

O Brasil no *World Health Statistics* de 2008

Bruno Dutra Badia

José Cechin

Superintendente Executivo

1 Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) compila e divulga sistematicamente dados agregados sobre países na publicação *World Health Statistics*. As informações vão desde as condições de saúde até características demográficas e sócio-econômicas. A última atualização deste banco de dados abrange 193 países – membros da OMS. Evidentemente, nem todas as informações estão disponíveis para todos os países. No presente texto, as informações para o Brasil são comparadas com aquelas para os demais países e grupos de países – por níveis de renda e localização geográfica – em dados agregados pela própria OMS.

2 Características gerais

A Tabela 1 abaixo mostra a população total e a taxa de crescimento populacional do Brasil e grupos de países¹. A maior parte da população mundial vive em países de renda baixa e média baixa. É também nesses países de menor renda que se registram as maiores taxas de crescimento populacional, ainda que tenham caído entre os decênios 1986-96 e 1996-2006. Da mesma forma, é neles que se registram as mais elevadas taxas de fecundidade, que também caíram entre 1990 e 2006 (Gráfico 1).

Em 2006, a população brasileira correspondia a 2,9% da população mundial. As taxas de crescimento populacional do país se encontram acima das taxas observadas para os grupos aos quais pertence (Renda média alta e Américas). Entre 1996 e 2006, a população brasileira cresceu à taxa média anual de 1,4% ao ano, enquanto nos países de renda média alta a taxa foi de 0,8% a.a. e nos países americanos à taxa de 1,3% (a mesma taxa de crescimento para o grupo de todos os países).

¹ Segundo o IBGE, a estimativa para a população brasileira em 2006 era de 186,8 milhões e a contagem da população em 2007 indicou pouco menos de 184 milhões de pessoas. Claramente, há uma diferença entre estes números e o contido na Tabela 1, de 189 milhões, que tem como fonte o *World Population Prospects – the 2006 revision*.

Tabela 1. População e taxa de crescimento populacional - Brasil e grupos de países

Grupos	População total-2006 (1.000's)	Taxa de crescimento populacional	
		1986-96	1996-2006
Brasil	189.323	1,7	1,4
Mundo	6.580.921	1,6	1,3
Renda baixa	2.470.318	2,4	2,0
Renda média baixa	2.295.036	1,4	1,0
Renda média alta	817.293	1,2	0,8
Renda alta	998.238	0,7	0,7
Africa	773.791	2,8	2,5
Américas	894.943	1,5	1,3
Sudeste asiático	1.721.049	2,0	1,6
Europa	887.455	0,5	0,2
Leste mediterrâneo	540.284	2,6	2,0
Pacífico Oeste	1.763.399	1,3	0,8

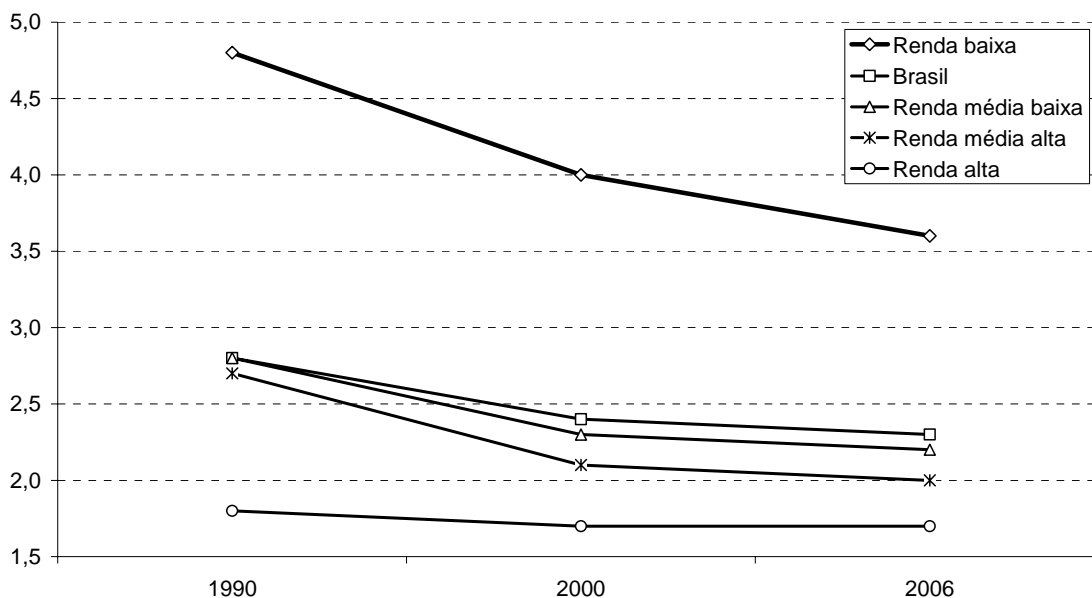
Fonte: OMS

A taxa de fecundidade (Gráfico 1) no Brasil, apesar de estar em queda acompanhando a tendência mundial, situa-se acima dos países de renda média baixa sendo, portanto, apenas superado pelos países de renda baixa.

