

Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil

Vera Lucia Luiza^I, Noemia Urruth Leão Tavares^{II}, Maria Auxiliadora Oliveira^I, Paulo Sergio Dourado Arrais^{III}, Luiz Roberto Ramos^{IV}, Tatiane da Silva Dal Pizzol^V, Sotero Serrate Mengue^{VI}, Mareni Rocha Farias^{VII}, Andréa Dâmaso Bertoldi^{VIII}

^I Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Departamento de Farmácia. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

^{III} Departamento de Farmácia. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil

^{IV} Departamento de Medicina Preventiva. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^V Departamento de Produção e Controle de Medicamentos. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

^{VI} Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

^{VII} Departamento de Ciências Farmacêuticas. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{VIII} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever a magnitude do gasto catastrófico em medicamentos no Brasil segundo região, tamanho das famílias e composição familiar em termos de moradores em situação de dependência.

MÉTODOS: Utilizados dados de inquérito domiciliar nacional, de base populacional, com amostra probabilística, aplicado entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014 em domicílios urbanos. O gasto catastrófico em medicamentos foi o principal desfecho de interesse. As prevalências e intervalos de confiança de 95% (IC95%) desses desfechos foram estratificados segundo classificação socioeconômica e calculadas de acordo com a região, o número de moradores dependentes da renda, a presença de crianças menores de cinco anos e de moradores em situação de dependência, por idade.

RESULTADOS: Em cerca de um de cada 17 domicílios (5,3%) foi relatado gasto catastrófico em saúde e, em 3,2%, os medicamentos foram reportados como um dos itens responsáveis por esta situação. Presença de três ou mais moradores (3,6%) e morador em situação de dependência jovem (3,6%) foram as situações com maior relato de gasto catastrófico em medicamentos. O Sudeste foi a região com menor prevalência de gasto catastrófico em medicamentos. As prevalências de domicílios com gasto catastrófico em saúde e medicamentos em relação ao total de domicílios apresentaram tendência regressiva para as classes econômicas.

CONCLUSÕES: O gasto catastrófico em saúde esteve presente em 5,3% e o gasto catastrófico em medicamentos, em 3,2% dos domicílios. Domicílios pluripessoais, presença de moradores em situação de dependência econômica e pertencimento à classe D ou E tiveram a maior proporção de gasto catastrófico em medicamentos. Ainda que o problema se mostre importante, permeado por aspectos de iniquidade, as políticas brasileiras parecem estar protegendo as famílias do gasto catastrófico em saúde e em medicamentos.

DESCRITORES: Preço de Medicamento. Gastos em Saúde. Características da Família. Fatores Socioeconômicos. Inquéritos Epidemiológicos.

Correspondência:

Vera Lucia Luiza
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala
624 Manguinhos
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: vera@ensp.fiocruz.br

Recebido: 5 fev 2015

Aprovado: 9 ago 2016

Como citar: Luiza VL, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Ramos LR, da Silva Dal Pizzol LR, et al. Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 2):15s.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Os medicamentos são insumos essenciais em saúde e determinantes no bom desfecho de um grande número de doenças e agravos à saúde, incluindo o aumento de sobrevida e alívio do sofrimento.

Muitos países enfrentam sérios problemas de acesso tanto a serviços de saúde quanto a medicamentos²³. No entanto, ambos indicadores costumam se mostrar elevados em muitos países, mesmo entre grupos vulneráveis, ainda que em maior magnitude nos grupos de mais alta renda²³. Wagner et al., revisando dados de 70 países, mostraram que entre 93,0% e 100% dos indivíduos relatam ter conseguido cuidado e de 72,0% a 83,0% conseguiram todos ou quase todos os medicamentos que buscaram nos últimos 12 meses²⁴. Estudo em quatro países da América Central encontrou acesso a medicamentos (buscou e obteve) de 79,1%¹.

O consumo de medicamentos é influenciado, entre outros aspectos, por falhas de mercado⁵. Uma delas, de especial relevância no presente estudo, é a inelasticidade da demanda ao preço²¹. Frente à necessidade de se usar medicamentos, mesmo que caros, os usuários são compelidos a se desfazer de bens ou recorrer à justiça para adquiri-los, de maneira a garantir a continuidade do tratamento e a mitigação de seu sofrimento.

Assim, um aspecto importante é compreender o impacto econômico desse acesso para famílias e indivíduos. Os gastos em saúde podem contribuir para o empobrecimento das pessoas²⁷, fato evidenciado também para o Brasil⁹. Quando ultrapassada a capacidade de pagar com sua renda, as pessoas se utilizam de empréstimos e economias, vendem bens, reduzem despesas essenciais, como a de alimentos ou educação²⁴, e todas essas medidas impactam negativamente na sua qualidade de vida.

