

**CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS AO  
GASTO PRIVADO EM SAÚDE COM CRIANÇAS DA  
COORTE BRISA**

**SÃO LUÍS, MA  
FEVEREIRO– 2017**

**REGIMARINA SOARES REIS**

**CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS AO GASTO PRIVADO EM  
SAÚDE COM CRIANÇAS DA COORTE BRISA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

**Orientador:** Prof. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

**SÃO LUÍS, MA  
FEVEREIRO – 2017**

Reis, Regimarina Soares.

Características e fatores associados ao gasto privado em saúde com crianças da corte BRISA / Regimarina Soares Reis. - 2017.

117 f.

Orientador(a): Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Desigualdade em saúde. 2. Gastos em Saúde. 3. Recursos financeiros em saúde. I. Alves, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e. II. Título.

**CARACTERÍSTICAS E FATORES ASSOCIADOS AO GASTO PRIVADO EM  
SAÚDE COM CRIANÇAS DA CORTE BRISA**

Regimarina Soares Reis

Tese aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ pela banca examinadora  
constituída dos seguintes membros:

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco  
Doutor em Políticas Públicas (UFMA)  
Examinador Externo à UFMA  
Universidade CEUMA

---

Prof. Dr. Humberto Oliveira Serra  
Doutor em Ciências da Saúde (UNB)  
Examinador Externo ao Programa  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Cecília Cláudia Costa Ribeiro de Almeida  
Doutora em Cariologia pela Universidade Estadual de Campinas  
Universidade Federal do Maranhão  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Deysianne Costa das Chagas  
Doutora em Saúde Coletiva (UFMA)  
Universidade Federal do Maranhão  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

## AGRADECIMENTOS

O doutorado se encerra e nesse momento traz à tona a riqueza do percurso realizado e das pessoas que o compuseram. Somente foi possível estar aqui pelo encorajamento e apoio dos colegas, amigos, professores e familiares, por isso, agradeço sincera e profundamente a todos que de alguma maneira contribuíram para o meu amadurecimento pessoal e profissional.

Agradeço ao meu grande exemplo de profissional e ser humano, professora Maria Teresa Seabra. Foi uma imensa honra e orgulho ser orientada por alguém que inspira a evolução de conhecimentos e comportamentos em quem tem o prazer de conviver com ela. São imensuráveis os ensinamentos e não se encerram com o doutorado os ganhos que tenho tido nessa relação.

Manifesto aqui minha gratidão a todos os professores, funcionários e amigos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em particular os professores Vanda Simões, Cecília Ribeiro, Alcione Miranda e Antônio Augusto, que contribuíram de forma mais próxima para o fechamento deste trabalho. Foi também imprescindível o apoio da CAPES, CNPq, FAPESP, FAPEMA e PRONEX.

Sou grata aos colegas e amigos com quem trabalho na UNASUS/UFMA pelo incentivo, apoio e compreensão contínuos, em especial Paola Trindade, Elza Bernardes, Judith Pinho e Ana Carolina.

Ao meu círculo pessoal de amigos toda a minha gratidão. Nesse árduo processo, há os que me fizeram lembrar e retomar a jornada, e há os que me fizeram esquecer-la por alguns momentos, o que também foi fundamental. Nos dois casos, todos sempre muito oportunos nos bastidores do doutorado.

Por fim, agradeço à minha família, especialmente minha amada mãe Regina, que me ensina a ser gente e me apóia diariamente. Sem dúvidas, é ela quem mais compartilha da minha alegria por esse fechamento de ciclo.

*“[...] todo ser humano — independentemente dos seus méritos, do seu salário, da sua renda, de ter seguro saúde ou não, de ter seguro previdenciário ou não — tem direito à vida”*

Gastão Wagner

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 -	Estrutura institucional e decisória do SUS.....	28
Figura 2 -	Países selecionados com sistema de saúde de acesso universal segundo % do PIB do gasto setorial, per capita público (em US\$PPP) e % do gasto público em relação ao gasto total com saúde, 2007.....	30
Figura 3 -	Etapas do estudo BRISA.....	36
Figura 4 -	Fluxograma de composição amostral, nascimento e seguimento, a partir do estudo Coorte BRISA. São Luís, Maranhão, Brasil, 2010 - 2013.....	39
Figura 5 -	Fluxograma de composição amostral, nascimento e seguimento, a partir do estudo Coorte BRISA. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2010 – 2013.....	40
Figura 6 -	Representação da categorização da variável gasto privado em saúde com crianças da coorte BRISA.....	44
Figura 7 -	Estrutura de análise das características do gasto privado em saúde de crianças da coorte BRISA. ....	46
Figura 8 -	Modelo teórico de explicação do gasto privado com saúde de crianças de 13 a 35 meses de idade.....	47
 <b>Artigo 1</b>		
Figura 1 -	Gráfico 1 - Gasto privado com medicamentos, consultas e exames em saúde de crianças de 12 a 36 meses, por nível de renda familiar. Ribeirão Preto; São Luís, MA, 2010 – 2013.....	72
Figura 2 -	Gráfico 2 - Gasto privado com medicamentos, consultas e exames em saúde de crianças de 12 a 36 meses, por nível de renda familiar. Ribeirão Preto; São Luís, MA, 2010 – 2013.....	73
 <b>Artigo 2</b>		
Figura 1 -	Modelo teórico de explicação do gasto privado com saúde de crianças de 13 a 35 meses de idade.....	81

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

Tabela 1 - Caracterização de mães e crianças do seguimento da coorte BRISA, conforme dados socioeconômicos, demográficos, de cobertura de serviços, morbidade e gasto com saúde de crianças de 12 a 37 meses de idade. Ribeirão Preto; São Luís, MA, 2010 – 2013.....69

Tabela 2 - Caracterização do gasto privado em saúde com crianças de 12 a 36 meses de idade do seguimento da coorte BRISA. Ribeirão Preto; São Luís, MA, 2010 – 2013.....70

Tabela 3 - Gasto privado com medicamentos, consultas e exames em saúde de crianças de 12 a 36 meses, por nível de renda familiar e tipo de cobertura de serviços de saúde. Ribeirão Preto; São Luís, MA, 2010 –2013.....71

### Artigo 2

Tabela 1 - Caracterização de mães e crianças do seguimento da coorte BRISA, conforme dados socioeconômicos, demográficos, de cobertura de serviços, morbidade e gasto com saúde de crianças de até três anos. São Luís, MA, 2010 – 2013.....91

Tabela 2 - Análise hierarquizada ajustada por regressão de Poisson dos fatores associados ao gasto privado com saúde de crianças de 13 a 35 meses da coorte BRISA. São Luís, Maranhão, 2010 – 2013.....92



REIS, Regimarina Soares, **Características e fatores associados ao gasto privado em saúde com crianças da coorte BRISA**, 2017, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 117p.

## RESUMO

O SUS ainda não consegue atender toda a população, o que é atribuído a desigualdades na qualidade da atenção e a restrições de acesso, além da estrutura de financiamento do gasto em saúde no país. No Brasil o gasto privado em saúde é maior do que o gasto público, divergindo de todos os sistemas de caráter universal no mundo. Os objetivos deste estudo foram comparar as características do gasto direto das famílias com saúde de crianças em São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP, e analisar os fatores associados a esse gasto em crianças de 13 a 35 meses de vida em São Luís/MA. Elaborou-se dois artigos. O primeiro trata-se de estudo transversal utilizando dados da coorte BRISA em Ribeirão Preto (n=3015 crianças) e em São Luís (n=3247 crianças). Medicamentos, consultas e exames foram os componentes do gasto privado estudados. Analisou-se a magnitude (gasto alto/gasto baixo) e natureza do gasto (frequência das combinações de gasto com os três itens, e análise bivariada dos itens do gasto por nível de renda familiar e tipo de cobertura de serviço de saúde. Para comparar as cidades foram calculados os Intervalos de Confiança (95%). Em São Luís estimou-se frequência de 45,7% de gasto alto (IC95%: 43,9 – 47,4) e em Ribeirão Preto 13,8% (IC95%: 12,5 – 15,0). O gasto com medicamento é o mais prevalente nas duas cidades - São Luís, 94,2% (IC95%: 93,4 – 95,0); e Ribeirão Preto 87,8% (IC95%: 86,7 – 89,1). A combinação mais frequente de componentes foi exame/medicamento (23,3%; IC95%: 21,8 – 24,2) em São Luís, e em Ribeirão Preto foi consulta/medicamento (11,7%; IC95%: 10,4 – 12,7). O gasto com medicamento predominou em todas as faixas de renda nas duas cidades. Dentre as crianças cobertas por plano de saúde, em São Luís 97,7% (IC95%: 96,5 – 98,6) referiram gasto com medicamento; 29,3% (IC95%: 26,3 – 32,5) com consulta; e 24,7% (IC95%: 21,9 – 27,7) com exames. Em Ribeirão Preto para os mesmos componentes verificou-se 94,6% (IC95%: 93,4 – 95,6), 16,1% (IC95%: 14,3 – 18,0) e 7,4% (IC95%: 6,2 – 8,8), respectivamente. Em São Luís, 95,2% (IC95%: 93,2 – 96,7) das crianças cobertas pela ESF demandaram das famílias gasto com medicamentos; 39,9% (IC95%: 36,0 – 43,8) com exames; e 27,5% (IC95%: 24,0 – 31,1) com consulta. Em Ribeirão Preto, esses percentuais foram de 84,7% (IC95%: 80,5 – 88,4), 6,1% (IC95%: 3,8 – 9,2) e 10,4% (IC95%: 7,4 – 14,2), respectivamente. No segundo artigo foi realizado estudo longitudinal utilizando dados da coorte BRISA com uma amostra final de 3247 crianças. Realizou-se regressão multivariada – modelo de Poisson, com inclusão das variáveis de modo hierarquizado, segundo o modelo teórico definido previamente. O desfecho foi a realização de gasto privado com medicamentos, consultas e exames, categorizado em gasto alto (com 2 ou 3 componentes) e gasto baixo (com 1 componente). Os fatores associados como risco ao gasto alto foram: maiores níveis de escolaridade da mãe (RP=1,67; IC95%: 1,34 – 2,07; e RP=1,52; IC95%: 1,13 – 2,02; p<0,001), não cobertura por plano privado (RP=1,49; IC95%: 1,23 – 1,81; e p<0,001), realização do pré-natal em serviço particular (RP =1,47; IC 95%: 1,07 – 2,02; e p=0,01), crianças de mais de 24 meses (RP=1,33; IC95%: 1,06 – 1,68; e p=0,01), e estado de saúde da criança ruim/regular (RP=1,23; IC95%:1,03 – 1,48; e p=0,02). Tempo de aleitamento

materno de 12 a 24 meses (RP=0,82; IC95%: 0,67 – 0,99; e p=0,04) associou-se de maneira protetora ao gasto alto. Demanda-se ampliar a oferta/acesso à assistência farmacêutica para crianças; avaliar o cuidado à criança na ESF; fomentar o aleitamento por mais de 12 meses; e compreender o papel dos planos de saúde no gasto privado e acesso à saúde. Os resultados demonstram diferenças significativas no gasto privado em saúde de crianças entre as cidades, sugerindo que em São Luís é menor o acesso a consultas e exames, podendo as famílias estarem mais sujeitas a riscos financeiros derivados desses gastos.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	15
2.1	Geral .....	15
2.2	Específicos .....	15
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
3.1	Política e sistema de saúde.....	16
3.2	Sistema Único de Saúde.....	23
3.2.1	<i>História e organização</i> .....	23
3.2.2	<i>Financiamento e gasto em saúde</i> .....	28
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	35
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	49
<b>5.1</b>	<b>Artigo 1</b> .....	49
<b>5.2</b>	<b>Artigo 2</b> .....	74
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	94
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	96
	<b>ANEXO A - Questionário do recém-nascido</b> .....	99
	<b>ANEXO B - Questionário da mãe - nascimento</b> .....	100
	<b>ANEXO C - Questionário da mãe - seguimento</b> .....	105
	<b>ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	112
	<b>ANEXO E - Normas da revista científica</b> .....	115

## 1 INTRODUÇÃO

Despesas com saúde têm um peso importante sobre o orçamento das famílias brasileiras, apesar da universalidade, equidade e integralidade serem pilares constitucionais do Sistema Único de saúde (SUS) (BRASIL, 2016).

Na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, os gastos com saúde corresponderam a 7,2% do total dos dispêndios, o que representou a quarta maior participação nas despesas das famílias brasileiras, atrás apenas das despesas com habitação (35,9%), alimentação (19,8%) e transporte (19,6%) (IBGE, 2010).

Apesar dos avanços na situação de saúde do Brasil com a criação e implantação do SUS, permaneceram desigualdades importantes, tanto na distribuição da oferta de serviços de saúde e na alocação de recursos humanos, quanto no acesso e utilização dos serviços e na qualidade da atenção prestada (TRAVASSOS et al., 2000; NUNES et al., 2001; TRAVASSOS et al., 2006; ANDRADE et al., 2013).

A análise dos gastos das famílias brasileiras é uma das maneiras pelas quais podem ser estudadas as desigualdades no acesso a serviços de saúde, uma vez que, mesmo com um sistema de saúde público universal, grande parte dos brasileiros não utiliza seus serviços, e os gastos privados têm alta representatividade no gasto total com saúde (GARCIA *et. al.*, 2015).

Conforme Mito, Dal Prá, Gelinski e Moser (2014, p. 56), “os gastos com saúde são a face mais visível da transferência da responsabilidade para as famílias”. Portanto, é relevante compreender a composição, magnitude e fatores associados ao gasto privado para que possam ser desencadeadas políticas públicas capazes de proteger as famílias do risco financeiro oriundo desse tipo de dispêndio, afinal as políticas de saúde se inserem no arcabouço das políticas de proteção social.

A composição dos gastos com saúde das famílias brasileiras reflete a situação do sistema de saúde nacional, formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços, e caracterizado por uma combinação público-privada, na qual os recursos privados são a principal fonte de financiamento. Os gastos privados com saúde, com destaque para os planos privados, têm sido considerados obstáculos para a universalização do SUS, consideradas a renúncia fiscal e duplicidade de cobertura (GARCIA *et. al.*, 2015).

Dada a relevância dessa temática para a saúde pública e para a sociedade, há necessidade de aprofundamento e constante atualização das pesquisas relacionadas ao gasto e financiamento em saúde. Dessa forma, será possível compreender e intervir no componente financiamento/gasto em saúde de forma a proteger a população de riscos financeiros derivados da necessidade de acesso a saúde. Estudos têm sido desenvolvidos com base no perfil dos gastos

com saúde das famílias e fatores socioeconômicos e demográficos têm sido associados ao gasto privado (ANDRADE, LISBOA, 2006; MENEZES, et al., 2006; SILVEIRA et al., 2006).

O gasto em saúde pode ser tomado em três dimensões: gasto público, gasto com planos privados e gasto direto. O presente trabalho faz o recorte para a dimensão de desembolso direto pelas famílias, abordando o gasto privado com saúde de crianças de 12 a 37 meses. Estudou-se a caracterização do gasto privado nas cidades de São Luís e Ribeirão Preto, assim como os fatores que possam estar associados a esse gasto na cidade de São Luís. Além de fatores socioeconômicos e demográficos familiares, foram analisados fatores relacionados ao tipo de cobertura das crianças por serviços de saúde, características do pré-natal e do parto, fatores de morbidade e características da criança.

Para atingir os objetivos expostos, foram desenvolvidos dois artigos: “Gasto privado em saúde de crianças da coorte BRISA: análise comparativa entre São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP” e “Fatores associados ao gasto privado em saúde de crianças da coorte BRISA em São Luís/MA”.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar o gasto privado em saúde com crianças da coorte BRISA.

### **2.2 Específicos**

- Analisar as características do gasto privado em saúde de crianças em São Luís-MA e Ribeirão Preto-SP.
- Analisar os fatores associados ao gasto privado em saúde de crianças de 13 a 35 meses de idade em São Luís-MA.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

*Todas as pessoas devem ter acesso aos serviços de saúde de que necessitam, sem risco de ruína financeira ou empobrecimento (OMS, 2010).*

#### 3.1 Política e sistema de saúde

A política de saúde deve ser tratada como uma política social. É reducionista pensar que a política de saúde tem interesse apenas em melhorar as condições sanitárias de uma população, uma vez que a forma como os sistemas de saúde se organizam é determinada por interesses políticos, econômicos, culturais e históricos (FLEURY, OUVENEY, 2008, BRASIL, 2016).

Políticas sociais se estruturam em diferentes formatos a fim de assegurar o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. Consistem em uma atribuição de direitos e deveres legais dos cidadãos, que incidem na transferência de dinheiro e serviços que objetivam compensar condições de necessidade e risco (VIANA, BAPTISTA, 2008).

Proteção social consiste na ação coletiva de proteger indivíduos e sociedade contra os riscos inerentes à vida humana, tendo origem na necessidade de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos (doença, velhice, invalidez, desemprego etc.) (VIANA, BAPTISTA, 2008).

Foi no período pós Segunda Guerra Mundial que o padrão de proteção social no capitalismo modificou-se de forma significativa. Foram instituídos os Estados de Bem-Estar Social (*WelfareStates*) - fundamentalmente na Europa. Ocorreram alterações profundas sobre a percepção e tratamento da pobreza, passando-se a questionar abordagens meramente assistencialistas. Tais políticas influenciaram as lutas nos países periféricos, dentre eles o Brasil, pela ampliação do sistema de proteção social e seus respectivos direitos sociais universais. Percebe-se assim uma espécie de pacto entre o capital e o trabalho, no qual as políticas de proteção social buscam contornar as crises cíclicas do capitalismo e garantir direitos individuais e coletivos de cidadania para os diversos riscos e desigualdades gerados na vida em sociedade (LOBATO, 2011).

Analisando casos históricos sobre o desenvolvimento dos sistemas de proteção social em países industrializados, pode-se delimitar a seguinte tipologia: a assistência social, o seguro social e seguridade social. Os modelos variam acerca da compreensão das políticas sociais, instituições e conceito de cidadania (PEREIRA, 2013).

O modelo de assistência social tem lugar em sociedades que tratam o mercado a partir de sua capacidade auto regulável. O Estado, por sua vez, deve ser restrito ao mínimo necessário para viabilizar a existência do mercado. A ação pública aqui tem caráter complementar e compensatório focado naqueles grupos sociais que demonstraram incapacidade de manter-se adequadamente no mercado. Por isso, o modelo também é conhecido como residual, guiado por uma perspectiva de caridade para com os pobres, a partir de ações pontuais, fragmentadas e descontínuas de atenção social (FLEURY, OUVENEY, 2008).

Fleury (1994) *apud* Fleury e Ouverney (2008), denominou essa relação social de “cidadania invertida”, uma vez que o indivíduo passa a ser objeto da política mediante seu fracasso social.

Bismark, na Alemanha, implantou o modelo de seguro social que tem como principal característica a cobertura de grupos ocupacionais. Baseia-se nos princípios da solidariedade e do mérito. Aqui os indivíduos recebem compensações proporcionais a suas contribuições ao seguro. Para tanto, as diferenças entre os grupos ocupacionais são legitimadas, de modo que tem mais acesso aqueles que compõem grupos considerados mais relevantes na economia. A assistência é focalizada nos mais pobres e o seguro social está voltado para o grupo de trabalhadores do mercado formal (PEREIRA, 2013).

Dos Santos (1979) chama esse processo de “cidadania regulada”, dado o condicionamento dos direitos sociais à inserção dos indivíduos na estrutura produtiva.

No modelo de seguridade social, por sua vez, a proteção social se configura como um conjunto de políticas públicas que, inspiradas em um princípio de justiça social, garantem a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, independente de contribuições anteriores (BRASIL, 2016).

Nesse modelo o acesso aos benefícios sociais depende unicamente da necessidade dos indivíduos. Desvincula-se os benefícios das contribuições, estabelecendo-se um mecanismo de redistribuição. Por intermédio das políticas sociais busca-se corrigir as desigualdades geradas no mercado. O Estado assume papel central na administração e financiamento do sistema, que destina recursos importantes para a manutenção das políticas sociais. O Plano Beveridge, de 1942, na Inglaterra, é a referência histórica desse modelo, o qual baseou-se na condição de cidadania como nova proposta de ordem social. Naquele momento, em plena guerra, propôs-se, pela primeira vez, uma proteção social que fosse alicerçada no princípio da cidadania, de modo a garantir o acesso a todos, inclusive no campo da saúde (BRASIL, 2016; FLEURY, OUVENEY, 2008).

É possível observar que o Estado somente passou a se responsabilizar pela organização e gestão da proteção social impulsionado e/ou pressionado pelo crescimento da organização independente dos trabalhadores. O desenvolvimento desigual da indústria e da organização dos trabalhadores no mundo, determinou que o início da participação do Estado ocorresse em momentos diferentes nos vários países. Nesse processo, há uma clara precedência do acidente de trabalho, da velhice e da invalidez sobre as demais situações, sendo a garantia de benefícios decorrentes de acidente de trabalho a origem da estruturação dos atuais sistemas de proteção (BRASIL, 2016).

Assim, dependendo da modalidade de proteção social adotada em um país, o acesso à saúde pode ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento ou usufruído como um direito de cidadania. Isto a partir do entendimento de proteção social como articulação entre Estado, mercados e sociedade para proteger os cidadãos dos riscos associados aos efeitos socialmente diferenciadores do mercado em um dado contexto histórico. No cerne dessa questão estiveram as tensões relacionadas à luta pela concretização da saúde como direito de cidadania (VIANA, MACHADO, 2008).

No Brasil, a atenção a saúde transitou de forma mista pelos modelos de proteção apresentados acima. O foco assistencialista predominou no período colonial e império, onde era praticamente inexistente a perspectiva de direitos sociais. No Brasil República insere-se a perspectiva de seguro social com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) e posteriormente os Institutos de Aposentadoras e Pensão (IAP). A culminância e formato atual se deu na opção constitucional (1988) por um serviço nacional de saúde baseado na seguridade social (FLEURY, OUVRENEY, 2008).

É no bojo da sociedade capitalista que vemos o aparecimento da garantia de acesso a ações e serviços de saúde para um determinado segmento da população no Brasil e no mundo. No antigo regime, a aristocracia e a população de alta renda tinha seus cuidados garantidos por médicos particulares; a população em geral, largamente rural, recebia os cuidados derivados do saber acumulado pela comunidade local e os mais pobres recebiam a atenção propiciada por organizações religiosas católicas em seus hospitais (BRASIL, 2016).

A Constituição de 88 avançou em relação a formulações legais anteriores ao incluir a saúde como parte da seguridade social, antes dela os direitos sociais eram restritos à população beneficiária da previdência, ou seja, ao contribuinte inserido no mercado formal de trabalho. O texto apresenta como modelo de seguridade *social* “*um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à*



*saúde, à previdência e à assistência social*”. Assim, deu-se a consagração da universalização dos direitos sociais no Brasil.

Ainda assim, o contexto político pós-consagração do direito à saúde não era totalmente favorável. O texto constitucional só foi regulamentado dois anos depois, com a Lei Orgânica da Saúde em duas etapas (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) para enfim tornar o Sistema Único de Saúde (SUS) previsto constitucionalmente uma realidade.

A CF/88 em seu Art. 196 aponta que *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. Com isso, o Estado passa a estar obrigado a prestar o serviço de saúde a todos de forma gratuita, universal, integral e equânime.

Dentre os princípios previsto pela Lei 8.080/90 estão a *“universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; e integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”*; o que se constitui como cláusula pétrea e grande desafio do SUS até os dias atuais.

A promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento econômico e social sustentável. Isto foi reconhecido internacionalmente há mais de 30 anos pelos signatários da Declaração de Alma-Ata, que assinalaram que a Saúde para Todos contribuiria tanto para melhor qualidade de vida como também para a paz e segurança globais. Com esse entendimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS), aponta a universalização da saúde como questão fundamental de direito social e salienta a necessidade de proteger as pessoas das consequências financeiras da falta de saúde e do pagamento pelos cuidados de saúde como pressuposto para a efetivação desse direito (OMS, 2010).

Para Viana e Machado (2008), nos vinte anos que se seguiram à CF/88, a implementação do SUS trouxe mudanças em várias dimensões relevantes para a caracterização da proteção social no Brasil. Entretanto, apesar dos avanços concretos em termos político-institucionais e de expansão do acesso da população às ações e serviços de saúde, o sistema de saúde brasileiro, mais de duas décadas após a Carta Constitucional, ainda apresenta problemas sérios, incoerentes com os preceitos da Seguridade e do SUS. A expressão dessa contradição se dá pelas desigualdades em saúde em variadas perspectivas (gasto social, acesso aos serviços e resultados sanitários).

Conforme a OMS, a razão de ser de qualquer sistema de saúde é, sem dúvidas, a melhoria das condições de saúde da população a que servem. Porém, os sistemas de saúde não podem estar desarticulados da missão de cuidar do respeito à dignidade humana e da proteção contra custos financeiros elevados decorrentes de situações de doença. Dessa forma, são três os objetivos fundamentais dos sistemas de saúde: melhorar a saúde da população que servem; responder às expectativas das pessoas; e fornecer proteção financeira contra os custos da falta de saúde. Atesta-se que dispor de financiamento suficiente é importante, mas será impossível aproximarmos-nos da cobertura universal se o acesso aos serviços no momento da doença exigir sacrifícios financeiros ou for dificultado pelo custo dos serviços e tratamentos (OMS, 2010).

Para Lobato e Giovanella (2008), sistema de saúde *“é o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam alcançar resultado condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade”*.

Assim, os tipos de sistemas de saúde *“[...] correspondem a modalidades de intervenção governamental no financiamento, na condução da regulação dos diversos setores assistenciais e na prestação de serviços de saúde, gerando condições distintas de acesso e no direito à saúde”* (ROEMER, 1991 *apud* BRASIL, 2016).

Os sistemas de saúde hoje existentes guardam uma relação estreita com os tipos de proteção social aqui apresentados. O tipo de proteção social em saúde vai condicionar a forma como um sistema de saúde é financiado, estruturado e o leque de serviços e benefícios garantidos (LOBATO, 2011).

O sistema de saúde dos Estados Unidos é marcado pela proteção social do tipo residual, também chamado de assistencial. Cada indivíduo deve comprar os serviços de saúde no mercado, o Estado somente se responsabiliza por proteger os mais pobres. Os programas públicos de proteção à saúde, introduzidos desde 1965, são o Medicaid - financiado por impostos e destinado aos mais necessitados -, e o Medicare - financiado por contribuição compulsória e destinado a cobertura parcial para aposentados. Apesar disso, os Estados Unidos é o país que mais gasta em saúde no mundo, tanto em termos per capita como proporção do Produto Interno Bruto (PIB) (NORONHA, UGÁ, 1995).