No Brasil a taxa de fecundidade é maior nas camadas de mais baixa renda, portanto esta dinâmica pode implicar o aprofundamento das desigualdades sociais no país².

² Ver Pessoa (2006).

Gráfico 1. Taxa total de fecundidade - Brasil e grupos de renda



Fonte: OMS

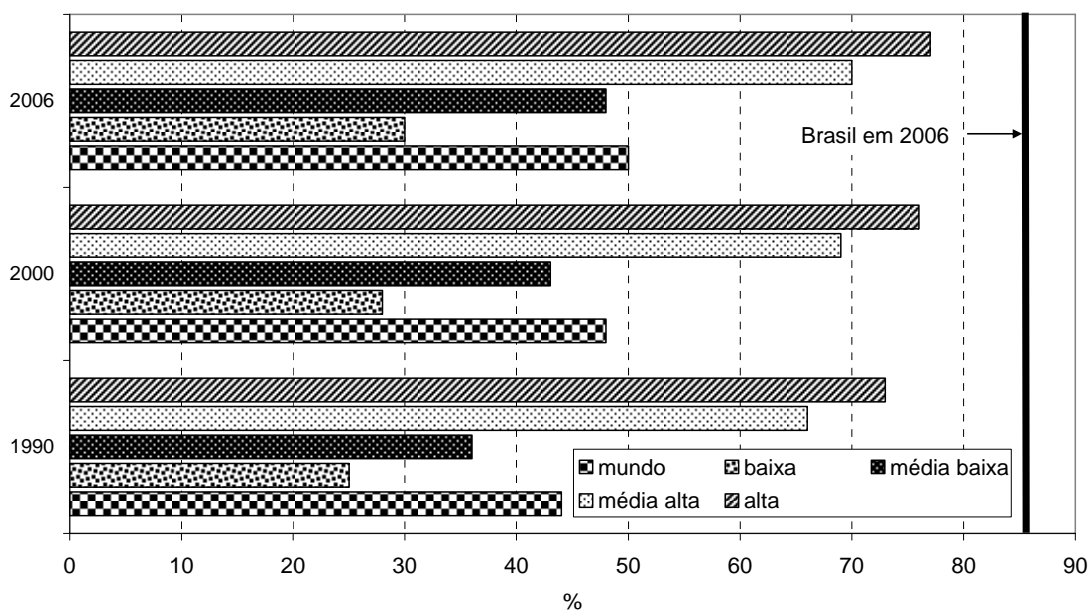
Outro ponto que merece destaque é a rapidez com que o Brasil passa por sua transição demográfica. As quedas nas taxas de fecundidade e mortalidade resultam em um crescimento mais acelerado do número de idosos do que do número de jovens. No curto e médio prazo, esta dinâmica pode representar uma “janela de oportunidade”, pois se eleva a proporção da população em idade ativa³. Contudo, no longo prazo haverá redução da proporção de ativos frente à de inativos. Os efeitos deste processo de envelhecimento populacional para sistemas baseados na solidariedade intergeracional, como é o caso da previdência social e da saúde suplementar, poderão ser bastante adversos, pois se reduz o número de contribuintes e eleva-se o de beneficiários⁴.

³ Ver Queiroz *et. al.* (2006). Destaca-se ainda o fato de, em certa medida, esta janela ser modesta, dada a velocidade da transição demográfica no país. Na verdade, a proporção de pessoas em idade ativa está rapidamente atingindo seu pico e iniciando uma trajetória levemente descendente.

⁴ Obviamente, no caso da saúde suplementar não é o número total de beneficiários que se reduz, mas sim o número deles em idade ativa ao passo que aumenta o número de beneficiários inativos, que tendem a utilizar mais os serviços de saúde, devido à idade, e contar com subsídios intergeracionais nas mensalidades. Para o caso específico da previdência, ver Camarano e Kanso (2007).

No Gráfico 2 observa-se que 85% da população brasileira estão em áreas urbanas⁵. Este percentual é alto mesmo para países de renda alta (77%) e bastante superior do que os países de renda média alta (70%). Se comparado com o resto do mundo, a diferença é ainda maior dado que, em 2006, apenas metade da população mundial habitava áreas urbanas.

