bem-Estar do menor (Funabem); uma empresa, a Databrev e uma autarquia, a Central de Medicamentos (ESCOREL, 2012).

O Sistema Nacional de Saúde também foi criado durante os “anos Geisel”, com a lei 6.229, e tinha como objetivo elaborar uma política nacional de saúde para ser submetida ao CDS. Conforme afirma Escorel (2012), as mudanças ocorridas durante o governo de Geisel não foram caracterizadas por uma alteração do modelo de atenção à saúde, mas

por uma modificação no campo da política de saúde. Diante desse cenário, surgiu um novo movimento, o movimento sanitário. Ele é chamado assim, por ser um movimento ligado as profissionais da área de saúde ou pessoas que possuem algum vínculo com o setor e tem como finalidade de conquistar melhorias nas condições de saúde da população brasileira.

O movimento sanitário é formado pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), os quais difundiram a teoria da medicina social por mencionar a saúde como componente do processo histórico-social; pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica, caracterizados por uma atuação política no mundo do trabalho; e pelos profissionais das áreas de docência e pesquisa, a academia, que deu início ao movimento sanitário (SCOREL, 2012).

No governo de Figueiredo, o movimento sanitário se estreia com o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, o que vai garantir uma maior visibilidade no cenário político. Em 1980, aconteceu a 7ª Conferência Nacional de Saúde e tinha o intuito de promover a implantação e o desenvolvimento do Prevsáude. Ele pretendia integrar os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social por meio dos serviços básicos de saúde. Mas por ser uma proposta que prevaleceria o setor público, acabou sofrendo resistência dos setores privados e conservadores, tanto da previdência social quanto do Ministério da Saúde. Desse modo, o Prevsáude acabou sendo engavetado (SCOREL, 2012).

Segundo Scorel (2012), houve uma agitação no setor saúde no último semestre que vigorou o regime autoritário. O movimento sanitário além de participar da campanha 'Diretas já!' com os outros setores da sociedade brasileira, trabalhou bastante um projeto para a saúde. No período de 1984 e início de 1985, realizou-se várias reuniões e ocorreu a preparação de documentos com a proposta de saúde para a transição democrática. A partir dessas reuniões, seminários e encontros, as recomendações de mudanças para o sistema nacional de saúde com base no princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado foram sendo aprimoradas a fim de serem efetuadas com a unificação, democratização e descentralização do sistema de saúde.



Em 1987, foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados de saúde (Suds) através de uma proposta da presidência do Inamps, com o intuito de promover a descentralização dos serviços de saúde (ESCOREL, 2012).

No que se refere aos processos de reforma dos sistemas de saúde deve-se, conforme France (1997) apud Viana e Poz (2005), identificar dois tipos de reformas: big bang e incremental. As reformas caracterizadas como big bang incorporam mudanças significativas no funcionamento do sistema de saúde, de maneira rápida (em curto espaço de tempo) e pontual. Por outro lado, as reformas incrementais se apoiam em pequenos ajustamentos sucessivos. Diante disso, o autor conclui que a reforma brasileira da saúde, de 1988, pode ser declarada como big bang, uma vez que houve modificações na forma de funcionamento do sistema. Vale ressaltar que a reforma do modelo de assistência pública à saúde ocorreu com a criação do Sistema Único de Saúde.

Em 1988, a Constituição Brasileira criou o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de garantir serviço de saúde a todos os cidadãos brasileiros. Em 1993 e 1996 foram criadas a NOB-SUS 93 e a NOB 96, respectivamente. A NOB-SUS 93 tinha o objetivo de reafirmar o compromisso da implantação do SUS, instaurando a regra da municipalização. A NOB 96 se preocupou mais com a proposta de um novo modelo de atenção à saúde, incentivou a criação de programas voltados as populações carentes como, por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e às práticas assistenciais do Programa de Saúde da Família (PSF).

No ano de 2000 surge a Agência Nacional de Saúde Suplementar com o propósito de regulamentar o setor privado de saúde. Em 2003 ocorre a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Em 2004 é implantado o programa “Brasil Sorridente”, caracterizado como um conjunto de ações que tem o papel de melhorar as condições de saúde bucal e o Programa “Farmácia Popular do Brasil”.

Em 2007 é elaborada a Política Nacional sobre o Álcool e veiculação de campanhas sobre o uso abusivo e em 2009 é lançada da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1, a Política Nacional de Saúde do Homem e a Inauguração do centro de estudo para produção de células-tronco. No ano de 2012 se tem a regulamentação do art. 198 da Constituição Federal no que tange aos valores mínimos a serem aplicados

anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, conforme aponta Garcia et al. (2013), a composição dos gastos privados das famílias com saúde é reflexo da condição do sistema de saúde brasileiro, que é formado por uma combinação público-privada em que as pessoas podem utilizar tanto um quanto o outro a depender da sua possibilidade de acesso ou pagamento.

Paralelo a isso, Paim et al. (2011) afirmam que as políticas de saúde no Brasil serviram de incentivo para o desenvolvimento do setor privado, já que promoveu a privatização da atenção à saúde através do credenciamento de consultórios médicos, da remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, e também por entusiasmar às empresas que ofertam serviços de planos de saúde.

#### 4 GASTOS PRIVADOS COM SAÚDE

Além dos gastos públicos com saúde, financiado pelo Estado, o financiamento com saúde é feito de forma privada, chamados gastos privados com saúde, que de acordo com o World Bank (WB), é composto pelo desembolso direto (out-of-pocket), seguros privados, doações de caridade, e os pagamentos diretos de serviços por empresas privadas.

Os gastos totais com saúde no mundo em percentuais do PIB, com base nos dados do World Bank (WB), apresentaram crescimento do ano de 2008 em relação a 2014. Os gastos públicos foram superiores aos gastos privados no período observado. Esses resultados podem ser demonstrados pela tabela 3.

Tabela 3: Gastos com saúde no mundo (% PIB)

| <b>Ano</b>  | <b>Gasto Total</b> | <b>Gasto Público</b> | <b>Gasto Privado</b> |
|-------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| <b>2008</b> | 9,6                | 5,8                  | 3,8                  |
| <b>2009</b> | 10,4               | 6,3                  | 4,1                  |
| <b>2010</b> | 10                 | 6,1                  | 4,0                  |
| <b>2011</b> | 9,9                | 6,0                  | 3,9                  |
| <b>2012</b> | 9,9                | 5,9                  | 3,9                  |
| <b>2013</b> | 9,8                | 5,9                  | 3,9                  |
| <b>2014</b> | 9,9                | 6,0                  | 4,0                  |

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do World Bank (WB)

Os gastos totais com saúde no Brasil em percentual do PIB demonstrados na tabela 4 indicam um aumento dos gastos de 1% no ano 2008 em comparação com 2014. Nota-se uma queda em 2010 e 2011, mas o crescimento é retomado em 2012 e 2013. Em 2014 o gasto total com saúde foi de 8,3%.

Tabela 4: Gasto total com saúde no Brasil (% PIB)

| <b>Ano</b>  | <b>Gasto total (% PIB)</b> |
|-------------|----------------------------|
| <b>2008</b> | 8,2                        |
| <b>2009</b> | 8,6                        |
| <b>2010</b> | 8,3                        |
| <b>2011</b> | 8,1                        |
| <b>2012</b> | 8,3                        |
| <b>2013</b> | 8,5                        |
| <b>2014</b> | 8,3                        |

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do World Bank (WB)

No Brasil, com base nos dados da Organização Mundial da Saúde, embora os gastos públicos tenham apresentando crescimento em relação ao gasto total, os gastos privados das famílias brasileiras superaram os gastos públicos durante os anos de 2008 a 2014. Esses dados estão ilustrados na tabela 5.

Tabela 5 Gastos públicos e privados com saúde em relação ao gasto total em saúde no Brasil

| <b>Ano</b>  | <b>Gasto Público</b> | <b>Gasto Privado</b> |
|-------------|----------------------|----------------------|
| <b>2008</b> | 43,84%               | 56,16%               |
| <b>2009</b> | 44,41%               | 55,59%               |
| <b>2010</b> | 45,80%               | 54,20%               |
| <b>2011</b> | 45,17%               | 54,83%               |
| <b>2012</b> | 44,32%               | 55,68%               |
| <b>2013</b> | 45,12%               | 54,88%               |
| <b>2014</b> | 46,04%               | 53,96%               |

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do WHO

Segundo Ugá e Porto (2012), o gasto privado no Brasil consiste, principalmente, por pagamentos diretos, isto é, o pagamento é efetuado no momento que se utiliza o serviço, e em segundo lugar por gastos em planos e seguros de saúde. A partir dos dados retratados na tabela 6, observa-se que os gastos por desembolso direto foram superiores

aos gastos com planos de saúde, ainda que este tenha apresentado um crescimento, no período de 2008 a 2011. Nos anos de 2012 a 2014, os gastos com plano de saúde superaram os gastos por desembolso direto.