Em 2010 o governo Obama propôs uma reforma instituindo a Lei do Seguro Saúde Acessível. Previu-se uma ampliação da faixa de renda de pessoas elegíveis ao Medicaid e importantes alterações (regulação, preços e cobertura) nos seguros privados. A partir de janeiro de 2014, quando a lei passou a vigorar, todo residente nos Estados Unidos passou a ser obrigado

a contratar um seguro. A população de baixa renda, fora da faixa do Medicaid, tem direito a um subsídio governamental parcial. Contudo, como a implantação da lei depende da adoção por cada estado, tem apresentado importantes diferenças nacionais (BRASIL, 2016).

Já a proteção social do tipo seguridade (Beveridgiana), resultou nos sistemas nacionais de saúde de caráter universal e financiados por impostos, onde o direito à saúde é vinculado à condição de cidadania e não à inserção no mercado de trabalho ou à compra direta de serviços. O exemplo mais emblemático desse tipo de assistência à saúde é o National Health Service (NHS) na Inglaterra. Criado em 1946, o NHS inglês foi um importante exemplo para a constituição do SUS, que, por sua vez, também é pautado no modelo de seguridade social (LOBATO, 2011; BRASIL, 2016).

Com o passar do tempo os países europeus migraram do formato do seguro social para a cobertura populacional universal, com uniformização dos serviços garantidos pelas diferentes Caixas e incorporação progressiva de grupos profissionais. O sistema de serviços nacionais de saúde organizado pelo Estado e financiados com recursos de impostos, existe também na Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Itália, Portugal e Suécia. Na maioria desses países, os sistemas eram anteriormente do tipo seguro. Esse tipo de segmentação pelo seguro saúde para diferentes setores da população acontecia fortemente no Brasil na época dos IAP. As categorias mais fortes e com salários maiores conseguiam arrecadar mais recursos e ofereciam mais e melhores serviços aos seus membros (OPAS, 2012; LOBATO, 2011).

Outro modelo de sistema público universal anterior ao modelo Beveridgiano de seguridade social foi conhecido como modelo Semashko. Ele foi instituído na Rússia com a revolução soviética de 1917 e tinha o nome do primeiro comissário do povo para a saúde do governo de Lênin. O modelo foi difundido posteriormente para os países socialistas da União Soviética e do leste europeu. Esse modelo de acesso universal é centralizado e integralmente estatal, ou seja, as unidades de saúde são de propriedade estatal e todos os profissionais são empregados do Estado. Apresenta estrutura vertical, organização hierárquica e regionalizada das redes de serviços e responsabilidades bem definidas em cada nível de administração. Um exemplo ainda vigente e bem-sucedido desse modelo é o sistema cubano (BRASIL, 2016).

Na América Latina existem traços comuns no modelo de proteção social predominante que, em geral, se expressam nos sistemas de saúde. Nessa região as reformas empreendidas na saúde em muitos países ocorreram a partir dos anos 1980/1990. Entre os traços marcantes e comuns do processo, destacam-se: a trajetória histórica predominantemente corporativa e fragmentada, vinculada à lógica de seguro (e não à lógica abrangente de seguridade); o peso

importante dos gastos e da prestação privada de serviços; a centralidade das políticas de combate à pobreza a partir dos anos 1990; e as limitações das políticas sociais para superar as marcantes desigualdades, características dessas sociedades (MACHADO, 2011).

O Chile realizou uma reforma na década de 1980 que interrompeu o caminho em direção ao universalismo na saúde por meio da segmentação e expansão de estratégias de mercado. O mercado de saúde da Argentina possui três sistemas coexistentes: o Público, o de Serviços Sociais (chamado de Obras Sociales ou OS) e o Privado. O Setor Público inclui aproximadamente 30% do total da população, em sua maioria grupos sociais de baixa renda. Nos anos 1990, a reforma colombiana ocorreu sob a égide do “pluralismo estruturado”, em que a estratificação, a separação de funções de financiamento e a provisão de serviços e aumento da participação privada foram justificadas em função do aumento da oferta. Já nos anos 2000, o México experimentou a adoção do “Seguro Popular”, uma estratégia de ampliação do acesso da população pobre aos serviços de saúde, fundada em uma lógica que reitera a diferenciação social (MACHADO, 2011).

(...)a proteção social na saúde vivenciou avanços relevantes em vários países latino-americanos, na sua maioria graças à implementação de estratégias para aumentar a cobertura dos serviços e reduzir os riscos financeiros para as populações mais vulneráveis. No entanto, na maioria dos países persiste o desafio de solucionar o problema urgente do financiamento da proteção social na saúde e da redução da segmentação de seus sistemas de saúde, da fragmentação dos serviços e da baixa cobertura efetiva (OPAS, 2012, p. 217).

Pelo exposto, tem-se que estudos de sistemas de saúde devem ter como ponto de demarcação a análise da dinâmica dos seus componentes a fim de considerar os aspectos sociais, políticos e econômicos que interferem no alcance dos objetivos (LOBATO, 2011).

Os principais componentes dos sistemas de saúde são a cobertura, os recursos humanos, recursos econômicos, rede de serviços, insumos, tecnologia, conhecimento e as organizações. Neste trabalho será aprofundado o componente recursos econômicos (financiamento e gasto).

## **3.2 Sistema Único de Saúde – SUS**

### **3.2.1 História e organização**

Nas primeiras décadas do século passado, o Brasil restringia a sua atuação em saúde em ações de saneamento nas grandes cidades e portos e no combate a epidemias com foco na redução de prejuízos no campo econômico (CEAP, 2005).

Em 1923, fruto do crescimento industrial e da maior mobilização dos trabalhadores, foi criada a Lei Eloy Chaves que instituía as “Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAPs” que consistiam num fundo criado pelas empresas, com a contribuição dos empregados, para financiar a aposentadoria dos trabalhadores e a sua assistência médica. Foi um avanço, mas consolidou a lógica de que só tinha direito à saúde quem estivesse inserido no mercado formal de trabalho (CEAP, 2005).

Na década de 1930, Getúlio Vargas transformou as CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensão - IAPs, unificando as diversas CAPs de uma mesma categoria. Em 1966, os diversos IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, centralizando definitivamente a administração dos recursos e mantendo a lógica do direito apenas para quem contribuía. No início dos anos de 1960, esse grupo se restringia a somente 7,3% da população (CEAP, 2005).

Após o golpe militar de 1964, foi impulsionada pelo governo a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos. O sistema estava dividido em características previdenciárias e de saúde pública. A saúde pública, regida pelo Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, focalizando atividades de caráter preventivo. A saúde previdenciária, voltada aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho (PAIM *et. al.*, 2011; PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

A década de 1970 foi marcada por decadência do ciclo de prosperidade econômica e social que se iniciou no pós-guerra, o que repercutiu nas ações de proteção social. Entre 1970 e 1974, foram reformados e construir hospitais privados com recursos públicos; a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos; e instituições filantrópicas ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais. Os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados (BRASIL, 2006; PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Embora marcado por um momento de grande repressão, os anos 1970 também originam contexto propício para iniciativas rumo à abertura democrática. No campo da saúde a maior cobertura da previdência social e um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores do setor privado com base nos serviços realizados geraram uma crise de financiamento na previdência social, que, associada à recessão econômica da década de 1980, alimentou os

anseios pela reforma sanitária, que, destaque-se, possuía caráter mais amplo que o SUS (PAIM *et. al.*, 2011; PAIM, 2012).

A proposta de reforma brasileira estruturou-se durante a luta pela redemocratização do país no final dos anos 1970. O movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde como uma questão social e política a ser abordada no espaço público, e não exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos. Em um cenário de colapso do setor saúde, diante da crise econômica e fiscal, o debate público sobre a questão social da saúde extrapolou os limites do ambiente acadêmico ao qual tinha sido restrito pelo regime militar e ampliou-se o Movimento Sanitarista. O Movimento atuaria em três frentes: na produção teórica, que resultou na construção do conceito de Saúde Coletiva; na atuação política de articulação em torno da questão da saúde e em favor da redemocratização do país; e, por fim, em um processo de conscientização e valorização da saúde como um direito universal e de natureza pública (ABREU, 2009).

As lutas dos movimentos de base para a reforma foram articuladas por professores de saúde pública, pesquisadores da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e profissionais de saúde de orientação progressista. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) foi fundado em 1976, organizando o movimento da reforma sanitária e, em 1979, formou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas propiciaram a base institucional para alavancar as reformas. De 1979 em diante foram realizadas reuniões de técnicos e gestores municipais, e em 1980, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (PAIM *et. al.*, 2011).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde delineou os fundamentos do SUS e ratificou o conceito da saúde como um direito do cidadão. O seu relatório final apresentava os objetivos políticos da conferência em relação à Constituinte, os quais foram dispostos no texto da Constituição com redação muito semelhante. Mudanças administrativas como a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais, estabeleceram os alicerces para a construção do SUS. Posteriormente, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), o movimento da reforma sanitária garantiu a aprovação da reforma, apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

O momento da anúncio da CF/88 foi de instabilidade econômica, durante o qual os movimentos sociais se retraíam, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra. Simultaneamente a essa reforma, o setor privado na saúde se reorganizava

para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos (PAIM *et. al.*, 2011).

Somente em 1990 foi iniciada a implementação do SUS, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, o primeiro presidente eleito democraticamente desde a ditadura militar, o qual se comprometeu com uma agenda neoliberal secundarizando a reforma sanitária. Ainda assim, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS (BRASIL, 2002).

Financiado com recursos fiscais, o SUS fundamentou-se em três princípios básicos: i) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; ii) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e iii) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução (SCOREL *et. al.*, 2007, p. 164).

O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, sendo ampliado o processo de descentralização e lançado o Programa de Saúde da Família (PSF). Criado inicialmente como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco, o PSF é a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998, configurando-se atualmente como Estratégia Saúde da Família (ESF) (SCOREL *et. al.*, 2007).

Uma característica inovadora do PSF é sua ênfase na reorganização de unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas no âmbito da saúde da criança, adolescente, mulher, homem e pessoa idosa (PAIM *et. al.*, 2011).

Além disso, a ESF deve exercer papel coordenador no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Com a transição epidemiológica e demográfica, associada à tripla carga de doenças, se faz necessário pensar na organização da atenção à saúde a partir de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção básica. Nesse processo foram priorizadas a Rede Cegonha, Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção Psicossocial. No Brasil a cobertura da ESF é de 63,85% da população (BRASIL, 2015).

A estratégia de saúde da família incorpora os princípios do SUS e personaliza sua proposta de atenção primária a saúde a partir dos pressupostos dimensionados por Starfield (primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades), buscando romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada (ESCOREL *et. al.*, 2007).

A atenção secundária, por sua vez, é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária. Aqui compreende-se serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (ERDMANN *et. al.*, 2013).

Ainda há na atenção secundária um processo pouco regulamentado. O SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Procedimentos de média complexidade frequentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo. A prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados (PAIM *et. al.*, 2011; ERDMANN *et. al.*, 2013).

A atenção terciária no SUS inclui alguns procedimentos de alto custo, realizados predominantemente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado. Como ocorre em vários outros sistemas de saúde em todo o mundo, os desafios da assistência hospitalar no Brasil incluem o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia da qualidade da atenção e da segurança do paciente, a provisão de acesso a cuidados abrangentes, a coordenação com a atenção básica e a inclusão de médicos na resolução de problemas (PAIM *et. al.*, 2011, p. 25).

O sistema de saúde brasileiro ainda não está efetivamente organizado como uma rede regionalizada de serviços e não existem mecanismos eficazes de regulação e de referência e contra referência. Todavia, os níveis de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança das RAS (PAIM *et. al.*, 2011; MENDES, 2011).

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são organizados por uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis. Isto fundamenta-se em um conceito de complexidade equivocado, conferindo à atenção primária à saúde menor complexidade do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Esse conceito distorcido leva a uma banalização da



atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização (material ou simbólica) das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, enfraquecendo o papel coordenador e estratégico da atenção primária no processo de cuidado (MENDES, 2011).

O Ministério da Saúde tem buscado organizar redes de serviços por meio do fortalecimento do da Saúde da Família e da implementação dos territórios integrados de atenção à saúde. Porém, obstáculos estruturais, procedimentais e políticos - desequilíbrio de poder entre integrantes da rede, falta de responsabilização dos atores envolvidos, descontinuidades administrativas e a alta rotatividade de gestores por motivos políticos - tendem a comprometer a efetividade dessas iniciativas (PAIM *et. al*, 2011).

Tem-se que a regulação do SUS tem sido influenciada por vários grupos de interesse, desde o setor privado até grupos componentes do movimento pela reforma sanitária. Os mecanismos regulatórios existentes ainda são insuficientes para promover mudanças significativas nos padrões históricos da assistência hospitalar de modo a induzir mudanças profundas no modelo de atenção à saúde (PAIM *et. al*, 2011).

Em termos de estrutura de gestão o SUS pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de: a) gestores do sistema em cada esfera de governo; b) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional) e as Comissões Intergestores Bipartites (uma por estado); c) conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito nacional (Conass e Conasems) e estadual (Cosems); d) conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal (MATTA, 2007).

**Figura 1** – Estrutura institucional e decisória do SUS



Fonte: MATTA, 2007.

Tem-se assim que a organização do SUS está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços interfederativos - RAS), hierarquização (níveis de complexidade dos serviços – primário, secundário e terciário) e regionalização (região de saúde) (MENDES, 2011).

No caso da regionalização, a região de saúde deve fundar-se na sua capacidade de concentrar em territórios municipais contíguos serviços de saúde capazes de resolver entre 60 a 70% das demandas dos usuários. A região de saúde deve ser dotada de características culturais, sociais, demográficas, viárias que possibilitem a organização de rede de atenção à saúde. Esta forma de organização do SUS impõe aos municípios, articulados com o Estado e com a União, a necessidade de permanente interação com vistas a garantir uma gestão compartilhada, configurando-se como um grande desafio à gestão em saúde (SANTOS, 2011).

### 3.2.2 Financiamento e gasto em saúde

A questão da saúde no Brasil tem assumido lugar de destaque e preocupação, tanto devido sua importância social, quanto pela sua influência econômica. O SUS tem uma clientela potencial de quase 200 milhões de pessoas, já que a CF/88 chancelou o acesso gratuito à saúde como direito fundamental de todo cidadão. O SUS atende a, pelo menos, 70% da população brasileira no que concerne aos serviços de assistência à saúde e responde por 44% do gasto total em saúde (BRASIL, 2013).

No Brasil, a saúde é o primeiro problema mais importante enfrentado no cotidiano pela população, seguido pelo desemprego, situação financeira e violência. É o segundo item de gasto federal, depois da previdência. Trata-se do terceiro item do gasto agregado das três esferas de governo (depois de previdência e educação); e equivale a 7,5% do Produto Interno Bruto (PIB), incluindo gasto público e privado, sendo a participação privada correspondente a mais de 4% do PIB (BRASIL, 2007).

Com a CF/88, por um lado obteve-se como avanço a inclusão de milhões de pessoas na rede de proteção social garantindo o acesso à saúde como direito fundamental de todo cidadão, já do ponto de vista do financiamento, essa conquista representa enorme desafio (BRASIL, 2013). Por financiamento de um sistema de saúde entenda-se as fontes de recursos por meio das quais se dá o gasto em saúde de uma dada sociedade (SANTOS *et al.*, 2008).

O financiamento da saúde é, por motivos diversos, objeto de preocupação em quase todos os países. Nos países desenvolvidos, que investem parcela considerável do seu Produto Interno Bruto em saúde, cresce a preocupação com a eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que o incremento nos dispêndios com serviços médico-

assistenciais não redundam, necessariamente, em melhores condições de saúde e nem resolvem, automaticamente, as iniquidades no acesso aos serviços. Nos países em desenvolvimento, por sua vez, existe o problema adicional de estender a cobertura a toda a população e de atender as exigências de financiamento setorial em concorrência com outras necessidades do desenvolvimento social e econômico (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007, p.2).

Visto isoladamente, o Brasil apresenta um relevante percentual do PIB gasto com a saúde, porém, se comparado aos outros países de sistema universal, revela um gasto per capita muito baixo. Nota-se que o modelo de sistema de saúde no Brasil, de caráter universal, integral e gratuito não corresponde ao modelo do seu financiamento, uma vez que o gasto privado assume protagonismo recai sobre as famílias induzindo-as a situações de risco financeiro (SANTOS *et. al.*, 2008).

**Figura 2** - Países selecionados com sistema de saúde de acesso universal segundo % do PIB do gasto setorial, per capita público (em US\$PPP) e % do gasto público em relação ao gasto total com saúde, 2007.

PAÍSES	5% DO PIB	PER CAPITA PÚBLICO	% DO GASTO PÚBLICO
Austrália	8,9	2,266	67,5
Brasil	8,4	348	41,6
Canadá	10,1	2,730	70,0
Cuba	10,4	875	95,5
Reino Unido	8,4	2,446	81,7
Suécia	9,1	2,716	81,7

Fonte: Drumond, 2009.

Previamente à implementação do SUS o financiamento da saúde no Brasil era baseado na contribuição dos empregados, empregadores e governo, além de ser fortemente centralizado no nível federal (BOING, 2013). Com a CF/88 todo brasileiro passou a ter direito ao acesso aos serviços de saúde de forma universal, integral, equânime e sem necessidade de contribuição direta para sua utilização. Também se deu início ao processo de descentralização, ou seja, o financiamento passou a ser responsabilidade das três esferas de governo, mas os critérios sobre a participação de cada ente federado inicialmente não era claro (BRASIL, 2007).

Todavia, na divisão dos recursos dentro da seguridade social, a Constituição não definiu percentuais para cada política e não deixou claro como seria a participação de cada esfera de governo no financiamento da saúde (CISLAHGI, TEIXEIRA, SILVA, 2011).

Em relação aos percentuais, em suas disposições transitórias a CF/88 determinou que 30%, no mínimo, do Orçamento da Seguridade Social – excluído o seguro desemprego – deveriam ser destinados à saúde. Esse dispositivo cessou em 1990, com a aprovação da lei nº 8080, lei que regulamentou o SUS. No ano seguinte os recursos para a saúde já haviam se reduzido para 20,95% (MARQUES, MENDES, 2005).

Em virtude da necessidade de maior investimento e estabilidade do financiamento em saúde, desde 1993 começaram a surgir no âmbito legislativo propostas para vinculação dos recursos orçamentários para financiar o setor. Em 2000, após longos anos de discussão, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC29), que estabeleceu a vinculação de recursos orçamentários da União, Estados e municípios para gastos com ações e serviços públicos de saúde (BOING, 2013). A EC 29 estipulou a forma de inserção da União, dos estados e municípios no financiamento do SUS definindo que os estados e municípios deveriam, inicialmente, alocar no mínimo 7% das suas receitas na área da saúde, e, até no ano de 2004, atingir o mínimo de 12% no caso dos estados e 15% no caso dos municípios. A União deveria no primeiro ano ampliar em 5% o orçamento do ano anterior e a partir daí corrigir todos os anos o orçamento da saúde pela variação do Produto Interno Bruto – PIB. Entretanto, nenhuma das esferas governamentais cumpriu a vinculação prevista (CISLAHGI, TEIXEIRA, SOUZA, 2011).

Analisando-se os dados disponibilizados no SIOPS no período de 2000 a 2008, observou-se que os gastos em saúde aumentaram neste período. No ano 2000 a União gastou pouco mais de R\$ 20 bilhões e em 2008 este valor já passou de R\$ 50 bilhões. O aumento dos gastos público no decorrer dos anos é verificado também nas esferas estadual e municipal. Entretanto, ainda foram inferiores à determinação da EC29 (BOING, 2013).

Outra importante ação no campo do financiamento do SUS foi o Pacto pela Saúde, implementado em 2006. Nele pactuou-se um conjunto de reformas entre as três esferas de gestão do sistema de saúde. O Pacto pela Saúde também modificou a transferência dos recursos, que foram divididos nos seguintes blocos: atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimento em saúde (BOING, 2013).

Por fim, verificaram-se avanços no financiamento em saúde no Brasil desde a CF/88. Ainda assim, são necessários maiores investimentos e racionalidade nos gastos com base em critérios que visem garantir os princípios do SUS. Além disso, desafios se impõem em busca do maior e mais equânime gasto público em saúde.

No início dos anos 1950 os gastos nacionais com saúde não excediam a 1% do PIB, grande parte destinada a programas de saúde pública, principalmente os de controle de doenças transmissíveis. Após cerca de vinte e cinco anos esse percentual equivalia a 2,5% do PIB, incluindo o gasto privado, chegando a 4,5% nos anos 1980 (BRASIL, 2007). Atualmente, o gasto supera 7% do PIB (OCKÉ-REIS, 2015).

Nos países com sistemas de saúde universal, esse percentual já ultrapassa os 6% do PIB há algum tempo e, em muitos, supera 10%. Alguns países como França, Inglaterra, Alemanha e Espanha têm um gasto público em saúde, em média, de 6% do PIB (OMS, 2012). Essas comparações dão uma ideia do caminho que o Brasil ainda tem que percorrer, sendo necessário avançar, também, na compreensão do custo e da efetiva necessidade de recursos para implantar um sistema que se quer universal, integral e equânime. Até o momento, a defesa da necessidade de financiamento para o SUS tem sido feita com base em comparações com países que possuem sistemas de saúde universais. Contudo, faz-se necessário dimensionar melhor os custos, o perfil epidemiológico e os gastos realizados para subsidiar a tomada de decisão.

Países classificados como de renda média alta (grupo no qual o Brasil se insere), estão gastando em média 57% dos seus gastos em saúde através do setor público. No entanto, o Brasil gasta somente 44%, estando, portanto, numa faixa de participação do gasto público intermediária entre um país de renda baixa e de renda média baixa. Fazendo um outro conjunto de comparações do gasto público, podemos notar que entre os países da América Latina, o Brasil é um dos que tem a menor participação do gasto público no conjunto dos gastos em saúde (44%), tendo participação equivalente à do Chile e ficando somente a frente do Peru, Equador, El Salvador, Guyana e Honduras neste indicador (OMS, 2011).

No mercado privado, o financiamento é, por definição, originário das famílias e das empresas. Mas a participação governamental pode estar presente, como acontece no Brasil, sob duas formas: indireta, mediante incentivos fiscais e, diretamente, quando financia ou subsidia planos de saúde para seus servidores e dependentes. Ambas as formas são polêmicas. Como a Constituição de 1988 criou um Sistema Único de Saúde garantindo acesso universal e igualitário, o uso de recursos públicos para um segmento diferenciado seria no mínimo questionável (BRASIL, 2007).

Nas vertentes pautadas nos recursos das famílias e/ou das empresas tem-se as seguintes modalidades principais de financiamento: o pré-pagamento e o pagamento direto (*out of pocket*). A primeira é inerente aos planos e ao seguro de saúde. A segunda modalidade é o pagamento direto no momento da utilização do serviço. Trata-se da modalidade mais antiga e uma das

características da medicina liberal clássica. Sua vantagem mais apreciada é possibilitar ao paciente o exercício, na plenitude, do direito de livre escolha do médico, hospital ou qualquer outro tipo de serviço. Por outro lado, o pagamento direto pode ser a forma mais regressiva de custear a assistência à saúde, além de expor as famílias a gastos que podem ser catastróficos (OMS, 2010). Gasto catastrófico refere-se ao dispêndio de uma parcela desproporcional de rendimentos com pagamentos realizados com recursos próprios. A catástrofe financeira é definida como despesas pagas pelo usuário com recursos próprios quando estas excedem 40% da renda líquida familiar destinada à subsistência (OMS, 2013).

Na composição do gasto privado no Brasil, 60,6% é realizado com pagamento direto. Os planos e seguros de saúde respondem pelos 40,4% restantes onde há a participação das empresas. Se considerarmos que a cobertura por planos privados de saúde é de 29,4%, a participação dos gastos privados em saúde é bastante elevada. Ao passo que para garantir a universalização o Estado deveria ter concentrado esforços em melhorar a qualidade e estrutura de financiamento do SUS, o mercado privado contou com importantes incentivos governamentais, favorecendo a passos largos o consumo de bens e serviços privados (BRASIL, 2007; OCKÉ-REIS, 2015).

Dada a relevância do componente privado no gasto total com saúde no país e o papel fundamental das famílias no financiamento de assistência à saúde, seja por desembolso direto ou planos de saúde, é essencial entender e analisar como esses gastos se comportam e quais são os seus determinantes (ANDRADE *et. al.*, 2006).

O gasto familiar em saúde é particularmente preocupante no Brasil. Entre 1995 e 2010, observou-se acréscimo do gasto público em saúde, porém acompanhado de maior dispêndio das famílias e empresas com planos de saúde e também em gastos diretos. Apesar de o País possuir um sistema de saúde público com pressupostos de universalidade, integralidade e equidade, é um dos poucos do mundo onde o gasto privado em saúde ultrapassa o gasto governamental (BOING *et. al.*, 2014, p. 633).

Uma forma de se estimar o gasto das famílias com saúde é por meio da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE. No período coberto pela POF 2008-2009, os gastos com saúde tiveram a quarta maior participação nas despesas das famílias brasileiras, representando 7,2% do total dos dispêndios, atrás apenas das despesas com habitação (35,9%), alimentação (19,8%) e transporte (19,6%) (BRASIL, 2007).

Segundo estudos do grupo Contas Satélite em Saúde, as despesas com consumo final de bens e serviços de saúde corresponderam, de 2007 a 2009, a 8,5% do PIB, em média. Nesses anos, as famílias responderam por mais da metade das despesas com consumo final de bens e serviços de saúde (média de 56,3%) (GARCIA et al., 2013).

Quanto à composição desses gastos, as despesas com medicamentos e planos de saúde ocuparam a maior parcela, correspondendo a 76%, enquanto os gastos com consultas e tratamentos dentários e com consultas médicas equivaleram, respectivamente, a 5% e 3% (GARCIA, et al., 2013).

Nesse período, as famílias brasileiras comprometeram 2,6% de sua renda comprando medicamentos. Contudo, destaca-se que, entre as famílias de menor renda, os gastos com medicamentos corresponderam à maior parte do gasto com saúde, enquanto entre as famílias de maior renda, os gastos com planos de saúde se sobressaíram (OKCÉ-REIS, 2015).

A composição dos gastos das famílias com saúde reflete a situação do sistema de saúde brasileiro, composto por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços, e caracterizado por uma combinação público-privada, cujo financiamento é feito principalmente por meio de recursos privados (OKCÉ-REIS, 2015).

