

GASTOS CATASTRÓFICOS, INIQUIDADE E PROPOSTA DE REFORMULAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Antonio Carlos Coelho Campino

1 INTRODUÇÃO

Neste texto apresento em primeiro lugar os resultados de algumas pesquisas sobre o gasto catastrófico em saúde no Brasil e sobre a equidade na situação de saúde e no acesso aos serviços de saúde em nosso país. Com base nessas informações, apresento uma proposta de organização dos serviços de saúde.

2 GASTOS CATASTRÓFICOS E INIQUIDADES NO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Os pobres no Brasil enfrentam gastos catastróficos em saúde, e a existência desses gastos é por si só uma indicação da ineficiência do SUS. O gasto total em saúde, realizado pelas pessoas das mais diferentes classes de renda, não é alto. Os dados para o suplemento de saúde da PNAD 2003 indicam que, para a média da população, os gastos em saúde representavam pouco mais de 5% do gasto total em 2002-2003, e que essa porcentagem diminuiu em relação à de 1995-1996 (6,51%). Os gastos em saúde do decil de renda mais pobre representavam uma proporção ainda menor do gasto total (3,23%), e essa proporção também vinha diminuindo desde 1987-1988 (Diniz, Servo, Piola e Eirado, 2007).

Entretanto, subjacente a essa proporção relativamente baixa do gasto em saúde está o fato de que uma parcela dessa população enfrenta gastos catastróficos em saúde. Considera-se catastrófico o gasto em saúde que supera certa proporção da disponibilidade de recursos do indivíduo ajustada pelos gastos necessários à subsistência desse indivíduo. Não há na literatura uma concordância sobre de quanto seria essa proporção – se 20% ou 30% ou 40% da disponibilidade de recursos – ou se essa disponibilidade seria ajustada pelos gastos em alimentação ou pela linha de pobreza (ver Xu *et al.*, 2003; Wagstaff e Doorslaer, 2003; e Diniz *et al.*, 2007).

Em estudos que fizemos, financiados pelo IDRC do Canadá, com os dados do suplemento em saúde da PNAD 2003, verificamos que praticamente 7% dos domicílios situados no quintil mais pobre gastavam em saúde 20% ou mais de sua disponibilidade de recursos. A disponibilidade de recursos no caso do Brasil foi definida como o gasto total subtraído dos gastos em alimentação. Essa proporção chegava a 8% no segundo quintil e a partir daí tendia a cair, chegando a 5,7% no quintil mais rico. Assim, a proporção de domicílios no quintil mais pobre que gastavam em saúde 20% ou mais de sua disponibilidade de recursos era 21% superior à de domicílios que se situavam no quintil mais rico (Knaul *et al.*, 2011). A média

TABELA 1 Prevalência do gasto catastrófico em saúde – Brasil 2003

k = 20% ⁽¹⁾	Quintil de renda do domicílio				
	QI (+pobre)	QII	QIII	QIV	QV (+rico)
OOP/EXP-FOOD	6,92%	7,97%	6,67%	6,86%	5,71%
[IC = 95%]	[0,06 – 0,08]	[0,06 – 0,10]	[0,06 – 0,08]	[0,06 – 0,08]	[0,05 – 0,06]

Fonte: Preparado pela Profª. Maria Dolores Montoya Diaz, para o projeto financiado pelo IDRC: "The Impact of Health Financing and Household Health Spending on Financial Equity and Impoverishment: a comparative analysis of Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Peru and Mexico." A parte relativa ao Brasil foi realizada pela FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas.

Observações:
OOP/EXP-FOOD são despesas do próprio bolso (OOP), divididas pelas despesas totais, das quais se deduziram as despesas em alimentação.

⁽¹⁾ k = ponto de corte do gasto em saúde em relação ao gasto disponível a partir do qual se diz que um domicílio sofre de um gasto catastrófico em saúde.

para o Brasil era de 6,7% dos domicílios, chegando a 10,8% caso se incorporassem aos gastos em saúde aqueles que não ocorreram devido a restrição orçamentária.¹

Tomando-se a disponibilidade de recursos como o gasto total subtraído da linha de pobreza, 17% dos domicílios gastavam em saúde 20% ou mais da sua disponibilidade de recursos (Silveira, Azzoni *et al.*, 2007). Essa porcentagem chega a 21,5% no caso em que se adicionam aos gastos em saúde aqueles que não ocorreram devido a restrição orçamentária.