Gráfico 2. População em área urbana - Brasil, mundo e grupos de renda



Fonte: OMS

Já na década de 1990 o percentual de urbanização brasileiro era superior ao dos conjuntos de países mostrados no Gráfico 2. Em 1990, 75% da população estavam em áreas urbanas, contra 73% nos países de renda alta e 66% nos países de renda média alta. Em 2000 a diferença havia aumentado: o Brasil com 81% e os grupos dos países de renda alta e renda média alta para 76% e 69%.

Note-se que na falta de oportunidades em localidades rurais, muitos brasileiros migram para áreas urbanas do país. Como não possuem níveis suficientes de capital humano, acabam por engrossar a parcela informal da economia. Problemas como a criminalidade e a favelização são, em primeira análise, mais prováveis neste contexto. Contudo, Da Mata *et. al.* (2008) mostram que os aglomerados urbanos que mais cresceram, em termos de renda per capita, entre 1980 e 2000, são justamente aqueles que diminuíram o número de habitantes em

⁵ O alto percentual deve-se provavelmente ao fato de contabilizarem-se como “urbanos” pequenos municípios que seriam mais propriamente contabilizados como rurais. Por exemplo, o IBGE classifica situações censitárias urbanas como: (i) cidade ou vila, área urbanizada; (ii) cidade ou vila, área não-urbanizada e (iii) área urbana isolada.

favelas, sugerindo que o crescimento econômico cria situação favorável à absorção de migrantes pobres⁶. Este provavelmente não é o caso em estágios mais avançados de desenvolvimento econômico quando a demanda relativa por trabalhadores qualificados é maior do que por trabalhadores não qualificados.

A Tabela 2 abaixo mostra o percentual da população com acesso à água potável e a saneamento básico. No Brasil ambos os indicadores tiveram significativas melhorias. Em 1990, 83% da população brasileira tinham acesso à água potável, percentual que passou a 91% em 2006. O acesso a saneamento básico de 71% em 1990, passou a 77% em 2006.

Tabela 2. Fatores de Risco - Brasil e grupos de países

Grupos	Fator de Risco					
	Acesso à água potável (%)			Acesso à saneamento básico (%)		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006
Brasil	83	89	91	71	74	77
Mundo	76	82	86	51	57	60
Renda baixa	65	73	78	20	29	34
Renda média baixa	72	82	88	54	64	68
Renda média alta	88	93	95	77	81	83
Renda alta	99	99	100	100	100	100
Africa	50	56	59	29	31	33
Américas	90	93	94	81	85	87
Sudeste asiático	72	82	87	24	33	37
Europa	95	97	97	93	92	92
Leste mediterrâneo	86	83	82	51	59	60
Pacífico Oeste	71	82	89	53	63	69

Fonte: OMS

Na comparação com o grupo de países de renda média alta a diferença no acesso à água potável era 5 p.p. em 1990, quando a média destes países era de 88%, e se reduziu para 4 p.p. em 2006, com a média dos países nesse grupo igual a 95%. No acesso ao saneamento básico o percentual do Brasil também é menor do que o grupo de países de renda média alta. Além disso, a diferença ao longo dos anos mostrados na tabela se manteve constante em 6 p.p.⁷

⁶ O mesmo estudo mostra que, em um ponto no tempo, a desigualdade de renda em uma aglomeração urbana impacta inversamente o número de habitantes em favelas.

⁷ Soares (2007) mostra que entre os anos de 1970 e 2000 melhorias nestes indicadores estão significativamente associadas ao aumento da expectativa de vida nos municípios brasileiros.

3 Gasto com saúde

Ao todo são disponibilizadas 12 variáveis referentes ao gasto de saúde dos países. A relação destas variáveis encontra-se na Tabela 3 abaixo.

Tabela 3. Variáveis de gasto em saúde disponibilizadas pela OMS

Tipo de variável	
%	monetárias
Gasto total em saúde como % do PIB	Gasto per capita em saúde - taxa média de câmbio (US\$)
Gasto do governo em saúde como % do gasto total em saúde	Gasto per capita em saúde - Paridade do Poder de Compra
Gasto privado em saúde como % do gasto total em saúde	Gasto per capita do governo em saúde - taxa média de câmbio (US\$)
Gasto do governo em saúde como % do gasto total do governo	Gasto per capita do governo em saúde - Paridade do Poder de Compra
Recursos externos para saúde como % do gasto total em saúde	
Gasto da seguridade social em saúde como % do gasto governamental em saúde	
Gasto out-of-pocket como % do gasto privado em saúde	
Planos privados de pré-pagamento como % do gasto privado em saúde	