Apesar de que uma das premissas para um sistema de saúde baseado na seguridade social seja a proteção ao risco financeiro decorrente do acesso a serviços de saúde, o SUS ainda não é suficiente para proteger as famílias do gasto catastrófico em saúde. Além disso, há expressiva e crescente desigualdade socioeconômica na prevalência de gasto catastrófico em saúde no Brasil. Boing *et. al.* (2014), verificaram que apesar de o quintil mais rico gastar cerca de dez vezes mais em saúde que os mais pobres, a prevalência do gasto catastrófico em saúde foi superior entre os quintis mais pobres.

A importância da participação dos gastos privados com saúde, entre os quais destacam-se aqueles com planos, têm sido considerados como obstáculo para a universalização do SUS (GARCIA, et al., 2013). Apesar do subfinanciamento, além de oferecer serviços de baixo e alto custo, desde a sua criação, o SUS tem sido, em geral, exitoso na expansão da atenção primária (promoção e prevenção), na cobertura de doenças crônicas, na diminuição dos gastos da base populacional da estrutura social e na redução do risco de exposição dos gastos catastróficos, em geral associados à alta complexidade tecnológica. Mas, a rigor, o gasto público é baixo e boa parte dos problemas de gestão decorre exatamente dessa restrição orçamentária, de modo que a renúncia de arrecadação fiscal, por ser peça-chave na reprodução econômica do mercado de planos de saúde, merece mais atenção das autoridades governamentais, caso se queira, a um só

tempo, consolidar o SUS e reduzir o gasto das famílias com bens e serviços privados de saúde (OCKÉ-REIS et al., 2015).

Um gasto não previsto com serviços de saúde pode absorver parte significativa do orçamento de uma família, levando-a a abrir mão de consumir outros serviços, vender ativos ou mesmo se endividar. Para algumas famílias, esse evento não previsto pode inclusive implicar o risco de torná-las pobres ou mesmo de uma família pobre se tornar indigente. Ou seja, um gasto catastrófico para essas famílias (BARROS, et al., 2011).

A análise dos gastos catastróficos para o Brasil aparece como parte de uma análise envolvendo vários países no estudo de Xu et al. (2003). O trabalho analisa os gastos catastróficos em 59 países. Esses autores estimaram que 10,3% das famílias brasileiras estariam incorrendo em gasto catastrófico, contra, por exemplo, 5,8% das famílias argentinas ou 1,5% das famílias mexicanas. De todos os países analisados, apenas o Vietnã teria um percentual ligeiramente superior ao brasileiro (10,5%).

Os países europeus desenvolvidos no estudo de Xu et al. (2003) apresentaram percentuais bem abaixo de 1%. Assim, entre os países latino-americanos citados, o Brasil é apresentado como aquele com maior proporção de famílias com gasto catastrófico em saúde (10,3%), isto é, os gastos diretos do bolso com saúde são superiores a 40% da capacidade de pagamento dessas famílias.

Em todos os países do mundo observa-se a ocorrência de pagamento direto para a utilização dos serviços de saúde. Entretanto, a proporção da população que paga, a magnitude do desembolso e a extensão do pagamento privado no financiamento em saúde variam substancialmente entre países ricos e pobres. Enquanto nos países de alta renda 38,0% dos gastos em saúde são privados, nos países considerados de renda média e baixa esse percentual chega a 61,0% (BOING et al., 2014).

A perspectiva de alto comprometimento da renda familiar com os gastos em saúde pode ter grandes repercussões na vida da população, desencorajando-a em alguns momentos a utilizar os serviços de saúde e induzindo-a a não aderir às terapêuticas medicamentosas ou a adiar exames necessários. Além disso, o alto gasto privado das famílias pode ter graves consequências, como o corte no consumo de bens e de serviços essenciais à vida diária, expondo as famílias à situação de risco social (BOING *et al.*, 2014). Com isso e considerando que o SUS ainda não protege as famílias do gasto elevado em saúde, demanda-se o aprofundamento de estudo que possibilitem compreender a dinâmica do gasto, seu perfil e fatores associados, a fim de intervir estrategicamente no campo técnico e político da saúde pública. Dessa forma, com



para a presente Tese foram produzidos dois artigos científicos: “Características do gasto privado em saúde com crianças da coorte BRISA” e “Fatores associados ao gasto privado em saúde com crianças da coorte BRISA em São Luís-Ma”.

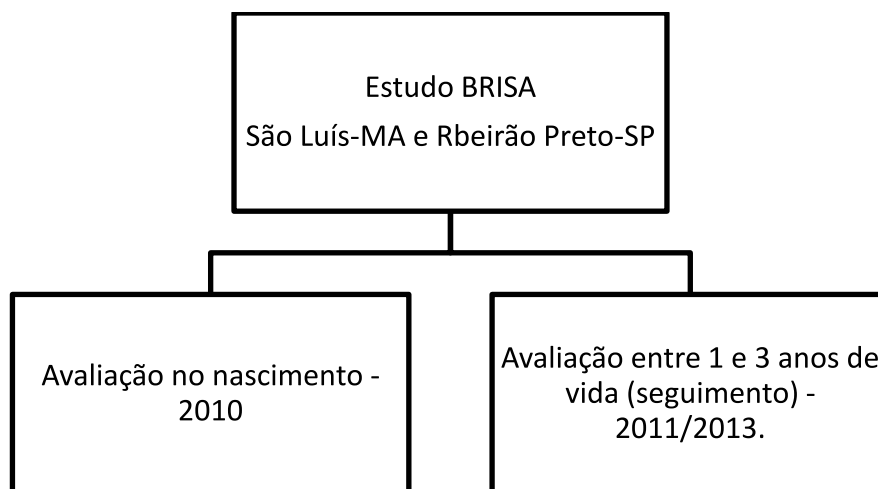
#### 4. MATERIAL E MÉTODOS

##### 4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal que utiliza dados da Coorte de nascimento “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras - BRISA” em dois momentos: no nascimento e no seguimento realizado na idade de 12 e 37 meses.

O BRISA é um estudo de base populacional, realizado nas cidades de Ribeirão Preto e São Luís, desenvolvido pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), campus de Ribeirão Preto.

**Figura 4** – Etapas do estudo BRISA.



##### 4.2 Local do estudo

O estudo BRISA foi realizado em duas cidades brasileiras: São Luís, Maranhão, e Ribeirão Preto, São Paulo. Foram utilizados dados das duas cidades para analisar as características do gasto privado em saúde; e dados de São Luís para a análise dos fatores associados ao gasto privado em saúde.

A cidade de São Luís, MA, está situada em uma ilha localizada no litoral norte do estado, na região nordeste do país. Seu IDH foi 0,768 em 2010, ocupando 249º no Brasil (BRASIL, 2013). Sua população em 2010 era de 1.014.837 habitantes (IBGE, 2010). Localiza-se em uma das regiões mais pobres do país, onde apenas 88,52% das residências são ligadas à rede de esgotos e 76,35% recebem água encanada (IBGE, 2010). Sua atividade econômica está ligada à siderurgia do alumínio, exportação de minério da serra de Carajás e da produção estadual da soja, além de comércio e serviços (SILVA et al., 2015).

Ribeirão Preto é um importante município de São Paulo e está localizado a 320 km da capital do estado. Seu território de 650 Km<sup>2</sup> abriga uma população de 612 339 habitantes (IBGE, 2011), se constituindo o oitavo município mais populoso do estado e a terceira maior cidade do interior paulista. O município apresenta o 28º maior PIB do país, tendo suas atividades econômicas ligadas à cultura de cana-de-açúcar, comércio, finanças e a prestação de serviços. É uma das regiões mais ricas do estado de São Paulo, tendo IDH de 0,800 com base no Censo de 2010, ocupando a 40ª posição no Brasil em relação aos demais 5.565 municípios. Segundo o IFDM (2010), Ribeirão Preto estava na 4ª posição no estado de São Paulo e no Brasil, no que se refere a desenvolvimento municipal, tendo como vertentes básicas analisadas: emprego, renda, educação e saúde.

### **4.3 População e Amostra em Estudo**

Na coorte de nascimento BRISA em São Luís a população estudada foi de mulheres que tiveram filhos em maternidades públicas e privadas da cidade no período compreendido entre janeiro e dezembro de 2010. Para o primeiro seguimento deste estudo a população foi de crianças de 13 a 35 meses que foram acompanhadas entre abril de 2011 a janeiro de 2013.

O tamanho da amostra foi calculado com base no número de nascimentos hospitalares ocorridos em São Luís no ano de 2007. O tamanho mínimo da amostra foi fixado em 5.000 nascimentos. Com este tamanho de amostra foi possível estimar prevalências por volta de 50% (produto máximo de  $pxq$ ) com uma precisão de 2% e nível de confiança de 99%. Também foi possível comparar duas proporções, considerando probabilidade de erro tipo I de 5%, poder do estudo de 80%, trabalhando-se com o produto máximo de  $p \times q$  (proporção do evento de 50%) e fixando-se em 4% a diferença mínima a ser detectada como significativa. Para prevalências inferiores a 50% seria possível detectar diferenças menores (SILVA et al., 2015).

Nas unidades selecionadas ocorreram 21.401 nascimentos, dos quais foi sorteado 1/3 (7133). Destes, 5.475 nascidos eram de mães residentes no município há pelo menos três meses

e, portanto, elegíveis. A amostra final foi de 5.236 puérperas. Após a exclusão de 70 natimortos e 99 gemelares, a amostra final desse estudo foi de 5.067 nascimentos. Dessas, um total de 3.308 crianças foram acompanhadas de abril de 2011 a janeiro de 2013 quando completaram 13 a 35 meses, compondo uma taxa de seguimento de 65%. Após ajustes na variável resposta, permaneceram na amostra final deste estudo, 3.247 crianças de São Luís (Figura 1).

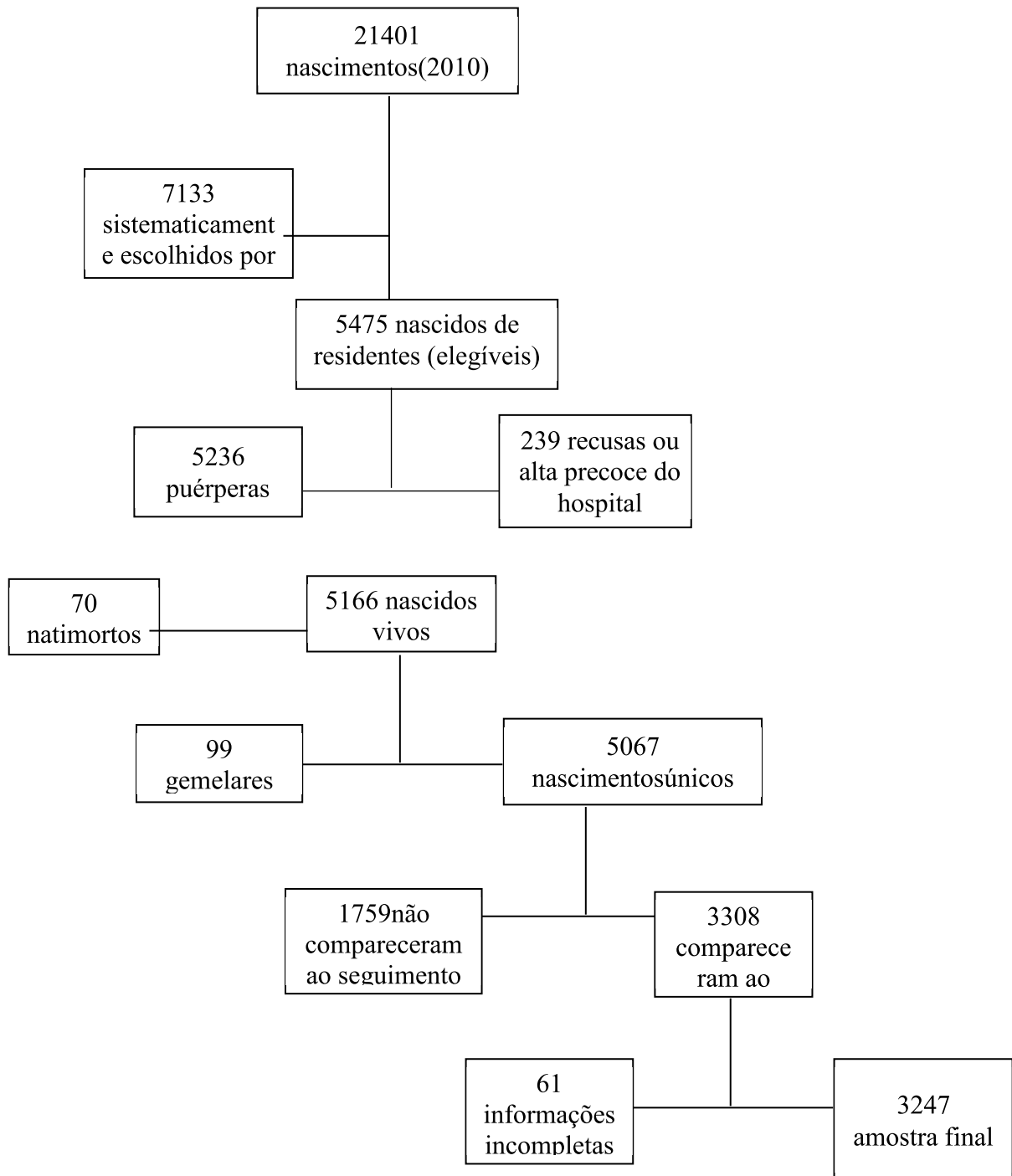
A seleção da amostra foi feita por amostragem estratificada, com probabilidade proporcional ao número de partos ocorridos em cada maternidade incluída no estudo. Em cada maternidade, a amostragem foi sistemática. Todos os nascimentos ocorridos durante o dia foram listados por ordem de nascimento. Para cada hospital ou maternidade do estudo, um número aleatório de 1 a 3 foi gerado para determinar o ponto de início do estudo. Assim, um a cada três participantes foi escolhida aleatoriamente para entrevista, somando-se o início casual ao valor do intervalo de amostragem e assim sucessivamente foram sorteadas todas as puérperas. Perdas por recusa ou alta precoce representaram 4.6% (SILVA et al., 2015).

Em Ribeirão Preto o estudo envolveu todos os partos ocorridos no ano de 2010, em oito hospitais e maternidades do município, não tendo sido necessário cálculo amostral.

Na etapa do nascimento, ocorrida no ano de 2010, dos 8.103 nascimentos foram considerados 7.755, acarretando perda de 308 indivíduos (3,8%) devido a recusas e alta hospitalar precoce, além de 42 natimortos.

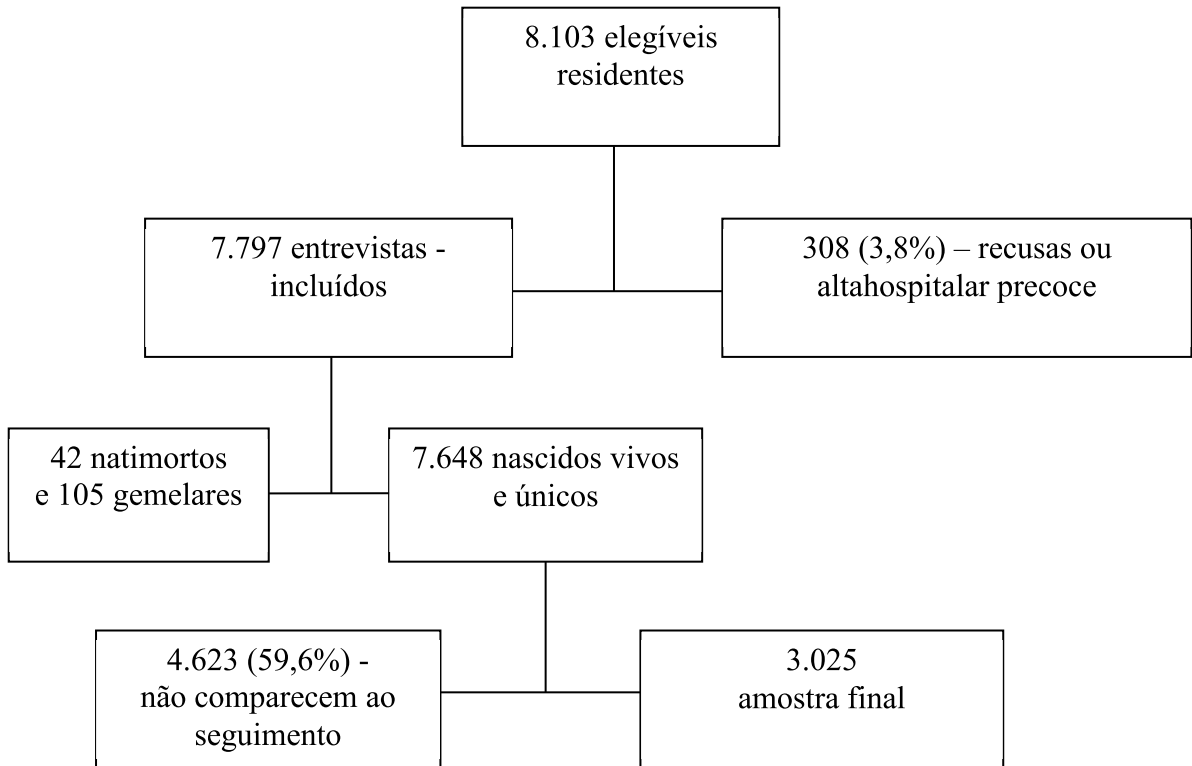
Na etapa do seguimento, ocorrida entre fevereiro de 2011 a setembro de 2013, foram entrevistadas 3.132 mães, com perda de 59,6% de indivíduos. Desse quantitativo, após a revisão da variável desfecho (gasto privado), permaneceram elegíveis 3.025 crianças em Ribeirão Preto (Figura 2).

**Figura 5:** Fluxograma de composição amostral, nascimento e seguimento, a partir do estudo Coorte BRISA. São Luís, Maranhão, Brasil, 2010 - 201.



Adaptado de SILVA *et al.*, 2015

**Figura 6** - Figura 2: Fluxograma de composição amostral, nascimento e seguimento, a partir do estudo Coorte BRISA. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2010 – 2013.



#### 4.4 Critérios de inclusão

Crianças que participaram da coorte de nascimento BRISA e compareceram ao seguimento.

#### 4.5 Critérios de não inclusão

Não ter respondido as questões sobre o gasto com consultas, medicamentos e exames.  
Ter nascido de parto gemelar ou natimorto.

#### 4.6 Procedimentos de coleta de dados

Na coorte de nascimento BRISA, os dados foram coletados por grupos de alunos e graduados da área de saúde devidamente treinados, identificados e uniformizados para tal fim. Primeiramente foi realizado estudo piloto com simulação de todas as etapas da pesquisa em todas as unidades hospitalares por 24 horas. Supervisão e procedimentos de controle de qualidade foram realizados diariamente (SILVA et al., 2015).

Em todos os dias durante o período do estudo, todas as maternidades incluídas no estudo foram visitadas pelos pesquisadores. A coleta de dados se deu por turnos, normalmente das 7 da noite às 7 da manhã, para o primeiro turno, das 7 da manhã às 7 da noite, para o 2º turno. Foi estabelecido um formulário de controle de nascimento e de entrevista que continha uma lista ordenada de nascimento, nome e endereço da mãe, se era residente ou não no município, data e hora do nascimento, nº de recém-nascidos, se a entrevista foi realizada (sim ou não), recusa ou alta (SILVA et al., 2015).

As informações do número de partos ocorridos em cada unidade hospitalar eram retiradas do livro de controle de partos da sala de parto e pré-parto pelo entrevistador ou pelo coordenador de grupo de cada unidade hospitalar que checava se todos os nascimentos do turno anterior haviam sido registrados e se as mães já haviam sido entrevistadas. O cadastramento dos nascimentos era feito por ordem de ocorrência, a partir da hora do nascimento (SILVA et al., 2015).

Nas primeiras 24 h após o parto, as mães foram convidadas a participar do estudo, sendo realizadas as primeiras entrevistas face a face com a mãe e avaliação do recém-nascido durante a visita perinatal, após aceite de participação das mães com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B).

No seguimento da coorte BRISA, após a identificação de todas as unidades amostrais, as mães foram contactadas por telefone e convidadas a participar do seguimento da pesquisa. As mães compareceram para realização do acompanhamento das crianças com idade de 13 a 35 meses na cidade de São Luís e 12 a 37 meses em Ribeirão Preto. A coleta de dados foi realizada por uma equipe de pesquisadores e entrevistadores devidamente treinados para tal fim.

#### **4.7 Instrumentos utilizados**

Ao nascimento, foram aplicados dois questionários, sendo um com informações referentes às mães e outro referente aos dados dos recém-nascidos. No seguimento foram aplicados novos questionários aos responsáveis pela criança, com informações maternas e informações relacionadas às crianças. Os questionários eram organizados em blocos, conforme descrito a seguir:

- Questionário do nascimento – Mãe, contendo 11 blocos: Bloco A– Dados de Identificação; Bloco B – Dados de contato; Bloco C – Dados socioeconômicos e demográficos; Bloco D – Hábitos de vida; Bloco E – Dados do companheiro; Bloco F

- Dados da saúde sexual e reprodutiva; Bloco G – Morbidades; Bloco H – Características da gestação atual e do pré-natal; Bloco I – Características do parto e do nascimento; Bloco J – Exposição ao citomegalovírus e Bloco K – Dados do prontuário.
- Questionário do nascimento - Recém-nascido, contendo 4 blocos: Bloco A – Dados de Identificação; Bloco B – Dados do prontuário; Antropometria do RN e Material Biológico do RN.
- Questionário do seguimento – Crianças, primeiro ano de entrevista, contendo 9 blocos: Bloco A – Dados de Identificação; Bloco B – Dados de contato; Bloco C – Identificação e alimentação da criança; Bloco D – Saúde da criança; Bloco E – Gastos com saúde; Bloco F – Dados socioeconômicos e demográficos; Bloco G – Dados do companheiro; Bloco H – Dados da odontologia; Bloco I – Exame clínico da criança.

São de interesse do 1º artigo intitulado “Gasto privado em saúde de crianças da coorte BRISA: análise comparativa entre São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP” os seguintes questionários e respectivos blocos, contendo as variáveis de interesse:

- Questionário nascimento – Mãe:
  - BLOCO C – Dados socioeconômicos e demográficos: escolaridade materna, ocupação e renda familiar.
  - BLOCO I – Características do parto e do nascimento: tipo de parto, número de filhos nascidos no parto.
- Questionário nascimento – recém-nascido:
  - BLOCO B – Dados do prontuário: data de nascimento, peso ao nascer (em gramas).
- Questionário do seguimento – criança:
  - BLOCO A – Dados de identificação: natimorto, data da entrevista e data de nascimento.
  - BLOCO C – Identificação e alimentação da criança: aleitamento no dia anterior, até que idade mamou e até que idade permaneceu em aleitamento exclusivo.
  - BLOCO D – Saúde da criança: estado geral de saúde da criança percebido pela mãe e ocorrência de internação no último ano.
  - BLOCO E – Gastos com saúde: cobertura por plano de saúde, gasto de dinheiro com medicamentos, gasto de dinheiro com exames e gasto de dinheiro com consultas.
  - BLOCO F - Dados socioeconômicos e demográficos: renda familiar, recebimento de benefício de transferência de renda do governo e cobertura pela Estratégia Saúde da Família.

São de interesse do 2º artigo intitulado “Fatores associados ao gasto privado em saúde de crianças da coorte BRISA em São Luís/MA” os seguintes questionários e respectivos blocos, contendo as variáveis de interesse:

- Questionário nascimento – Mãe:

BLOCO C – Dados socioeconômicos e demográficos: escolaridade materna, ocupação, renda familiar.

BLOCO H – Características da gestação atual e do pré-natal: realização de pré-natal, número de consultas pré-natal no 1º trimestre de gestação, número de consultas pré-natal no 2º trimestre de gestação, número de consultas pré-natal no 3º trimestre de gestação, local de realização do pré-natal, data da última consulta pré-natal.

BLOCO I – Características do parto e do nascimento: tipo de parto, número de filhos nascidos no parto.

- Questionário nascimento – recém-nascido:

BLOCO B – Dados do prontuário: data de nascimento, peso ao nascer (em gramas).

- Questionário do seguimento – criança:

BLOCO A – Dados de identificação: natimorto, data da entrevista e data de nascimento.

BLOCO C – Identificação e alimentação da criança: aleitamento no dia anterior, até que idade mamou e até que idade permaneceu em aleitamento exclusivo.

BLOCO D – Saúde da criança: estado geral de saúde da criança percebido pela mãe e ocorrência de internação no último ano.

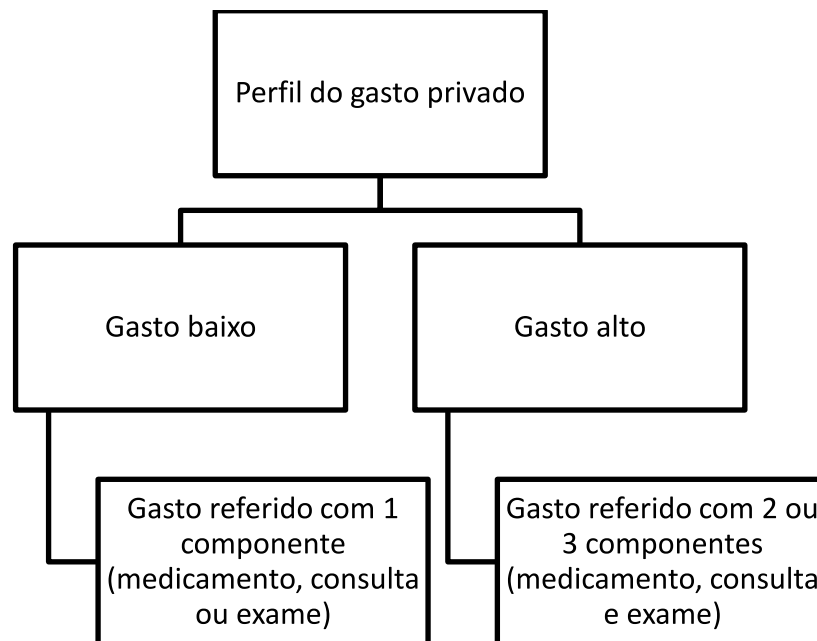
BLOCO E – Gastos com saúde: cobertura por plano de saúde, gasto de dinheiro com medicamentos, gasto de dinheiro com exames e gasto de dinheiro com consultas.

BLOCO F - Dados socioeconômicos e demográficos: renda familiar, recebimento de benefício de transferência de renda do governo e cobertura pela Estratégia Saúde da Família.

A partir dessas variáveis iniciais foram criadas outras variáveis: baixo peso ao nascer (sim se  $<2500$  g), adequação do pré-natal (adequado se  $>5$  consultas) e perfil do gasto privado – gasto baixo, quando houve gasto com um componente dentre os estudados; gasto alto, quando houve gasto com dois ou três componentes.