Por outro lado, os pobres padecem muito com doenças crônicas não transmissíveis, o que em parte poderia explicar os gastos catastróficos em saúde que têm. A última PNAD, que tem um suplemento de saúde, a de 2008, apresenta questões acerca de se um médico disse ao indivíduo se ele tinha determinada doença.

A frequência de pessoas que foram informadas por um médico que tinham câncer ou doença do coração era muito significativa até a renda mensal de R\$2.000,00. É claro que doenças como o câncer podem ter um componente genético significativo e que o fato de haver poucas pessoas portadoras dessas doenças que tinham um nível de renda superior simplesmente traduz o fato de que pessoas com esse nível de renda são em número bem menor na população. Mas há também um elemento de comportamento e no caso parece estar muito ligado à transição nutricional, que implica que pessoas com menor nível de renda têm adotado uma dieta rica em gorduras animais e açúcares, elementos que estão associados a doenças como as coronarianas, diabetes e (no caso de gorduras) a alguns tipos de câncer.

Vários estudos demonstram a iniquidade na situação de saúde dos pobres no Brasil. Os estudos aqui reportados foram feitos para a OPS – Organização Pan-Americana de Saúde, dentro dos projetos dessa organização, EQUILAC I (2000) e EQUILAC II (em andamento).²

No estudo realizado para o Brasil em 1999, com base em dados da Pesquisa de Padrão de Vida 1996/97, concluiu-se que os mais pobres apresentam uma parcela de doença superior à esperada em função de sua distribuição etária e por sexo, e o índice de concentração construído

¹ Gastos em saúde que não ocorreram devido a restrição orçamentária são os gastos com remédios que não foram feitos por falta de dinheiro.

² EQUILAC é a sigla utilizada pela OPS para referir-se a "Equidade na América Latina e Caribe".

indicou que os pobres têm menor acesso aos serviços de saúde do que os ricos. Ou seja, havia uma iniquidade pró-ricos, tanto na situação de saúde quanto no acesso aos serviços de saúde (Montoya-Díaz e Campino, 2000; Campino *et al.*, 1999). Estudo realizado em 2009 com base nos dados da PNAD 2003 e PNAD 1998 indicou que houve uma redução na iniquidade, mas que continuava a existir uma iniquidade pró-ricos nos aspectos: maior probabilidade de consulta médica; maior probabilidade de consulta odontológica; maior número de consultas médicas. A iniquidade pró-pobres ocorria em aspectos que decorrem de terem uma situação de saúde pior, pois têm maior probabilidade de hospitalização e maior número de dias de internação.

3 PROPOSTA DE REFORMULAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Toda a evidência apresentada até agora mostra que nosso sistema de saúde é bastante inequitativo e gera gastos catastróficos para as famílias, mesmo aquelas de baixo poder aquisitivo.

Mas, por outro lado, tenho claro que *melhorar a eficiência também é melhorar a equidade*, e por essa razão inicio propondo medidas que objetivem melhorar a eficiência do sistema. Ao fazê-lo, estou procurando um caminho que me parece aceitável na realidade política atual do nosso país. A lógica econômica sugere que seria útil adotar-se um esquema como o da França, onde os clientes do sistema pagam 1,00 euro por consulta médica e 0,50 euro por prescrição médica, o que conduziria a uma racionalização da demanda (Paris, Devaux, *et al.*, 2010), mas isso não é no momento politicamente aceitável. Também não é possível sugerir que intervenções de saúde que não sejam custo-efetivas não sejam adotadas; a propósito, os médicos no Reino Unido, quando a diálise renal era muito cara, não a recomendavam para pessoas com idade superior a 55 anos (Greenberg, 1991). Impressionou-me ter assistido alguns anos atrás a um seminário promovido pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e ter ouvido a Secretária de Saúde de um município afirmar que estava convencida de que não era possível manter os princípios de universalidade e integralidade. Concordo com ela, mas isso não me parece politicamente possível no momento atual.