Tabela 6 Gasto privado por desembolso direto e com plano de saúde em percentual dos gastos privados com saúde

| <b>Ano</b>  | <b>Gasto privado out-of-pocket</b> | <b>Gasto privado com plano de saúde</b> |
|-------------|------------------------------------|---|
| <b>2008</b> | 56,04                              | 42,16                                   |
| <b>2009</b> | 57,19                              | 40,99                                   |
| <b>2010</b> | 50,40                              | 47,02                                   |
| <b>2011</b> | 48,96                              | 48,59                                   |
| <b>2012</b> | 48,31                              | 49,44                                   |
| <b>2013</b> | 46,93                              | 50,45                                   |
| <b>2014</b> | 47,20                              | 49,70                                   |

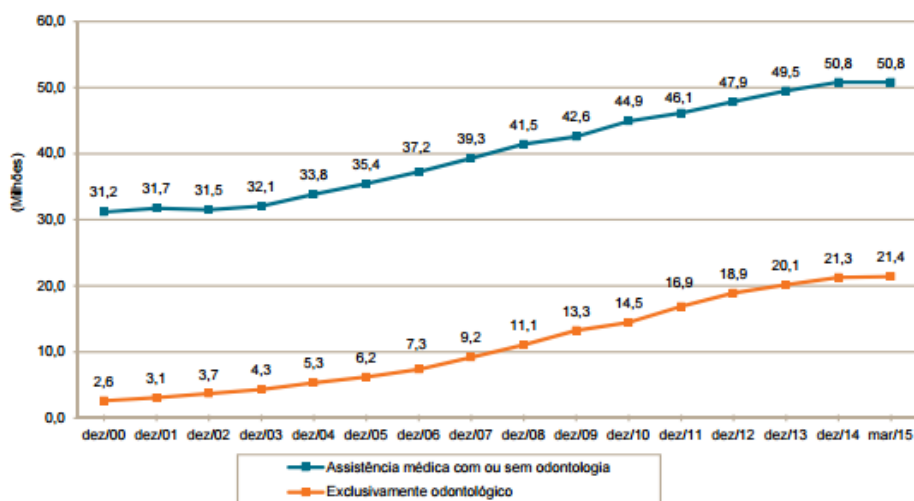
Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do WHO

#### 4.1 GASTOS PRIVADOS COM PLANO DE SAÚDE

Bahia e Scheffer (2012) apontam que a magnitude do mercado de planos e seguros de saúde brasileiro, assim como em outros países, não deve ser medido apenas pelo número de pessoas cobertas, visto que outros elementos são importantes como, por exemplo, o faturamento das empresas, os recursos assistenciais mobilizados e a diversidade de empresas envolvidas.

No que se refere aos beneficiários dos planos privados de saúde, observa-se que houve aumento de 31,2 para 50,8 milhões de 2000 a 2015 de vínculos de plano com assistência médica com ou sem odontologia. Os planos odontológicos houve aumento de 2,6 para 21,4 milhões de beneficiário além de apresenta uma tendência de crescimento.

Gráfico 1: Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil -2000-2015)



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2015.

O mapa 1 mostra a distribuição geográfica dos planos de saúde no Brasil, evidenciando que esse segmento está fortemente concentrado na região Sudeste, seguida pela região Sul. As Unidades da Federação que possuem os maiores percentuais de cobertura são São Paulo (45,3%), Rio de Janeiro (38,4%) e Distrito Federal (35,4%), enquanto as que apresentam os menores percentuais fazem parte das regiões Norte e Nordeste como, por exemplo, Acre (6,2%), Tocantins (7,5%), Maranhão (7,4%) e Roraima (8,6%).

Mapa 1: Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - Setembro/2016)



Fonte: SIB/ANS/MS – 09/2016 e população – IBGE/DATASUS/2012

#### 4.2 GASTOS PRIVADOS POR DESEMBOLSO DIRETO

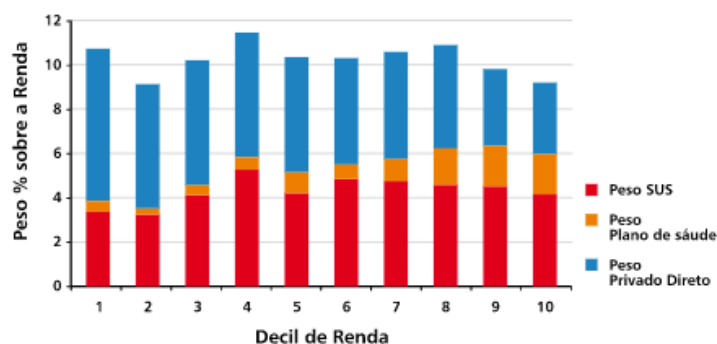
Para Santos, Santos e Borges (2013), os gastos privados por desembolso direto é um fator importante para sinalizar de como os gastos estão distribuídos por nível de renda. Pois, ainda que os indivíduos de menor renda gastem relativamente menos que os de maior renda, o impacto que esse gasto exerce sobre as famílias mais pobres é maior do que entre as famílias mais ricas.

Conforme a literatura, um grande problema em relação aos gastos privados diretos é que, dada a dada restrição orçamentária da família, eles podem se tornar catastróficos. Os Gastos catastróficos são aqueles que consomem grande parcela da renda do indivíduo, podendo impedir dele consumir outros tipos de bens como alimentos, roupas e transporte, por exemplo.

#### 4.3 FATORES RELEVANTES PARA OS GASTOS PRIVADOS COM SAÚDE (BREVE REVISÃO DA LITERATURA)

Os gastos privados com saúde podem ser tanto por desembolso direto quanto com plano de saúde. Com base em FIA (2008), o peso do financiamento exercido pelo setor privado por desembolso direto é maior entre as famílias de menor renda, fato que vai reduzindo à medida que a renda aumenta. Os gastos com planos de saúde tendem a crescer para as famílias que desfrutam de um maior poder aquisitivo e os gastos por desembolso direto a cair (gráfico 2).

Gráfico 2: Peso do Financiamento do setor saúde sobre a renda familiar PC segundo o tipo de gasto, por decil de renda da família PC - Brasil, 2002.



Fonte: POF/IBGE - 2002/2003, elaborado por FIA (2008).

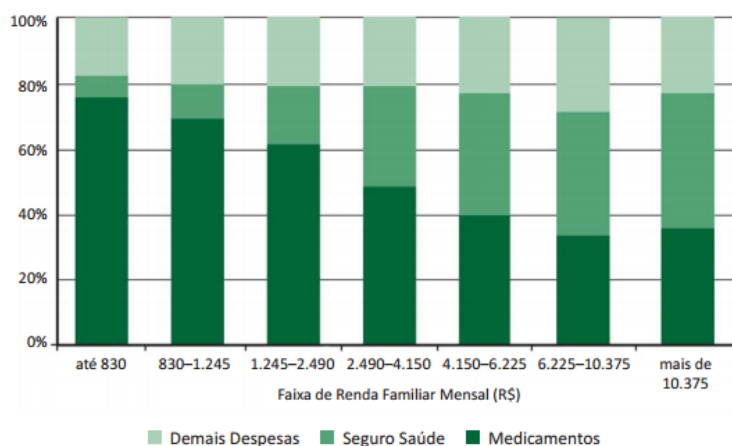
Segundo Rodrigues e Maia (2012), no que se refere aos tipos de gastos com saúde, as famílias de menor renda gastam mais com exames e medicamentos, enquanto as que possuem uma renda elevada apresentaram uma despesa maior com planos de saúde e cirurgia. Além disso, ele sinaliza que os gastos diretos com saúde exercem um impacto sobre o nível de pobreza. Andrade, Noronha e Oliveira (2006) mostraram a questão da desigualdade no acesso aos serviços de saúde, e que estes estariam mais ao alcance das famílias de maior poder aquisitivo e das de maior grau de escolaridade do chefe da família.

Santos, Santos e Borges (2013) faz uma análise sobre os tipos de despesas com saúde segundo os estratos de renda. Eles mostraram que a parcela do gasto com medicamento



no total do gasto privado familiar com saúde vai reduzindo à medida que a renda aumenta, ao passo em que o gasto com seguros privados vai aumentando, como mostra o gráfico 3.

Gráfico 3: Distribuição do gasto privado com Saúde no Brasil, 2008



Fonte: POF/IBGE-2008, elaborado por Santos, Santos e Borges (2013). Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Realidade e Futuro do SUS.

Assim como Santos, Santos e Borges (2013), Menezes et al. (2006) demonstraram que as despesas com planos de saúde são mais concentradas nos décimos de renda mais elevada e que os remédios exercem um peso maior sobre os indivíduos com menor rendimento. Além disso, eles afirmaram que, de acordo com a POF de 2002-2003, os maiores gastos médio mensal com saúde foram no Distrito Federal, Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais.

Pode-se afirmar também, que segundo Garcia et al. (2013) a diferença de renda tende a implicar nos tipos de medicamentos adquiridos. Pois, enquanto as famílias de menor renda gastaram mais com analgésicos, antigripais e anti-inflamatórios e as de maior renda despenderam uma quantia maior com medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, incluindo diabetes, hipertensão e doenças do coração.

Alves (2001) indica que a idade, como a presença de idoso e crianças no domicílio são fatores que tendem a provocar um aumento nos gastos com saúde. Além disso, o autor fala que as famílias de baixa renda que possuem uma grande quantidade de filhos podem ser as mais prejudicadas com a elevação dos custos com tratamento médico.