**Figura 7** – Representação da categorização da variável gasto privado em saúde com crianças da coorte BRISA.



Os dados referentes à variável de interesse (gasto privado), pertencentes ao Bloco E do questionário do seguimento referente à criança, foram coletados por meio das questões: “A Sra. gastou algum dinheiro com remédios para <CRIANÇA>?”; “A Sra. gastou algum dinheiro com exames complementares ou raio X para <CRIANÇA>?”; e “A Sra. gastou algum dinheiro com consultas médicas para <CRIANÇA>?”.

As variáveis analisadas foram tratadas conforme descrito a seguir:

- Renda da mãe: categorizada em até 3 salários mínimos, três a seis salários mínimos, e mais de seis salários mínimos.
- Ocupação da mãe: categorizada em mães que trabalham e mães que não trabalham.
- Recebimento de benefício de transferência de renda do governo: categórica dicotômica (sim ou não).
- Escolaridade da mãe: categorizada em “mais de quatro anos de estudo”, “cinco a oito anos de estudo”, “nove a onze anos de estudo”, “doze ou mais anos de estudo”.
- Cobertura da criança por plano privado de saúde: categórica dicotômica (sim ou não).
- Cobertura da criança por ESF: categórica dicotômica (sim ou não).
- Número de consultas pré-natal: categorizado em “adequado” e “inadequado”, conforme número mínimo de consultas preconizadas.
- Local de realização do pré-natal: categorizada em “SUS”, “Privado”.

- Tipo de parto: “normal” e “cesárea”
- Idade da criança: categorizada em “12 a 24 meses” e “>24 a 37 meses”.
- Tempo de aleitamento materno: categorizada em “<6 meses”, “6 a 12 meses”, “13 a 24 meses”, “>24 meses”.
- Estado de saúde da criança percebido pela mãe no momento da entrevista: categorizada em “1 – ruim/regular”, “0 – bom/muito bom/excelente”.
- Internação da criança alguma vez desde o nascimento: categórica dicotômica (sim ou não).
- Prematuridade: categórica dicotômica (sim ou não). Referência: idade gestacional ao nascimento menor que 37 semanas.
- Gasto com medicamentos: categórica dicotômica (sim ou não).
- Gasto com consultas: categórica dicotômica (sim ou não).
- Gasto com exames: categórica dicotômica (sim ou não).

#### **4.8 Análise estatística**

As análises estatísticas para os dois artigos foram realizadas no programa estatístico Stata versão 12.0.

No primeiro artigo, intitulado “Gasto privado em saúde de crianças da coorte BRISA: análise comparativa entre São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP”, foi realizada análise descritiva das variáveis provenientes do nascimento e seguimento por meio de valores absolutos e relativos.

A fim de subsidiar a análise em perspectiva comparativa entre as cidades, foram calculados os Intervalos de Confiança no nível de 95%. Quando dois intervalos de confiança não se sobrepõem, há evidência de uma diferença estatisticamente significativa entre as proporções dos dois grupos (São Luís e Ribeirão Preto).

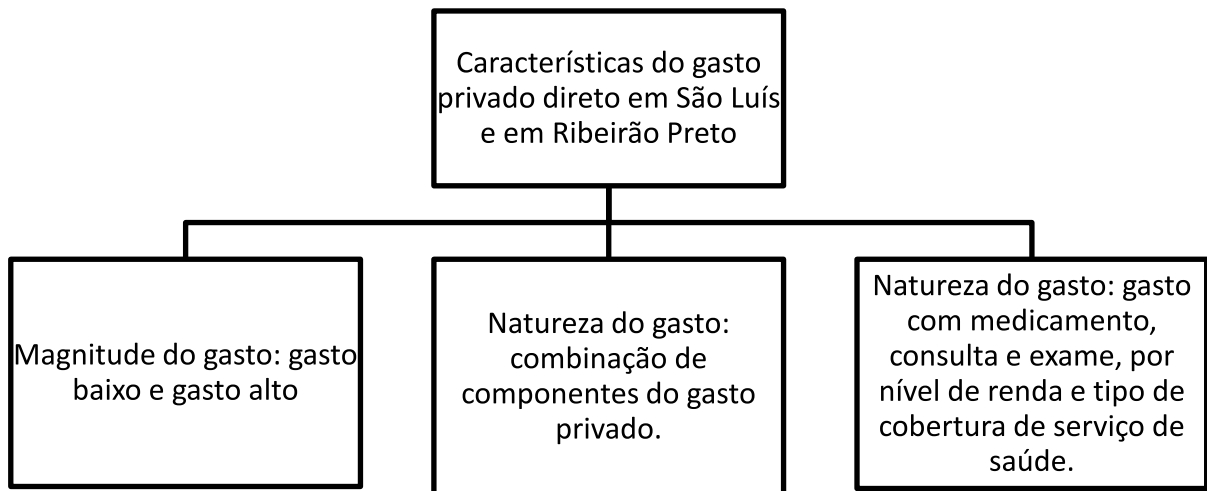
Nesse sentido, as variáveis socioeconômicas, demográficas, de cobertura de serviços, morbidade e gasto com medicamentos, consulta e exames, foram descritas para São Luís e Ribeirão Preto.

Posteriormente, buscou-se caracterizar o gasto privado em saúde de crianças nas duas cidades estimando-se a prevalência de gasto baixo e gasto alto, e a prevalência das combinações possíveis entre os três componentes estudados: gasto com um componente - só medicamento,

só exame, só consulta; gasto com dois componentes – consulta e medicamento, consulta e exame, medicamento e exame; e gasto com três componentes – medicamento, consulta e exame.

Por fim, foi realizada análise bivariada entre a prevalência de cada componente do gasto (medicamentos, consultas e exames) e os níveis de renda familiar e tipo de cobertura de serviço de saúde (Estratégia Saúde da Família e Plano de Saúde).

**Figura 8** – Estrutura de análise das características do gasto privado direto em saúde com crianças da coorte BRISA.

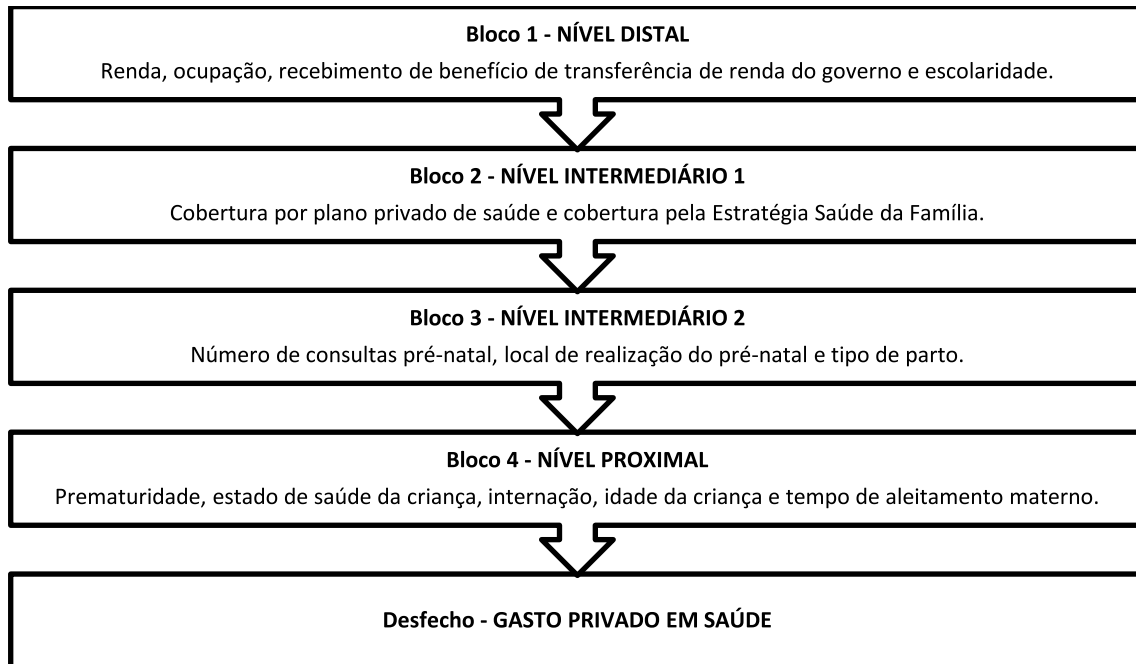


No segundo artigo, intitulado “Fatores associados ao gasto privado em saúde de crianças da coorte BRISA em São Luís/MA”, foi realizada inicialmente análise descritiva das variáveis provenientes do nascimento e seguimento por meio de valores absolutos e relativos.

Previamente à análise dos dados, foi realizado ajuste do desenho amostral dos dois estágios do estudo por meio do comando svy do STATA. Com isso foi possível considerar a estratificação e as probabilidades desiguais de seleção das unidades amostrais e ajuste para não respostas, feito por meio da verificação das perdas diferenciais e análise de regressão ponderada. As estimativas foram geradas pela incorporação dos pesos à amostra o que a capacitou a ser incorporada aos outros cálculos estatísticos.

Para analisar os fatores associados ao uso de antimicrobianos foi utilizado modelo de regressão de Poisson hierarquizado, conforme modelo teórico definido *a priori* (Figura 6). Assim, as variáveis independentes foram categorizadas por blocos em quatro níveis.

**Figura 9** – Modelo teórico de explicação do gasto privado com saúde de crianças de 13 a 35 meses de idade.



A variável resposta considerada foi o gasto privado em saúde, construída a partir do relato das mães acerca do gasto no último ano com três componentes: gasto com medicamentos, gasto com consultas e gasto com exames. A variável resposta foi tratada como variável categórica, sendo classificada em gasto baixo, quando houve gasto com um dos componentes; e gasto alto, quando houve gasto com dois ou três componentes dentre os estudados (medicamentos, consultas e exames). Para a construção da variável resposta em função dos três componentes foi excluído da amostra o percentual referente ao não gasto (3,5%).

Foi realizada a análise de regressão multivariada, utilizando-se o modelo de regressão de Poisson com variância robusta, devido à frequência dos desfechos ser maior que 10%, para ajuste das variáveis de confundimento.

Para cada nível hierárquico do modelo teórico foram estimadas as razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%, como medida de associação entre a variável resposta, gasto privado em saúde com crianças de 13 a 35 meses e as demais variáveis explicativas estudadas, adotando-se nível de significância de 0,05.

A modelagem iniciou-se pelo nível distal, seguido dos intermediários e proximal. As variáveis que apresentaram  $p\text{-valor} \leq 0,10$  permaneceram no modelo ajustando o bloco subsequente, independentemente do nível de significância apresentado após a introdução das variáveis dos blocos seguintes. Permaneceram no modelo final as variáveis associadas ao gasto privado com nível de significância de 0,05.

#### **4.9 Aspectos Éticos**

Este estudo atendeu aos critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas normas complementares. As mães que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). Os participantes tiveram a opção de desistido estudo em qualquer momento, sem qualquer dano para si ou para suas famílias. O projeto e o formulário de consentimento informado foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universitário da Universidade Federal do Maranhão - UFMA (ANEXO F) com parecer consubstanciado de número 4771/2008-30.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Artigo 1

**Gasto privado em saúde com crianças da coorte BRISA: análise comparativa entre  
São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP.**

(Será submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva)

## **GASTO PRIVADO EM SAÚDE COM CRIANÇAS DA COORTE BRISA: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE SÃO LUÍS/MA E RIBEIRÃO PRETO/SP.**

REIS, R. S.; ALVES, M. T. S. B.

### **RESUMO**

No Brasil persiste a elevada participação das famílias nos gastos totais em saúde e verificam-se ainda importantes desigualdades regionais no valor e na composição desse gasto. O presente caracterizou o gasto privado direto em saúde de crianças de 12 a 37 meses de vida e comparou a composição desse gasto nas cidades de Ribeirão Preto/SP e São Luís/MA. Trata-se estudo transversal utilizando dados da coorte BRISA com uma amostra final de 3025 crianças em Ribeirão Preto e 3247 em São Luís. Medicamentos, consultas e exames foram os componentes do gasto estudados. Realizou-se descrição das amostras por meio de valores absolutos e relativos. Analisou-se o gasto privado em saúde por meio da magnitude do gasto, considerando-se gasto alto, quando houve despesa com 2 ou 3 componentes, e gasto baixo quando houve gasto com 1 componente; da frequência das combinações de gasto com os três componentes estudados; e por meio da análise bivariada dos componentes do gasto em relação aos níveis de renda familiar e tipo de cobertura de serviço de saúde. Para comparar as cidades, foram calculados os Intervalos de Confiança (IC) ao nível de 95%. Em São Luís o gasto alto é 3 vezes mais frequente do que em Ribeirão Preto, sendo a diferença significativa estatisticamente. O gasto com medicamento é o mais prevalente nas duas cidades e em todas as faixas de renda - São Luís, 94,2% (IC95%: 93,4 – 95,0) e Ribeirão Preto 87,8% (IC95%: 86,7 – 89,1). A combinação mais frequente de componentes foi exame/medicamento (23,3%; IC95%: 21,8 – 24,2) em São Luís, enquanto em Ribeirão Preto foi consulta/medicamento (11,7%; IC95%: 10,4 – 12,7). Em São Luís, tanto as crianças cobertas por plano de saúde, quanto as cobertas pela ESF, gastam mais com medicamentos, consultas e exames dos que as crianças de Ribeirão Preto. Os resultados demonstram diferenças significativas no gasto privado em saúde de crianças entre as cidades, sugerindo que em São Luís é menor o acesso a consultas e exames, podendo as famílias estar sujeitas a riscos financeiros derivados desses gastos. Uma parte importante das necessidades de saúde das crianças não está sendo coberta pelo SUS e pelos planos privados, parecendo induzir o desembolso direto. Políticas públicas focadas na melhoria da assistência farmacêutica nas duas cidades e no acesso a exames e consultas, especialmente em São Luís são estratégias fundamentais para a consolidação do SUS como um direito de cidadania.

**Palavras-chave:** Financiamento da Saúde, Gastos em Saúde, Desigualdade em saúde, Economia da Saúde, Saúde Pública

## INTRODUÇÃO

A saúde está definida constitucionalmente no Brasil como “dever do Estado” e “direito do cidadão”. Todavia, o Sistema Único de Saúde (SUS) se organiza em um *mix* público-privado cujo financiamento é caracterizado pela seguinte contradição: a parcela das despesas privadas é superior aos gastos públicos<sup>1</sup>.

Em 2014, 51,7% do gasto total com saúde no Brasil correspondeu a dispêndios privados, o que corresponde a R\$231,9 bilhões, em paralelo ao gasto público de R\$216,2 bilhões. Nos gastos privados destacam-se os pagamentos aos planos de saúde e gasto com medicamentos, que correspondem a 54,8% e 31,2% do total das despesas privadas. Dessa forma, o Brasil assemelha-se aos EUA e Chile com sua estrutura de elevada participação privada, e destaca-se principalmente pela alta proporção de gastos particulares<sup>2</sup>.

Apesar do crescimento ano após ano de mais de 13% nos gastos totais nos últimos dez anos, alcançando 10% do PIB, os gastos per capita são de apenas US\$0,8 mil, deixando o país mais próximo de países como China e Índia. Os maiores países da Europa gastam em média US\$3,5 mil per capita (em torno de 8-12% do PIB). No entanto, nem sempre gastos mais elevados significam melhores cuidados de saúde, evidenciando que há demanda por melhor financiamento e melhor gestão. Os EUA, por exemplo, continuam apresentando indicadores de saúde inferiores à maioria dos sistemas de saúde globais desenvolvidos, apesar de ter gastos que são o dobro<sup>3</sup>.

Os baixos investimentos públicos em saúde, atualmente inferiores aos praticados em países como Argentina, Costa Rica, Cuba e Uruguai, são um empecilho para a concretização do SUS como um sistema público universal. Evidências internacionais mostram que isso só foi alcançado em países que despendem mais de 70% de gastos públicos em saúde como percentual do gasto total em saúde, e no Brasil esse percentual é menor do que 50%<sup>4</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, a forma como os sistemas de saúde são financiados determina se as pessoas podem obter atenção à saúde e se enfrentam dificuldades financeiras como resultado da obtenção deste cuidado. Assim, o desenho e a implementação de um adequado sistema de financiamento são essenciais na busca de cobertura universal<sup>5,6</sup>.



No Brasil, verificam-se importantes desigualdades regionais no valor e na composição do gasto com saúde das famílias, e persistem desigualdades segundo a situação socioeconômica, com maior concentração do valor gasto entre as famílias de maior renda<sup>7</sup>.

Uma vez que se admite o subfinanciamento do sistema, também se espera que haja problemas quanto à oferta de medicamentos, não só em relação à disponibilidade de produtos, mas também quanto à racionalidade do uso e gestão dos serviços farmacêuticos<sup>8,9,10</sup>. No Brasil os medicamentos são o principal componente do gasto com saúde<sup>7</sup>.

O gasto privado das famílias pode ser realizado de forma indireta (pré-pagamento), o que é o caso dos planos e seguros privados, ou de forma direta, onde o desembolso ocorre no momento da utilização do serviço/produto. No presente artigo será estudada a realização de gasto privado direto com medicamentos, consultas e exames para caracterizar a natureza e magnitude do gasto com saúde de crianças da faixa etária de 12 a 37 meses<sup>11</sup>.

Há um aumento expressivo dos gastos com saúde mundialmente, e no Brasil a elevada participação das famílias no financiamento da saúde é contraditória ao sistema que se propõe universal e gratuito<sup>11</sup>. Assim, é relevante conhecer melhor a parcela gasta pelas famílias, direcionando a atenção às características deste gasto, sua magnitude, quem o realiza e com quais componentes é despendido. Este trabalho busca responder às seguintes perguntas: como se caracteriza o gasto privado em saúde de crianças da coorte BRISA, nas cidades de São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP? Existem diferenças regionais no gasto a partir da comparação das duas cidades?

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Realizou-se estudo transversal de abordagem quantitativa, para o qual foram utilizados dados da coorte intitulada “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e conseqüências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras - BRISA”. O estudo BRISA estudou amostras de nascimentos da cidade de São Luís e Ribeirão Preto e foi realizado pela Universidade Federal do Maranhão e pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A cidade de São Luís, MA, está situada em uma ilha localizada no litoral norte do estado, na região nordeste do país. Seu IDH foi 0,768 em 2010, ocupando 249º no Brasil. Sua população

em 2010 era de 1.014.837 habitantes (IBGE, 2010). Localiza-se em uma das regiões mais pobres do país e tem taxa de mortalidade de 24,7 óbitos por 1000 nascidos vivos<sup>12</sup>.

Ribeirão Preto é um importante município de São Paulo e está localizado a 320 km da capital do estado. Seu território de 650 Km<sup>2</sup> abriga uma população de 612 339 habitantes, se constituindo o oitavo município mais populoso do estado e a terceira maior cidade do interior paulista. O município apresenta o 28º maior PIB do país, IDH de 0,800 com base no Censo de 2010, ocupando a 40ª posição no Brasil em relação aos demais 5.565 municípios brasileiros, e taxa de mortalidade infantil de 8,9 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2013 <sup>12</sup>.

O estudo é composto por duas etapas: nascimento e seguimento após o primeiro ano de vida. Em Ribeirão Preto o estudo envolveu todos os partos ocorridos no ano de 2010, em oito hospitais e maternidades do município, não tendo sido necessário cálculo amostral. O estudo foi realizado com a população composta por todas as mulheres residentes e que tiveram partos em maternidades públicas e privadas na cidade, nas unidades de saúde selecionadas, durante o ano de 2010, o que se constituiu na primeira etapa da pesquisa. Nessa etapa, dos 8.103 nascimentos, foram considerados 7.755, acarretando perda de 308 indivíduos (3,8%) devido a recusas e alta hospitalar precoce, além de 42 natimortos.

Em São Luís foi retirada amostra representativa da população de mulheres residentes e que tiveram partos em maternidades públicas e privadas da cidade durante o ano de 2010. Não foram incluídas aquelas unidades hospitalares com menos de 100 partos por ano. Realizou-se estratificação com partilha proporcional ao número de partos. Para cada hospital e maternidade participante do estudo, foi obtida uma listagem com todos os nascimentos ocorridos por ordem de nascimento. A seleção dos nascimentos foi feita por amostragem sistemática, com fração de amostragem igual a três, visto que o estudo pretendia abranger 1/3 dos nascimentos ocorridos no ano de 2010, correspondendo a aproximadamente 5.000 nascimentos segundo dados do levantamento do SINASC. Considerando o início casual entre 1 e 3, foram sorteados de forma sistemática os nascimentos para composição da amostra. Com este tamanho foi possível a estimativa de prevalências por volta de 50%, com erro amostral de 2% e nível de confiança de 95%<sup>13</sup>. A amostra foi de 5.236 puérperas. Após a exclusão de 70 natimortos e 99 gemelares, a amostra final dessa primeira etapa em São Luís foi de 5.067 nascimentos, acarretando perda de 3,2 % dos indivíduos.

Todas as mães que fizeram parte dessa primeira etapa da pesquisa foram convidadas para o seguimento a fim de responder aos questionários sobre o primeiro ano de vida da criança.

Em Ribeirão Preto para o seguimento a população foi de crianças de 12 a 37 meses que foram acompanhadas entre abril de 2011 a janeiro de 2013. Do total de 7.755 crianças, retornaram 3.132 mães, com perda de 59,6% de indivíduos. Desse quantitativo, após a revisão da variável desfecho, permaneceram elegíveis 3.025 crianças em Ribeirão Preto para o presente estudo.

Em São Luís, do total de 5.067 crianças, retornaram 3.308, que foram acompanhadas de abril de 2011 a janeiro de 2013 quando completaram 13 a 35 meses. Após ajustes na variável resposta, permaneceram na amostra final do presente estudo, 3.247 crianças de São Luís.

Foram incluídas todas as mães que responderam ao questionário no momento do parto. Critério de não inclusão: mães não residentes nas cidades de estudo ou cujo parto não ocorreu após a 20<sup>a</sup> semana de IG e/ou com peso  $\geq 500$ g.

No estudo BRISA foram aplicados questionários padronizados no momento do nascimento e no seguimento, divididos por blocos temáticos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas mulheres. Em cada etapa foi aplicado um questionário com dados referentes às mães e um segundo com os dados referentes à criança. Detalhes sobre os procedimentos de coleta de dados podem ser obtidos na publicação de Silva *et.al*, 2015.

Este trabalho toma como “gasto privado em saúde” o desembolso direto referido com os seguintes componentes: medicamentos, consultas e exames. O gasto com plano de saúde é um gasto indireto (pré-pagamento) e neste artigo está em análise sob o ponto de vista de cobertura de serviço.

As variáveis de interesse deste estudo estão listadas a seguir, com sua respectiva categorização: renda da mãe (até três salários mínimos, três a seis salários mínimos, e mais de seis salários mínimos); ocupação da mãe (mães que trabalham e mães que não trabalham fora do lar); recebimento de benefício de transferência de renda do governo (sim ou não); escolaridade da mãe (até oito anos de estudo, nove a onze anos de estudo, doze ou mais anos de estudo); cobertura da criança por plano privado de saúde (sim ou não); cobertura da criança por ESF (sim ou não); número de consultas pré-natal (adequado e inadequado, conforme calendário prescrito pelo Ministério da Saúde); local de realização do pré-natal (SUS, não SUS);

tipo de parto (vaginal e cesárea); idade da criança (13 a 24 meses e >24 a 35 meses); tempo de aleitamento materno (<6 meses, 6 a 12 meses, mais de 12 meses); estado de saúde da criança percebido pela mãe (ruim/regular e bom/muito bom/excelente); internação da criança alguma vez desde o nascimento (sim ou não); nascimento pré-termo (sim ou não); gasto com medicamentos (sim ou não); gasto com consultas (sim ou não); gasto com exames (sim ou não).

As análises estatísticas foram realizadas no programa estatístico Stata versão 12.0. Inicialmente se descreveu as variáveis socioeconômicas, demográficas, de cobertura de serviços, morbidade e gasto com medicamentos, consulta e exames para São Luís e Ribeirão Preto, apresentadas em freqüências absolutas e relativas.

Para comparar as cidades em estudo foram calculados os Intervalos de Confiança no nível de 95%. Quando dois intervalos de confiança não se sobrepuserem, há evidência de uma diferença estatisticamente significativa entre as proporções dos dois grupos (São Luís e Ribeirão Preto).

A fim de analisar a magnitude do gasto, criou-se a variável “gasto em saúde”, que foi categorizada em gasto baixo (gasto referido com um dos componentes) e gasto alto (gasto referido com dois ou três componentes). Foram excluídas da amostra as mulheres (3,5%) que não referiram gasto com medicamentos, consultas e exames para a criança.

Para analisar a natureza do gasto estimou-se a freqüência das combinações possíveis entre os três componentes estudados: *gasto com um componente* - só medicamento, só exame, só consulta; *gasto com dois componentes* - consulta e medicamento, consulta e exame, medicamento e exame; e *gasto com três componentes* - medicamento, consulta e exame.

Com o objetivo de estudar a natureza do gasto, por nível de renda e por tipo de cobertura de serviço, foi realizada análise bivariada entre cada componente do gasto (medicamentos, consultas e exames) e os níveis de renda familiar e tipo de cobertura de serviço de saúde (Estratégia Saúde da Família e Plano de Saúde).

Os protocolos do estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão em parecer consubstanciado no. N°275/06 e seguiram as normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

Dentre as mães participantes da amostra de São Luís, a maioria (63,0%) referiu ter 9 a 11 anos de estudo; 67,1% referiram renda familiar igual ou menor do que três salários mínimos; 29,9% recebiam benefício de transferência de renda do governo; e 65,8% não trabalhavam (Tabela 1).

Em Ribeirão Preto a maioria (53,7) das mães referiu 9 a 11 anos de estudo; 38,1% referiram renda familiar de mais de seis salários mínimos; 13,9% recebiam benefício de transferência de renda do governo; e 43,2% não trabalhavam (Tabela 1).

As crianças que compuseram a amostra de São Luís tinham em sua maioria (88,5%) de 13 a 24 meses de idade; 10,9% nasceram de partos pré-termo; as mães referiram aleitamento materno por 13 a 24 meses em 64,30% dos casos; 21,4% foram internadas alguma vez desde o nascimento. No momento da entrevista, 72,6% das mães consideraram o estado de saúde das crianças “bom/muito bom/excelente”; 19,46% eram cadastradas na Estratégia Saúde da Família e 27,25% tinham plano de saúde (Tabela 1). Eram cobertas tanto pela ESF, quanto por plano de saúde, 19,4% das crianças estudadas. Não eram cobertos pela ESF e nem possuíam plano de saúde 70,4% das crianças.