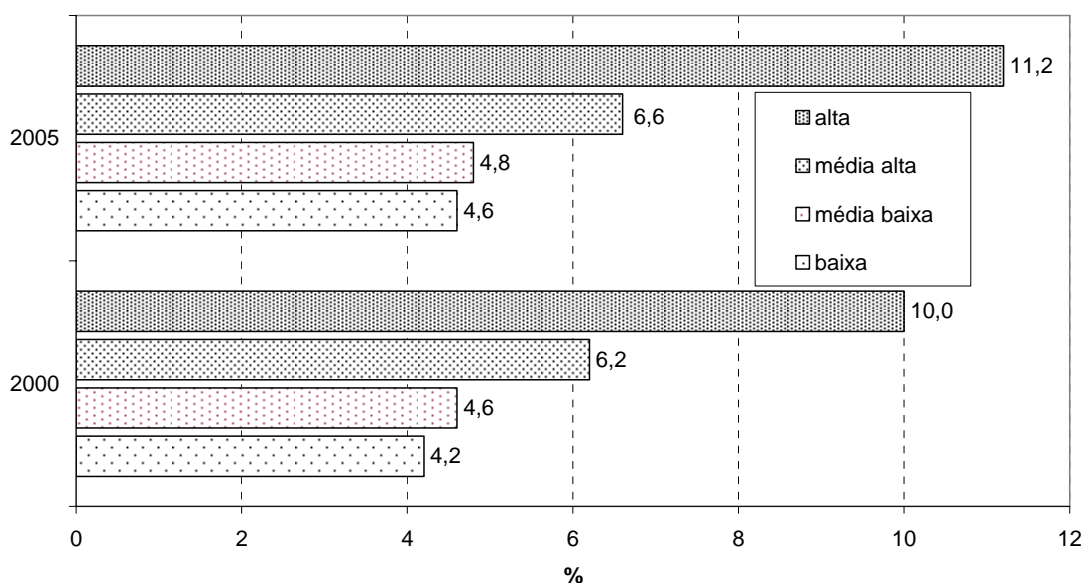
Fonte: Elaboração própria

Os gráficos 3 e 4 a seguir mostram o gasto total em saúde como percentual do PIB para grupos de renda e regiões, respectivamente. O Brasil gastava em saúde 7,2% e 7,9% do seu PIB nos anos de 2000 e 2005.

Em relação aos grupos de renda o Brasil gastou proporcionalmente menos do que a média dos países de renda alta, em ambos os anos mostrados (Gráfico 3). Em 2000 os países de renda média alta destinavam à saúde, em média, 6,2% do PIB. Em 2005 este percentual passou a 6,6%. Nos países de renda alta estes percentuais eram de 10% e 11,2%, bastante superiores do que os observados nos outros grupos de renda.

Como curiosidade, Ilhas Marshall foi o país que mais destinou recursos à saúde em relação ao PIB (15,4%) em 2005 (em 2000, este percentual era ainda maior: 22%). Trata-se de país com renda média baixa da região oeste do pacífico. Os Estados Unidos, sempre citado como exemplo de elevados gastos em saúde, gastava em 2005 15,2% do seu produto.

Gráfico 3. Gasto total em saúde como % PIB, por grupos de países conforme o nível de renda