O gasto catastrófico em saúde (GCSaúde) tem sido usado para expressar o ônus financeiro excessivo para as famílias. Pode ser medido de diversas formas, como pelo cálculo da proporção das despesas em saúde em relação à renda total do domicílio^{4,25}, pela medida da capacidade de pagar (*affordability*)²⁷ e pela presença de impactos deletérios nas despesas familiares¹⁴. Não foi encontrada na literatura uma definição operacional de gasto catastrófico em medicamentos (GCMedicamentos).

Wagner et al. encontraram medianas de 9,0% e 18,6% de domicílios em países de renda média-alta para GCSaúde, medido, respectivamente, (a) pelo gasto em saúde de 40,0% ou mais da renda familiar e (b) pela declaração de ter vendido bens ou solicitado empréstimos para despesas em saúde²⁴. Os autores observaram que entre 41,0% e 61,0%, respectivamente em domicílios de países de renda baixa e de renda alta, empregaram toda sua despesa em saúde com medicamentos²⁴. Knaul et al. referem 1,0% a 25,0% de domicílios em que se relatou GCSaúde em estudo que incluiu 12 países da América Latina¹³.

No Brasil, a provisão pública de medicamentos ocorre por diferentes mecanismos – provisão gratuita em unidades públicas de saúde ou provisão gratuita ou por copagamento pelo Programa Farmácia Popular. Apesar disso, os gastos com medicamentos são os principais responsáveis pelo gasto em saúde, ficando em torno de 45,0% da despesa em saúde das famílias e onerando, sobretudo, os mais pobres^{3,12}.

O presente estudo visou a descrever, com base em dados de inquérito domiciliar nacional, a magnitude do GCMedicamentos no Brasil segundo região do País, tamanho das famílias e composição familiar em termos de moradores em situação de dependência.

MÉTODOS

O presente artigo utiliza dados do inquérito domiciliar realizado como parte da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), que também contou com um componente aplicado em serviços de atenção primária

em saúde. O componente do inquérito consistiu em um estudo transversal, de base populacional, aplicado em domicílios permanentes de áreas urbanas de todo o Brasil. Foram incluídos 20.404 domicílios e entrevistadas 41.433 pessoas, representando os 171 milhões de residentes em áreas urbanas do Brasil. O questionário de entrevista face a face, especificamente construído pela equipe de pesquisadores, foi aplicado por meio de dispositivo eletrônico (*tablet*), de setembro de 2013 a fevereiro de 2014. Continha 11 blocos de perguntas: informações gerais do entrevistado; doenças crônicas (não transmissíveis); detalhamento dos medicamentos de uso contínuo; uso de serviços de saúde; doenças agudas; detalhamento dos medicamentos de uso eventual; contraceptivos; serviços de farmácia; comportamentos que podem afetar o uso de medicamentos; bulas e embalagens; estilo de vida; plano de saúde; e informações do domicílio. O presente artigo utiliza dados do último bloco (informações do domicílio). Detalhes sobre o método podem ser encontrados em outro artigo¹⁶.

Os desfechos de interesse foram GCMedicamentos (desfecho primário) e GCSaúde (desfecho secundário). GCSaúde foi considerado existente sempre que a pergunta “Deixou de comprar algo para pagar gastos com problemas de saúde?” obteve resposta afirmativa e GCMedicamentos, sempre que os remédios foram referidos como um dos itens responsáveis pelos gastos com problema de saúde. A opção por tais medidas deveu-se ao questionário não contemplar perguntas de despesas financeiras.

As prevalências e intervalos de confiança de 95% (IC95%) de GCSaúde e GCMedicamentos, ambas tendo como denominador o total de domicílios válidos, foram estratificadas segundo o Critério Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (CCEB 2013/ABEP)^a em “A/B”, “C”, “D/E”, e calculadas de acordo com a região do País; número de moradores dependentes da renda (1; 2; 3 ou mais); presença de crianças menores de cinco anos; e presença de moradores em situação de dependência por idade (menores de 15 anos [faixa de dependência jovem] e pessoas com 65 anos ou mais [faixa de dependência idosa]). Sempre que o coeficiente de variação foi maior que 30,0%, foi sinalizada cautela na interpretação dos dados. Foram também apresentadas as formas de lidar com o GCSaúde segundo a classificação ABEP, aplicando-se o teste Qui-quadrado de Pearson para avaliação da significância estatística das diferenças entre os grupos, considerando nível de significância de 5%. Todos os cálculos foram realizados sobre o banco ponderado pós-estratificação para garantir representatividade nacional, sendo feita extrapolação para 171 milhões de habitantes de áreas urbanas. Os dados foram analisados com o pacote estatístico SPSS (*Inc. Released 2009. PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc.*).