Verificou-se que a maioria (82,3%) das crianças de Ribeirão Preto tinha de 12 a 24 meses de idade; 14,1% nasceram de parto pré-termo; as mães referiram aleitamento materno por 13 a 24 meses em 34,6% dos casos; 17,4% foram internadas alguma vez desde o nascimento. O estado de saúde das crianças no momento da entrevista foi considerado “bom/muito bom/excelente” para 90,3% das mães. Acerca do tipo de cobertura de serviço de saúde, verificou-se que 11,4% das crianças eram cobertas pela ESF e 52,3% eram cobertas por plano de saúde (Tabela 1). A dupla cobertura (ESF e plano de saúde) foi verificada em 36,1% dos casos. Não eram cobertos pela ESF e nem possuíam plano de saúde 45,8% das crianças.

Acerca do gasto privado com os componentes estudados para as crianças residentes em São Luís, identificou-se que houve gasto com medicamento para 94,2%; com consulta para 29,73%; com exames para 37,9%. Em Ribeirão Preto verificou-se gasto com medicamento para 87,8% das crianças; com consulta para 12,2% e com exames para 5,9% (Tabela 1).

Sobre a magnitude do gasto em São Luís, estimou-se gasto baixo (gasto somente com um componente) em 50,8% dos casos com IC95%: 49,0 – 52,5; gasto alto (gasto com dois ou três componentes) foi observado em 45,7% das crianças (IC95%: 43,9 – 47,4); e 3,5% (IC95%: 2,9 – 4,2) referiram não ter realizado gasto privado. Em Ribeirão Preto verificou-se gasto baixo em 74,6% (IC95%: 72,9 – 76,1) dos casos; gasto alto em 13,8% (IC95%: 12,5 – 15,0) e não referiram a realização de gasto com saúde para a criança 11,6% das entrevistadas (IC95%: 10,5 – 12,8) (Tabela 2).

Analisada a combinação dos componentes estudados na composição do gasto privado, verificou-se: em São Luís, 49,1% (IC95%: 47,4 – 50,8) das famílias gastaram somente com medicamento, e a combinação mais freqüente de componentes foi exame/medicamento (23,3%) com IC95%: 21,8 – 24,2. Em Ribeirão Preto, 74,5% (IC95%: 71,9 – 75,1) gastaram somente com medicamento e a combinação mais freqüente de gasto privado foi consulta/medicamento (11,7%; IC95%: 10,4 – 12,7) (Tabela 2).

Observado o nível de renda em relação à natureza do gasto privado, tem-se em São Luís a predominância do gasto com medicamento em todas as faixas de renda, havendo uma variação de freqüência de 93,5% (IC95%: 92,4 – 94,5) a 95,3% (IC95%: 93,3 – 96,8). O gasto com consultas é mais freqüente (34,3% - IC95%: 30,5 – 38,2) na faixa de mais de 6 salários mínimos do que nas outras faixas de renda estudadas. O gasto com exames é o segundo mais prevalente, depois de medicamento, na faixa de renda de menos de três salários mínimos (39,5% - IC95%: 37,4 – 41,6) e de 3 a seis salários mínimos (37,1% - IC95%: 32,7 – 41,6) (Tabela 3).

Em Ribeirão Preto a prevalência de gasto privado com medicamentos também é predominante em todas as faixas de renda, variando de 84,1% (IC95%: 81,8 – 86,1) a 90,5% (IC95%: 88,7 – 92,1). No caso de Ribeirão Preto, o segundo gasto predominante é o gasto com consultas, sendo mais prevalente na faixa de renda de mais de seis salários mínimos (15,9% - IC95%: 13,7 – 18,0). O gasto com exames, por sua vez, aparece com prevalência semelhante nas faixas de renda estudadas, variando de 5,2% (IC95%: 3,9 – 6,5) a 6,2% (IC95%: 4,9 – 7,7) (Tabela 3).

Acerca da natureza do gasto privado, por tipo de cobertura de serviço, tem-se que, em São Luís, 95,2% (IC95%: 93,2 – 96,7) das crianças cobertas pela ESF demandaram das famílias gasto com medicamentos; 39,9% (IC95%: 36,0 – 43,8) demandaram gasto com exames; e 27,5% (IC95%: 24,0 – 31,1) gasto com consulta. Em Ribeirão Preto, esses percentuais foram

de 84,7% (IC95%: 80,5 – 88,4), 6,1% (IC95%: 3,8 – 9,2) e 10,4% (IC95%: 7,4 – 14,2), respectivamente (Tabela 3).

Dentre as crianças cobertas por plano de saúde, em São Luís 97,7% (IC95%: 96,5 – 98,6) referiram gasto com medicamento; 29,3% (IC95%: 26,3 – 32,5) com consulta; e 24,7% (IC95%: 21,9 – 27,7) com exames. Em Ribeirão Preto para os mesmos componentes verificou-se 94,6% (IC95%: 93,4 – 95,6), 16,1% (IC95%: 14,3 – 18,0) e 7,4% (IC95%: 6,2 – 8,8), respectivamente (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

Em São Luís verificou-se gasto alto para quase metade da amostra, enquanto em Ribeirão Preto predominou o gasto baixo. Sobre a natureza das despesas, os medicamentos predominam como o gasto mais freqüente nas duas cidades, e esse gasto não difere entre os níveis de renda. Como segunda despesa de saúde mais freqüente em São Luís predominou o gasto com exames, e em Ribeirão Preto o gasto com consultas. Em São Luís a combinação de gastos mais freqüente foi de medicamentos/exames, e em Ribeirão Preto foi de medicamentos/consultas. Crianças cobertas pela ESF de São Luís demandam mais freqüentemente o gasto com medicamentos, consultas e exames, do que as de Ribeirão Preto. Crianças cobertas por plano de saúde residentes em São Luís gastam mais com exames e consultas do que as residentes em Ribeirão Preto.

A menor prevalência de gasto privado alto em Ribeirão Preto pode ser explicada pela maior cobertura por planos privados de saúde verificada na cidade, 52,3%, contra 27,3% em São Luís. Dessa forma, desembolsos diretos com consultas e exames seriam menos freqüentes no município da região sudeste, uma vez que há um rol de cobertura pelos planos privados, ocasionando maior freqüência de gasto baixo em Ribeirão Preto, em acordo com o verificado em estudo sobre os padrões de consumo privado com saúde<sup>14</sup>.

Atualmente, conforme a Agência Nacional de Saúde<sup>15</sup>, o estado de São Paulo tem 45,3% de taxa de cobertura por plano privado de saúde (maior do Brasil), enquanto o Maranhão tem 7,4% (segunda menor do Brasil). Esse cenário reforça a disparidade de cobertura por planos privados de saúde verificada entre as cidades de Ribeirão Preto e São Luís no presente artigo, e indica diferenças socioeconômicas e regionais de acesso à saúde, derivadas da desigualdade regional na distribuição de renda no país<sup>16</sup>.

É importante retomar que a cobertura por plano privado de saúde aqui foi tomada como variável de cobertura de serviço de saúde, uma vez que estão sendo discutidos os desembolsos diretos das famílias. Porém, considerada em outra perspectiva, a presença de plano privado de saúde pode aparecer na literatura<sup>17</sup> como fator de risco para gastos elevados em saúde, pois se configura como um pré-pagamento. Essa pontuação se faz necessária a despeito de não se interpretar que ser coberto por plano de saúde é uma boa estratégia de proteção às famílias contra os elevados desembolsos privados. O que se sugere aqui é que o plano privado protege do desembolso direto com consultas e exames.

Verificou-se baixa cobertura da ESF, tanto em São Luís, quanto em Ribeirão Preto - 11,4% e 19,4%, respectivamente -, evidenciando fragilidade na principal porta de entrada do SUS e ponto de coordenação da rede de atenção à saúde, o que pode, em parte, explicar a prevalência de gasto com exames e consultas pela dificuldade de oferta/acesso via Atenção Básica. Em Ribeirão Preto a frequência desses dois gastos diretos é menor do que em São Luís certamente por que a alta cobertura das crianças por plano privado parece absorver essa demanda. Em contrapartida, em São Luís a frequência de gasto com consultas é 2,5 vezes maior, e de gasto com exames é 6 vezes maior, do que em Ribeirão Preto.

Baixas coberturas de ESF têm sido encaradas como um traço comum aos municípios de grande porte populacional, devido ao custo para implantação das equipes, à resistência para superação de uma cultura médico-assistencial arraigada e à dificuldade de captar profissionais capacitados, principalmente médicos. Na cidade de São Luís, atualmente, 31,4% da população está coberta pela ESF, enquanto se verifica 21,4% de cobertura em Ribeirão Preto<sup>18</sup>, o que pode estar induzindo ao uso da rede assistencial de média complexidade no SUS, da rede de urgência e emergência, a adesão a planos privados de saúde e pagamento direto por serviços de saúde.

A elevada frequência (45,7%) de gasto alto (desembolso direto com dois ou três componentes) em São Luís pode também ser pensada pela ótica da expansão do mercado de clínicas particulares populares. Estas se configuram como alternativa aos segmentos da população não cobertos por plano de saúde, e que tem dificuldade de acessar os serviços de saúde do SUS. Esse subsistema do segmento privado voltado à população de baixa renda vem se consolidando como consequência da crise na organização da prestação de serviços de saúde<sup>19</sup>.



Gastos com medicamentos e exames podem ser considerados dispêndios derivados do contato com o serviço de saúde, dessa forma, espera-se que quem tem mais acesso à consulta demande mais esses dois componentes<sup>20</sup>. Quando essa dinâmica ocorre em população coberta por plano privado de saúde ou que tenha amplo acesso a serviços públicos de saúde o registro de desembolso direto com esses componentes se reduzem, explicando a baixa frequência desse tipo de gasto em Ribeirão Preto, quando comparado a São Luís.

Discutida a magnitude dos desembolsos diretos com saúde de crianças pelas famílias, faz-se necessário discutir sua natureza. No presente estudo, tanto em São Luís, quanto em Ribeirão Preto, o gasto mais frequentemente referido foi o desembolso com medicamentos, o que é ratificado por estudos que apontam esse componente como categoria de maior representatividade na composição do gasto familiar<sup>21,22</sup>. Em estudo sobre os gastos com saúde das famílias brasileiras a partir de dados da POF 2008-2009, se verificou ainda o crescimento da participação dos gastos com medicamentos em todas as regiões do país no período por eles estudado<sup>23</sup>.

Parece haver problemas relacionados ao acesso a medicamentos nas duas cidades estudadas, o que se constitui como uma barreira importante para a qualidade e resolutividade do sistema de saúde. O acesso aos medicamentos é um componente essencial de inclusão social e de busca da equidade e fortalecimento do sistema de saúde. Conforme a Lei 8.080/90<sup>24</sup>, que regulamenta o SUS, assistência farmacêutica integral deve ser um dos componentes fundamentais da política de saúde.

Quando comparadas as cidades, se verifica que em Ribeirão Preto a frequência de gasto somente com medicamento é o dobro daquela estimada em São Luís. Aqui novamente sugere-se que isso ocorra pela elevada cobertura por planos privados na cidade da região sudeste, sendo a compra de medicamentos uma demanda derivada do mais fácil acesso (ou mesmo sobreutilização) aos serviços de saúde suplementar<sup>20</sup>. Em São Luís o gasto direto com medicamentos tende a vir associado a outros componentes – exames e consultas - com maior frequência, conforme mostram os resultados do presente trabalho.

Analisada a natureza do gasto privado sob a ótica da combinação de componentes, verificou-se em São Luís que os seguintes gastos apresentam frequência cerca de quatro vezes maior do que a verificada em Ribeirão Preto: exame/medicamento, consulta/exame e consulta/medicamento/exame. Com isso, parece haver um padrão de dificuldade de acesso a

exames em São Luís, visto a repetição desse item nas combinações referidas de desembolso direto e à elevada prevalência desse tipo de gasto na cidade (37,9%) quando comparada a Ribeirão Preto (5,9%).

Na análise dos componentes do gasto privado, segundo nível de renda nas duas cidades, observou-se em Ribeirão Preto que é pequena a diferença na frequência do gasto com medicamento entre os níveis de renda. Em São Luís não se verificou diferença. Certamente isso ocorre pela característica de primeira necessidade desse tipo de consumo em saúde e pela possibilidade de automedicação em crianças por seus responsáveis<sup>25</sup>, de modo que a frequência desse tipo de desembolso não sofreria influência estatisticamente significativa da capacidade de pagamento das famílias. Essas características do gasto com medicamentos podem complementar a explicação do motivo de ser esse o componente que apresentou maior frequência de desembolso em relação aos demais.

O Brasil é um dos poucos países em que o acesso gratuito a medicamentos essenciais é direito dos cidadãos, o que se concretiza por meio de políticas e estratégias, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume). Além disso, para atenuar os possíveis gastos privados que se façam necessários, foram introduzidos medicamentos genéricos em 1999 para reduzir os preços dos medicamentos e facilitar o acesso de toda população a esses insumos. Em 2004, o governo federal lançou ainda o Programa Farmácia Popular, que visa diminuir o impacto dos preços dos medicamentos no orçamento familiar a partir do sistema de co-pagamento. Todavia, apesar dos avanços, parte expressiva da população ainda não é atingida e o acesso e uso racional de medicamentos no Brasil ainda é um problema de saúde pública<sup>26</sup>. Possivelmente as referidas políticas impactaram na redução do valor despendido, mas não na frequência do gasto com medicamentos.

Sobre o gasto com consultas, tanto em Ribeirão Preto quanto em São Luís, famílias de maior renda desembolsam recursos com maior frequência do que as de menor renda. Todavia, as frequências desse gasto em cada nível de renda são muito diferentes entre as cidades, sendo mais alta sempre em São Luís. Na faixa de renda de até 3 salários mínimos, a diferença é de 18%; na faixa de renda de 3 a 6 salários mínimos, de 23%; e na faixa de mais de 6 salários mínimos de 18,9%.

As frequências de gasto com consulta estarem concentradas nas famílias de maior renda nas duas cidades em estudo pode ser uma consequência do poder aquisitivo e do valor requerido no pagamento de uma consulta. As discrepâncias verificadas no gasto entre cada nível de renda em São Luís e Ribeirão Preto pode sinalizar desigualdades regionais na oferta e acesso a consultas para crianças, além disso, a maior cobertura por plano privado de saúde em Ribeirão Preto acabaria por absorver a demanda por consultas, tendo como consequência menor frequência de desembolso direto<sup>14</sup>.

O gasto privado com exames, por sua vez, teve baixa frequência em Ribeirão Preto e nesta cidade não foi verificada diferença nesse gasto entre os níveis de renda. Em São Luís foi elevada a frequência verificada para esse gasto e houve mínima diferença entre os níveis de renda. Quando comparadas cada faixa de renda das duas cidades, verifica-se maior frequência de gasto privado com exames em São Luís em todas as faixas estudadas, semelhante ao verificado com as consultas. Na faixa de renda mais baixa, a diferença de frequência fica em 34,3%; na faixa intermediária, em 30,7% e na maior faixa de renda, em 26,8%.

A alta frequência de gasto direto com exames em São Luís sugere novamente dificuldade de acesso a esse serviço via SUS e via planos privados de saúde na cidade, consideradas as baixas coberturas da ESF e dos planos privados. A rede de laboratórios de análises clínicas em São Luís conta com um laboratório de saúde pública e 133 unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia, e Ribeirão com um e 92, respectivamente, parecendo que a capacidade instalada das cidades se assemelha quantitativamente, levando em conta a dimensão das populações<sup>27</sup>. Estudo sobre o acesso a serviços de saúde já apontou a dificuldade de acesso a exames, especialmente os de média e alta complexidade, no SUS, e sinalizou esta como uma das principais barreiras para a fluidez das linhas de cuidado e consolidação do cuidado integral<sup>28</sup>.

Em Ribeirão Preto, crianças cobertas por plano de saúde gastaram mais frequentemente com medicamentos do que as crianças cobertas pela ESF, sendo a diferença de 10%. O mesmo ocorreu com o gasto com consultas, mas nesse caso a diferença de frequência foi de apenas 6%. Possivelmente isso ocorre pela sobre-utilização do serviço de saúde suplementar já discutidos anteriormente. Para o gasto com exames não foi verificada diferença significativa entre as famílias sob os dois diferentes tipos de cobertura de serviço, podendo indicar que a rede de apoio diagnóstico em Ribeirão Preto atende a maioria das necessidades de exame das crianças na faixa etária estudada.

Em São Luís, foi verificada diferença no gasto entre crianças cobertas pela ESF e plano privado somente no que concerne ao desembolso direto para exames, onde a diferença foi de 15%. Crianças cobertas por plano de saúde demandaram menor frequência de gasto direto. Trata-se de um achado esperado, uma vez que as crianças beneficiárias de plano privado terão acesso mais fácil a esse item pelo rol de serviços previstos na saúde suplementar<sup>15</sup>.

Comparando a natureza do gasto entre as cidades, por tipo de cobertura de serviço, tem-se que crianças cobertas pela ESF residentes em São Luís gastam com medicamentos com maior frequência do que as residentes em Ribeirão Preto. Esse resultado reforça a fragilidade da assistência farmacêutica na atenção básica, o que parece ser mais grave em São Luís<sup>29</sup>.

Semelhante ao verificado no gasto com medicamentos, as crianças cobertas pela ESF residentes em São Luís apresentaram maior frequência de gasto com consultas do que as residentes em Ribeirão Preto, porém, para as consultas a diferença entre as cidades foi de maior magnitude. Isso pode indicar necessidade de fortalecimento no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil no SUS, e no processo de coordenação do cuidado pela Atenção Básica, afinal, parcela importante (27,5%) das crianças cobertas pela ESF estão sendo atendidas na rede privada de saúde.

Sobre a frequência de gastos com exames, por tipo de cobertura de serviço, se verificou que famílias cobertas pela ESF residentes em São Luís tiveram frequência de gasto com esse item seis vezes maior do que as residentes em Ribeirão Preto. Esse achado indica desigualdades regionais no acesso aos serviços no âmbito do SUS, conforme já verificado em estudo de abordagem nacional e regional<sup>16</sup>.

As famílias residentes em São Luís cujas crianças são cobertas por plano privado apresentaram gasto com exames em frequência três vezes superior às residentes em Ribeirão Preto. Há que se considerar ainda a possibilidade de adesão das famílias a planos privado na modalidade de coparticipação, na qual o custo da mensalidade é mais acessível para os interessados, porque, ao realizar consultas e exames, o consumidor contribuirá com parte do valor do procedimento/serviço<sup>30</sup>, porém podem estar ocorrendo desigualdades regionais também no acesso aos serviços de saúde suplementar.

Não foram identificados na literatura estudos que tomassem a presença de plano de saúde na perspectiva de cobertura de serviços, e nem que a comparassem com a cobertura pela

ESF, no que tange aos gastos diretos em saúde. Por isso não foram realizadas comparações dos achados relacionados a esse aspecto com outras pesquisas, mas apenas indicações explicativas.

Os resultados elencados a seguir podem ser tomados como achados sentinela para a indicar a necessidade de intervenção no âmbito da reorganização dos serviços e das políticas públicas: ampla cobertura por planos privados em Ribeirão Preto (52,3%) em contraste com São Luís (27,3%); a baixa cobertura da ESF nas duas cidades (São Luís 19,4% e Ribeirão Preto 11,4%); contribuição majoritária do gasto com medicamentos para os desembolsos diretos (São Luís 94,2% e Ribeirão preto 87,8%); e parcela das crianças não coberta nem pela ESF e nem por plano privado (70,4% em São Luís e 45,8% em Ribeirão Preto).

As amplas diferenças regionais aqui verificadas podem estar ocasionando desigualdade no cuidado e contribuindo para que o acesso à saúde esteja a mercê da capacidade de pagamento das famílias de forma direta ou pela adesão aos planos de saúde, o que se configura como uma lógica perversa em um país de profundas desigualdades sociais.

Uma parte importante das necessidades de cuidado das crianças não se encontra coberta nem Ribeirão Preto e nem São Luís, estando na cidade da região nordeste o cenário mais fragilizado em todos os aspectos investigados, tanto no âmbito do SUS, quanto no âmbito do sistema de saúde suplementar.

Como os gastos com medicamentos são os mais importantes em todas as faixas de renda, estratégias governamentais devem voltar-se a esse aspecto, através do barateamento dos medicamentos de uso regular em crianças e/ou expansão dos programas de distribuição gratuita. Políticas neste sentido precisam estar na ordem do dia das agendas de gestão devido à característica inadiável dos gastos com medicamentos, se considerados como gastos curativos (realizados após o surgimento da doença)<sup>31</sup>.

Sem perder de vista o princípio da equidade, a preocupação com o gasto privado deve estar voltada para todas as classes de renda. Nas mais abastadas o risco financeiro derivado do gasto privado pode fazer com que as famílias migrem de uma classe para outra, e nas classes mais baixas as famílias pobres podem tornar-se ainda mais pobres devido a redução da renda disponível e das capacidades<sup>26</sup>.

É inadiável repensar a política de alocação dos recursos públicos que financiam a saúde no Brasil. Paradoxalmente, a forma de financiamento atual impede que o SUS se realize

plenamente e gera oportunidades para a expansão do mercado privado em suas diversas conformações, e não protege as famílias do risco financeiro relacionado ao uso de serviços de saúde. É premente estender a problemática para além do subfinanciamento, e abordar também a efetividade do gasto público.

### **Agradecimentos**

Agradecemos a todos os colaboradores do Projeto BRISA e ao CNPq, FAPESP, FAPEMA e PRONEX, por seu apoio financeiro.

## REFERÊNCIAS

1. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, Oct. 2008.
2. Levi ML, Mendes A. Gasto total em saúde no Brasil. Campinas, IDISA, Domingueira de 25 de maio de 2015.
3. Fiorentino G, Bernardo S, Mattos LGK. Tendências do setor saúde no Brasil, 2016. Disponível em: <[http://www.bain.com/offices/saopaulo/pt/Images/healthcare-trends-in-brazil\\_por.PDF](http://www.bain.com/offices/saopaulo/pt/Images/healthcare-trends-in-brazil_por.PDF)> Acesso em: 15 jan. 2017.
4. Brasil. Conselho nacional de secretários de saúde. Conass debate – Caminhos da saúde no Brasil / Conselho nacional de secretários de saúde. – Brasília :Conass, 2014.
5. Carrin G. et al. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 86, n. 11, p. 857-863, 2008.
6. Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 88, n. 6, p. 402, 2010.
7. Garcia LP, Sant'anna AC, Magalhães LCG, Aurea AP. Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas: composição e evolução no período 1995-2009. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, jan. 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil62872>> Acesso em: 10 out. 2016.
8. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília, DF, 2005.
9. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.
10. BANCO MUNDIAL. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Washington, DC, 2007.
11. Piola SF et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030-prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estruturado financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 19-70.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.
13. Silva AAM, Batista RFL, Simões VMF et al. Changes in perinatal health in two birth cohorts (1997/1998 and 2010) in São Luís, Maranhão State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(7): 1437-1450.
14. Holguin TG. Padrões de Consumo Privado com Saúde das Famílias da Região Norte / Tássia Gazé Holgui. – 2009. 77 f.: il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Instituto de Estudos de Saúde Coletiva – IESC, 2009.
15. ANS - Agência Nacional de Saúde. Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2006-2016). Disponível em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 15 jan. 2017.
16. Cambota JN, Rocha FF. Determinantes das desigualdades em cuidados de saúde: uma análise para o Brasil e regiões brasileiras. 41º Encontro Nacional de Economia, 2013.

17. Barros AJD, Bastos JL, Dâmaso AH..Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 28] ; 27( Suppl 2 ): s254-s262.
18. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> . Acesso em: 10 nov. 2016.
19. Victalino APVD. Consultório privado para população de baixa renda: o caso das “clínicas populares” na cidade do Recife/Ana Paula Vilela Duarte Victalino – 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2004.
20. Andrade MV, Noronha KVMS, Oliveira TB. Determinantes dos gastos das famílias com saúde no Brasil. *Economia*, v.7, n.3, p.485–508, 2006
21. Silveira F, Osorio RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Volume 1. Brasília: IPEA; 2006.
22. Piola SF et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 4, p. 19-70, 2013.
23. Garcia LP, Sant’anna AC; Magalhães LCG, Aurea AP. Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas: composição e evolução no período 1995-2009. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, jan. 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil62872>> Acesso em: 10out. 2016.
24. Brasil. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; set 20.
25. Beckhauser GC, Souza JM, Valgas C, Piovezan AP, Galato D. Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. *Rev Paul Pediatr* 2010;28(3):262-8.
26. Boing AC, Bertoldi AD, Posenato LC, Peres KG. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2014;48(5):797-807
27. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> . Acesso em: 10 nov. 2016.
28. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 28] ; 20( 3 ): 953-972.
29. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, suppl.0, p.611-617, 2008.
30. ANS – Agência Nacional de Saúde. Controle de acesso aos serviços de saúde: o que o plano de saúde pode restringir. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/48-perguntas-frequentes/781-controle-de-acesso-aos-servicos-de-saude-o-que-o-plano-de-saude-pode-restringir>. Acesso em: 25 nov. 2016.



31. Andrade MV, Lisboa MB. Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas [Internet]. Brasília: IPEA; 2006 p. 84-106. Disponível em:  
<[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/gastoeconsumo/Capitulo\\_03.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/gastoeconsumo/Capitulo_03.pdf)> Acesso em 22 set. 2016.

**Tabela 1** – Caracterização de mães e crianças do seguimento da coorte BRISA, conforme dados socioeconômicos, demográficos, de cobertura de serviços, morbidade e gasto com saúde de crianças de 12 a 37 meses de idade. Ribeirão Preto; São Luís, MA, 2010 – 2013.