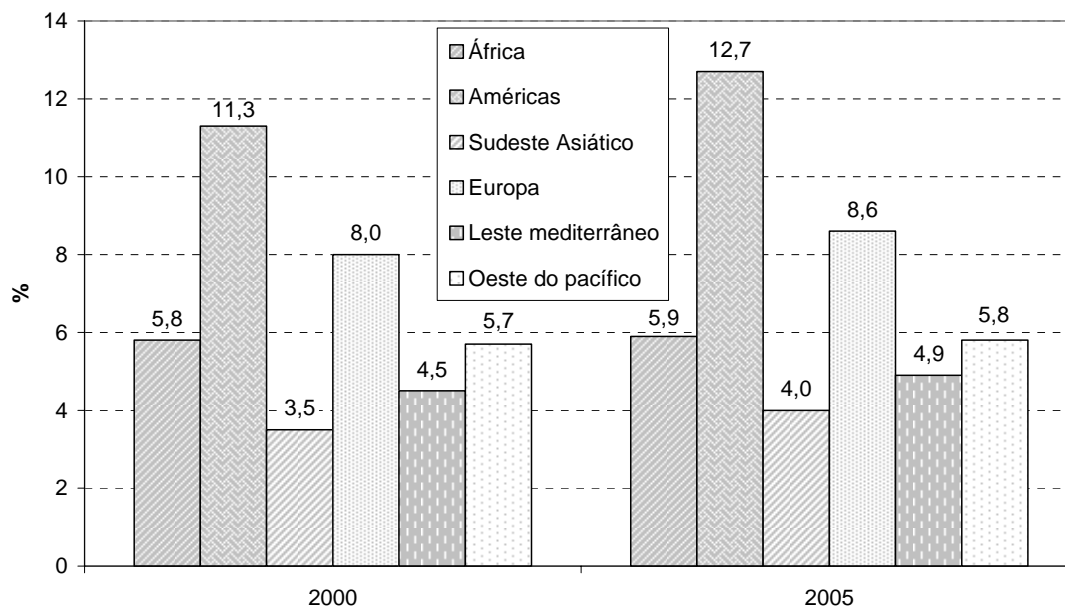


Fonte: OMS

A região das Américas possui o maior percentual médio de gasto em saúde, sendo que este aumentou de 11,3% em 2000 para 12,7% em 2005 (Gráfico 4). Neste último ano, contribuíram de forma mais evidente para o valor elevado desta média, Estados Unidos (15,2%), Argentina (10,2%) e Canadá (9,7%). A região é bastante heterogênea quanto aos percentuais do PIB destinados à saúde. Para se ter idéia, o Peru, país na região com a menor relação gasto em saúde/PIB em 2005, gastava com saúde apenas 4,3% do seu produto (4,7% em 2000).

Nas demais regiões os percentuais registrados tanto em 2000 quanto em 2005 estão bem abaixo daqueles reportados para as Américas. A Europa de 8% em 2000 passou a 8,6% em 2005; o sudeste asiático de 3,5% passou a 4%; e o leste do mediterrâneo passou de 4,5% para 4,9%. África e oeste do pacífico mantiveram seus percentuais de gasto em saúde relativamente ao PIB constantes no período.

Gráfico 4. Gasto total em saúde como % do PIB, por região OMS



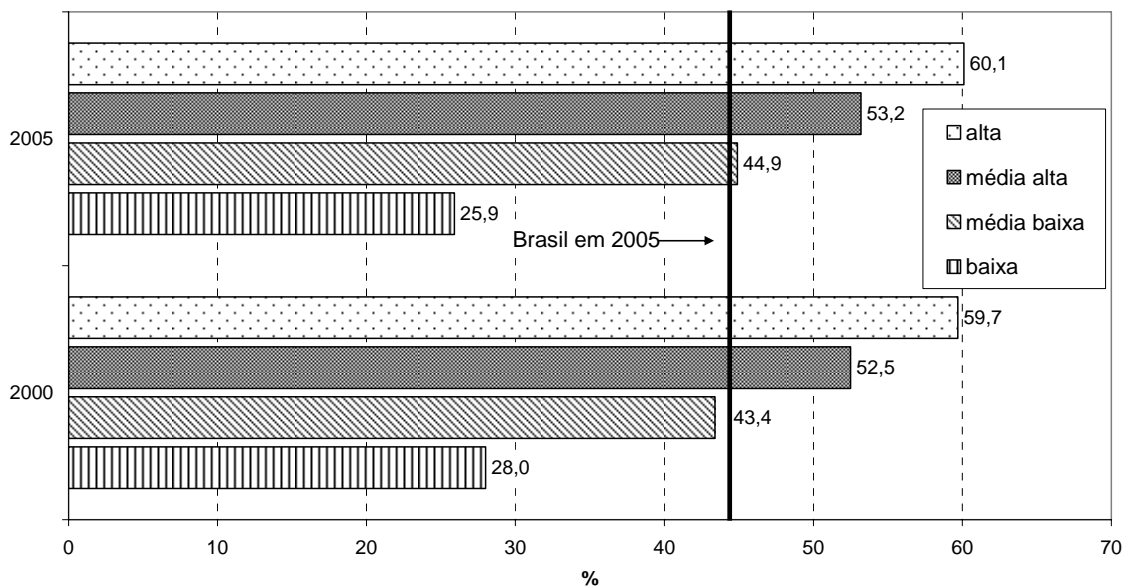
Fonte: OMS

Uma informação interessante e já mostrada na literatura⁸, encontra-se no Gráfico 5 abaixo. Os governos nos países com os maiores níveis de renda gastam relativamente mais em saúde do que nos países de renda menor. De fato, em países de renda média baixa e renda baixa os gastos governamentais sequer atingem a metade dos recursos despendidos com saúde. Isto chama a atenção, pois se poderia esperar que países mais pobres tivessem uma maior participação governamental no provimento de serviços como os de saúde. Contudo, nestes países os recursos devem ser distribuídos entre fins muito mais elementares, como, por exemplo, saneamento básico. Daí a participação do gasto governamental em saúde ser relativamente baixa.