O projeto foi aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) (Parecer 398.131, de 16/9/2013) e todas as entrevistas foram realizadas após leitura do termo de consentimento e sua assinatura por parte do entrevistado ou seu responsável, no caso de menores de idade ou de incapazes de responder seu próprio questionário.

RESULTADOS

Do total dos 20.404 domicílios visitados, houve perda de 909 domicílios por falta de resposta para GCSaúde e de três por informação insuficiente para construção da variável de classificação socioeconômica ABEP. Com isso, 19.492 domicílios foram estudados quanto aos desfechos de interesse. Desses, a maioria pertencia à classe C (57,3%) e residia na região Sudeste (45,1%). Os domicílios tinham em média 3,1 moradores, a maioria (68,2%) com três ou mais e a minoria (11,6%) com um morador. Cerca de 1/4 dos domicílios tinha crianças menores de cinco anos, cerca de metade tinha moradores em situação de dependência por idade na faixa de dependência jovem (abaixo de 15 anos) e 20,4% na faixa de dependência idosa (acima de 65 anos). A maioria

^a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 1/1/2013. São Paulo (SP): Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2013 [citado 2016 ago 1]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>

(66,7%) dos domicílios tinha algum morador em situação de dependência quando considerados ambos os limites de faixa etária (Tabela 1).

Em cerca de um de cada 17 domicílios (5,3%) foi relatado GCSaúde, e em 3,2% os medicamentos foram reportados como um dos itens responsáveis por esta situação (valor não apresentado em tabela). O Sudeste apresentou a menor prevalência de domicílios com GCSaúde (3,2%) (Tabela 2).

Em relação ao número de moradores, a maior prevalência de GCSaúde foi entre os domicílios com três ou mais (5,8%), com diferenças significativas em todas as classes econômicas (Tabela 2).

Quanto à presença de moradores em situação de dependência econômica, foi observada maior prevalência de GCSaúde, estatisticamente significativa, quando havia moradores na faixa de dependência jovem (Tabela 2).

A prevalência de GCMedicamentos se comportou de forma bastante similar ao de saúde, com menor prevalência no Sudeste (1,7%), sobretudo na classe A/B (0,9%) (Tabela 3). Quando considerado o número de moradores, a prevalência quando havia dois ou mais foi quase o dobro daquela quando havia apenas um morador, padrão que se repetiu para as classes econômicas C e D/E. O GCMedicamentos foi maior na presença de dependência jovem (3,6%) (Tabela 3).

Deixar de pagar as contas foi a principal estratégia de lidar com o GCSaúde mais relatada. Fazer economia foi a estratégia cuja utilização pelas diferentes classes ABEP teve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 1. Distribuição de domicílios estratificados por classe econômica segundo região do País, número de moradores e presença de crianças e de moradores em situação de dependência por idade. PNAUM, Brasil, 2014.

Variável	Proporção de domicílios ^{a,b}							
	A/B		C		D/E		Total	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Região								
Norte	4,8	3,5–6,7	7,8	6,1–9,9	9,2	7,0–12,1	7,4	5,9–9,4
Nordeste	10,3	7,7–13,8	24,3	20,0–29,1	44,4	37,5–51,6	25,3	21,0–30,1
Sudeste	57,6	50,9–64,0	44,5	38,6–50,4	33,3	26,7–40,7	45,1	39,4–51,0
Sul	18,2	14,4–22,8	14,8	11,9–18,4	6,7	5,0–9,0	13,9	11,2–17,1
Centro-Oeste	9,0	6,8–11,9	8,7	6,8–10,9	6,3	4,7–8,3	8,3	6,5–10,4
Número de moradores								
1	6,7	5,2–8,4	11,5	10,2–13,0	17,1	15,2–19,2	11,6	10,5–12,7
2	20,0	17,5–22,7	19,6	18,4–20,8	22,4	20,4–24,5	20,2	19,2–21,3
≥ 3	73,3	70,0–76,5	68,9	66,9–70,9	60,5	57,5–63,4	68,2	66,5–69,9
Situação de dependência por idade ^c								
Presença de menor de 5 anos	10,6	4,9–21,3	28,3	26,5–30,2	30,6	28,0–33,3	27,2	25,7–28,8
Presença de menor de 15 anos	46,8	43,8–49,9	52,5	50,4–54,5	51,8	48,8–54,7	51,1	49,2–52,9
Presença de maior ou igual a 65 anos	19,9	17,9–22,0	19,9	18,5–21,5	22,3	20,1–24,6	20,4	19,2–21,7
Presença de menor de 15 anos ou maior ou igual a 65 anos	61,8	59,0–64,6	67,7	66,1–69,3	69,1	66,4–71,6	66,7	65,3–68,0
Total	22,3	20,4–24,4	57,3	55,8–58,9	20,3	18,6–22,2	100	-

^a Os percentuais apresentados foram ponderados pelos pesos amostrais.