Variáveis	Ribeirão Preto-SP		IC95%	São Luís-MA		IC95%
	f	%		f	%	
<b>Escolaridade materna</b>						
<4 anos	117	3,8	3,2 – 4,6	101	3,1	2,5 – 3,7
5 a 8 anos	562	18,5	17,2 – 20,0	649	19,9	18,6 – 21,4
9 a 11 anos	1.632	53,7	52,1 – 55,7	2.043	63,0	61,2 – 64,5
12 ou mais anos	731	24,0	22,6 – 25,7	454	14,0	12,8 – 15,2
<b>Renda familiar</b>						
<3 SM	1.135	37,3	35,7 – 39,2	2.181	67,1	65,5 – 68,7
3 - 6 SM	748	24,6	23,1 – 26,3	466	14,3	13,1 – 15,6
>6 SM	1.162	38,1	36,6 – 40,1	604	18,6	17,2 – 19,9
<b>Benefício de transferência de renda</b>						
Sim	420	13,9	12,6 – 15,1	973	29,9	28,3 – 31,5
Não	2.616	86,1	85,2 – 87,6	2.278	70,1	68,5 – 71,7
<b>Ocupação</b>						
Trabalha	1.726	56,8	55,2 – 58,8	1.108	34,2	32,4 – 35,7
Não trabalha	1.312	43,2	41,5 – 45,1	2.132	65,8	63,9 – 67,2
<b>Cobertura da criança por plano de saúde</b>						
Sim	1.586	52,3	50,6 – 54,2	886	27,3	35,7 – 28,8
Não	1.449	47,7	46,1 – 49,6	2.365	72,7	71,2 – 74,3
<b>Cobertura pela Estratégia Saúde da Família</b>						
Sim	343	11,4	10,2 – 12,5	632	19,4	18,1 – 20,8
Não	2.663	88,6	86,8 – 89,1	2.616	80,6	79,1 – 81,9
<b>Idade da criança</b>						
12 a 24 meses	2.508	82,3	81,5 – 84,2	2.878	88,5	87,4 – 89,7
>24≤36 meses	537	17,7	16,4 – 19,1	373	11,5	10,4 – 12,6
<b>Tempo de aleitamento materno</b>						
<6 meses	840	29,9	28,2 – 31,6	443	14,3	12,4 – 14,8

6 - 12 meses	924	32,9	31,2 – 34,7	556	18,0	15,8 – 18,4
13 – 24 meses	969	34,6	32,7 – 36,3	1.985	64,3	59,4 – 64,8
>24 meses	72	2,6	2,0 – 3,2	103	3,4	2,5 – 3,8
<b>Parto pré-termo</b>						
Sim	429	14,1	1,9 – 15,4	354	10,9	9,8 – 12,0
Não	2.616	85,9	85,2 – 87,6	2.897	89,1	88,1 – 90,2
<b>Estado de saúde da criança</b>						
Bom/Muito bom/Excelente	2.741	90,3	89,5 – 91,6	1.531	82,3	80,9 – 83,6
Ruim/Regular	294	9,7	8,6 – 10,8	576	17,7	16,4 – 19,0
<b>Internação da criança</b>						
Sim	521	17,4	16,3 – 18,9	695	21,4	20,0 – 22,8
Não	2.447	82,6	81,0 – 83,7	2.556	78,6	77,2 – 80,1
<b>Gasto com medicamento</b>						
Sim	2.662	87,8	86,7 – 89,1	3.061	94,2	93,4 – 95,0
Não	371	12,2	11,1 – 13,4	189	5,8	5,0 - 6,6
<b>Gasto com consulta</b>						
Sim	369	12,2	11,0 – 13,4	966	29,7	28,1 – 31,3
Não	2.667	87,8	86,9 – 89,2	2.283	70,3	68,7 – 71,8
<b>Gasto com exame</b>						
Sim	178	5,9	5,0 – 6,8	1.234	37,9	36,3 – 39,6
Não	2.853	94,1	93,4 – 95,1	2.015	62,1	60,6 – 63,7

**Tabela 2** – Caracterização do gasto privado em saúde com crianças de 12 a 36 meses de idade do seguimento da coorte BRISA. Ribeirão Preto; São Luís, MA, 2010 – 2013.

Variáveis	Ribeirão Preto-SP			São Luís-MA		
	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)
<b>Nível de gasto privado</b>						
Gasto baixo*	2.256	74,6	72,9 – 76,1	1.649	50,8	49,0 – 52,5
Gasto alto**	417	13,8	12,5 – 15,0	1.483	45,7	43,9 – 47,4
Não gastou	352	11,6	10,5 – 12,8	115	3,5	2,9 – 4,2
<b>Combinação de componentes</b>						
Só exame	3	0,1	0,007 – 0,2	21	1,0	0,7 – 1,4
Só medicamento	1991	74,5	71,9 – 75,1	989	49,1	47,4 – 50,8
Só consulta	11	0,4	0,2 – 0,7	12	0,6	0,3 – 0,9
Exame e medicamento	154	5,8	4,8 – 6,5	730	23,3	21,8 – 24,8
Consulta e exame	102	3,8	3,1 – 4,4	410	13,2	11,9 – 14,3
Consulta e medicamento	313	11,7	10,4 – 12,7	573	18,4	16,9 – 19,6
Consulta, medicamento e exame	99	3,7	3,0 – 4,3	397	12,7	11,5 – 13,9

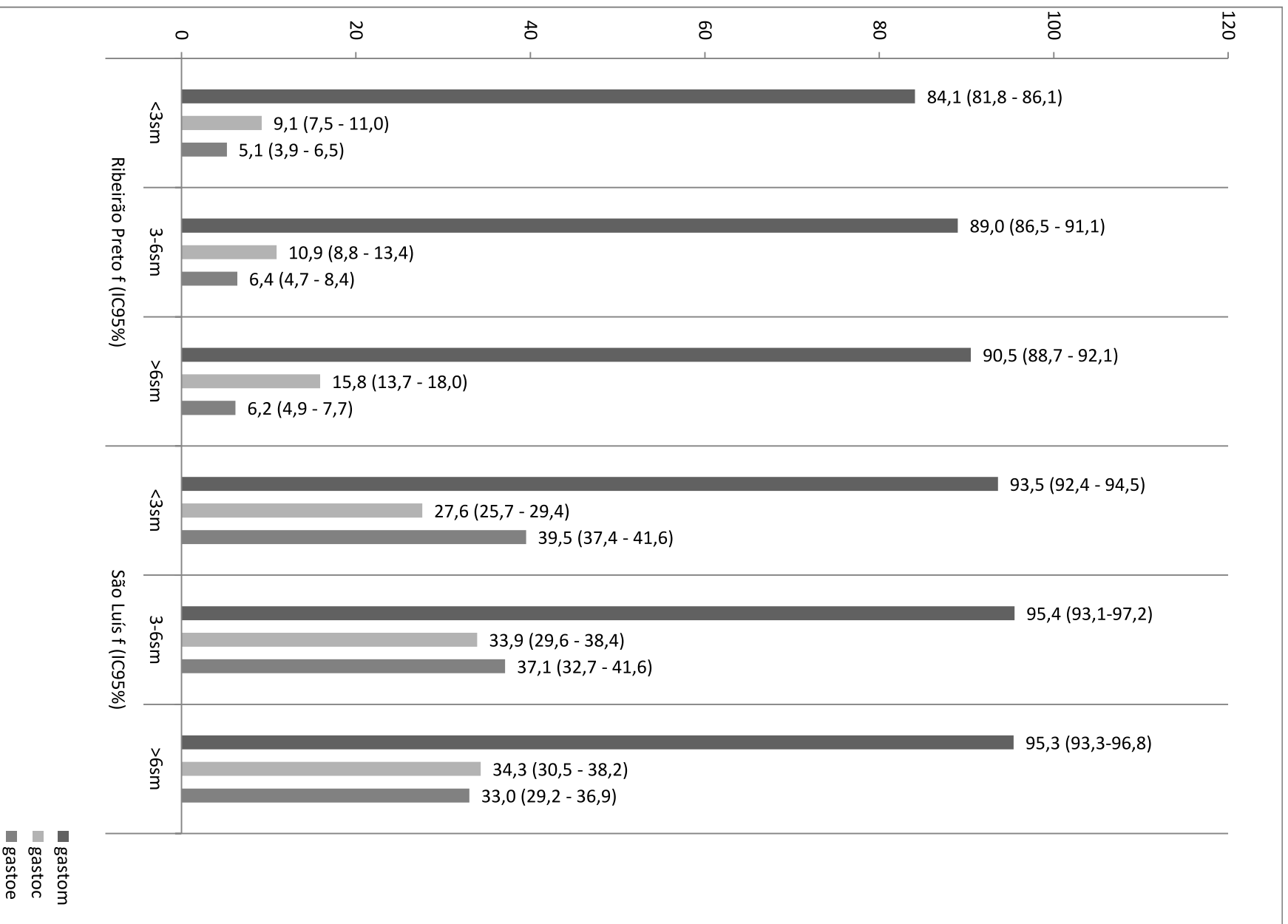
\*Gasto baixo: gasto com apenas 1 componente.

\*\*Gasto alto: gasto com 2 ou 3 componentes.

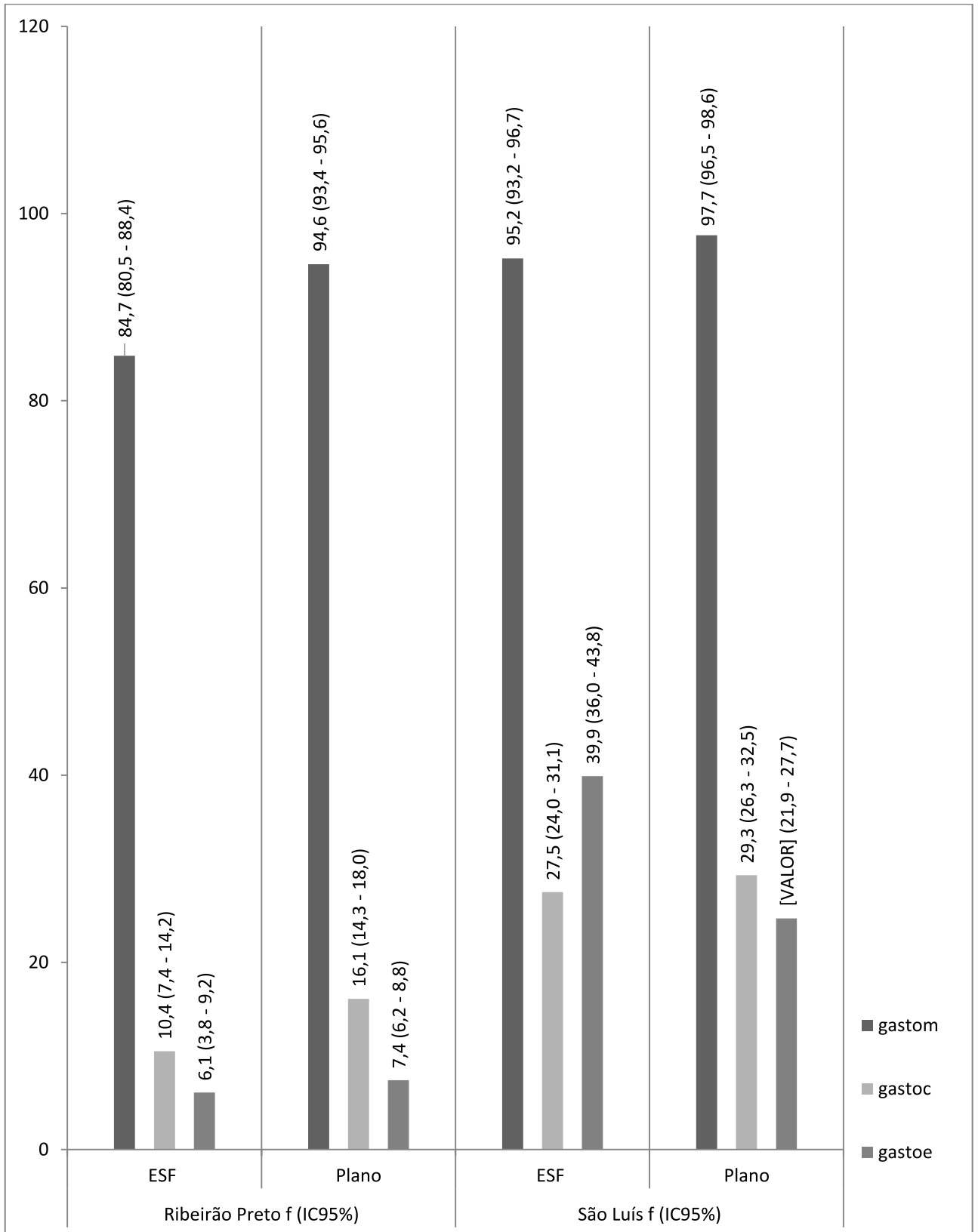
**Tabela 3** – Gasto privado com medicamentos, consultas e exames em saúde de crianças de 12 a 36 meses, por nível de renda e tipo de cobertura de serviço de saúde. Ribeirão Preto; São Luís, MA, 2010 – 2013.

Variáveis	Ribeirão Preto-SP									São Luís-MA								
	Medicamentos			Consultas			Exames			Medicamentos			Consultas			Exames		
	f	%	IC95%	f	%	IC95%	f	%	IC95%	f	%	IC95%	f	%	IC95%	f	%	IC95%
<b>Nível de renda</b>																		
<3 SM	951	84,1	81,8 – 86,1	104	9,2	7,5 – 11,0	58	5,2	3,9 – 6,5	204	93,6	92,4 – 94,5	601	27,6	25,7 – 29,4	862	39,5	37,4 – 41,6
3 - 6 SM	666	89,0	86,5 – 91,1	82	10,9	8,80-13,4	48	6,4	4,7 – 8,4	466	95,5	93,1 – 97,2	158	33,9	29,6 – 38,4	173	37,1	32,7 – 41,6
>6 SM	1045	90,5	88,7 – 92,1	183	15,9	13,7 – 18,0	72	6,2	4,9 – 7,7	603	95,4	93,3 – 96,8	207	34,3	30,5 – 38,2	199	33,0	29,2 – 36,9
<b>Cobertura de Saúde</b>																		
ESF	290	84,8	80,5 – 88,4	36	10,5	7,4 – 14,2	21	6,1	3,8 – 9,2	602	95,2	93,2 – 96,7	174	27,5	24,0 – 31,1	252	39,9	36,0 – 43,8
Plano de Saúde	1501	94,6	93,4 – 95,6	255	16,1	14,3 – 18,0	118	7,4	6,2 – 8,8	865	97,7	96,5 – 98,6	260	29,3	26,3 – 32,5	219	24,7	21,9 – 27,7

**Gráfico 1 -** Gasto privado com medicamentos, consultas e exames em saúde de crianças de 12 a 36 meses, por nível de renda familiar. Ribeirão Preto; São Luís, MA, 2010 – 2013.



**Gráfico 2** – Gasto privado com medicamentos, consultas e exames em saúde de crianças de 12 a 36 meses, por tipo de cobertura de serviço de saúde (Plano Privado e Saúde da Família). Ribeirão Preto; São Luís, MA, 2010 – 2013.



**5.2 Artigo 2**

**Fatores associados ao gasto privado em saúde de crianças da coorte BRISA em São  
Luís/MA.**

(Foi submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva)



## FATORES ASSOCIADOS AO GASTO PRIVADO EM SAÚDE DE CRIANÇAS DA COORTE BRISA EM SÃO LUÍS/MA.

REIS, R. S.; ALVES, M. T. S. B.; SILVA, A. A. M.; DOS SANTOS, A. M.; SIMÕES, V. M. F.; ALMEIDA, C. C. C. R.

### RESUMO

No Brasil 53% do total de gastos com saúde correspondem a gastos privados, o que é paradoxal ao sistema de saúde instituído, que tem a universalidade como diretriz e se insere na lógica de proteção social. Este artigo analisou os fatores associados ao gasto privado em saúde de crianças de 13 a 35 meses de idade (n= 3247) na Coorte BRISA em São Luís/MA. Foi utilizada regressão multivariada seguindo modelo de Poisson, com inclusão das variáveis de modo hierarquizado e modelo teórico definido *a priori*. A variável resposta foi a realização de gasto privado direto com medicamentos, consultas e exames, categorizada em gasto alto, quando houve despesa com 2 ou 3 componentes, e gasto baixo com até 1 componente. Verificou-se prevalência de 45,7% de gasto alto, destacando-se o gasto com medicamento como a despesa mais prevalente. Os fatores associados como risco ao gasto alto foram: maiores níveis de escolaridade da mãe (9 a 11 anos de estudo - RP=1,67; IC95%: 1,34 – 2,07; e 12 ou mais anos RP=1,52; IC95%: 1,13 – 2,02; p<0,001), não cobertura por plano privado (RP=1,49; IC95%: 1,23 – 1,81; e p=<0,001), realização do pré-natal em serviço particular (RP =1,47; IC 95%: 1,07 – 2,02; e p=0,01), crianças de mais de 24 meses (RP=1,33; IC95%: 1,06 – 1,68; e p=0,01), e estado de saúde da criança ruim/regular (RP=1,23; IC95%:1,03 – 1,48; e p=0,02). Tempo de aleitamento materno de 12 a 24 meses (RP=0,82; IC95%: 0,67 – 0,99; e p=0,04) associou-se de maneira protetora ao gasto alto. Cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) não se associou ao gasto privado. Demanda-se ampliar o acesso à assistência farmacêutica no SUS; fortalecer as ações de aleitamento materno prolongado; aprofundar a análise do acesso e utilização da ESF pelas crianças da faixa etária estudada e reorientar o modelo de financiamento da saúde no Brasil.

**Palavras-chave:** Financiamento da Saúde, Gastos em Saúde, Economia da Saúde, Saúde Pública

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF 88) definiu a saúde como “dever do Estado” e “direito do cidadão”. Adicionalmente, a Organização Mundial de Saúde preconiza que sistemas de saúde baseados nesse preceito de seguridade social devem fornecer proteção às pessoas contra riscos financeiros decorrentes do pagamento pelos cuidados de saúde. Entretanto, no Brasil, a cada R\$100,00 gastos com saúde, R\$53,00 correspondem a dispêndios das famílias e das empresas <sup>1,2</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o objetivo de oferecer assistência à saúde de forma gratuita e universal, com redução das desigualdades no acesso, na utilização e no estado de saúde da população. Com o início da implantação do Estratégia de Saúde da Família (ESF), o modelo de atenção tradicional passou por reformulação, visando aumentar a cobertura da atenção primária e melhorar a distribuição de medicamentos essenciais. Estima-se que com a ESF funcionando adequadamente é possível atender 85% dos problemas de saúde do território<sup>3,4</sup>. Ainda assim, o Brasil é o único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público<sup>1,2</sup>.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008 – 2009 apontou que os gastos com saúde tiveram a quarta maior participação nas despesas das famílias brasileiras, representando 7,2% do total dos dispêndios, atrás apenas das despesas com habitação (35,9%), alimentação (19,8%) e transporte (19,6%) <sup>5</sup>.

O Brasil é um país com alto gasto privado em saúde e esses gastos são proporcionalmente mais elevados nos decis socioeconômicos mais baixos. Os medicamentos são responsáveis pela maior parcela da renda comprometida com saúde, seguidos pelos planos de saúde <sup>6,7</sup>.

Na composição do gasto privado no Brasil, os planos de saúde (gasto indireto, pago antecipadamente) respondem por 40,4%. Assim, o gasto direto (pago no momento da utilização) corresponde à maior parcela<sup>8</sup>. No presente trabalho está em estudo o gasto direto referido com medicamentos, consultas e exames. O plano de saúde será analisado enquanto tipo de cobertura de serviço para a criança, e não como tipo de gasto, dado seu caráter de desembolso indireto.

Dentre os fatores associados ao maior gasto familiar com saúde se identificam na literatura: presença de criança no domicílio, maior escolaridade do chefe da família, maior faixa de renda e pior situação de saúde<sup>9,10,11</sup>. Não foram localizados estudos que considerem a influência de fatores perinatais, cobertura de serviços, morbidade e tempo de aleitamento no gasto em saúde, as quais foram estudadas no presente trabalho.

Apesar da relevância, ainda poucos estudos envolvem a análise dos gastos privados com saúde no Brasil. Há necessidade de aprofundamento e constante atualização nesta área de pesquisa, uma vez que o impacto do gasto privado em saúde no empobrecimento dos domicílios é crescente e contraditório às políticas públicas de saúde instituídas, que são pautadas na universalização e proteção social<sup>12,12,14,15</sup>.

Considerando o exposto e a escassez de trabalhos que façam a análise do gasto privado com o recorte em saúde da criança aqui proposto, este artigo tem como objetivo analisar os fatores associados ao gasto privado direto com saúde de crianças de 13 a 35 meses de idade da Coorte BRISA residentes em São Luís, Maranhão. Pergunta-se: fatores socioeconômicos, de cobertura de serviços de saúde, perinatais e relacionados à criança estão associados à realização de gasto privado com medicamentos, consultas e exames para crianças de 13 a 35 meses de vida?

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Realizou-se estudo transversal, de abordagem quantitativa, para o qual foram utilizados dados da coorte intitulada “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras - BRISA”. O estudo BRISA pesquisou amostras de nascimentos da cidade de São Luís e Ribeirão Preto e foi realizado pela Universidade Federal do Maranhão e pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Neste artigo foram utilizados dados do estudo BRISA referentes à cidade de São Luís, capital do estado do Maranhão.

A população foi composta pelas mulheres residentes e que tiveram partos em maternidades públicas e privadas da cidade de São Luís durante o ano de 2010. Não foram incluídas aquelas unidades hospitalares com menos de 100 partos por ano.

A amostra foi estratificada com partilha proporcional ao número de partos. Para cada hospital e maternidade participante do estudo, foi obtida uma listagem com todos os nascimentos ocorridos por ordem de nascimento. A seleção dos nascimentos foi feita por amostragem sistemática, com fração de amostragem igual a três, visto que o estudo pretendia abranger 1/3 dos nascimentos ocorridos no ano de 2010, correspondendo a aproximadamente 5.000 nascimentos segundo dados do levantamento do SINASC. Considerando o início casual entre 1 e 3, foram sorteados de forma sistemática os nascimentos para composição da amostra<sup>16</sup>. Com este tamanho foi possível a estimativa de prevalências por volta de 50%, com erro amostral de 2% e nível de confiança de 95%.

Foram incluídas todas as mães que responderam ao questionário no momento do parto. Critério de não inclusão: mães não residentes em São Luís, parto ocorrido até a 20ª semana de IG e/ou peso ao nascer <500g. Houve uma perda de 4,6% por recusa das mães em serem entrevistadas e por altas precoces, sendo entrevistadas 5.212 mães. Após a exclusão de 70 natimortos e 99 gêmeos, a amostra final do estudo nessa primeira etapa foi de 5.067 nascimentos.

Todas as mães que fizeram parte da primeira etapa da pesquisa foram convidadas para o seguimento a fim de responder aos questionários sobre o primeiro ano de vida da criança. Compareceram para a entrevista 3.308 mães, compondo a amostra da segunda etapa do BRISA (taxa de seguimento de 65,3%). Após a exclusão das informações incompletas, o valor amostral final na segunda etapa foi de 3.251 crianças. Para esse seguimento a população foi de crianças de 13 a 35 meses que foram acompanhadas de abril de 2011 a janeiro de 2013.

Detalhes sobre os procedimentos de coleta de dados foram publicados por Silva *et.al*, 2015.

No estudo BRISA foram aplicados questionários padronizados no momento do nascimento e no seguimento, divididos por blocos temáticos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas mulheres. Em cada etapa foi aplicado um questionário com dados referentes às mães e um segundo com os dados referentes à criança.

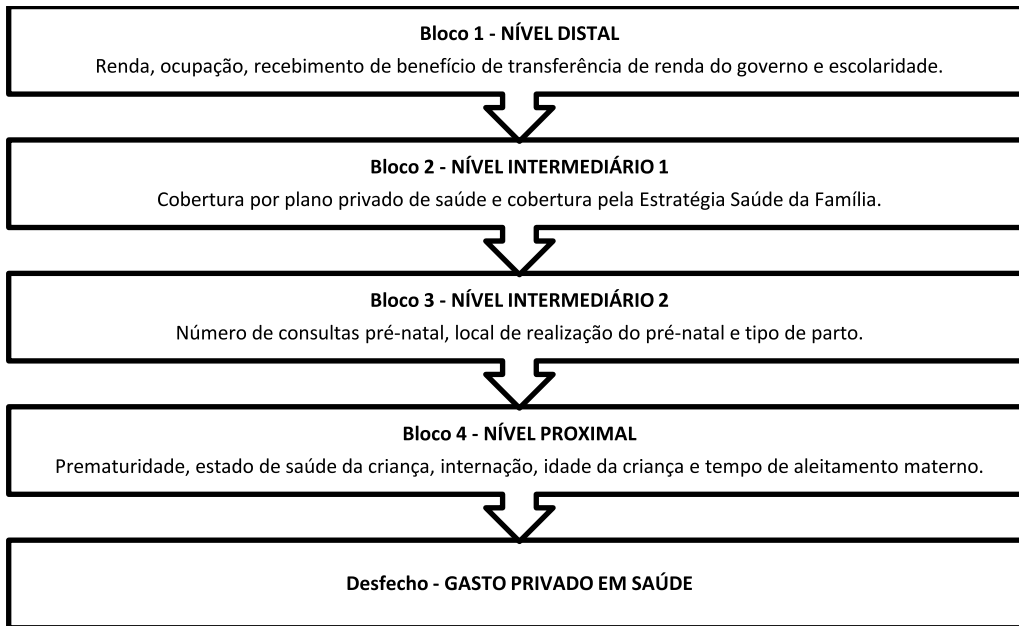
As variáveis de interesse deste estudo estão listadas a seguir, com sua respectiva categorização: renda da mãe (até três salários mínimos, maior que três a seis salários mínimos, e mais de seis salários mínimos); ocupação da mãe (mães que trabalham e mães que não

trabalham fora do lar); recebimento de benefício de transferência de renda do governo (sim ou não); escolaridade da mãe (até oito anos de estudo, nove a onze anos de estudo, doze ou mais anos de estudo); cobertura da criança por plano privado de saúde (sim ou não); cobertura da criança por ESF (sim ou não); número de consultas pré-natal (adequado e inadequado, conforme calendário prescrito pelo Ministério da Saúde); local de realização do pré-natal (SUS, não SUS); tipo de parto (vaginal e cesárea); idade da criança (13 a 24 meses e >24 a 35 meses); tempo de aleitamento materno (<6 meses, 6 a 12 meses, mais de 12 meses); estado de saúde da criança percebido pela mãe (ruim/regular e bom/muito bom/excelente); internação da criança alguma vez desde o nascimento (sim ou não); nascimento pré-termo (sim ou não); gasto com medicamentos (sim ou não); gasto com consultas (sim ou não); gasto com exames (sim ou não).

A variável dependente (desfecho) considerada foi o gasto privado em saúde com crianças de 13 a 35 meses, construída a partir das respostas das mães acerca do gasto direto com três componentes (gasto com medicamentos, gasto com consultas e gasto com exames) e categorizada em gasto baixo (gasto com um dos componentes) e gasto alto (gasto com dois ou três componentes). Foram excluídas da amostra as mulheres (3,5%) que responderam negativamente aos três componentes utilizados para formação da variável dependente. Dessa forma, foi considerado gasto em saúde o desembolso direto referido com os componentes supracitados.

Para a análise de fatores associados ao gasto privado com saúde foi utilizado modelo de regressão de Poisson com variância robusta para ajuste das variáveis de confundimento, devido à frequência dos desfechos ser maior que 10%. As variáveis foram incluídas de modo hierarquizado, segundo o modelo teórico definido previamente (figura 1), a fim de estimar as razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95%.