No Brasil, a proporção do gasto do governo em 2005 igualou-se àquela observada para os países de renda média baixa. Em 2000 o percentual do governo era 3 p.p. menor do que sua contrapartida em países de renda média baixa. Este dado chama a atenção, pois em um país de renda média alta, onde existe a pretensão de garantir o livre acesso aos serviços de saúde para todos os seus cidadãos, uma participação maior do governo seria esperada. Este fato destaca que, apesar do Sistema Único de Saúde, o gasto privado em saúde no Brasil é bastante importante.

⁸ Ver, por exemplo, o capítulo 2 de Cechin (2008).

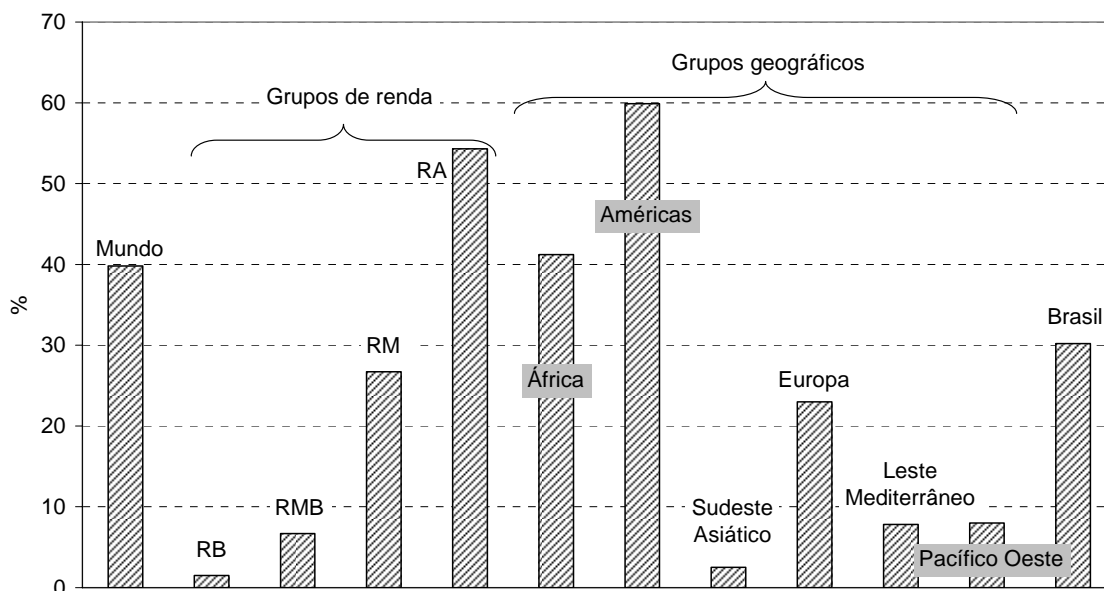
Gráfico 5. Gasto do governo como % do gasto total em saúde, por grupos de países conforme o nível de renda



Fonte: OMS

O Gráfico 6 abaixo mostra a importância relativa do gasto com planos de saúde nos gastos privados em saúde em 2005. Entre os anos de 2000 e 2005, houve no Brasil uma pequena redução de importância destes gastos sobre os gastos privados totais em saúde (de 33,9% para 30,2%). Provavelmente, nos anos seguintes os planos de saúde cresceram em sua participação, dadas as taxas de crescimento que o setor de saúde suplementar vem experimentando no país.

Gráfico 6. Participação do gasto com planos privados de saúde nos gastos privados em saúde - 2005