^b Variável Classificação Econômica Brasil desenvolvida pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (CCEB 2013/ABEP). Disponível em: <http://www.abep.org>

^c Os percentuais correspondem à situação dicotômica, no caso, ausência de morador na condição correspondente.

Tabela 2. Prevalência de domicílios com gasto catastrófico em saúde estratificados por classe econômica, segundo região do País, número de moradores e presença de crianças e de moradores em situação de dependência por idade. PNAUM, Brasil, 2014.

Variável	Prevalência de domicílios em que foi declarado gasto catastrófico em saúde ^{a,b}							
	A/B (n = 137)		C (n = 727)		D/E (n = 288)		Geral (n = 1.152)	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Região		p < 0,001		p = 0,001		p = 0,072		p < 0,001
Norte	3,2	1,7–5,8 ^c	6,8	5,0–9,2	6,7	4,4–10,2	6,2	4,8–8,1
Nordeste	6,9	3,5–13,1 ^c	7,8	5,9–10,0	8,3	6,3–10,9	7,9	6,3–9,8
Sudeste	1,5	0,8–2,7 ^c	3,8	2,6–5,5	4,2	2,2–7,6 ^c	3,2	2,4–4,2
Sul	3,3	2,3–4,6	7,3	5,9–9,0	6,7	4,0–11,0	6,1	5,0–7,3
Centro-Oeste	3,5	2,2–5,4	6,7	5,4–8,2	8,8	5,2–14,4	6,2	5,1–7,5
Número de moradores		p = 0,016		p < 0,001		p = 0,002		p < 0,001
1	0,8	0,3–1,9 ^c	2,6	1,8–3,7	2,8	1,7–4,5	2,4	1,8–3,2
2	1,7	1,0–2,9	5,3	4,2–6,7	6,9	4,7–9,8	4,9	4,0–5,9
≥ 3	3,0	2,2–4,2	6,4	5,3–7,7	7,8	6,0–9,9	5,8	5,0–6,8
Situação de dependência por idade		p = 0,006		p = 0,749		p = 0,178		p = 0,372
Menor de 5 anos		p = 0,006		p = 0,749		p = 0,178		p = 0,372
Presença	1,4	0,8–2,3	6,0	4,5–8,0	8,2	5,6–11,8	5,7	4,5–7,1
Ausência	3,0	2,1–4,1	5,7	4,9–6,6	6,1	4,7–7,8	5,1	4,5–5,8
Menor de 15 anos		p = 0,064		p = 0,051		p = 0,015		p = 0,001
Presença	3,4	2,1–5,3	6,4	5,2–7,9	8,1	6,2–10,5	6,1	5,2–7,3
Ausência	2,0	1,4–2,8	5,0	4,3–5,9	5,2	4,0–6,9	4,3	3,8–5,0
Maior ou igual a 65 anos		p = 0,121		p = 0,408		p = 0,323		p = 0,628
Presença	3,7	2,5–5,4	5,3	4,4–6,4	5,7	4,1–7,9	5,1	4,3–5,9
Ausência	2,4	1,6–3,5	5,9	4,9–7,0	7,0	5,5–8,9	5,3	4,6–6,2
Menor de 15 anos ou maior ou igual a 65 anos		p = 0,002		p = 0,325		p = 0,255		p = 0,010
Presença	3,4	2,4–4,8	6,0	5,0–7,2	7,2	5,6–9,1	5,7	4,9–6,6
Ausência	1,4	0,9–2,2	5,3	4,4–6,4	5,7	4,0–8,0	3,7	5,2–8,7 ^c
Geral	2,6	1,9–2,2	5,8	5,0–6,7	6,7	5,4–8,3	5,3	4,6–6,0

^a Os percentuais apresentados foram ponderados pelos pesos amostrais.

^b Variável Classificação Econômica Brasil desenvolvida pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (CCEB 2013/ABEP). Disponível em: <http://www.abep.org>

^c Recomenda-se cautela na interpretação dos dados.

Tabela 3. Prevalência de domicílios com gasto catastrófico em medicamentos estratificados por classe econômica, segundo região do País, número de moradores e presença de crianças e de moradores em situação de dependência por idade. PNAUM, Brasil, 2014.