Menezes et al. (2006) apresentam um retrato do gasto médio mensal das famílias com saúde em relação aos tipos de gastos com saúde, tamanho da família e renda mensal, segundo a POF de 2002-2003. Eles verificaram que os gastos com assistência à saúde é relativamente maior para as famílias dos últimos decis de renda, as famílias dos primeiros decis gastam mais com remédios e tem um tamanho médio maior que as demais.

Tabela 7: Gasto médio mensal familiar com saúde e total das despesas correntes, tamanho médio das famílias, renda média mensal familiar e população segundo os décimos populacionais (R\$ de jan. 2003)

| Décimo       | Remédios    | Plano/seguro de saúde | Consulta e tratamento dentário | Consulta médica | Hospitalização, cirurgia e ambulatório | Exames diversos | Material de tratamento | Outras     | Assistência saúde (total) | Total das despesas correntes | Tamanho médio das famílias | Renda média mensal familiar |
|--------------|-------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------|--|-----------------|------------------------|------------|---------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1            | 13,4        | 0,8                   | 0,3                            | 0,9             | 0,2                                    | 0,5             | 0,5                    | 0,4        | 16,9                      | 462,7                        | 5,4                        | 239,4                       |
| 2            | 17,3        | 0,8                   | 1,3                            | 1,1             | 0,2                                    | 0,8             | 0,9                    | 0,5        | 22,9                      | 595,8                        | 4,8                        | 414,0                       |
| 3            | 20,0        | 1,1                   | 1,6                            | 1,9             | 1,4                                    | 1,2             | 1,8                    | 0,4        | 29,3                      | 692,1                        | 4,4                        | 551,7                       |
| 4            | 23,5        | 2,7                   | 2,4                            | 2,1             | 0,9                                    | 1,7             | 1,9                    | 0,5        | 35,8                      | 796,0                        | 4,0                        | 669,8                       |
| 5            | 28,7        | 5,9                   | 3,9                            | 2,9             | 1,5                                    | 2,1             | 2,6                    | 0,6        | 48,2                      | 935,2                        | 3,7                        | 818,5                       |
| 6            | 31,9        | 8,0                   | 4,2                            | 3,8             | 2,7                                    | 2,3             | 3,1                    | 0,4        | 56,3                      | 1.038,2                      | 3,4                        | 975,4                       |
| 7            | 35,4        | 13,6                  | 7,3                            | 4,9             | 3,7                                    | 2,9             | 3,7                    | 0,6        | 72,3                      | 1.306,5                      | 3,3                        | 1.254,7                     |
| 8            | 43,5        | 19,6                  | 10,7                           | 5,4             | 2,7                                    | 2,9             | 4,1                    | 1,1        | 90,0                      | 1.595,3                      | 3,1                        | 1.622,6                     |
| 9            | 55,1        | 44,4                  | 15,1                           | 8,8             | 4,9                                    | 4,8             | 6,6                    | 0,8        | 140,5                     | 2.282,0                      | 3,0                        | 2.454,9                     |
| 10           | 80,3        | 117,3                 | 32,9                           | 12,5            | 32,2                                   | 6,2             | 16,7                   | 2,3        | 300,4                     | 4.794,6                      | 2,7                        | 6.323,2                     |
| <b>Total</b> | <b>38,6</b> | <b>26,8</b>           | <b>9,6</b>                     | <b>5,1</b>      | <b>6,3</b>                             | <b>2,9</b>      | <b>4,9</b>             | <b>0,9</b> | <b>95,1</b>               | <b>1.658,2</b>               | <b>3,6</b>                 | <b>1.813,8</b>              |

Fonte: IBGE, POF (2002-2003), elaborado por Menezes et al. (2006)

Para Andrade e Lisboa (2002), o componente principal de decisão de despesa com saúde é a aquisição de planos de saúde, os quais funcionariam como preventivos para gastos futuros com serviços de saúde. Eles apontam também, que o aumento expressivo dos gastos privados com a renda poderia gerar uma perda de bem-estar em caso de doença, nas situações em que o setor público não ofertasse serviços curativos de forma semelhantes ao setor privado.

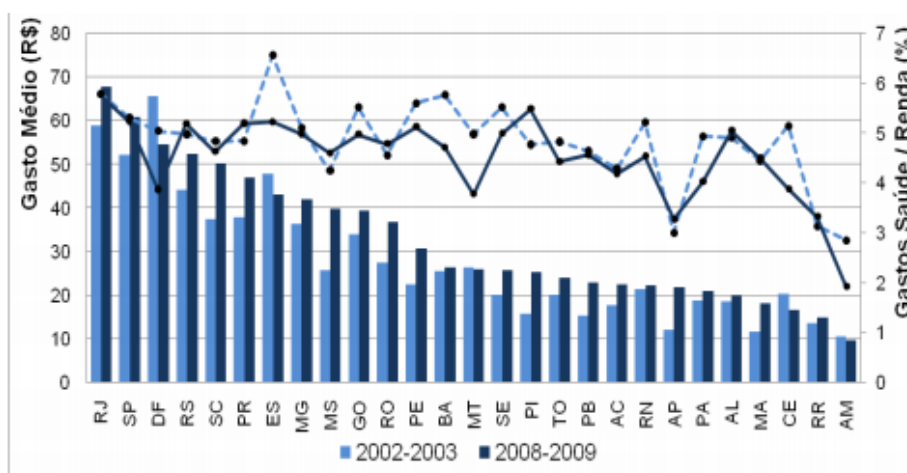
Garcia et al. (2013) consideram os planos de saúde como um potencial causador de desigualdade no acesso aos serviços de saúde pelo fato deles cobrirem uma determinada parcela da população. Segundo eles, as pessoas cobertas são as que possuem renda mais alta, cor da pele branca, nível de escolaridade elevado, ocupam dados tipos de empregos além de serem residentes em capitais ou regiões metropolitanas.

De acordo com Ramos (2001), a maior parcela dos gastos totais com saúde é despendida pelos indivíduos de renda mais elevada, pelo fato deles possuírem condições

financeiras mais favoráveis e também ao fato das pessoas carentes recorrerem principalmente ao SUS. Além disso, ele aponta que ao considerar o sistema público como gratuito, os gastos privados com saúde se elevam à medida que o decil de renda dos indivíduos cresce.

A partir do trabalho de Rodrigues e Maia (2012), o gasto médio com saúde sofre variação de acordo com os estados brasileiros. Observa-se que ele é maior nos estados da região sudeste e Sul, apontadas por eles como as regiões relativamente mais desenvolvidas do Brasil, no Distrito Federal, Mato Grosso de Sul e Goiás (gráfico 4).

Gráfico 4: Gastos médios (R\$) e percentagem da renda comprometida com gastos com saúde (%) segundo Unidades da Federação – Brasil 2002/2003 e 2008/2009



Fonte: POF/IBGE, 2002/2003 e 2008/2009, elaborado por Rodrigues e Maia (2012). A contribuição dos gastos com saúde para a condição de pobreza no Brasil.

No que se refere aos tipos de gastos com saúde por região, pode-se destacar o trabalho de Menezes et al. (2006), que analisa a despesa média mensal familiar, segundo os grupos de gastos em saúde. Eles observaram que no Sul, Sudeste e Centro-Oeste a parcela do gasto com consultas e tratamento dentário são bem maiores que as das regiões Norte e Nordeste, e que isso poderia estar relacionada as questões culturais, distribuição de renda e menor número de profissionais nessas regiões. Além disso, verificou-se que dos grupos de gastos analisados, os indivíduos gastam mais com medicamentos e planos de saúde.

Portanto, os gastos privados com saúde no Brasil estão relacionados a vários fatores como, por exemplo, a idade, a escolaridade do chefe da família e a renda. A participação dos tipos de gastos com saúde varia entre as famílias, visto que as famílias de maior renda tendem a gastar mais com planos de saúde e as mais pobres com medicamentos. Uma outra observação importante é a diferença de gasto com saúde entre as regiões brasileiras, indicando que fatores associados a renda e quantidade de profissionais de saúde tendem a impactar no montante desse gasto.

## **5 DEFINIÇÃO DOS GASTOS PRIVADOS COM SAÚDE A PARTIR DO MODELO DE ALOCAÇÃO INTRAFAMILIAR DE RECURSOS**

O modelo teórico de alocação intrafamiliar de recursos visa entender de que maneira se dá a decisão de alocação de recursos no interior das famílias, como elas se comportam, quais são suas preferências e como estas se refletem numa função utilidade, que é uma função matemática que mostra o nível de utilidade obtida por um consumidor em função das quantidades dos bens e serviços que compõem uma determinada cesta de consumo.

De acordo com Feijó & Valente (2003), a literatura distingue três modelos pelas quais se dá esse processo de tomada de decisão das famílias no que se refere ao uso dos seus recursos. O primeiro parte da suposição de um mecanismo harmonioso, modelo unitário; o segundo considera o conflito intrafamiliar, mas acredita na cooperação entre os membros da família através de dadas regras de barganha, chamado de modelo coletivo cooperativo e o terceiro não existe nenhum mecanismo de cooperação ou barganha entre os membros, que é o modelo coletivo não cooperativo.