Fonte: OMS

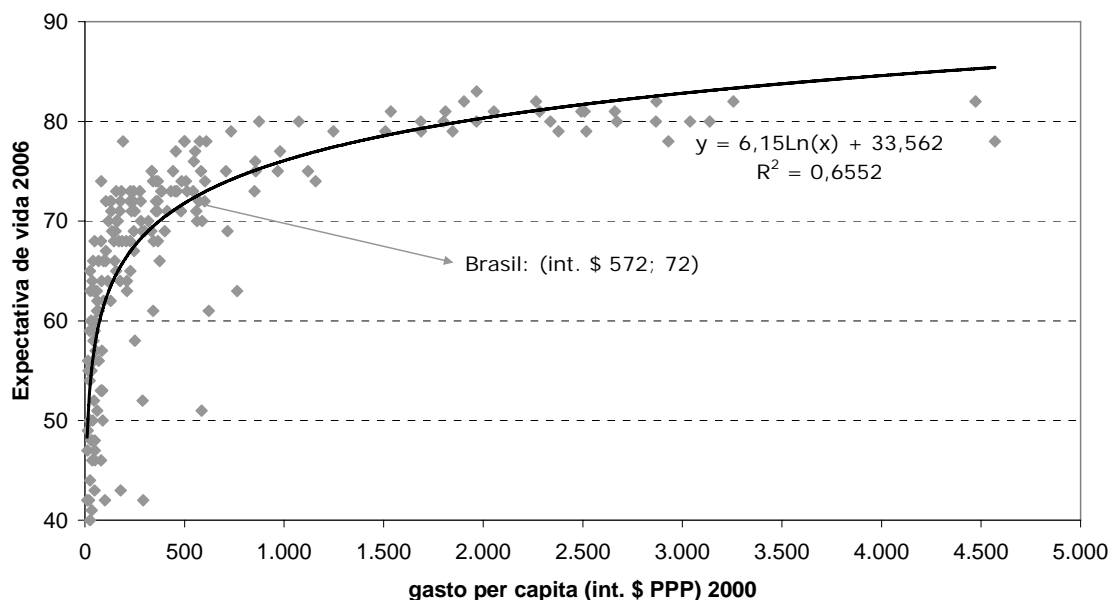
Nas Américas o percentual em questão é de 60%, sendo nos EUA de 66,3%. Nas demais regiões, à exceção da África, onde o percentual iguala 41,2% (77,3% na África do Sul), a participação dos planos é bem mais modesta.

Com relação aos grupos de renda, percebe-se que conforme se aumenta o nível de renda, maior é a participação dos planos nos gastos privados. Além disso, chama a atenção os percentuais (não mostrados no gráfico) bastante elevados de Chile (45,7%), Colômbia (54,9%), França (63%), Holanda (55,5%), Arábia Saudita (50,1%) e Uruguai (68,9% - em 2000 o percentual era 74,1%).

Uma pergunta que surge naturalmente é se o volume de recursos despendido em saúde possui impacto significativo no estado de saúde da população dos países. O Gráfico 7 abaixo sugere que existe uma relação positiva entre as duas variáveis (com o estado de saúde medido pela expectativa de vida). Particularmente, o Brasil gastou em 2000, 572 dólares (paridade de poder de compra) em saúde e em 2006 a expectativa de vida no país era de 72 anos⁹. De fato, o Brasil situa-se ligeiramente abaixo da curva de regressão mostrada no Gráfico 7.

⁹ Certamente, o período considerado no gráfico é bastante curto. Mesmo assim, optou-se por mostrá-lo, apenas para ilustrar a correlação existente entre as variáveis.

Gráfico 7. Correlação: gasto per capita 2000 X expectativa de vida 2006



Fonte: OMS

Deve-se observar que não há na literatura evidências que comprovem o efeito dos gastos sobre o estado de saúde. Evidentemente, isso se deve ao fato de que a questão realmente relevante neste caso é a eficiência do gasto e não o seu volume¹⁰. Além disso, do ponto de vista econométrico, há problemas de endogeneidade associados a regressões como aquelas do gráfico acima, o que sugere ainda mais cautela em análises desta natureza.

Evidentemente, há uma série de outras variáveis que determinam o estado de saúde de uma população (níveis de escolaridade e hábitos de vida, por exemplo). A determinação e verificação da importância destas variáveis fogem ao escopo do texto.

Para finalizar, na Tabela 4 abaixo se mostram alguns indicadores de saúde para os grupos de países utilizados no texto.

Novamente, conclusões sobre a relação entre o gasto em saúde e o estado de saúde não podem ser extraídas sem uma análise mais profunda dos dados. Por exemplo, o Brasil possui indicadores de gasto aquém daqueles observados para o grupo de renda ao qual pertence

¹⁰ Savedoff (2007) faz uma interessante discussão sobre gastos em saúde nos diferentes países.

(média alta). Contudo, os indicadores de saúde de sua população são melhores (à exceção de expectativa de vida saudável) do que a média daquele grupo de países.