Variável	Prevalência de domicílios em que foi declarado gasto catastrófico em medicamentos ^{a,b}							
	A/B (n = 80)		C (n = 466)		D/E (n = 194)		Geral (n = 740)	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Região		p = 0,000		p = 0,000		p = 0,135		p = 0,000
Norte	2,2	1,0–5,1 ^c	4,5	3,2–6,3	5,1	3,1–8,4	4,3	3,2–5,9
Nordeste	5,2	2,2–12,1 ^c	5,5	4,2–7,1	5,6	4,1–7,6	5,5	4,3–7,0
Sudeste	0,9	0,4–2,1 ^c	1,8	1,2–2,5	3,0	1,5–5,9 ^c	1,7	1,3–2,3
Sul	2,1	1,4–3,1	3,9	2,9–5,3	5,4	3,0–9,7 ^c	3,5	2,7–4,5
Centro-Oeste	1,5	0,9–2,5	3,7	2,8–4,8	4,6	2,3–9,2 ^c	3,3	2,6–4,2
Número de moradores		p = 0,010		p < 0,001		p = 0,007		p < 0,001
1	0,4	0,1–1,5 ^c	1,6	1,0–2,5	2,0	1,1–3,6	1,6	1,1–2,2
2	0,7	1,4–30,5 ^c	3,2	2,5–4,2	5,1	3,2–7,9	3,1	2,4–3,9
≥ 3	2,1	1,3–3,2	3,7	3,0–4,5	5,2	3,8–6,9	3,6	3,0–4,2
Situação de dependência por idade		p = 0,034		p = 0,088		p = 0,194		p = 0,337
Menor de 5 anos		p = 0,034		p = 0,088		p = 0,194		p = 0,337
Presença	0,8	0,4–1,7	2,8	2,1–3,7	6,2	4,2–9,0	3,2	2,6–4,1
Ausência	1,9	1,2–3,0	3,6	3,0–4,3	3,9	2,9–5,3	3,2	2,7–3,8
Menor de 15 anos		p = 0,026		p = 0,008		p = 0,041		p < 0,001
Presença	2,5	1,4–4,3	3,4	2,7–4,2	5,5	4,1–7,4	3,6	3,0–4,4
Ausência	1,0	0,6–1,6	3,3	2,7–4,0	3,7	2,6–5,2	2,8	2,4–3,3
Maior ou igual a 65 anos		p = 0,179		p = 0,429		p = 0,346		p = 0,879
Presença	2,1	1,2–3,5	3,4	2,7–4,2	3,5	2,2–5,4	3,1	2,5–3,8
Ausência	1,6	0,9–2,7	3,4	2,8–4,0	4,9	3,8–6,5	3,3	2,8–3,9
Menor de 15 anos ou maior ou igual a 65 anos		p < 0,001		p = 0,097		p = 0,294		p = 0,010
Presença	2,4	1,5–3,8	3,3	2,7–4,0	4,8	3,6–6,3	3,4	2,9–4,0
Ausência	0,5	0,3–1,0	3,5	2,8–4,4	4,3	2,8–6,5	2,9	2,4–3,6
Geral	1,7	1,1–2,5	3,4	2,9–3,9	4,6	3,6–5,9	3,2	2,8–3,8

^a As porcentagens apresentadas foram ponderadas pelos pesos amostrais.

^b Variável Classificação Econômica Brasil desenvolvida pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (CCEB 2013/ABEP). Disponível em: <http://www.abep.org>

^c Recomenda-se cautela na interpretação dos dados.

Tabela 4. Forma declarada para lidar com o gasto catastrófico em saúde. PNAUM, Brasil, 2014.

Forma de lidar com o gasto ^c	Forma declarada para lidar com o gasto catastrófico em saúde ^{a,b}								
	Total		A/B		C		D/E		P
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Deixou de pagar as contas	36,0	30,4–42,1	30,1	16,6–48,2	33,1	27,1–39,6	45,8	35,4–56,5	0,082
Fez empréstimo em instituições financeiras	30,0	25,4–35,0	36,7	24,7–50,6	30,8	25,2–37,1	25,0	17,8–33,9	0,274
Fez empréstimo com amigos ou familiares	19,5	15,5–24,4	11,3	6,8–18,3	20,2	15,1–26,6	21,3	13,7–31,7	0,273
Vendeu algum bem	15,4	11,7–20,0	19,9	9,9–36,1 ^d	14,1	9,6–20,3	16,5	10,6–24,8	0,626
Deixou de comprar alimento	13,5	10,8–16,7	6,9	3,3–13,7 ^d	12,7	9,8–16,4	18,2	12,0–26,5	0,052
Fez economia	2,8	1,8–4,2	1,9	0,7–5,1 ^d	3,9	2,4–6,2	0,5	0,2–1,6 ^d	0,001
Outros	0,5	0,2–1,8 ^d	1,7	0,4–7,1 ^d	0,5	0,1–1,7 ^d	0,2	0–1,6 ^d	0,053

^a Os percentuais apresentados foram ponderados pelos pesos amostrais.