### **5.1 MODELO UNITÁRIO**

Conforme destaca Fernandes (2008), a abordagem teórica tradicional de decisão da família trabalha com base na teoria neoclássica do consumidor, resultando nas escolhas de consumo e de lazer. Esse tipo de abordagem ficou conhecida como modelo unitário do comportamento familiar e parte do pressuposto que embora as famílias sejam compostas por vários indivíduos, age como se fosse um único agente tomador de decisão. Desse modo, a alocação de consumo e bem-estar no interior da família seria irrelevante, ou sistematicamente ótima e apenas a distribuição teria importância.

Segundo Quisumbing, Maluccio (2000), a maior parte dos economistas tem a percepção da família como um agrupamento de indivíduos que se comportam sobre uma boa forma de combinar horários, mercadorias adquiridas no mercado e bens produzidos em casa para produzir gêneros que maximizam algum índice de bem-estar comum. Esse tipo de comportamento das famílias origina o modelo unitário, às vezes chamado de modelo de “preferências comuns”, modelo de “altruísmo” ou também modelo de ditador “benevolente”, partindo da ideia de que todos os membros da família compartilham a

mesma função de preferência ou que um único indivíduo age para o bem de todos os integrantes.

De acordo com os pressupostos do modelo unitário tradicional, pode-se citar dois exemplos destes: seja o de consenso proposto por Samuelson (1956) ou o de Becker (1991), que admite o surgimento de um ditador e vale ressaltar que para ambos os modelos o processo de decisão pode ser resumido por uma representação da função de utilidade individual.

### 5.1.1 Modelo de Samuelson

Samuelson (1956) parte do pressuposto que a família ocidental opera sob decisões consensuais, ou seja, descentralizadas, que não são feitas por apenas um integrante. Além disso, um dos membros não impelem suas preferências sobre os demais. (SERRANO, 2003).

A função de bem-estar social proposta por Samuelson (1956) apud Serrano (2003) tem a seguinte estrutura:

$$U[u_1[x_1], u_2[x_2], \dots, u_n[x_n]] \quad (1.1)$$

Em (1.1)  $U$  é estritamente quase-côncava e diferenciável a,  $x_j$  e está em conformidade com:

$$\frac{\partial u_i}{\partial x_j} > 0 \quad \frac{\partial U}{\partial u_i} > 0 \forall$$

Onde  $u_i [X_j]$  é a função de utilidade de cada membro da família de  $i = 1, 2, \dots, n$  e  $X_j$  é o vetor de consumo com  $j = 1, 2, \dots, n$

Esta função é maximizada sujeita a uma restrição orçamentária, definida como:

$$pX = Y \quad (1.2)$$

Onde  $p = (p_i)^n$   $= 1$  é o vetor de preços,  $\sum_{j=1}^n x_j = X$  do consumo,  $Y$  é a renda familiar.

Maximizando (1.1) sujeito a (1.2), se obtém a função de demanda marshalliana  $X^*$ , que depende da renda e dos preços:

$$X^* = X^*(p, y) \quad (1.3)$$

### 5.1.2 Modelo de Becker

Becker (1981) vai frisar em seu trabalho que o modelo unitário é bastante poderoso, pois contribui para explicar duas áreas relevantes sobre o comportamento das famílias, são elas: as decisões referentes à quantidade de produtos consumidos e a alocação igual ou desigual desses bens entre os membros da família. Desse modo, esse modelo tem a competência de justificar as diferenças de bem-estar dos indivíduos além dos padrões de consumo dentro de uma casa. É importante ressaltar que se os membros das famílias apresentam preferências diferenciadas, as mesmas devem ser agregadas em alguma moda ou pelo menos um membro deve controlar aqueles que não concordam com suas regras (BECKER, 1981).

Segundo Becker (1981), na versão mais simples da teoria tradicional, uma única pessoa gasta dada renda para maximizar sua função de utilidade  $U$  de bens e serviços adquiridos no mercado. Desse modo, ela maximiza a seguinte função:

$$U = U(x_1, \dots, x_n)$$

Sujeito à restrição orçamentária  $\sum p_i x_i = I$ , onde  $p_i$  é o preço do bem  $x_i$  e  $I$  é a sua renda monetária. A condição de equilíbrio é que a utilidade marginal ( $UM$ ) de cada bem seja proporcional ao seu preço:

$$\frac{\partial U}{\partial x_i} = UM = \lambda p_i \quad i=1, \dots, n, \text{ onde } \lambda \text{ é a utilidade marginal da renda.}$$

Para Becker (1981), a versão mais realista dessa teoria reconhece que cada pessoa recebe rendimentos pelo tempo de trabalho no mercado, utilidade no tempo gasto em comer, dormir, ver televisão, jardinagem, além de participar de outras atividades. Desse modo, tem a seguinte função de utilidade:

$U = U(x_1, \dots, x_n, t_{hj}, \dots, t_{hr})$  onde  $t_{hj}$  é o tempo gasto na atividade  $j$ th. A restrição orçamentária em tempo junta-se a restrição da renda de dinheiro:

$$\sum_{j=1}^r t_{hj} + t_w = t$$

onde  $t$  é o tempo total disponível durante algum período, como 24 horas por dia ou 168 horas por semana, e  $t_w$  é o tempo de trabalho para o pagamento. Portanto, os bens e as restrições de orçamento do tempo não são independentes e podem ser combinadas em uma restrição geral:

$$\sum p_i x_i = I = w t_w + v = w(t - t_{hj} + v)$$

ou

$$\sum p_i x_i + w \sum t_{hj} = w t + v = S$$

onde  $w$  é o salário por hora de trabalho,  $v$  é o rendimento de propriedade, e  $S$  é a renda potencial.

As condições de equilíbrio de maximizar a função utilidade sujeita à restrição de renda completa é:

$$\frac{UM_{t_{hj}}}{UM_{x_i}} = 1 \text{ e } \frac{UM_{x_i}}{UM_{x_i}} = \frac{w}{p_i}$$

Se todos os tempos fossem gastos no setor doméstico, o valor do tempo não seria medido pela taxa de salário, mas por um preço sombra igual ao produto marginal de tempo no setor doméstico. A condição de equilíbrio na segunda equação será substituída por:

$$\frac{UM_{x_i}}{UM_{x_i}} = \frac{\mu}{p_i}$$

onde  $\mu$  é igual à taxa marginal de substituição entre produtos e tempo após conversão em unidades monetárias.

Se o tempo for gasto para trabalhar no mercado, a taxa de salário tem que ser igual ao preço-sombra de tempo das famílias, caso contrário, o valor marginal do tempo de trabalho seria menor do que o valor marginal do tempo agregado.



$$\mu = w, \quad t_w > 0$$

### 5.1.3 Críticas ao modelo unitário

Devido a sua abordagem individual, o modelo unitário vai receber muitas críticas. Fernandes (2008) vai apontar em seu trabalho a concepção de Chiappori (2000) sobre esse modelo, o qual relata que as inúmeras falhas do modelo unitário se referem, principalmente, a questão metodológica, uma vez que o individualismo metodológico requer que os indivíduos sejam caracterizados de acordo com suas próprias preferências e não agregados a uma unidade da decisão coletiva. Além do mais, o individualismo deve servir de referência mesmo quando se pretende analisar o comportamento familiar.

Vermeulen (2002) também parte dessa visão ao dizer que, em todos os casos, as compras domésticas são resultados observáveis de algum processo de tomada de decisão intra-agregado familiar, além de afirmar que a família deve ser considerada como uma micro sociedade, composta por indivíduos com suas próprias preferências racionais (FERNANDES, 2008).

Chiappori (1988) e Apps e Rees (1988) contribuem para esse pensamento ao assumir que o processo de tomada de decisões do agregado familiar resulta em resultados eficientes de Pareto. Assim, as escolhas de consumo e lazer são tais que o bem-estar de um indivíduo não pode ser aumentada sem diminuir o bem-estar do outro membro do agregado familiar (FERNANDES, 2008).

## 5.2 MODELO COLETIVO

Todos os modelos coletivos têm duas características comuns: em primeiro lugar, eles permitem que diferentes tomadores de decisão possam ter diferentes preferências, e, em segundo lugar, eles não exigem um índice de bem-estar doméstico único de ser interpretado como uma função de utilidade, permitindo assim que o índice esteja dependente dos preços e rendimentos (CHIAPPORI, 1992).

Na estrutura do processo de decisão duas subclasses de modelos coletivos podem ser definidas, uma enraizada na cooperação e outra na teoria dos jogos não cooperativos.

Na abordagem cooperativa, os indivíduos têm a opção remanescente única ou de formar uma família ou outro agrupamento. Eles escolhem a última opção quando as vantagens associadas com estar em uma casa superam as de ser único (QUISUMBING; MALUCCIO, 2000).

Conforme Fernandes (2008) vai abordar em seu trabalho, quando supões que as funções de utilidade são estritamente côncavas e que o conjunto orçamentário é convexo, dispõe-se que o conjunto de possibilidade de utilidade é estritamente convexo. Esse tipo de situação considera que toda escolha eficiente no sentido de Pareto pode ser descrita como um resultado estacionário de uma função de bem-estar social linear, que possui fatores de ponderação de bem-estar positivos para as pessoas.