Figura 1 – Modelo teórico de explicação do gasto privado com saúde de crianças de 13 a 35 meses de idade.



As análises dos dados coletados para o presente estudo foram efetuadas no software Stata, versão 12.0. Inicialmente foi realizada a análise descritiva das variáveis em estudo. Sendo estas apresentadas por meio das frequências absolutas e relativas.

A modelagem, por sua vez, iniciou-se pelo nível distal, seguida pelos níveis intermediários e nível proximal. As variáveis que apresentaram  $p\text{-valor} \leq 0,10$  permaneceram no modelo ajustando o bloco subsequente. Permaneceram no modelo final as variáveis associadas ao gasto privado com nível de significância de 0,05.

Devido ao desenho amostral do estudo, todas as análises foram realizadas considerando amostra complexa. Assim, na análise dos dados, ajustou-se o desenho amostral do estudo por meio do comando `svy` do Stata. Dessa forma foi possível considerar a estratificação e as probabilidades desiguais de seleção das unidades amostrais e o ajuste para não resposta. Isso foi necessário uma vez que foram utilizados dados dos dois estágios do estudo e que nem todas as crianças compareceram à etapa de seguimento. Assim, realizou-se a verificação das perdas diferenciais ocorridas e fez-se a análise de regressão ponderada, a partir da incorporação de pesos à amostra.

Os protocolos do estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão em parecer consubstanciado no. N°275/06 e seguiram as normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

Dentre as mães participantes da amostra, a maioria (62,9%) referiu ter 9 a 11 anos de estudo; 67,1% referiram renda familiar igual ou menor do que três salários mínimos; 29,9% recebiam benefício de transferência de renda do governo; e 65,8% não trabalhavam (Tabela 1).

As crianças que compuseram a amostra tinham de 13 a 24 meses de idade (88,5%); 10,9% nasceram de partos pré-termo; as mães referiram aleitamento materno por 13 a 24 meses em 64,3% dos casos; e 21,4% foram internadas alguma vez desde o nascimento. No momento da entrevista, 72,6% das mães consideraram o estado de saúde das crianças “bom/muito bom/excelente”; 19,46% eram cadastradas na Estratégia Saúde da Família e 27,25% tinham plano de saúde (Tabela 1).

Quando analisado o perfil do gasto com saúde das crianças, identificou-se que houve gasto com medicamento para 94,2% das crianças; com consulta para 29,73%; com exames para 37,9%. O gasto baixo (gasto somente com um componente) foi verificado em 50,8% dos casos; já o gasto alto (gasto com dois ou três componentes) foi observado em 45,7% das crianças; e 3,5% referiram não ter realizado gasto privado com saúde (Tabela 1).

Na análise multivariada com abordagem hierarquizada, no nível distal as maiores escolaridades da mãe mostraram-se estatisticamente associadas como risco para o gasto alto em saúde, apresentando para a faixa de 9 a 11 anos de estudo  $RP=1,67$ ,  $IC95\%: 1,34 - 2,07$  e  $p<0,001$ ; e para a faixa de 12 ou mais anos de estudo  $RP=1,52$ ;  $IC95\%: 1,13 - 2,02$  e  $p<0,001$ .

No primeiro nível intermediário, não ter cobertura de plano privado de saúde apresentou-se como risco para apresentar alto gasto direto em saúde, sendo incluído no próximo nível do modelo ( $RP= 1,49$ ;  $IC95\%: 1,23 - 1,81$ ; e  $p$ -valor  $<0,001$ ).

No segundo nível intermediário, composto por variáveis relacionadas ao pré-natal e parto, verificou-se a realização do pré-natal em serviço privado apresenta-se associado como risco para apresentar gasto alto com saúde de crianças ( $RP=1,47$ ;  $IC95\% 1,07 - 2,02$ ; e  $p$ -valor= $0,05$ ), comparado à realização de pré-natal no SUS (Tabela 2).

No nível proximal, apresentaram-se como risco para apresentar ao gasto alto o estado de saúde da criança percebido pela mãe como ruim/regular ( $RP=1,22$ ;  $IC95\%: 1,02 - 1,47$ ; e  $p$ -valor  $0,02$ ); e idade da criança de 24 a 35 meses ( $RP=1,33$ ;  $IC95\%: 1,08 - 1,63$ ; e  $p$ -valor= $0,006$ ).

Ainda no nível proximal, verificou-se que o tempo de aleitamento materno por 12 ou mais meses foi proteção ao desfecho (gasto alto) (RP=0,82; IC95%: 0,67 – 0,99; e p-valor=0,04).

Não se observou associação estatisticamente significante entre o gasto privado com saúde de crianças e as seguintes variáveis que fizeram parte do modelo teórico: renda familiar, recebimento de benefício de transferência de renda e ocupação da mãe; cobertura pela ESF; pré-natal adequado, tipo de parto; parto pré-termo e internação.

## **DISCUSSÃO**

O gasto direto com saúde foi alto para crianças não cobertas por plano de saúde, de pré-natal realizado em serviço privado, com estado de saúde percebido pela mãe como ruim/regular e de mais de 24 meses de idade. O tempo de aleitamento materno por 12 a 24 meses foi proteção ao gasto alto.

O estudo possibilitou identificar a prevalência de 45,7% de gasto alto (dispêndio referido com dois ou três componentes) em saúde de crianças. Nesse cenário, a alta prevalência de gasto com medicamentos chama atenção (94,2%). Este último achado corrobora com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002-2003, onde se verificou que, em todos os estados e no distrito federal, os gastos com medicamentos e planos de saúde representaram a principal parcela dos gastos privados pelas famílias. Tais gastos respondem por cerca de 60% do total, no Brasil, e mais de 80% nas regiões Norte e Nordeste<sup>13</sup>. De forma semelhante, estudos que utilizaram dados das POF já apontaram o papel e impacto do gasto com medicamentos na renda das famílias<sup>14,15</sup>.

Pela alta prevalência de gastos diretos com medicamentos encontrada neste trabalho e ratificada por outros estudos<sup>13,14,15</sup>, sugere-se que existem dificuldades dos programas de assistência farmacêutica em garantir acesso a medicamentos. É possível ainda que a falta de acesso a consultas e exames induza à automedicação pelo caráter inadiável desse tipo de necessidade, elevando a prevalência do gasto com medicamentos. Demanda-se aprofundamento da análise do perfil do gasto privado sob a ótica do acesso a bens e serviços de saúde.

Observou-se que quanto maior a escolaridade da mãe, maior o risco para o gasto alto com saúde da criança. Isso pode ser explicado pela correlação positiva entre alta escolaridade



e alta renda<sup>11</sup>. Mães de maior escolaridade teriam mais recursos financeiros para realizar gastos diretos com saúde, portanto realizaram desembolso para mais componentes (medicamento/consultas/exames). Em estudo sobre os gastos com saúde das famílias no Brasil, verificou-se que quanto maior a escolaridade do chefe da família, maior a proporção de indivíduos com gasto positivo. Nesse mesmo estudo, observou-se que a presença de pelo menos uma mulher em idade fértil afeta positivamente a decisão do gasto com saúde, podendo-se sugerir que as mães aqui estudadas ocupam essa posição de decisão<sup>11</sup>.

Embora diversos os estudos <sup>11,18,19</sup>demonstrem que o valor gasto pelas famílias com saúde é sensível às faixas de renda, no presente trabalho a renda familiar não teve associação com o gasto privado. É possível aventar que a renda se associa ao valor ou proporção do dispêndio com saúde, mas não necessariamente à positividade do gasto. Ou seja, quanto maior a renda, maior o valor gasto, mas a realização do gasto independe do montante da renda familiar, dado o caráter inadiável desse tipo de despesa. Dessa forma, independente da renda as famílias estão sujeitas ao gasto.

Receber benefício de transferência de renda não apresentou associação com a prevalência de gasto, semelhante ao que foi verificado por Santos e Oliveira <sup>20</sup>, os quais identificaram que o recebimento de Bolsa Família não impactou nos gastos com a saúde. Os gastos das famílias beneficiárias são destinados principalmente à melhoria da dieta (quantidade e diversificação)<sup>21</sup>.

Família com crianças não cobertas por plano de saúde tem maior risco de realizar alto gasto direto com saúde, como esperado. Ser coberto por plano de saúde já configura um gasto (indireto, pré-pagamento) e deve proteger de despesas extra<sup>19</sup>. A cobertura por plano garante o acesso a uma parte importante dos itens pesquisados, como consultas e exames, ficando para o gasto privado (desembolso direto) aqueles relacionados a medicamentos. Dessa forma, sendo a criança coberta por plano de saúde, a família fica protegida do gasto alto (gasto com dois ou três dos componentes pesquisados). As crianças não cobertas, ou acessarão os componentes em estudo via SUS ou via desembolso direto pelas famílias, neste último caso contribuindo para o gasto alto. A cobertura por plano privado pode estar correlacionada com a renda e escolaridade contribuindo para a explicação desse achado.

O achado supracitado coaduna com o estudo de Andrade, Noronha e Oliveira que identificaram que a cobertura por seguro saúde determina um menor dispêndio direto familiar

para serviços de atenção primária (consultas e exames). Entretanto, encontraram o oposto quando analisaram os gastos com medicamentos, serviços odontológicos e outros bens e serviços de saúde. O que parece ocorrer é que as pessoas com seguro de saúde tendem a utilizar mais os serviços, o que pode ocasionar gastos pela demanda por outros tipos de bens e serviços de saúde derivados da consulta, tais como medicamentos e exames<sup>11</sup>.

É importante retomar que a cobertura por plano privado de saúde aqui foi tomada como variável explicativa sobre o gasto privado direto. Porém, considerado em outra perspectiva, a presença de plano privado de saúde pode aparecer na literatura como fator de risco para o gasto catastrófico em saúde, a despeito de não se interpretar que ser coberto por plano de saúde é uma boa estratégia de proteção às famílias contra o alto gasto privado<sup>22</sup>. Define-se gasto catastrófico como o dispêndio em saúde que excede um percentual pré-definido dos gastos totais ou da capacidade de pagamento do domicílio, impactando na receita familiar<sup>23,24</sup>.

Diferentemente do que foi observado com os planos de saúde, não há diferença no gasto privado entre as crianças cobertas e não cobertas pela ESF. Esperava-se que a cobertura por equipe de saúde da família agisse como fator de proteção para o gasto alto. Esse achado pode demonstrar fragilidades na oferta e acesso aos serviços e medicamentos, uma vez que o SUS deveria evitar o gasto privado excessivo com saúde de crianças na faixa etária estudada, se considerarmos que a linha de cuidado para atenção integral à saúde da criança é área estratégica de atuação da Atenção Básica<sup>25</sup>.

O SUS prevê o custeio de medicamentos essenciais pelo setor público a partir de diferentes fontes de financiamento e distribuição. Como eixo estratégico das Políticas de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, tem-se a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, que serve de instrumento básico para a elaboração das listas estaduais e municipais segundo sua situação epidemiológica<sup>26</sup>.

A Rename inclui medicamentos financiados pelos componentes da Assistência Farmacêutica (Básico, Estratégico e Especializado). Os princípios fundamentais de medicamentos essenciais é que estejam sempre disponíveis e satisfaçam as necessidades de atenção à saúde da maioria da população<sup>27</sup>. Todavia, neste estudo verifica-se elevada prevalência de gasto privado com medicamentos (94,2%), e não é verificada proteção da ESF para esse gasto, embora haja financiamento federal, estadual e municipal a medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica.

No âmbito da ESF, devem também estar disponíveis consultas e exames básicos previstos na puericultura para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças compreendidas na faixa etária deste estudo. O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, além de duas consultas no 2º ano de vida e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais <sup>28</sup>. Ainda assim, 29,3% da amostra aqui estudada referiram gasto com consulta para a criança.

Estudo que avaliou a ocorrência de gastos elevados para a saúde em uma população de baixa renda coberta pela ESF identificou elevada proporção de renda comprometida com saúde. Os autores defendem que um sistema de saúde universal, onde existe elevada despesa direta com a saúde, especialmente entre os pobres, é inaceitável<sup>6</sup>. Pelos achados do presente artigo a ESF em São Luís parece apresentar-se fragilizada no que tange ao acesso a medicamentos, consultas e exames, uma vez que deve atuar como estrutura de base e coordenação para toda a rede assistencial, prover a resolução de 85% dos problemas de saúde da população, pressupor acompanhamento longitudinal, oferecer relação de medicamentos essenciais e agenda de consultas e acesso aos exames de maior necessidade na infância.

Crianças cujo pré-natal foi realizado em serviço de saúde particular apresentaram maior risco para gasto alto com saúde, o que era esperado, pois sugere-se que mães de maior renda são as que realizam pré-natal por desembolso direto ou via plano de saúde. Estas teriam mais recursos para realizar gastos com os componentes em estudo.

O tipo de parto e adequação do pré-natal não se associaram ao gasto privado com saúde de crianças. Em diversos estudos o parto cesáreo apresenta efeito sobre morbidade infantil e ao longo da vida. No presente trabalho ele não apareceu relacionado ao gasto privado com saúde de crianças provavelmente por que a faixa etária estudada é mais jovem do que aquela que, em geral os efeitos da cesárea sobre a morbidade já foram verificados; e por que a maioria das consequências no recém-nascido referem-se a desconforto respiratório tratado no âmbito hospitalar <sup>29,30,31</sup>.

Na amostra estudada a taxa de nascimento pré-termo (11,5%) foi semelhante à verificada no Brasil (11,7%), conforme diversos trabalhos <sup>32,33,34</sup>. Crianças que nascem abaixo do seu potencial de crescimento e com menor peso apresentam maior morbimortalidade no período perinatal e nos primeiros anos de vida <sup>35,36</sup>, o que pode sugerir maior chance de gasto

privado. Entretanto, nascimento pré-termo não apresentou significância quando relacionado ao gasto com saúde da criança no presente estudo.

O estado de saúde das crianças percebido pelas mães como ruim/regular apresentou associação significativa com gasto alto. Esse era um achado esperado, pois sabe-se que quanto maior o percentual de indivíduos saudáveis na família, menores são as chances de realização dos dispêndios com saúde, assim como seus valores esperados<sup>11</sup>.

Crianças de 24 a 36 meses apresentaram maior risco de gasto alto quando comparadas às menores de 24 meses. Esse achado está de acordo com o observado em estudo sobre os determinantes dos gastos das famílias com saúde no Brasil<sup>11</sup>. Nessa pesquisa os autores encontraram que a faixa etária relevante para explicar os dispêndios familiares com saúde em cuidados primários (medicamentos, consultas e exames) está entre 2 a 4 anos (faixa mais prevalente no presente artigo). A faixa de até um ano de idade explica os maiores gastos com serviços hospitalares.

O tempo de aleitamento materno de 12 a 24 meses demonstrou proteção para o gasto alto, quando comparado ao tempo de amamentação por menos de 6 meses. Estudo de meta-análise realizado pela Organização Mundial de Saúde, utilizando dados de três continentes, demonstrou que o risco de morte por doenças infecciosas é 5,8 vezes maior entre lactentes desmamados nos dois primeiros meses de vida, quando comparados aos que foram amamentados por mais tempo<sup>38</sup>. Além desse estudo, outras pesquisas que ratificam esse efeito protetor<sup>39,40</sup>. Dessa forma, já era esperado que o aleitamento protegesse do gasto, uma vez que os benefícios do aleitamento materno para a saúde e o crescimento infantil são conhecidos. Tal achado evidencia a necessidade de fomento e fortalecimento das ações em prol do aleitamento materno em todos os pontos de atenção da rede assistencial de saúde na perspectiva da amamentação exclusiva e prolongada.

Foram limitações deste estudo não contar com os valores monetários despendidos no gasto, de modo a aprofundar a análise do impacto do gasto no orçamento familiar; se utilizar de informações dependentes da memória das mães acerca do gasto realizado; e não ter perguntado a frequência do gasto com os componentes. Como pontos fortes destacam-se o enfoque na natureza e magnitude do gasto direto em saúde, tamanho amostral, a origem da amostra (estudo de coorte), estudo de recorte municipal e o desenho hierarquizado e ponderado da análise estatística.

Os fatores aqui apontados precisam ser considerados no planejamento estratégico e de cuidado no âmbito das Redes de Atenção Saúde. Para assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável, é imprescindível se preocupar com os fatores que podem colocar as famílias em situação de risco financeiro. Ampliar o acesso a medicamentos, assim como fortalecer as ações de relacionadas ao tempo de aleitamento materno devem ser implementadas. Repensar o processo de financiamento da saúde no Brasil é da ordem do dia para que se garanta a efetividade do SUS universal.

### **Agradecimentos**

Agradecemos a todos os colaboradores do Projeto BRISA e ao CNPq, FAPESP, FAPEMA e PRONEX, por seu apoio financeiro.

### **REFERÊNCIAS**

1. Piola, SF, et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 4, p. 19-70, 2013.
2. Ocké-Reis, CO. Gasto privado em saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31(7), p. 1351-1353, jul, 2015
3. Rosa, WAG, Labate, RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.13, n. 6. Ribeirão Preto Nov./Dec. 2005
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. (Cadernos de Atenção Básica, 1) Brasília, Ministério da

- Saúde, 2000. Acesso em 28/julho/2015. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_n1\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf)
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: despesas, rendimento e condições de vida. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
  6. Barros AJ, Bertoldi AD. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. *Int J Epidemiol*. 2008;37(4):758-65.
  7. Garcia, LP; Sant'anna, AC; Magalhães, LCG; Aurea, AP. Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas: composição e evolução no período 1995-2009. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, jan. 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil62872>> Acesso em: 10 out. 2016.
  8. Viana ALd'A, Silva HP, Lima LD, Machado CV. Financiamento estável e suficiente para garantir a universalidade. Dispon[ivelem :<<http://www.resbr.net.br/desafios-do-sistema-de-saude-brasileiro-parte-ii-financiamento-estavel-e-suficiente-para-garantir-a-universalidade/>> Acesso em 10 out. 2016.
  9. Santiago FS, Domingues EP. Gastos domiciliares com bens e serviços de saúde: a presença de idoso e criança no domicílio. XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012.
  10. Alves, D. Gastos com saúde: uma análise por domicílios para a cidade de São Paulo. *Pesq. Plan. Econ.*, v. 31, n. 3, dez. 2001.
  11. Andrade MV, Noronha KVMS, Oliveira T. B. Determinantes dos gastos das famílias com saúde no Brasil. *Economia*, v.7, n.3, p.485–508, 2006
  12. Andrade MV, Lisboa MB. Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas [Internet]. Brasília: IPEA; 2006 p. 84-106. Disponível em:  
 <[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/gastoeconsumo/Capitulo\\_03.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/gastoeconsumo/Capitulo_03.pdf)> Acesso em 22 set. 2016.
  13. Menezes T, Campolina B, Silveira FG, Servo LMS, Piola SF. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF de 2002-2003. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas [Internet]. Brasília: IPEA; 2006 [acessado 2012 jan 9]. p. 313-43. Disponível em:  
[http://desafios2.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/gastoeconsumo/Capitulo\\_12.pdf](http://desafios2.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/gastoeconsumo/Capitulo_12.pdf)
  14. Silveira F, Osorio RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Volume 1. Brasília: IPEA; 2006.
  15. Silveira F, Osorio RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Volume 2. Brasília: IPEA; 2007.
  16. Boing AC, Bertoldi AD. Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 48(4). p. 632-641, 2014.
  17. Silva AAM, Batista R FL, Simões VMF et al. Changes in perinatal health in two birth cohorts (1997/1998 and 2010) in São Luís, Maranhão State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(7): 1437-1450.

18. Kilsztajn S, Camara MB e Carmo, MSN. Gasto privado com saúde por classes de renda. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, vol. 47, n. 3, 2002. p. 258-262.
19. Rodrigues CG, Maia AG. A contribuição dos gastos com saúde para a condição de pobreza no Brasil. XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012.
20. Santos ICM, Oliveira AMHC. Impacto do Programa Bolsa Família nas Despesas com Saúde das Famílias - Uma Análise para Minas Gerais. Disponível em: <http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2012/arquivos/O%20Impacto%20do%20Programa%20Bolsa%20Fam%C3%ADlia%20nas%20Despesas.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2016.
21. Resende AC, Oliveira AMHC. Avaliando resultados de um programa de transferência de renda: o impacto do Bolsa-Escola sobre os gastos das famílias brasileiras, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010141612008000200002&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010141612008000200002&script=sci_arttext&lng=en)
22. Boing AC, Bertoldi AD, Barros AD. Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. v 48. p 632 - 641, 2014. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/85712/88477>>. Acesso em 20 dez. 2016.
23. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for healthcare: with application to Vietnam 1993-1998. *Health Econ*. 2003;12(11):921-34.
24. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362(9378):111-7.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2014– 9. ed. rev. e atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015
27. World Health Organization. Revised procedures for updating the WHO Model List of Essential Drugs: a summary of proposals and process. Executive board. 108th Session. EB108/INF. DOC./2,2001 <<http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/orgedl.shtml>> . Acesso em 15 nov. 2016.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento – Brasília : Ministério da Saúde, 2012
29. Miller JM.. Maternal and neonatal morbidity and mortality in cesarean section. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 15:629-638. 1998.
30. Breim, MCSC.; Segre, CAM.; Lippi, UG. Morbidity in neonates according to the mode of delivery: a comparative study. *Einstein*, v.8, n.3 Pt 1, p.308-14, 2010.
31. Lages AMS. Parto por cesariana: consequências a curto e longo-prazo. Dissertação de mestrado. Faculdade de medicina. Universidade do Porto- 46p. 2012.
32. Viana KDJ et al. Birth weight in Brazilian children under two years of age. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 2, p. 349-356, 2013.

33. Franciotti DL, Mayer GN, Cancelier ACL. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 39, n. 3, p. 63-69, 2010.
34. UNICEF. Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. Brasil, 2013. Disponível em [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_prematuridade\\_possiveis\\_causas.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf). Acesso em 6/11/2015.
35. Zambonato AMK, Pinheiro RT, Horta BL, Tomasi E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1):24-9
36. Nunes MFFP. Fatores associados ao retardo de crescimento intra-uterino em recém-nascidos em maternidades públicas da cidade de Salvador-Bahia. [Tese Doutorado] Instituto de Saúde Coletiva, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. 204p.
37. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Maranhão - Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.
38. WHO. Collaborative Study Team on the role of breast feeding on the prevention of infant mortality. Effect of breast feeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, v. 355(9202), p.451-5, 2000.
39. Chantry CJ, Howard CR, Auinger P. Full Breastfeeding Duration and Associated Decrease in Respiratory Tract Infection in US Children. *Pediatrics*. 2006; 117: 425-32.
40. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet Jean-Paul, Shapiro S, Chalmers B, Hodnett Ellen, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Bogdanovich N. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 months of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr*. 2003; 78: 291-5.
41. Kull I, Amqvist C, Lilja G, Pershagen G, Wickman M. Breast-feeding reduces the risk of asthma during the first 4 years of life. *J Allergy Clin Immunol*. 2004; 114(4):775-60.



**Tabela 1** – Caracterização de mães e crianças do seguimento da coorte BRISA, conforme dados socioeconômicos, demográficos, de cobertura de serviços, morbidade e gasto com saúde de crianças de até três anos. São Luís, MA, 2010 – 2013.

Variáveis	f	%
<b>Escolaridade materna</b>		
<4 anos	101	3,11
5 a 8 anos	649	19,99
9 a 11 anos	2.043	62,92
12 ou mais anos	454	13,98
<b>Renda familiar</b>		
<3 SM	2.181	67,09
3 - 6 SM	466	14,33
>6 SM	604	18,58
<b>Benefício de transferência de renda</b>		
Sim	973	29,93
Não	2.278	70,07
<b>Ocupação</b>		
Trabalha	1.108	34,20
Não trabalha	2.132	65,80
<b>Cobertura da criança por plano de saúde</b>		
Sim	886	27,25
Não	2.365	72,75
<b>Cobertura pela Estratégia Saúde da Família</b>		
Sim	632	19,46
Não	2.616	80,54
<b>Idade da criança</b>		
12 a 24 meses	2.878	88,53
>24≤36 meses	373	11,47
<b>Tempo de aleitamento materno</b>		
<6 meses	443	14,35
6 - 12 meses	556	18,01
13 – 24 meses	1.985	64,30
>24 meses	103	3,34
<b>Parto prematuro</b>		
Sim	354	10,89
Não	2.897	89,11
<b>Estado de saúde da criança</b>		
Bom/Muito bom/Excelente	1.531	72,66
Ruim/Regular	576	27,34
<b>Internação da criança</b>		
Sim	695	21,38
Não	2.556	78,62
<b>Gasto com medicamento</b>		
Sim	3.061	94,18

Não	189	5,82
<b>Gasto com consulta</b>		
Sim	966	29,73
Não	2.283	70,27
<b>Gasto com exame</b>		
Sim	1.234	37,98
Não	2.015	62,02
<b>Perfil do gasto</b>		
Gasto com 1 componente*	1.649	50,79
Gasto com 2 ou 3 componentes**	1.483	45,67
Não gastou	115	3,54

---

\*Gasto baixo: gasto com apenas 1 componente do gasto.

\*\*Gasto alto: gasto com 2 ou 3 componentes do gasto.

	<b>Bloco 1</b>		<b>Bloco 2</b>		<b>Bloco 3</b>		<b>Bloco 4</b>	
	RP (IC 95%)	p-valor	RP (IC 95%)	p-valor	RP (IC 95%)	p-valor	RP (IC 95%)	p-valor
<b>Escolaridade materna (anos)</b>		<0,001						
Até 8	1							
9 - 11	1,67 (1,34 – 2,07)							
12 e mais	1,52 (1,13 – 2,02)							
<b>Plano de Saúde</b>				<0,001				
Sim			1					
Não			1,49 (1,23 – 1,81)					
<b>Local do pré-natal</b>						0,01		
SUS					1			
Não SUS					1,47 (1,07 – 2,02)			
<b>Estado de saúde</b>								0,02
Bom/ Muito bom/excelente							1	
Ruim/regular							1,22 (1,02 – 1,47)	
<b>Idade da criança (meses)</b>								0,006
12 – 24							1	
Mais de 24							1,33 (1,08 – 1,63)	
<b>Tempo de aleitamento materno (meses)</b>								0,04
<6							1	
6 – 12							0,87 (0,67 – 1,13)	

Mais de 12

0,82 (0,67 – 0,99)

---

**Tabela 2** – Análise hierarquizada ajustada por regressão de Poisson dos fatores associados ao gasto privado com saúde de crianças de 13 a 35 meses da coorte BRISA. São Luís, Maranhão, 2010 – 2013.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As amplas diferenças de gasto direto pelas famílias das cidades de São Luís e Ribeirão Preto evidenciam desigualdades de caráter regional, dadas as características socioeconômicas e demográficas opostas dos municípios. A frequência de gasto com medicamentos, consultas e exames pelas famílias nas duas cidades chama atenção pela possível influência que esses desembolsos devem ter no empobrecimento dos domicílios, porém este cenário mais preocupante ainda em São Luís.