^b Variável Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (CCEB 2013/ABEP). Disponível em: <http://www.abep.org>

^c Opções não excludentes, os respondentes podiam indicar quantas se aplicassem.

^d Recomenda-se cautela na interpretação dos dados.

DISCUSSÃO

A prevalência de GCMedicamentos acompanhou a mesma distribuição do GCSaúde quanto à região do País, presença de três ou mais de moradores e presença de morador em situação de dependência econômica. As situações com maior relato de gasto catastrófico foram presença de três ou mais moradores e, sobretudo, a presença de morador em situação de dependência menor de 15 anos.

Deixar de comprar alimentos ou de pagar contas e fazer economia foram as estratégias com maiores diferenças entre as classes econômicas, ainda que a última deva ser interpretada com cautela pela baixa frequência geral de relatos. Deixar de pagar contas apresentou maior carga nas classes C e D/E, enquanto fazer empréstimo em instituições financeiras, na classe A/B.

Este estudo foi realizado com dados de inquérito nacional, o primeiro específico para acesso e utilização de medicamentos com abrangência nacional, representativo das grandes regiões do País, tendo sido incluídos domicílios localizados em área urbana.

Encontramos valores convergentes à média de 3,3 moradores por domicílio e de 10,8 domicílios unipessoais relatados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no censo de 2010^b. Diferentemente dos dados do censo, que mostraram declínio no número de moradores com aumento da renda nos domicílios com rendimento, encontramos maior proporção de domicílios unipessoais na classe econômica D/E. Camarano¹⁰ sinaliza para o aumento da proporção de idosos vivendo sozinhos, sobretudo as mulheres.

A razão de dependência expressa a relação entre a população que não tem condições formais de contribuir economicamente com o sustento (menores de 15 anos e aqueles com idade igual ou maior a 65 anos) em relação à população em idade economicamente ativa. A situação de dependência econômica costuma estar vinculada à dependência de cuidados, pois tanto crianças quanto idosos descapitados requerem apoio para a realização de suas atividades básicas¹⁸. Esse cuidado demandará, entre outras coisas, recursos econômicos adicionais de seus responsáveis para o custeio da infraestrutura requerida. O gasto catastrófico, tanto em saúde quanto em medicamentos, em todas as classes socioeconômicas, foi maior nas famílias mais numerosas, sobretudo quando havia moradores em situação de dependência econômica jovem.

O nível aqui relatado de GCSaúde foi menor que o de países de todos os grupos de renda (classificação do Banco Mundial) em estudo em que a variável foi medida de maneira semelhante²⁴ e que encontrou medianas de 44,1%; 29,8%; 18,6%; e 13,4% de domicílios

^b Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2011.

com relato de GCSaúde, respectivamente, para países de baixa, média-baixa, média-alta e alta renda. O mesmo estudo mostrou que o GCSaúde foi inversamente proporcional ao funcionamento adequado dos serviços de saúde e do acesso provido pelos governos. No Brasil, observa-se altas taxas de acesso a serviços de saúde, sendo a proporção dos que precisaram e não procuraram (16,8%) maior do que os que procuraram e não conseguiram ser atendidos (2,5%)^c. Isso indica que, de forma geral, as pessoas conseguem superar as barreiras de acesso e obter cuidado, ainda que não necessariamente de forma oportuna.

As proporções de gasto catastrófico em saúde e em medicamentos encontradas são convergentes com outras medidas nacionais. Estudo com os dados da Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares de 2002/2003², que mediu o GCSaúde com base na proporção do consumo e da renda familiar, já indicava níveis menores do que outros estudos internacionais. Outro estudo nacional¹², utilizando dados de duas Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) consecutivas (2002/2003 e 2008), encontrou que analgésicos, antigripais e anti-hipertensivos foram os grupos terapêuticos que tiveram a maior participação no gasto das famílias que gastaram com medicamentos. O primeiro e o terceiro são, no momento da realização do estudo, contemplados tanto no fornecimento público de medicamentos nas unidades de saúde quanto na Farmácia Popular, neste último também gratuitamente. É razoável supor que o baixo nível de gasto catastrófico que encontramos tanto para saúde quanto para medicamentos seja resultado das políticas públicas de ampliação do acesso a medicamentos, apesar dos muitos problemas ainda existentes na assistência farmacêutica^{15,20}. Estudo domiciliar realizado no Rio Grande do Sul corrobora o potencial papel protetor da provisão gratuita quanto a despesas com medicamentos, sobretudo nos grupos mais pobres⁶.