A primeira medida com vistas a melhorar a eficiência do sistema de saúde seria a de centrá-lo no PSF – Programa de Saúde da Família. O PSF deverá ser a espinha dorsal em torno da qual se estrutura o sistema de saúde. É necessário aumentar o número de equipes de saúde da família para aumentar a cobertura do programa. A última informação obtida se refere ao ano de 2006, quando tínhamos 26.520 equipes, cobrindo 91,3 milhões de habitantes, em 5.077 municípios, ao passo que em 2000 tínhamos 7.990 equipes cobrindo 27,5 milhões de habitantes. Assim, no período 2000-2006 houve um aumento de 232% no número de equipes e na população coberta. O último dado disponível no portal.saude.gov.br indicava uma cobertura de 103 milhões de pessoas, correspondendo a um aumento de 274% em relação a 2000 e 12% em relação a 2006.³ A extensão da cobertura do PSF trará benefício para toda a

³ Informações para 2000 extraídas da Rev. Saúde Pública vol.34 n.3 São Paulo, junho 2000. As cifras para 2006 foram retiradas de uma apresentação da Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Dra. Carmem de Simoni. Em 2000 tínhamos 3.441 pessoas para cada equipe PSF e supôs-se o mesmo número de pessoas/equipe em 2006. A referência do portal.saude.gov.br não apresenta o ano para a cobertura de 103 milhões de habitantes.

rede. Por exemplo, em recente estudo sobre o impacto do PSF, Rocha e Soares concluem que a participação do município no PSF reduziu a fecundidade, aumentou a oferta de trabalho feminina e melhorou o número de matrículas das crianças na escola (Rocha e Soares, 2010). Uma medida da efetividade do PSF é que a cada 10% de aumento na cobertura do programa a taxa de mortalidade infantil se reduz em 4,5% (Macinko, Guanais *et al.*, 2006).

As pessoas atendidas pelo médico da equipe de saúde da família podem, se necessário, ser encaminhadas a uma UBS – Unidade Básica de Saúde. Mas é preciso que estas existam e tenham uma grande capilaridade.

Para ampliar a rede de UBS (com a configuração das AME de São Paulo), os estados e municípios precisarão de recursos. A proposta é que isso se faça através de uma PPP – Parceria Público-Privada entre o governo (esfera nacional ou subnacional) e o setor privado.

A grande vantagem de implantar UBS com a configuração AME é que estas proveem 15.000 consultas/mês e 40.000 exames/mês, contribuindo assim para desafogar o sistema.

Aqui se contemplam duas alternativas. No caso de reforma de instalações já existentes e seu reequipamento, o setor privado reformaria os prédios, compraria o equipamento necessário e entregaria a primeira dose dos remédios prescritos, que posteriormente seriam adquiridos na Farmácia Popular, e o governo entraria com a mão de obra, especializada ou não. O setor privado teria uma remuneração por pessoa atendida.⁴

No caso de construção de novas UBS, o setor privado construiria os prédios, compraria o equipamento necessário e eventualmente entregaria os remédios prescritos, conforme especificado no parágrafo anterior, e teria uma remuneração por pessoa atendida (maior do que a relativa à remodelação das UBS).

As pessoas atendidas nas UBS poderão ser encaminhadas para um especialista, ou, se assim for necessário, para um hospital. Os hospitais poderiam ser geridos pelo sistema das organizações sociais existentes no estado de São Paulo. Nesse sistema, o governo constrói o hospital e faz uma licitação para selecionar a OS que o operará. Essa OS opera o hospital e recebe um valor *per capita* por pessoa atendida, e o governo tem a vantagem de que, por contrato, especifica as normas que a OS deverá seguir e os objetivos que deverá realizar a cada ano. O governo fica na função de regulador, verifica anualmente se as metas estabelecidas em contrato foram atingidas, sabe as razões no caso de elas não terem sido cumpridas, e pode até romper o contrato se a contratante não explicar adequadamente o não cumprimento. As evidências obtidas em São Paulo são de que os hospitais geridos pelas OS são mais produtivos do que os geridos pela administração direta.