Tabela 4. Indicadores de mortalidade e expectativa de vida - Brasil e grupos de países, 2006

Grupos	Indicador			
	Expectativa de vida	Expectativa de vida saudável [†]	Mortalidade infantil [‡]	Taxa de mortalidade entre adultos ^{‡‡}
Brasil	72	60	19	176
Mundo	67	58	49	191
Renda baixa	59	50	73	283
Renda média baixa	71	62	27	151
Renda média alta	69	63	22	215
Renda alta	80	71	6	88
Africa	51	41	94	425
Américas	75	65	18	133
Sudeste asiático	64	54	52	237
Europa Leste	74	65	14	157
mediterrâneo	64	54	62	201
Pacífico Oeste	74	65	20	118

Fonte: OMS

[†]Refere-se ao ano de 2003

[‡]por 1.000 nascidos vivos

^{‡‡}por 1.000 indivíduos entre 15 e 60 anos

Tabela 5. Recursos do sistema de saúde - Brasil e grupos de países

Grupos	Médicos/10.000 hab. (2000-2006)	Leitos/10.000 hab. (2000-2007) [†]
Brasil	12	26
Mundo	13	30
Renda baixa	5	10
Renda média baixa	13	23
Renda média alta	21	42
Renda alta	28	59

Fonte: OMS

[†]Leitos hospitalares

Além disso, como pode ser visto na Tabela 5, os recursos físicos empregados no setor de saúde brasileiro são menores do que aqueles empregados na média dos países de renda média alta. Mais uma vez, torna-se claro que a discussão acerca da qualidade dos sistemas de saúde deve estar baseada em parâmetros de eficiência e não apenas em volume de recursos.

4 Conclusão

No texto foram apresentados alguns dados que compõem o *World Health Statistics* de 2008 da OMS. O objetivo principal era comparar o Brasil com os demais países presentes na referida publicação. Para tanto, utilizou-se a agregação em grupos de países, proposta pela própria OMS, por nível de renda e localização geográfica.

Em geral, o Brasil apresenta indicadores de gasto em saúde ligeiramente inferiores à média dos grupos de países ao qual pertence (renda média alta e Américas). No entanto, possui melhores indicadores (medidos pela expectativa de vida, mortalidade infantil e mortalidade entre adultos) e aplica menos recursos físicos do que a média dos países com renda média alta.

Estas observações evidenciam a importância de basear as discussões sobre sistemas de saúde em parâmetros de eficiência e não simplesmente em volume de recursos empregados. Obviamente, cada país possui suas idiossincrasias. Portanto, os parâmetros de comparação devem respeitá-las.

Além disso, cabe destacar que as análises feitas acima possuem caráter exploratório e descritivo. Conclusões mais fortes demandam estudos aprofundados sobre cada uma das relações apresentadas. Por exemplo, mesmo notando que o Brasil é aparentemente mais eficiente do que a média dos países americanos e de renda média alta, sabe-se que, internamente o país apresenta uma série de desigualdades no que se refere aos recursos disponibilizados à saúde (em cada região, estado e município) e ao estado de saúde de sua população¹¹.

Referências bibliográficas

Camarano, A. A., Kanso, S. Dinâmica da População Brasileira e Implicações para a Previdência Social. In: Tafner, P., Giambiagi, F. (Orgs.) Previdência no Brasil: debates, dilemas e escolhas. Brasília: IPEA, 2007.

Cechin, J. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo. Ed. Saraiva. Letras e Lucros, 2008.

Da Mata, D., Lall, S. V., Wang, H. G. Favelas e Dinâmica das Cidades Brasileiras. In: Carvalho, A. X. Y., Albuquerque, C. W., Mota, J. A., Piancastelli, M. (Orgs.) Ensaio de Economia Regional e Urbana. Brasília: IPEA, 2008.

Pessôa, S. A. Perspectivas de Crescimento no Longo Prazo para o Brasil: Questões em Aberto. Ensaio Econômico, n° 609. EPGE/FGV, 2006.

Pires, C. C. Eficiência Comparada em Sistemas de Saúde: Um Estudo para o Brasil. Tese de Mestrado – Instituto Tecnológico de Aeronáutica. São José dos Campos, 2007.

Queiroz B. L., Turra, C. M., Perez, E. R. The Opportunities We Cannot Forgo: economic consequences of population changes in Brazil. In: Anais do XXXIV Encontro Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia (ANPEC). Salvador, 2006.

Savedoff, W. D. What Should a Country Spend on Health Care? Health Affairs, volume 26, n° 4, 2007.

Soares, R. R. Health and the Evolution of Welfare Across Brazilian Municipalities. NBER Working Paper n° 13087, 2007.

¹¹ Neste sentido, Pires (2007) apresenta um *ranking* de eficiência dos sistemas de saúde dos estados brasileiros.