No caso dos medicamentos, os estudos têm, em geral, encontrado altas taxas de acesso¹⁹, mas enquanto a maior parte do cuidado em saúde é obtido no Sistema Único de Saúde²², a maior parte dos medicamentos é obtida no setor privado^{8,17}. Os medicamentos representam alta proporção da despesa em saúde e, convergentemente, neste estudo estiveram presentes na maior parte das situações de GCSaúde, com maior carga de gasto catastrófico entre os mais pobres, padrão observado em outros estudos^{6,7}.

Entre as regiões, o Sudeste apresentou a melhor situação, tanto para gasto em saúde quanto para gasto com medicamentos. Este achado é convergente com outros trabalhos, que em geral apontam para melhores resultados nesta região do País, assim como para a região Sul¹¹, que, entretanto, não teve o mesmo tipo de resultado em nosso estudo.

Como limitações, podemos destacar a opção, importante a outras análises, de localizar a pergunta chave para o gasto catastrófico no bloco de informações do domicílio. No entanto, isto resultou, no caso da abordagem aqui realizada, na impossibilidade da verificação de associação com aspectos verificados no nível individual, como doenças relatadas, cobertura por seguro de saúde ou uso de serviços de saúde. Pode ter acontecido, por exemplo, que em um domicílio em que houve relato de gasto catastrófico somente tenham sido amostrados indivíduos sadios, porém o gasto catastrófico tenha sido ocasionado por um indivíduo não sorteado para responder o questionário. As despesas preteridas em razão dos gastos em saúde, pergunta utilizada como principal filtro na análise, pode ter incluído itens supérfluos, juízo porém que é permeado por valores de difícil consenso. O estudo foi aplicado apenas em áreas urbanas, no entanto, esta tem sido predominante em concentração da população desde 1970, alcançando 84,4% em 2010^b. Todavia, não se pode desconsiderar que, ainda que pequena, existe uma parcela da população brasileira em áreas rurais e que estas apresentam, em geral, pior situação de saúde e menor uso de serviços de saúde^{b,d}. A perda de 912 domicílios (4,5%) pode ser considerada pequena, sendo improvável que tenha afetado de forma importante os achados. Finalmente, é importante sinalizar que foi usada uma medida indireta de gasto catastrófico, uma vez que não foram feitas perguntas diretas de despesas. Por outro lado, não existe definição formal para GCMedicamentos, de maneira que a medida usada neste estudo considerou seu impacto nas famílias, no sentido de precisar buscar recursos extras ou privar-se de outros bens para obter cuidado e medicamentos.

^c Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2008.

^d Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2014.

Foram considerados o número de moradores dependentes da renda, a região do País e a presença de moradores em situação de dependência. Para esta última, ainda que se tenha encontrado na literatura dois diferentes limites^{e,f} etários para a definição da dependência idosa, preferiu-se trabalhar com o limite de 65 anos por ser convergente à literatura internacional^g.

Os gastos catastróficos em saúde e em medicamentos estiveram presentes, respectivamente, em 5,3% e 3,2% dos domicílios brasileiros. Domicílios pluripessoais, presença de moradores em situação de dependência econômica e pertencimento à classe D/E tiveram a maior prevalência de domicílios com GCMedicamentos. Entre as regiões, o Sudeste apresentou a menor prevalência. Ainda que o problema seja importante, com relevantes aspectos de iniquidade presentes, as políticas brasileiras parecem estar protegendo as famílias dos gastos catastróficos em saúde e em medicamentos, pois as prevalências encontradas no estudo são inferiores às verificadas em outros países.