Dentro desse esquema, é muito importante que seja implementado o Cartão SUS. Esse cartão permitiria ao médico que atende o paciente ter acesso a toda a sua história clínica. Isso evitaria duplicidades de exames e prescrições, contribuindo para a maior eficiência e resolutividade da atenção e um menor custo de atendimento por paciente. A velocidade

⁴ Essa proposta está baseada nos pontos positivos e negativos do PAS, criado em São Paulo em 1996. A proposta original do PAS era muito adequada, mas ele acabou sendo um fracasso porque o prefeito de São Paulo na época o sujeitou ao seu calendário eleitoral, e por outro lado houve uma reação muito forte da corporação dos médicos e enfermeiros que eram empregados municipais e não houve negociação entre esses sindicatos e o governo. Por essa razão, se está propondo aqui que os funcionários da UBS sejam dos quadros públicos.

de implantação do cartão no sistema deve ser objeto de estudo detalhado, pois depende da existência de equipamentos nas UBS e hospitais.

Esse sistema informatizado permitiria também que os médicos das UBS e hospitais em todo o território nacional tivessem acesso às recomendações da Medicina Baseada em Evidências (MBE) para os casos que estivessem tratando, o que permitiria certa padronização dos tratamentos. A MBE poderá contribuir para a redução do desperdício de medicamentos e do custo dos tratamentos.

Esse conjunto de medidas deverá tornar o sistema mais eficiente, permitir a redução do tempo de tratamento e do tempo de espera e aumentar a sua resolatividade. Essa maior eficiência deveria permitir melhorar os preços praticados pelo SUS (a chamada “Tabela SUS”), que estão especialmente defasados na atenção primária e secundária. Enquanto o SUS paga R\$7,00 por consulta⁵ o resultado são consultas em que o médico mal olha para o paciente e pede uma série de exames que, fosse ele mais bem pago e dedicasse maior tempo à consulta, provavelmente não pediria ou pediria em quantidade menor.

Ao lado dessas medidas, o governo também deveria se preocupar com a questão da judicialização da saúde. Esta se constitui numa fonte de gastos para os governos nos três níveis, e o Governo Federal deveria adotar as medidas desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no sentido de esclarecer o Ministério Público e os juízes sobre a existência, na lista do SUS, de remédios semelhantes aos prescritos pelo médico e que têm menor custo, e mesmo sobre a eventual não existência de evidência científica sobre a eficácia do remédio prescrito.

No que se refere à equidade, já se tratou do acesso aos serviços de saúde quando se apresentaram propostas relativas às UBS. No que se refere à equidade no financiamento da saúde, uma área importante a ser trabalhada é a relativa a remédios. Para os 10% mais pobres da população, os medicamentos representavam mais de 80% dos gastos em saúde. Foi visto anteriormente que se fosse agregado o gasto em medicamentos que as pessoas não puderam realizar devido a sua baixa renda, os gastos catastróficos, para o limiar de 20%, em vez de ocorrerem para 6,7% dos domicílios ocorreriam para 10,8% dos domicílios e poderiam chegar a 21,5% caso a disponibilidade de recursos fosse definida como o gasto total subtraído da linha de pobreza. Para reduzir esse problema, o programa Farmácia Popular deve ser expandido, aumentando o número de medicamentos que compreende e a rede de farmácias participantes.

Também dever-se-ia estimular que os empregadores fornecessem remédios como parte dos benefícios de emprego. Os empregadores que concedessem esse benefício poderiam ter um tratamento tributário especial.

A situação dos desempregados, que podem não ter recursos para adquirir medicamentos na Farmácia Popular, seria resolvida pela adição de um recurso para aquisição de remédios no seguro-desemprego. A mesma solução pode ser sugerida no caso dos beneficiários do Bolsa Família.

⁵ Em setembro de 2010 equivale a 1,37% do salário-mínimo (R\$510,00).