Segundo Fernandes (2008), o problema de otimização enfrentado pelas famílias pode ser representado pela seguinte expressão:

$$\text{Max } \mu(p, w, y). U^i(q^1 q^2, h^1 h^2, Q) + [1 - \mu(p, w, y)]. U^2(q^1 q^2, h^1 h^2, Q)$$

$$\text{sujeito a } p'q \leq w^1 . h^1 + w^2 h^2 + y$$

Os fatores de ponderação  $\mu(p, w, y)$  e  $[1 - \mu(p, w, y)]$  são interpretados como o poder de barganha de cada um dos cônjuges no processo de decisão interno à família.

### 5.2.1 Modelo coletivo cooperativo e não cooperativo

De acordo com Freitas (2015), Manser e Brown (1980) e McElroy e Horney (1981) apresentam um modelo embasado no conceito de Barganha de Nash da Teoria dos Jogos. Nesse tipo de caso, os indivíduos formariam e se manteriam em famílias quando o benefício fosse maior do que o de permanecerem sozinhos. A autora afirma que o modelo apresentado por eles é de um casamento e, portanto, o poder de barganha se apresentaria como um jogo cooperativo entre dois indivíduos de soma não zero.

Os casos em que um dos integrantes da família não coopera com os demais implicam em um resultado não cooperativo, conhecido como threat point. Desse modo, “o bem-estar dos cônjuges no equilíbrio cooperativo depende, portanto, não só dos preços das mercadorias e da renda familiar, mas também do valor de threat point de cada

indivíduo” (FREITAS, 2015, p.28). Isto é, depende do nível de utilidade que se obtêm ao não ser casado.

Segundo Freitas (2015), o valor de threat point de cada indivíduo é dado por:

$$V_i(y_i, w_i, c_i, m_i)$$

Onde  $y_i$  é a renda do membro  $i$  após o divórcio,  $w_i$  é o salário do membro  $i$ ,  $c_i$  é a proporção dos custos de divórcio que o membro  $i$  teria que pagar e  $m_i$  são as oportunidades futuras de casamento do membro  $i$ . O problema de maximização pode ser escrito como:

$$\max_{x^A, x^B} (U_A(x^A, x^B, X) - V_A) \cdot (U_B(x^A, x^B, X) - V_B)$$

$$\text{Sujeito a } Y = p(x^A, x^B) + PX \text{ com } Y = y^A + y^B$$

Onde  $x^A$  e  $x^B$  correspondem ao conjunto de bens privados, com  $x^A = (x_1^A, \dots, x_n^A)$  e  $x^B = (x_1^B, \dots, x_n^B)$  corresponde ao conjunto de bens públicos, com  $X = (X_1, \dots, X_n)$ ;  $p$  corresponde ao preço dos bens privados e  $P$  ao preço dos bens públicos.

Segundo Freitas (2015), Chiappori (1988) considera os modelos propostos por Manser e Brown (1980) e McElroy e Horney (1981) como limitados para os casos reais. Assim, ele sugere um modelo em que as famílias são formadas por membros com diferentes preferências, em que a função de bem-estar familiar seria uma soma ponderada das funções de utilidade de cada integrante. O modelo em questão é conhecido como de racionalidade coletiva.

Freitas (2015) expõe o modelo de Browning e Chiappori da seguinte forma:

$$\max_{x^A, x^B, X} \mu(y, p, P, s) \cdot U_A(x^A, x^B, X) + (1 - \mu(y, p, P, s)) \cdot U_B(x^A, x^B, X)$$

Sujeito à

$$y = p(x^A, x^B) + PX$$

$$\text{Com } y = y^A + y^B$$

A expressão  $\mu(y, p, P, s)$  é o índice de distribuição de poder dentro da família, formada pela renda, preço e pelos fatores que influenciam o poder do membro na família. Vale ressaltar que se  $\mu = 0$ , o membro A não tem poder de decisão sobre a alocação intrafamiliar, portanto, o membro B impõe suas preferências. Se  $\mu = 1$ , ocorre a situação inversa. Dessa forma, Freitas (2015) conclui que nesse modelo de racionalidade coletiva, a decisão sobre a alocação intrafamiliar acontece através da maximização da utilidade de cada membro da família, levando em conta um nível mínimo de utilidade dos demais membros e a restrição orçamentária familiar.

Em situações não cooperativas, cada membro da família maximiza sua própria função utilidade, sujeita a sua própria restrição orçamentária, considerando as ações dos demais membros da família como dadas. Como em jogos não cooperativos os resultados encontrados não são Pareto eficiente, é possível aumentar o bem-estar de um membro familiar sem diminuir o bem-estar de outro (CHIAPPORI, DONNI, 2009).

Sob o modelo coletivo geral, Vermeulen (2002), introduziu em seu trabalho o conceito de externalidades ao analisar famílias compostas por dois indivíduos em que as preferências destes são assumidas de forma geral, tanto sobre o consumo e lazer de um, quanto sobre o consumo e lazer do outro. Em vista disso, as externalidades no consumo e no lazer são aceitas e elas podem ser classificadas em positivas ou negativas. Ele citou como exemplo de externalidade positiva o lazer, se ambos os membros desfrutassem da companhia um do outro e, portanto, gastassem seu tempo de lazer juntos. Quanto a externalidade negativa, usou-se como exemplo o consumo do tabaco por um indivíduo sendo que o outro não gosta desse bem.

No que se refere ao poder de barganha, a literatura indica que a estrutura familiar brasileira sofreu modificações ao longo do tempo, houve queda na taxa de mortalidade infantil, na taxa de fertilidade e aumento na taxa de participação da força de trabalho feminina. Machado (1999) menciona que o estilo das mulheres é caracterizado pelo senso de responsabilidade que as leva a uma melhor realização de suas atividades, implicando assim, em uma maior satisfação dos envolvidos no processo de trabalho. E estudos mostram que os efeitos das rendas maternas para ambos os filhos e filhas são muito maiores do que os efeitos das rendas paternas. É esperado um impacto maior na saúde da família dos rendimentos de capital atribuídos as mães em relação aos pais, por exemplo.

Paralelo a isso, Goldani, Neuhouser (1989) vão apontar que as mulheres têm uma boa dose de controle sobre as despesas, especialmente as despesas com alimentação, além da distribuição de alimentos. Thomas (1999) sinaliza que tal resultado é importante para o desenvolvimento de programas destinados a melhorar a salubridade dos domicílios brasileiros, bem como a sugestão de que os recursos nas mãos de mães tendem a exercer um impacto maior sobre o agregado familiar e sobre a saúde infantil que recursos controlados pelos pais.

Em relação ao gênero dos filhos, os pais podem apresentar preferências diferentes quanto aos investimentos nos meninos comparado com as meninas, ou seja, eles podem esperar diferentes retornos desses investimentos, inclusive no mercado de trabalho. Thomas (1999) vai dizer que as mães parecem dedicar recursos para filhas e pais aos filhos, sendo essas diferenças significativas em diversos casos. Existindo, portanto, indícios de preconceito de gênero na alocação de recursos.

### **5.2.2 O modelo de análise para o caso dos gastos privados com saúde**

Observou-se que modelo de alocação intrafamiliar de recursos permite entender de que forma os recursos são alocados no interior das famílias, já que a tomada de decisão por parte dos integrantes tende a gerar impactos nessa alocação. O modelo utilizado nesse trabalho será o unitário.

O uso do modelo unitário pode ser justificado pelo fato da literatura indicar que as decisões de gastar com saúde são raramente inteiramente individuais e as aquisições seja de planos de saúde, medicamentos ou tratamentos dentários, por exemplo, exercem efeitos significativos no orçamento doméstico para a maior parte da população.

A fonte de dados adotada, a Pesquisa de Orçamento Familiar, tende a se enquadrar nesse tipo de modelo também, pelo fato de considerar a unidade de consumo equivalente ao termo família, sendo esta definida assim: “é a unidade constituída por um único morador ou conjunto de moradores que compartilham da mesma fonte de alimentação, isto é, que utilizam um mesmo estoque de alimentos e/ou realizam um conjunto de despesas alimentares comuns”. Vale ressaltar que, o objetivo dessa monografia não é só avaliar de forma isolada o impacto de cada variável sobre os gastos com saúde, mas o que elas provocam conjuntamente.

Desse modo, a partir dos microdados da Pesquisa de Orçamento Familiar, criou-se um banco de dados e um modelo teórico com as seguintes variáveis:

*despsaúde\_fam(cri, idoso, rend\_total, plano de saúde, chef\_fem, fem, branca, chef\_sup)*

O objetivo é explicar a variável independente, despesa familiar com saúde, através das variáveis explicativas. Espera-se que a presença de criança e o fato de um membro da família ser idoso resulte em uma despesa mais elevada com saúde, assim como a cor/raça do indivíduo e a escolaridade do chefe da família. A renda da família também tende a implicar no montante dos gastos, visto que famílias de renda mais alta são mais propensas a realizar esse tipo de gasto, assim como ter plano de saúde. Em situações em que a mulher é chefe da família ou exista a presença dela na unidade de consumo, acredita-se que influencia na quantia despendida. Diante disso, a seção 6 apresenta os dados e a estratégia empírica para analisar os condicionantes dos gastos privados com saúde na Região Metropolitana de Salvador.