REFERÊNCIAS

1. Acuña C, Marin N, Mendoza A, Emmerick ICM, Luiza VL, Azeredo TB. Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(2):128-35.
2. Barros AJ, Bastos JL, Dâmaso AH. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cad Saude Publica*. 2011;27 supl 2:s254-62. DOI:10.1590/S0102-311X2011001400012
3. Barros AJD, 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. DOI:10.1093/ije/dyn063
4. Berki SE. A look at catastrophic medical expenses and the poor. *Health Aff (Millwood)*. 1986;5(4):138-45.
5. Bermudez J. Acesso a medicamentos: direito ou utopia? 1st ed. Rio de Janeiro (RJ): E-papers; 2014.
6. Bertoldi AD, Barros AJD, Camargo AL, Hallal PC, Vandoros S, Wagner A, et al. Household Expenditures for Medicines and the Role of Free Medicines in the Brazilian Public Health System. *Am J Public Health*. 2011;101(5):916-21. DOI:10.2105/AJPH.2009.175844
7. Boing AC, Bertoldi AD, Barros AJD, Posenato LG, Peres KG. Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2014;48(4):632-41. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005111
8. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Karen Glazer Peres. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(4):691-701. DOI:10.1590/S0102-311X2013000400007
9. Boing AC, Bertoldi AD, Posenato LG, Peres KG. The influence of health expenditures on household impoverishment in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):797-807. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005113
10. Camarano AA. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2004.
11. Duarte EC, Schneider MC, Paes-Sousa R, Ramalho WM, Sardinha LMV, Silva-Júnior JB, Castillo-Salgado C. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília (DF): Ministério da Saúde/ Washington (DC): Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
12. Garcia LP, Sant'Anna AC, Magalhães LCG, Freitas LRS, Aurea AP. Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1605-16. DOI:10.1590/0102-311X00070912
13. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean countries. *Salud Publica Mexico*. 2011;53(suppl 2):S85-95.
14. Leive A. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(11):849-56. DOI:10.2471/BLT.07.049403

^e Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Fichas de Qualificação da RIPSA – 2012: Demográficos. Razão de dependência: A.16 – 2012. Brasília (DF): Datasus, 2016 [citado 2016 ago 1]. Disponível em: <http://157.86.8.70:8080/handle/iciict/44737>

^f Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais mínimos: conceito. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2016 [citado 2016 ago 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>

^g The World Bank. Age dependency ratio (% of working-age population). The Washington (DC): World Bank Group; 2016 [citado 2016 ago 1]. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND>

15. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saude Debate*. 2014;38(spe):109-23. DOI:10.5935/0103-1104.2014S009
16. Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, NUL Tavares, da Silva Dal Pizzol T, Oliveira MA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):4s. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006156
17. Mengue SS, Tavares NUL, Costa KS, Malta DC, Silva Júnior JB da. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18:192-203.
18. Muszyńska MM, Rau R. The old-age healthy dependency ratio in Europe. *J Popul Ageing*. 2012;5(3):151-62. DOI:10.1007/s12062-012-9068-6
19. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):267-80. DOI:10.1590/S0102-311X2008000200005
20. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1163-74. DOI:10.1590/S0102-311X2010000600010
21. Simonsen M, Skipper L, Skipper N. Price sensitivity of demand of prescription drugs: exploiting a kinked reimbursement scheme. University of Aarhus Economics Working Papers. 2009 [citado 30 jan 2015];(2010-3). Disponível em: http://mit.econ.au.dk/vip_html/msimonsen/drugprices.pdf
22. Viacava F, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the World Health Survey. *Cad Saude Publica*. 2005;21(suppl 1):S119-28. DOI:10.1590/S0102-311X2005000700013
23. Vialle-Valentin CE, Serumaga B, Wagner AK, Ross-Degnan D. Evidence on access to medicines for chronic diseases from household surveys in five low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*. 2015;30(8):1044-52. DOI:10.1093/heapol/czu107
24. Wagner AK, Graves AJ, Reiss SK, LeCates R, Zhang F, Ross-Degnan D. Access to care and medicines, burden of health care expenditures, and risk protection: results from the World Health Survey. *Health Policy*. 2011;100(2-3):151-8. DOI:10.1016/j.healthpol.2010.08.004
25. Wyszewianski L. Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implications for policy formulation. *Inquiry*. 1986;23(4):382-94.
26. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(4):972-83. DOI:10.1377/hlthaff.26.4.972
27. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362(9378):111-7. DOI:10.1016/S0140-6736(03)13861-5

Financiamento: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE do Ministério da Saúde (SCTIE/MS – Processo 25000.111834/2, Descentralização de Recursos do FNS).

Contribuição dos Autores: Contribuíram na concepção, análise, interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo intelectual: VLL, MAO, NUTL e ADB. Todos os autores participaram da redação, aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Agradecimentos: Ao Ministério da Saúde, pela encomenda, financiamento e apoio técnico para a realização da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos e, em especial, à equipe que trabalhou na coleta de dados, representada pela Profa. Dra. Alexandra Crispim Boing, e à equipe de suporte estatístico do projeto, nos nomes de Amanda Ramalho Silva, Andréia Turmina Fontanella e Luciano S. P. Guimarães.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.