Em São Luís as crianças mais pobres parecem ser as que têm menos acesso a exames, impulsionando realização de desembolsos diretos dado o caráter inadiável que muitas vezes esse componente assume, assim como evidenciando desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde.

Verificou-se o papel de destaque do componente medicamento na caracterização do gasto privado em saúde de crianças nas cidades de São Luís e Ribeirão Preto, consoante ao que se verifica no Brasil. Isso reforça a necessidade ampliar estudos na perspectiva de compreender a relação oferta/acesso à assistência farmacêutica no SUS, assim como de ampliar o alcance de programas de dispensação de medicamentos essenciais.

Não ser coberto por plano privado de saúde apareceu como fator de risco ao gasto direto alto. Os planos de saúde atuam introduzindo mais um elemento de desigualdade social no acesso e na utilização dos serviços de saúde porque cobrem uma parcela da população com maior rendimento familiar.

A gestão estratégica e do cuidado no âmbito das Redes de Atenção Saúde precisa considerar os fatores associados ao gasto privado aqui identificados de modo que a atenção à saúde da criança possa contribuir para a reduzir os riscos financeiros derivados da obtenção de cuidado à saúde. Para tanto é preciso fortalecer as ações de aleitamento materno prolongado (12 meses ou mais), o que apareceu como fator protetor ao gasto privado alto, e qualificar o processo de atenção à saúde de crianças na faixa etária aqui estudada de modo que ser coberto pela ESF venha a fazer diferença positiva nos desembolsos com saúde pelas famílias.

Foi uma limitação do estudo não contar com os valores monetários dispendidos no gasto, de modo a aprofundar a análise do impacto do gasto no orçamento familiar. Todavia, esse aspecto não compromete os objetivos deste trabalho, o qual buscou analisar a natureza do

gasto e os fatores associados à realização do gasto e não os valores dispendidos. A amostra ser proveniente de um estudo de coorte fortalece a representatividade da amostra e potencializa a inferência dos resultados para a realidade estudada. O estudo ser de recorte municipal também é uma fortaleza, uma vez que majoritariamente na literatura se encontram trabalhos de caráter estadual ou regional.

Entende-se que os achados aqui discutidos contribuem para o planejamento de políticas de saúde capazes de efetivar um dos papéis fundamentais do SUS, que é a atenção à saúde forma universal, com garantia de proteção financeira às famílias.

## **REFERÊNCIAS**

ALVES, Denisard. **Gastos com saúde: uma análise por domicílios para a cidade de São Paulo**. Pesq. Plan. Econ., v. 31, n. 3, dez. 2001.

ANDRADE, Mônica Viegas; LISBOA, Marcos de Barros. **Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas** [Internet]. Brasília: IPEA; 2006 [acessado 2012 jan 9]. p. 84-106. [acessado 2012 nov 8]. Disponível em:

[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/gastoeconsumo/Capitulo\\_03.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/gastoeconsumo/Capitulo_03.pdf)

ANDRADE Mônica Viegas; NORONHA Kenya Valeria Micaela de Sousa; OLIVEIRA, Thiago Barros. **Determinantes dos gastos das famílias com saúde no Brasil. Economia**, v.7, n.3, p.485–508, 2006

BARROS, Aluísio Jardim Dornellas. **Gasto catastrófico com saúde no Brasil: planos privados de saúde não parecem ser a solução.** Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, supl.2, pp. s254-s262.

BARROS, Aluísio Jardim Dornellas; BASTOS, João Luiz; DÂMASO, Andréa H. **Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution,** Cad. Saúde Pública. vol.27 supl.2 Rio de Janeiro 2011

BARROS, Aluísio Jardim Dornellas. **O SUS protege as famílias de gasto excessivo com saúde?** XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia. VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Brasil, 2008.

BARROS, Aluísio Jardim Dornellas; BERTOLDI, Andéa Dâmaso. **Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. International.** Journal of Epidemiology, v. 37,p. 758–765. 2008.

BOING, Alexandra Crispim; BERTOLDI, Andéa Dâmaso; POSENATO, Leila Garcia; PERES, Karen Glazer. **Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil.** Rev Saúde Pública, v. 48(5). p. 797-807, 2014.

BOING, Alexandra Crispim; BERTOLDI, Andéa Dâmaso. **Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil.** Rev Saúde Pública, v. 48(4). p. 632-641, 2014.

BRASIL. **Programa Saúde da Família – Informes Técnicos Institucionais.** Rev Saúde Pública, v. 34(3), p. 316-9, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília : CONASS, 2007.

CEAP – Centro de Educação e Acessoramento Popular. **Financiamento do SUS. A luta pela efetivação do direito à saúde.** Passo Fundo, agosto de 2005.

FRANCIOTTI, Débora Lins, MAYER, Grasiene Nunes, CANCELIER, Ana Carolina Lobor. **Fatores de risco para o baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle.** Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 39, n. 3, p. 63-69, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: despesas, rendimento e condições de vida.** Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [internet]. [acessado 2016 nov 8]. Disponível em:

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008\\_2009/pofpublicacao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008_2009/pofpublicacao.pdf)

KILSZTAJN, Samuel; CAMARA, Marcelo Bozzine; CARMO, Manuela Santos Nunes. **Gasto privado com saúde por classes de renda.** Rev. Assoc. Med. Bras, v.48 no.3. São Paulo July/Sept. 2002.

MC GREEVEY, William Paul et. al. **Política e financiamento do sistema de saúde brasileiro: Uma perspectiva internacional.** (IPEA, Série Estudos para o Planejamento, 26). Brasília, 1984. 199 p.

MENEZES, Tatiana et al. **O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF de 2002-2003. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**[Internet]. Brasília: IPEA; 2006 [acessado 2012 jan 9]. p. 313-43. Disponível em: [http://desafios2.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/gastoeconsumo/Capitulo\\_12.pdf](http://desafios2.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/gastoeconsumo/Capitulo_12.pdf)

NUNES, Maria de Fátima Fernandes Pussik. **Fatores associados ao retardo de crescimento intra-uterino em recém-nascidos em maternidades públicas da cidade de Salvador-Bahia.** [Tese Doutorado] Instituto de Saúde Coletiva, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. 204p.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Gasto privado em saúde no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31(7), p. 1351-1353, jul, 2015

PIOLA, Sérgio Francisco et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online].** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 4, p. 19-70, 2013.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.13, n. 6. Ribeirão Preto Nov./Dec. 2005

SILVEIRA, Fernando Gaiger; OSÓRIO, Rafael Guerreiro; PIOLA, Sérgio Francisco. **Os gastos das famílias com saúde. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas.** Brasília: IPEA; 2006.

SANTIAGO, Flaviane Souza; DOMINGUES, Edson Paulo. **Gastos domiciliares com bens e serviços de saúde: a presença de idoso e criança no domicílio.** XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012.

UNICEF. **Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas.** Brasil, 2013. Disponível em [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_prematuridade\\_possiveis\\_causas.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf). Acesso em 6/11/2015.

VIANA, Kelly de Jesus.. et al. **Birthweight in Brazilian children under two years of age.** Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. 2, p. 349-356, 2013.



VIANA, ALd'A et. al. **Financiamento estável e suficiente para garantir a universalidade.** <http://www.resbr.net.br/desafiosdo-sistema-de-saude-brasileiro-parte-ii-financiamento-estavel-e-suficiente-para-garantir-auniversalidade/> (acessado em 05/Nov/2015)

WHO. **Collaborative Study Team on the role of breast feeding on the prevention of infant mortality. Effect of breast feeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis.** Lancet, v. 355(9202), p.451-5, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2010 - Financiamento dos sistemas de saúde: O caminho para a cobertura universal.** WHO: Geneva; 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>

WHO, **World Health Indicators**, Ed. WHO, Geneve, 2011.

XU, Ke; EVANS, Deivid B.; KAWABATA, Kei; ZERAMDIN, Riadh; KLAVUS, Jan; MURRAY, Christopher. **House hold catastrophic health expenditure: a multi country analysis.** Lancet v. 362, p. 111-7, 2003.

ZAMBONATO, Ana Maria Krusser et. al. **Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional.** Rev Saúde Pública 2004; 38(1):24-9

**Millennium development goals: national report.** Brasília (DF): IPEA; 2004. 96p.

## ANEXO A – QUESTIONÁRIO CRIANÇA – NASCIMENTO



### QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - RN

Generated by Foxit PDF Creator © Foxit Software  
http://www.foxitsoftware.com For evaluation only.

#### BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1A. Número de identificação: \_\_\_\_\_

1ª casela: 1 Ribeirão Preto  
2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal  
2 Nascimento  
3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal  
A. Avaliação no nascimento RN 1  
B. Avaliação no nascimento RN 2  
C. Avaliação no nascimento RN 3  
D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe  
QC. Questionário do RN  
SC. Saliva da criança  
CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número sequencial para cada cidade

2A. Cidade:

1.  Ribeirão Preto  
2.  São Luís

3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA):

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

4A. Entrevistador (a) :

\_\_\_\_\_

5A. Data do nascimento do RN (DD/MM/AAAA):

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

6A. Caso tenha nascido mais de um filho, indique qual a sequência de nascimento desse RN?

1.  1º  
2.  2º  
3.  3º  
4.  4º  
5.  5º  
8.  Não se aplica  
9.  Não sabe

7A. Qual o sexo do recém-nascido?

1.  Masculino  
2.  Feminino  
9.  Não sabe

8A. Como nasceu o filho da sra.?

1.  Vivo  
2.  Morto  
9.  Não sabe

NUMERO

CIDADE

DATAENT

DATANASC

ORDEMNASC

SEXO

NASC

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO MÃE – NASCIMENTO



## QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - MÃE

**BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO****1A. Número de identificação:** \_\_\_\_\_

1ª casela: 1 Ribeirão Preto  
2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal  
2 Nascimento  
3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal  
A. Avaliação no nascimento RN 1  
B. Avaliação no nascimento RN 2  
C. Avaliação no nascimento RN 3  
D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe  
QC. Questionário do RN  
SC. Saliva da criança  
CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número sequencial para cada cidade

NUMERO

         
**2A. Cidade:**

1.  Ribeirão Preto

2.  São Luís

CIDADE

**3A. Coorte**

1.  Iniciada no Pré-natal

2.  Iniciada no Nascimento

COORTE

4A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

DATAENT

Entrevistador (a): \_\_\_\_\_

**5A. Hospital de Nascimento:**

SÃO LUIS	RIBEIRÃO PRETO
1. <input type="checkbox"/> HU Materno- Infantil	12. <input type="checkbox"/> Hospital das Clínicas
2. <input type="checkbox"/> Benedito Leite	13. <input type="checkbox"/> Hospital Ribeirânia
3. <input type="checkbox"/> Marly Sarney	14. <input type="checkbox"/> Hospital São Lucas
4. <input type="checkbox"/> Santa Casa	15. <input type="checkbox"/> Hospital Santa Lydia
5. <input type="checkbox"/> Maria do Amparo	16. <input type="checkbox"/> Hospital Santa Casa
6. <input type="checkbox"/> N Sra. da Penha	17. <input type="checkbox"/> Mater
7. <input type="checkbox"/> Clínica São Marcos	18. <input type="checkbox"/> H. Sinhá Junqueira
8. <input type="checkbox"/> Clínica Luiza Coelho	19. <input type="checkbox"/> Hospital São Paulo
9. <input type="checkbox"/> Hospital S Domingos	
10. <input type="checkbox"/> Hospital Aliança	
11. <input type="checkbox"/> Clínica São José	

HOSPITAL

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO MÃE – NASCIMENTO

### **BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS**

1C. A sra. sabe ler e escrever?

1.  Sim  
 2.  Não  
 9.  Não sabe

LERMAE

2C. A sra. frequenta ou frequentou escola?

1.  Sim  
 2.  Não **Passa para a questão 6C**  
 9.  Não sabe

ESCOLMAE

3C. A sra. ainda estuda ?

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

MAEESTUDA

4C. Qual foi o último curso que a sra frequentou ou frequenta?

1.  Alfabetização de jovens e adultos  
 2.  Ensino fundamental ou 1o grau  
 3.  Ensino médio ou 2o grau  
 4.  Superior graduação incompleto **Passa para a questão 6C**  
 5.  Superior graduação completo **Passa para a questão 6C**  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

CURSOMAE

5C. Até que série a sra. frequentou ou ainda frequenta?

1.  Primeira  
 2.  Segunda  
 3.  Terceira  
 4.  Quarta  
 5.  Quinta  
 6.  Sexta  
 7.  Sétima  
 8.  Oitava  
 88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

SERIEMAE

6C. Qual a cor da sua pele?

1.  branca  
 2.  preta/negra  
 3.  parda/mulata/cabocla/morena  
 4.  amarelo/oriental  
 5.  indígena  
 9.  não sabe

CORMAE

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO MÃE – NASCIMENTO

34C. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

OCUPCHEFE

35C. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

1.  Trabalha por conta própria

2.  Assalariado ou empregado

3.  Dono de empresa-empregador

4.  Faz bico

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

RELCHefe

36C. No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$ \_\_\_\_\_

2ª pessoa R\$ \_\_\_\_\_

3ª pessoa R\$ \_\_\_\_\_

4ª pessoa R\$ \_\_\_\_\_

5ª pessoa R\$ \_\_\_\_\_

A família tem outra renda? \_\_\_\_\_

Renda total R\$ \_\_\_\_\_

99999.  Não sabe

RENDAF

Quantos itens abaixo a família possui? (circule a resposta)

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou mais

37C. Televisão em cores	0	1	2	3	4
-------------------------	---	---	---	---	---

TELEVISAO

38C. Rádio	0	1	2	3	4
------------	---	---	---	---	---

RADIO

39C. Banheiro	0	4	5	6	7
---------------	---	---	---	---	---

BANHEIRO

40C. Automóvel	0	4	7	9	9
----------------	---	---	---	---	---

AUTOMOVEL

41C. Empregada mensalista	0	3	4	4	4
---------------------------	---	---	---	---	---

EMPREGADA

42C. Máquina de lavar	0	2	2	2	2
-----------------------	---	---	---	---	---

MAQLAVAR

43C. Videocassete ou DVD	0	2	2	2	2
--------------------------	---	---	---	---	---

DVD

44C. Geladeira	0	4	4	4	4
----------------	---	---	---	---	---

GELADEIRA

45C. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
---	---	---	---	---	---

FREEZER

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO MÃE – NASCIMENTO

### BLOCO H – CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO ATUAL E DO PRE-NATAL

Pergunte se a puérpera dispõe do cartão da gestante e se está de posse do mesmo. Confirme as respostas no cartão

1H. A sra tem cartão da gestante?

1.  Sim

2.  Não

8.  Não se aplica – não fez pré-natal

9.  Não sabe

CARTAO

2H. Qual a data da sua última menstruação (DD/MM/AA)?

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

99999999.  Não sabe

DUM

3H. Caso não saiba a data, informar o mês/ano: \_\_/\_\_\_\_

888888.  Não se aplica

999999.  Não sabe

MESANOUM

4H. Qual o seu peso antes de engravidar? \_\_\_\_ , \_ kg

9999.  Não sabe

PESOANTES

5H. Qual a sua altura antes de engravidar? \_\_\_\_ , \_ cm

9999.  Não sabe

ALTURAANT

6H. A sra fez pré-natal?

1.  Sim

2.  Não **Passe para questão 39H**

9.  Não sabe

PN

7H. Qual a data da primeira consulta pré-natal (DD/MM/AA)?

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

88888888.  Não se aplica

99999999.  Não sabe

DT1CPN

8H. Em que mês de gravidez a sra. iniciou as consultas de pré-natal? \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

MES1CPN

9H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 1º trimestre de a gestação? \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

QTCPN1T

10H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 2º trimestre de a gestação? \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

QTCPN2T

11H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 3º trimestre de a gestação? \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

QTCPN3T

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO MÃE – NASCIMENTO

47H. Tomou algum medicamento para induzir a ovulação?

1.  Sim

2.  Não

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

OVULA

48H. Fez inseminação artificial?

1.  Sim

2.  Não

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

INSEMINA

49H. Fez fertilização in vitro (bebê de proveta)?

1.  Sim

2.  Não

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

FERTILIZA

50H. Fez injeção de espermatozoides?

1.  Sim

2.  Não

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

INJECAO

### **BLOCO I - CARACTERÍSTICAS DO PARTO E DO NASCIMENTO**

11. Qual foi o tipo de parto?

1.  Normal

2.  Cesárea **Passe para a questão 41**

3.  Fórceps **Passe para a questão 41**

4.  Vácuo extração **Passe para a questão 41**

9.  Não sabe

TIPARTO

21. Se normal, a sra. fez episiotomia (corte, pique)?

1.  Sim

2.  Não

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

EPISIO

31. Quantas horas decorreram entre a internação e o parto normal? \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

HORASPARTO

41. Foi feita anestesia nas costas?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

ANESTESIA

## ANEXO C– QUESTIONÁRIO CRIANÇA – SEGUIMENTO



### **BLOCO A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

**1A. Número de identificação:**

1ª casela: 1 Ribeirão Preto  
2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal  
2 Nascimento

3ª casela: F. Avaliação da mãe no 1º ano

A. Avaliação no 1º ano RN 1  
B. Avaliação no 1º ano RN 2  
C. Avaliação no 1º ano RN 3  
D. Avaliação no 1º ano RN 4

4ª e 5ª caselas: QG. Questionário geral da criança

QM. Questionário de saúde da mulher  
QP. Questionário da psiquiatria  
SG. Sangue  
SR. Soro  
HM. Hemograma da criança  
TB. Teste de Bayley  
AO. Avaliação Odontológica  
ID. Identificação  
NT. Questionário nutricional

6ª à 9ª. caselas: número sequencial para cada cidade (colocar o mesmo número sequencial do nascimento)

**2A. Cidade:**

01.  Ribeirão Preto

02.  São Luís

**3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA):**

**Entrevistador (a):**

**4A. Nome completo da mãe (não abreviar):**

**5A. Nome completo da criança (não abreviar):**



## ANEXO C – QUESTIONÁRIO CRIANÇA – SEGUIMENTO

### BLOCO C - IDENTIFICAÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

**1C.** Qual a cor de <CRIANÇA>?

01.  Branca  
 02.  Preta/negra  
 03.  Parda/mulata/cabocla/morena  
 04.  Amarelo/oriental  
 05.  Índigena  
 09.  Não sabe

**2C.** <CRIANÇA> vai à escolinha ou creche?

01.  Sim  
 02.  Não **Passa para a questão 4C**  
 09.  Não sabe **Passa para a questão 4C**

**3C.** Se sim, desde que idade <CRIANÇA> frequenta a escolinha ou creche?   meses

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

**4C.** A criança ONTEM recebeu leite do peito?

01.  Sim **Passa para a questão 6C**  
 02.  Não  
 09.  Não sabe

**5C.** Se NÃO, até que idade a criança mamou leite do peito?   meses   dias

88.  Não se aplica (nunca mamou)  
 99.  Não sabe

**6C.** Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para a mãe: aleitamento materno exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, outros leites, outras bebidas ou alimentos)

meses   dias

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

**7C.** Considerando apenas os últimos três meses, a senhora tem o hábito de oferecer o peito para <CRIANÇA> depois que ele(a) já adormeceu à noite

01.  Sim  
 02.  Não  
 08.  Não se aplica  
 09.  Não sabe

Quando a senhora inseriu estes alimentos ou bebidas na rotina alimentar de <CRIANÇA>?

**8C.** Leite (líquido ou pó)   meses   dias 88.  Nunca 99.  Não sabe

**9C.** Leite tipo fórmula?   meses   dias 88.  Nunca 99.  Não sabe

**10C.** Outros líquidos (chás, sucos)   meses   dias 88.  Nunca 99.  Não sabe

**11C.** Semi-sólido ou sólido?   meses   dias 88.  Nunca 99.  Não sabe

**12C.** A Sra. usa açúcar (ou mel, nescau, toddy ou algo doce) para adoçar alguns desses alimentos?

01.  Sim  
 02.  Não  
 08.  Não se aplica  
 09.  Não sabe

**13C.** Considerando apenas os últimos três meses, <CRIANÇA> costuma usar mamadeira durante a noite, após já ter adormecido?

01.  Sim  
 02.  Não  
 08.  Não se aplica  
 09.  Não sabe

**ANEXO C – QUESTIONÁRIO CRIANÇA – SEGUIMENTO**

**14C.** Atualmente <CRIANÇA> usa chupeta?

01.  Sim usa atualmente  
 02.  Não, parou de usar  
 03.  Nunca usou  
 09.  Não sabe

**Passa para a questão 18C**

**15C.** Qual era a idade da <CRIANÇA>, quando começou a usar chupeta?   meses   dias

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

**16C.** Qual o tipo de chupeta <CRIANÇA> usava?

01.  Ortodôntica  
 02.  Convencional  
 08.  Não se aplica  
 09.  Não sabe

**17C.** Quando parou de usar chupeta?   meses   dias

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

**18C.** <CRIANÇA> chupa dedo?

01.  Sim chupa atualmente  
 02.  Não, parou de chupar  
 03.  Nunca chupou  
 09.  Não sabe

**Passa para a questão 1D**

**19C.** Qual a era a idade de <CRIANÇA>, quando começou a chupar dedos?   meses   dias

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

**20C.** Quando parou de chupar dedo?   meses   dias

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

#### BLOCO D -SAÚDE DA CRIANÇA

**Agora vou fazer algumas perguntas sobre como está a saúde da <CRIANÇA>**

**1D.** Em geral, a Sra. considera a saúde de <CRIANÇA>:

01.  Excelente  
 02.  Muito Boa  
 03.  Boa  
 04.  Regular  
 05.  Ruim  
 09.  Não sabe

**2D.** <CRIANÇA> teve tosse desde <dia da semana> da semana passada?

01.  Sim  
 02.  Não  
 09.  Não sabe

**3D.** <CRIANÇA> teve respiração difícil desde <dia da semana> da semana passada?

01.  Sim  
 02.  Não  
 09.  Não sabe

**Passa para a questão 8D**







**22F.** Qual a sua relação de trabalho do chefe da família?

01.  Trabalha por conta própria  
 02.  Assalariado ou empregado  
 03.  Dono da empresa-empregador  
 04.  Faz bico  
 08.  Não se aplica  
 09.  Não sabe

**23F.** No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$

2ª pessoa R\$

3ª pessoa R\$

4ª pessoa R\$

5ª pessoa R\$

A família tem outra renda?

Renda total R\$

88.  Não quis informar  
 99.  Não sabe

Quantos itens abaixo a família possui? (assinale no quadrado)

**24F.** Televisão em cores

**25F.** Rádio

**26F.** Banheiro

**27F.** Automóvel

**28F.** Empregada

**29F.** Máquina de lavar

**30F.** Videocassete ou DVD

**31F.** Geladeira

**32F.** Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)

Quantidade de itens				
0	1	2	3	4 ou mais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**33F.** Grau de Instrução da pessoa com maior renda (circule a resposta)

Analfabeto/Primário incompleto/ Até 3ª Série Fundamental	0
Primário completo/ Até 4ª Série Fundamental/Ginásial incompleto	1
Ginásial completo/ Fundamental completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/ Médio completo/Superior incompleto	4
Superior completo	8



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**NOME DA PESQUISA:** FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTO EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

**TELEFONES PARA CONTATO:** (98) 3301-9681

**PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA:** FAPESP, CNPQ e FAPEMA.

**OBJETIVOS DA PESQUISA:**

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender o que faz os bebês nascerem antes do tempo (prematturos). Essa pesquisa está sendo realizada em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, e em São Luís, estado do Maranhão. Para isso, precisamos de algumas informações tanto de bebês nascidos antes do tempo como de bebês nascidos no tempo normal, para comparação.

Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a participação do seu bebê.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar e permitir que seu bebê participe da pesquisa, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você e seu bebê estão participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
- Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento

Esta pesquisa está sendo conduzida com mulheres que derem à luz nos hospitais das duas cidades, Ribeirão Preto e São Luís, para avaliar como o seu modo de vida e sua saúde durante a gravidez e as condições durante o parto influenciam as condições do nascimento.



### **O QUE DEVO FAZER PARA EU E MEU BEBÊ PARTICIPARMOS DESTA PESQUISA?**

Após o parto, quando você estiver se sentindo disposta, você responderá a um questionário sobre as condições do parto, além de perguntas sobre hábitos e condições de vida. Também coletaremos uma amostra da saliva do seu bebê para realizar exame para detecção de citomegalovírus com um cotonete que será colocado durante alguns segundos embaixo da língua da criança até esse ficar molhado. O exame informará se o seu bebê foi contaminado e desenvolveu proteção contra esse vírus. A infecção por esse vírus, na maior parte das vezes, não causa sintomas no bebê, mas em algumas situações pode afetar a audição.

### **QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?**

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas.

### **HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?**

Conhecer os fatores que podem favorecer o nascimento antes do tempo poderá ajudar você, em futuras gestações, ou outras pessoas que possam vir a ter risco de parto prematuro.

Também será possível detectar se seu bebê foi infectado pelo citomegalovírus na gestação e o acompanhamento ao longo da vida poderá detectar precocemente problemas relacionados com essa infecção. Outros problemas que forem eventualmente detectados ao nascimento serão encaminhados para tratamento.

Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento.

### **E A CONFIDENCIALIDADE?**

Os registros referentes a você e ao bebê permanecerão confidenciais. Você e o bebê serão identificados por um código e suas informações pessoais não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem.

As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.

### **O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?**

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo, entre em contato com: Dr. Antônio Augusto Moura da Silva ou Dr. Raimundo Antonio da Silva nos telefones (98) 3301-9681 ou no endereço Rua Barão de Itapary, 155 Centro – São Luís (MA).

## **ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Para obter informações sobre seus direitos e os direitos de seu bebê como objeto de pesquisa, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone 2109-1250 ou no Hospital Universitário (HUUFMA) Rua Barão de Itapary, 227 - 4º andar, Centro – São Luis (MA).

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

Agradecemos muito a sua colaboração.

#### PÁGINA DE ASSINATURAS

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura do voluntário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da Testemunha: \_\_\_\_\_

Assinatura da Testemunha: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Revista Ciência e Saúde Coletiva

### INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

#### Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

#### Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

## ANEXO E - NORMAS DA REVISTA

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### Seções da publicação

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

### Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

## **ANEXO E - NORMAS DA REVISTA**

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:  
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”<sup>11</sup> ...  
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza<sup>4</sup>, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)  
Pelegriini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.  
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor  
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284
3. Sem indicação de autoria  
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. Número com suplemento  
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário  
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.