## 6 DADOS E ESTRATÉGIA EMPÍRICA

Neste capítulo são apresentados uma breve descrição sobre a Pesquisa de Orçamento Familiar, o perfil da amostra e o tipo de modelo econométrico utilizado com as descrições de suas variáveis e os resultados encontrados na estimação.

### 6.1 DADOS E ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS

A Pesquisa de Orçamento familiar (POF) é uma pesquisa amostral, realizada pelo IBGE, a qual pretende mensurar, principalmente, as estruturas de consumo, dos gastos, dos rendimentos e parte da variação patrimonial das famílias. Portanto, ela permite sinalizar um perfil das condições de vida da população brasileira a partir da análise de seus orçamentos domésticos.

Conforme aponta IBGE (2010), a POF é uma pesquisa feita por amostragem, prática estatística em que se estuda uma pequena parte de uma dada população, tendo como objeto de análise os domicílios particulares permanentes, ou seja, domicílios destinados à habitação de uma ou mais pessoas, ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, sendo todo ou parte destinado exclusivamente à moradia. A partir dos domicílios é possível identificar a unidade de consumo, que é a unidade básica de investigação e análise dos orçamentos.

É importante ressaltar que na POF, o termo “família” é considerado equivalente à Unidade de consumo, a qual pode ser definida da seguinte forma: “um único morador ou conjunto de moradores que compartilham da mesma fonte de alimentação, isto é, utilizam um mesmo estoque de alimentos e/ou realizam um conjunto de despesas alimentares comuns”. Nas situações em que não tenha se verificado estoque de alimentos ou despesas alimentares comuns, a identificação é feita por meio das despesas com moradia.

A POF possui diversas aplicações pelo fato de investigar uma variedade de temas. Desse modo, através da disponibilização de informações, ela pode contribuir para elaboração de política públicas seja na área de nutrição, orientação alimentar, saúde,

moradia ou qualquer outra, com o objetivo de melhorar as condições de vida da população como um todo. No que tange ao setor privado, a sua importância se expressa na elaboração de estratégias de investimentos a fim de tornar determinante o perfil do consumidor e da demanda por bem e serviços (IBGE, 2010). Além disso, conforme aponta o IBGE, sob a análise da qualidade das estatísticas públicas, pode-se evidenciar as atualizações das estruturas de ponderação das medidas de inflação como o Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor - SNIPC e da parcela de consumo das Contas Nacionais e Regionais do Brasil. Diante disso:

A relevância destes aspectos para o País e a crescente necessidade de conhecimento da realidade brasileira relacionada com o perfil socioeconômico da população, retratado a partir dos orçamentos domésticos à forte demanda de diferentes usuários por informações atualizadas, justificaram a realização, pelo IBGE, da POF 2002-2003, com abrangência geográfica nacional, incluindo as áreas urbana e rural e a realização de nova pesquisa seis anos depois (IBGE, 2010, p.12).

De acordo com o IBGE (2010), cinco pesquisas sobre orçamentos familiares foram realizadas. A primeira ficou conhecida como Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) 1974-1975, a qual abrangeu o território nacional, com exceção da área rural da região Norte e parte do Centro-Oeste. A Pesquisa de Orçamento Familiar de 1987-1988 e a de 1995-1996 foram realizadas nas Regiões Metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, no Município de Goiânia e no Distrito Federal e ambas tinham os mesmos objetivos.

A POF de 2003-2003, abrangeu o territorial nacional e trouxe a inclusão de investigações sobre medidas antropométricas, das aquisições não monetárias e da avaliação subjetiva das famílias sobre sua qualidade de vida. Em 2008-2009, o IBGE realizou a quinta pesquisa, mantendo o orçamento familiar como objetivo principal, além de tratar a respeito das estruturas de consumo das famílias e também do valor total da conta família, incluindo temas nutrição e condições de vida, tendo um maior aprofundamento no tema nutrição.

No que se refere aos gastos com saúde é possível identificar algumas diferenças entre as pesquisas de 1987-1988 e 1995-1996 em relação à POF de 2002-2003. Pois as duas



primeiras faz a divisão do gasto com saúde em sete subgrupos, sendo eles: remédios, seguro-saúde e associação de assistência, tratamento dentário, consulta médica, hospitalização, óculos e lentes, e outros gastos com saúde, enquanto a POF de 2002-2003 aponta dez subgrupos para esse tipo de gasto, tais quais: remédios, plano/seguro de saúde, consulta e tratamento dentário, consulta médica, tratamento ambulatorial, serviços de cirurgia, hospitalização, exames diversos, material de tratamento e outros gastos com saúde.

Desse modo, os subgrupos referentes aos remédios, plano e seguro de saúde, consulta e tratamento dentário, e consulta médica continuaram. Porém, os que retratam sobre tratamento ambulatorial e serviços de cirurgia foram desmembrados do subgrupo hospitalização e o de óculos e lentes foi incorporado em material de tratamento.

Devido à grande variedade de itens de despesa, com diferentes valores unitários além da frequência em que esses produtos são adquiridos tende a exigir períodos distintos de observações. Podendo ser de 7 dias, 30 dias, 90 dias e 12 meses a depender do tipo de despesa em questão. Porém, o período de coleta da pesquisa corresponde a 12 meses. A POF de 2008-2009, por exemplo, teve início em 19 de maio de 2008 e terminou no dia 18 de maio de 2009. E sua realização contou com apoio com apoio do Banco Mundial e do Ministério da Saúde. O apoio técnico foi concedido e também recursos financeiros além de equipamentos para a pesquisa (IBGE, 2010).

A POF é composta por um conjunto de questionários com o objetivo de obter informações do domicílio investigado. A POF de 2008-2009, a qual vai ser o foco de análise desse trabalho, possui sete questionários: POF 1: Características do domicílio e dos moradores; POF 2: Questionário de Aquisição Coletiva; POF 3: Caderneta de Aquisição Coletiva; POF 4: Questionário de Aquisição Individual; POF 5: Questionário de Trabalho e Rendimento Individual; POF 6: Avaliação das Condições de Vida e POF 7: Bloco de Consumo Alimentar Pessoal.

Para fazer a estimação dos condicionantes dos gastos privados com saúde foi utilizada uma amostra de 667 domicílios da Região Metropolitana de Salvador. Observa-se que dentre os domicílios analisados, existe mais idoso do que criança; o log da despesa total com saúde apresenta uma média de aproximadamente 4,5%; a presença de indivíduos de cor branca, de chefe superior e de mulheres como chefe da família não é elevada; o

log da renda tem uma média de 7,3%, o que não é muito alta, assim como a quantidade de pessoas que possuem plano de saúde. Existe um percentual significativo de mulheres no domicílio.

Quadro 3: Descrição das variáveis selecionadas

| Variáveis      | Descrição  | Nº de observações | Média    | Desvio padrão | Min      | Max      |
|----------------|--|-------------------|----------|---------------|----------|----------|
| In_desptotal   | Log da despesa total com saúde do domicílio                  | 565               | 4.485617 | 2.034782      | -.71335  | 9.262519 |
| Criança        | Percentual de crianças entre 0 a 5 anos no domicílio         | 667               | 6.84351  | 13.61893      | 0        | 66.66667 |
| Idoso          | Percentual de idosos no domicílio                            | 667               | 7.177126 | 21.47549      | 0        | 100      |
| Branca         | Percentual de pessoas brancas no domicílio                   | 667               | 15.69193 | 29.72206      | 0        | 100      |
| Chefe superior | Percentual de chefe de família com nível superior            | 667               | .083958  |               |          |          |
| Ln_renda total | Log da renda total do domicílio                              | 660               | 7.305226 | .9265199      | 4.459566 | 10.76116 |
| Chefe feminino | Percentual de chefe de família do sexo feminino no domicílio | 667               | .3838081 | .486677       | 0        | 100      |
| Plano          | Percentual de pessoas que possuem plano de saúde no dom      | 667               | 26.59974 | 39.98652      | 0        | 100      |
| Feminino       | Percentual de mulheres no domicílio                          | 667               | 52.59686 | 24.97364      | 0        | 100      |

Fonte: Elaboração do autor

Ao se analisar os gastos privados com saúde no Brasil, percebe-se que eles assumem bastante importância em relação aos gastos totais e consistem, principalmente, por pagamentos diretos, isto é, o pagamento é efetuado no momento que se utiliza o serviço, e em segundo lugar por gastos em planos e seguros de saúde. Observa-se que as famílias devem ser a unidade privilegiada nesse tipo de estudo, já que as decisões sobre os dispêndios com saúde são raramente inteiramente individuais. A presença de idosos na família, por exemplo, tende a aumentar esse tipo de gasto, incidindo uma maior pressão sobre a renda familiar; as famílias pobres também, com um elevado número de membros, sejam em virtude da presença de crianças, seja devido à presença de idosos, podem ser as que mais sofrem com o aumento dos custos com tratamento médico.

Na Região Metropolitana de Salvador, observou-se que no que diz respeito aos titulares de planos de saúde, os indivíduos do sexo masculino são maioria, representado por 28,35% do total, excluindo os casos não aplicáveis, isto é, considerando apenas os indivíduos aptos a possuir esse tipo de serviço. As mulheres representam 23,37% dessa parcela. Todavia, quando se analisa os indivíduos que possuem plano de saúde, existe uma maior proporção entre as mulheres (52,5%) em relação aos homens (47,5%). Quanto ao total de indivíduos residentes na Região Metropolitana de Salvador, 23,5% possuem plano de saúde.

Ao analisar os indivíduos que possuem plano de saúde de acordo com as respectivas faixas etárias, verificou-se que 16,1% são crianças; 27,8% são jovens; 51,0% são adultos e 5,2% são idosos. Em termos proporcionais, os indivíduos adultos possuem mais planos de saúde (29,3%), seguido de idosos (26,2%), jovens (23,3%) e crianças (14,4%). Ao relacionar os indivíduos tiveram necessidade de medicamento de acordo com as faixas etárias, observou-se que 6,0% das crianças tiveram necessidade de medicamentos; 31,9% foram jovens, seguidos de adultos com 54,4% e idosos 7,7%. E quando se analisa os indivíduos que precisaram de algum serviço de saúde, 5,5% são crianças, 32,1% são jovens, 56,5% representam os adultos e 5,8% os idosos.

No que tange a relação da faixa dos anos de estudo com tem plano de saúde, verificou-se que os indivíduos com menos de 1 ano de estudo, 9,6% possuem o serviço; de 1 a 3 anos de estudo (6,5%); de 4 a 7 anos (10,3%); 8 a 10 anos (9,8%) e 11 ou mais anos de estudo é representado por 63,8%.

Para a análise dos dados, novas variáveis foram criadas e categorizadas. A variável renda considerada no presente estudo foi a renda mensal da unidade de consumo. As análises descritivas foram realizadas a partir do SPSS e do STATA 13. Utilizou-se o método econométrico de regressão quantílica para poder estimar os condicionantes dos gastos privados com saúde na RMS.

## 6.2 ESTRATÉGIA EMPÍRICA

O modelo econométrico utilizado para analisar os condicionantes dos gastos privados com saúde é o de Regressão Quantílica, já que ela tende a gerar resultados mais

robustos e permite fazer uma análise mais detalhada das estimações com base nos quantis de renda.

A regressão quantílica foi introduzida a partir do trabalho de Koenker & Bassett (1978). Segundo Cameron e Trivedi (2005), a regressão quantílica pode ser definida como um modelo em que as estatísticas de resumo para a distribuição de amostra constituem os quantis, podendo ser eles a mediana, os quartis inferior e superior, e os percentis, como também a média da amostra. Os autores afirmam ainda que esse modelo apresenta muitas vantagens, podendo servir de alternativa aos Mínimos Quadrados Ordinário, uma vez que proporciona uma caracterização mais rica dos dados e uma regressão mais robusta aos valores atípicos.

Segundo Baum (2013), a regressão quantílica possui algumas vantagens em relação ao MQO, tais quais:

- Enquanto o MQO pode ser ineficiente aos erros altamente não-normais, a regressão quantílica é mais robusta para esses tipos de erros e aos outliers;
- A regressão quantílica também fornece uma caracterização mais rica dos dados, o que permite considerar o impacto de uma covariável em toda a distribuição de  $y$ , não apenas na sua média condicional;
- A regressão quantílica é invariante a transformações monotônicas.

Cameron e Trivedi (2005) descreve para uma regressão linear, a regressão quantílica em que  $q$ th é o estimador da regressão quantílica e  $\beta_q$  minimiza a função, da seguinte forma:

$$Q_N(\beta_q) = \sum_{i: y_i \geq X'_i \beta} q |y_i - X'_i \beta| + \sum_{i: y_i < X'_i \beta} (1 - q) |y_i - X'_i \beta|$$

Nesse trabalho, o modelo estimado sobre gastos com saúde foi o seguinte:

$$\ln desptotal = f(\text{cria}, \text{ido}, \text{bran}, \text{chesup}, \ln \text{rendatotal}, \text{chefem}, \text{plano}, \text{fem})$$

As variáveis utilizadas para fazer a estimação estão descritas no quadro 3.

Para a estimação da regressão dos gastos com saúde, utilizou-se no primeiro e no terceiro resultado o método de Regressão Quantílica e no segundo o MQO. A tabela 7 apresenta os resultados das estimações.

Tabela 7 – RESULTADOS DA ESTIMAÇÃO

|                | (1)                 | (2)                  | (3)                  |
|----------------|---------------------|----------------------|----------------------|
|                | ln_desptotal        | ln_desptotal         | ln_desptotal         |
| criança        | 0.0148**<br>(2.88)  | 0.0237**<br>(2.78)   | 0.0117<br>(1.67)     |
| idoso          | 0.00235<br>(0.72)   | 0.00928<br>(1.72)    | 0.00294<br>(0.66)    |
| branca         | 0.00499*<br>(2.04)  | 0.00432<br>(1.06)    | 0.00512<br>(1.53)    |
| ln_rendatotal  | 0.827***<br>(8.60)  | 0.983***<br>(6.17)   | 0.768***<br>(5.86)   |
| feminino       | 0.00298<br>(0.89)   | -0.000627<br>(-0.11) | 0.00386<br>(0.85)    |
| plano          | 0.0143***<br>(6.77) | 0.0189***<br>(5.40)  | 0.00987***<br>(3.43) |
| chefe_feminino | -0.247<br>(-1.51)   | -0.226<br>(-0.83)    | -0.318<br>(-1.43)    |
| chefe_superior | -0.235<br>(-0.89)   | -0.516<br>(-1.17)    | -0.366<br>(-1.01)    |
| _cons          | -2.332**<br>(-3.27) | -4.473***<br>(-3.79) | -0.610<br>(-0.63)    |
| N              | 561                 | 561                  | 561                  |

*t* statistics in parentheses \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Fonte: Elaboração do autor.

A tabela 7 apresenta as estimações realizadas por Mínimos Quadrados Ordinários (MQO) e por Regressão Quantílica para os quartis 0.25 e 0.75. A análise dos resultados através dos Mínimos Quadrados Ordinários (MQO) para identificar o impacto das variáveis selecionadas sobre as despesas totais com saúde mostram que as variáveis

*criança*, *ln\_rendatotal*, *plano* e *branca* são estatisticamente significantes ao nível de significância de 5% ( $t=1,96$ ).

Para o número de crianças, o resultado encontrado corrobora com o encontrado na literatura, pois, à medida que, aumenta a porcentagem de crianças no domicílio, o gasto total com saúde também aumenta. Isso pode ser devido ao fato de que crianças entre 0 e 5 anos estarem mais suscetíveis a doenças, por ainda apresentarem um processo de formação do seu sistema imunológico, necessitando de mais cuidados médicos e medicamentos.

A variável renda total tende a impactar positivamente nos gastos com saúde, o que já era esperado, visto que as famílias de baixa renda gastam mais com medicamentos, enquanto para as famílias de renda mais alta a maior parte dos gastos são com plano de saúde, os quais tem os custos mais elevados. Logo, quanto maior a renda maior o gasto com saúde.

Conforme já ressaltado na análise para a renda, possuir plano de saúde além de poder estar relacionado com rendas mais altas - as tabelas com as tarifas de plano de saúde mostram que estes possuem valores elevados e, conseqüentemente, as famílias que tem acesso a eles tendem a possuir um maior rendimento - na regressão realizada, observa-se que a variável é estatisticamente significativa e impacta diretamente nos gastos totais com saúde.

Já as variáveis *idoso*, *feminino*, *chefe feminino* e *chefe superior* não foram estatisticamente significantes. Inicialmente, poderia ser esperado que a presença de idoso no domicílio implicaria em um maior gasto com saúde, visto que eles são mais propensos a doenças devido a faixa etária e, portanto, precisam de mais serviços de saúde. Para a presença de mulheres e chefes de família do sexo feminino, os gastos com saúde também não se alteraram.

O chefe da família ter nível superior apesar de não ser estatisticamente significativa a nível de significância de 5% merece atenção, principalmente por ser de amplo conhecimento a relação entre renda e escolaridade.

Analisando os resultados obtidos pela Regressão Quantílica, o primeiro quartil (0,25) apresenta resultados análogos aos encontrados pela regressão por MQO, a única

diferença é a variável branca que passa a não ser mais estatisticamente significativa ao nível de significância de 5%.

Para o terceiro quartil (0,75), a variável criança deixa de ser estatisticamente significativa, o que pode ser explicado pelo fato de famílias de renda mais alta normalmente optarem por ter filhos mais tarde ou se limitarem a poucos filhos, pois o planejamento familiar exerce um papel relevante para a organização do domicílio.

A regressão quantílica permite um mapeamento mais completo de como os gastos estão sendo destinados por grupos de renda semelhantes e, por conseguinte, apresenta um resultado mais próximo do esperado. A análise dos quartis de menor e maior renda permite visualizar como de fato os gastos da saúde estão sendo ponderados de acordo com as variáveis selecionadas e embora os resultados sejam semelhantes aos encontrados pelo MQO, este pode apresentar distorções na análise por grupos específicos de renda por serem voltados para a média, por exemplo, a variável criança, a qual deixa de ser estatisticamente significativa para níveis de renda maior.

Portanto, os resultados encontrados indicam que a renda total do domicílio e utilização de plano de saúde são os componentes que determinam de forma mais significativa os gastos com saúde, impactando-o positivamente.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta monografia teve o objetivo de identificar os condicionantes dos gastos privados com saúde na Região Metropolitana de Salvador, com base nos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar de 2008-2009. Estudar os gastos privados com saúde é bastante relevante, já que eles exercem impacto sobre a renda das famílias e também sobre os outros tipos de gastos da esfera familiar, afetando, principalmente, as famílias mais pobres.

Primeiramente foi feita uma análise dos sistemas de saúde e pode-se observar que os gastos privados com saúde no Brasil estão relacionados a forma como funciona o sistema de saúde brasileiro, que é considerado misto, composto tanto pelo financiamento público quanto privado. Outra questão a ser apontada são as políticas públicas de saúde, as quais serviram de incentivo ao desenvolvimento da oferta de serviços privados de saúde.

Os gastos privados com saúde são divididos em gastos privados de desembolso direto, os chamados out off pocket e pelos gastos com saúde suplementar, que são os planos de saúde. Verificou-se que os principais tipos de gastos com saúde são os medicamentos e os planos de saúde e que a renda interfere na proporção adquirida de cada um desses itens.

Outro aspecto que vale destacar é o peso que esses gastos exercem sobre cada estrato de renda. Pois, ainda que as famílias de baixa renda gastem menos, o peso que esses gastos exercem sobre elas é bem maior do que o exercido sobre as de renda mais elevadas. Diante disso, um maior gasto com saúde, dado a restrição orçamentária da família, pode provocar em um superendividamento desta ou impedir que essas famílias consumam outros tipos de bens/serviços.

Por fim, os resultados encontrados indicam que a renda, o fato do indivíduo ter plano de saúde e a presença de crianças no domicílio implicam em um maior gasto com saúde. Porém, os resultados obtidos nessa monografia precisam ser mais analisados e



aprofundados a partir de pesquisas futuras a fim de encontrar resultados mais atualizados e consistentes.

## REFERÊNCIAS

- ALLEYNE George A. O. A vision for health system reform in the Americas. **Panam Salud Publica**, Washington, v.8, n. 1-2, p. 1-6, jul./ago. 2000.
- ALVES, Denisard. Gastos com saúde: uma análise por domicílios para a cidade de São Paulo. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 31, n. 3, p. 480-493, dez. 2001.
- ANDRADE, M. V; LISBOA, M. B. Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. In: SILVEIRA, F. G.; SERVO, L. M. S.; ALMEIDA, T.; PIOLA, S. F. (org.). **Gasto e Consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006. p. 83- 106.
- ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C. Demanda por planos de saúde no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 34. **Anais ...** Salvador: ANPEC, 2006.
- BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.
- BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. p. 507-543.
- BECKER, Gary Stanley. **A treatise on the family**. Cambridge: Havard University Press, 1981. 441 p.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro, 2015.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. 166 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS. Doutrina e Princípios**. Brasília, 1990.
- CAMERON, A. C.; TRIVEDI, P. K. **Microeconometrics methods and applications**. New York: Cambrige Univerty Press, 2005
- CASTRO, Renata Brito Berbert de. **Gasto das famílias com assistência à saúde na Região Metropolitana de Salvador em 1987/88 e 1995/1996 e na Bahia em 2002/03**. 2005. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Economia) - Faculdade de Ciências Econômicas, UFBA, Salvador, 2005.
- CHIAPPORI, P.; DONNI, O. Non-unitary models of household behavior: a survey of the literature. **IZA Discussion Paper**, n 4603, 2009.

DATASUS. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em 17 de fev.2017.

DINIZ, B.P.C.; SERVO, L.M.S.; PIOLA, S.F.; EIRADO, M. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: SILVEIRA, F.G.; SERVO, L.M.; MENEZES, T.; PIOLA, S.F., (org.). **Gasto e Consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. p. 143-166.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Sistemas de Saúde**. Disponível em: < <http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/3%20-%20Aulas%20expositivas%20-%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em 17 de fev.2017.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. 2012.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L et al.. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. 2012.

FEIJÓ, Carmem Aparecida; VALENTE, Elvio. Estatísticas domiciliares e políticas públicas: uma discussão sobre os conceitos de família e domicílio. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 24, n.2, p. 547-572, 2003.

FERNANDES, Maurício Machado. **Estimação da oferta de trabalho com modelos de racionalidade coletiva:** uma aplicação para o Brasil. 2008. 100 f. Dissertação (Mestrado em Economia)- Faculdade de Economia, Contabilidade e Administração - FEARP, USP, Ribeirão Preto, 2008.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO. **FIA**. A saúde no Brasil e na América Latina. São Paulo: FIA, 2008 146 f.

FREITAS, Nathalia Cristina de F. B. W. de. **Investimentos Familiares em educação dos filhos no Brasil:** o arranjo familiar importa?. 2015. 111 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) - Setor de Ciências Sociais Aplicadas, UFPR, Curitiba, 2015.

GARCIA, L.P., et al. Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas: composição e evolução no período 1995-2009. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p.115-128,2013.

GUERRERO, R, et al. Sistema de salud de Colombia. **Salud Publica de México**, México, v.53, n.2, p. 144-155,2011.

GIOVANELLA, L., et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: 2012.

HSIAO, W. Why is a systemic view of health financing necessary? **Health Affairs**, v. 25, n 4, p. 950-961, jul/agosto. 2007.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**, Rio de Janeiro. 2015.

KILSZTAJN, S.; CAMARA, M.B.; CARMO, M.S.N. Private health expenditures and income distribution in Brazil. **Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.48, n. 3, p. 258-262, July/Set. 2002

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas Sociais e de Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012

MACHADO, H. V. Tendências do comportamento gerencial da mulher empreendedora. In: ENANPAD, 1996. **Anais...** Foz do Iguaçu: ANPAD, 1999.

MENEZES T., et al. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF 2002-2003. In: SILVEIRA F. G. et al. (org.). **Gasto e Consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006. p. 313-344.

NORONHA J.C. ; LIMA L. D; MACHADO C. V. O Sistema Único de Saúde- SUS. In GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no brasil**. Rio de Janeiro. 2012.

NUNES, Eunice. **Principais Sistemas de saúde no Mundo**. Disponível em: < <http://auditsaude.com.br/Sistemas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Mundo%202.pdf>>. Acesso em 14 de fev.2017.

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **Panorama da Saúde: Indicadores da OCDE**. Disponível em: < <http://www.oecd.org/els/health-systems/35618945.pdf>>. Acesso em 17 de fev. 2017.

OCKÉ-REIS, C. O. **Sistemas de saúde comparados: gasto, acesso e desempenho**. Rio de Janeiro: Ipea, nov. 2006. Seminários DIMAC.

OCKÉ-REIS, C.; SILVEIRA, F.; ANDREAZZI, M. **Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 2002. Texto para Discussão n° 921. 30 p.

PAIM, J. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p.

PAIM, J., et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, p. 11-31, maio. 2011.

PIETROBON, L; PRADO M.L.; CAETANO J. C. Supplemental health in Brazil: the role of the National Agency of Supplemental Health in the sector's regulation. **Physis**, v. 18, p.767-783, 2008.

PINHEIRO, L. S.; FONTOURA, N. de. Perfil das despesas e dos rendimentos das famílias brasileiras sob a perspectiva de gênero. In: SILVEIRA, F.G.; SERVO, L.M.; MENEZES, T.; PIOLA, S.F. (org.). **Gasto e Consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. p. 201-248.

PIOLA S.F. Financiamento da saúde em países selecionados da América Latina. Observatório internacional de capacidades humanas, desenvolvimento e políticas públicas: **Estudos e Análises 1**, Brasília, 2013, p.193-211.

PIOLA, S.F., et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. In: GADELHA, P.; CARVALHO, J. N. ; PEREIRA, T.R. A

**saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro.2013. p. 19-70.

RODRIGUES, C.G.; MAIA, A.G. A contribuição dos gastos com saúde para a condição de pobreza no Brasil. In: ABEP, 2012. **Anais...** São Paulo, 2012,p. 1-11.

SANTOS, I. S. et al. . Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. Fundação Oswaldo Cruz. In: GADELHA, P.; CARVALHO, J. N. ; PEREIRA, T.R. **A saúde no Brasil em 203:**  prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro. 2013.p.73-131.

SERRANO, E. Economía de la familia: Una aplicación empírica del modelo unitario para Colombia. **Cuadernos de Economía**, Bogotá, v. 22, n.38, p. 151-177 Jan./Jun. 2003.

SILVEIRA, F; OSÓRIO, R.; PIOLA, S. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7,n.4, p. 719-731, 2002.

SOUSA, R.F.; BATISTA, F.E.B. Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. In: CONNEPI, 2012. **Anais...** Palmas, 2012. p. 1-8.

UGÁ M.A.; PORTO S.M. ; PIOLA S. F. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L et al.. **Políticas e sistema de saúde no Brasil** 2.ed.. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

VERMEULEN, F. Collective household models: principles and main results. **Journal of Economic Surveys**, Edinburgh, v. 16, n. 4, p. 533-564, 2002.

VIANA ALd'A, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, Suppl:225-64, 2005.