

Texto para Discussão Nº 57 - Outubro 2011

Discussion Paper No. 57 - October 2011

SOS SUS: Saúde na emergência

Celia Kerstenetzky - CEDE/UFF

Lívia Vilas-Bôas - CEDE/UFF

SOS SUS: Saúde na emergência

Celia Kerstenetzky¹
Livia Vilas-Boas²

Resumo

Neste trabalho, analisamos a efetividade do sistema de saúde no Brasil comparando realizações e gastos brasileiros com os de outros países dentro e fora da América Latina. Apesar da melhora dos indicadores nas duas últimas décadas, a situação é ainda preocupante; o relativamente baixo sucesso brasileiro se evidencia mesmo na comparação com os países vizinhos na América Latina. Ademais, os gastos per capita brasileiros se destacam como insuficientes, sendo inferiores até mesmo aos gastos per capita médios da região (no grupo de nove países considerados). Dado que, como sobressai da experiência internacional, com poucos recursos, como os dedicados pelos brasileiros ao seu sistema público, dificilmente se constrói um sistema de saúde efetivo, a situação do país exige atenção urgente.

Palavras-chave: saúde no Brasil, gastos em saúde, déficit de oportunidades, qualidade da saúde.

Abstract

In this paper we discuss the effectiveness of the Brazilian health system by comparing its results and the amount of resources devoted to it with those of other countries inside and outside Latin America. Despite improvements in the last two decades, the situation is still worrisome; Brazilian relative low success appears even in the intraregional comparison. Moreover, Brazilian per capita public expenditure stands out as insufficient inside the Latin American countries' group. Given that, as shown by the international experience, with poor resources it has not been possible to build up an effective health system, the country's present predicament requires urgent attention.

Keywords: Brazilian health system, health expenditures, opportunities deficit, health quality.

1. Introdução

Há várias maneiras de se estimar a efetividade de um sistema de saúde. Neste trabalho, optamos por colocar o Brasil em perspectiva comparada em termos de realizações de saúde (para saber quão bem nosso sistema funciona) e de gastos públicos em saúde (para saber quão suficientes são esses gastos).

A comparação se impõe por duas dificuldades. A primeira é estabelecer o horizonte para uma saúde de qualidade. Para certas realizações não há um teto definido: por exemplo, qual o limite possível da vida humana? A melhor aposta parece ser a maior realização já alcançada por um país. A partir desse teto, o ideal de uma vida saudável passa a ganhar definição: trata-se de viver saudavelmente pelo maior tempo possível (dada a longevidade). Já outras realizações, como a baixa mortalidade infantil, tem um desiderato claro: a taxa ideal é zero. Contudo, não há país que o tenha alcançado, ainda que alguns se aproximem bastante, por isso se candidatando a paradigmas. A segunda dificuldade é entender como realizações de saúde se relacionam com recursos, isto é, quanto de recurso é necessário para um sistema efetivo. Nesse ponto, a

¹ CEDE-UFF.

² CEDE-UFF.

comparação internacional esclarece pelo menos um aspecto: dificilmente com poucos recursos se constrói um sistema de saúde efetivo. Os países que gastam muito costumam ter realizações bem superiores aos países que gastam pouco, em que pese a heterogeneidade interna aos dois grupos.

Nosso objetivo, nesta nota, é apresentar uma comparação entre o Brasil, países vizinhos comparáveis da América Latina e países desenvolvidos, em termos de qualidade da saúde e dos gastos per capita. Notamos que a despeito da melhora nos indicadores de saúde nas duas últimas décadas, a situação brasileira é preocupante, especialmente se colocada em perspectiva internacional; o relativamente baixo sucesso brasileiro se evidencia mesmo na comparação com os vizinhos da América Latina. Em termos de recursos, o país concede baixa prioridade aos gastos públicos em saúde, que absorvem diminuta proporção do PIB. Quando observamos os gastos per capita brasileiros, estes se destacam como inferiores até mesmo aos relativamente baixos gastos per capita médios da região (no grupo de 9 países considerados). Um exercício de simulação adicional é feito, na seção 4, para estimar a distancia, em termos de PIB per capita, entre os gastos brasileiros e os gastos de um grupo selecionado de países, em diferentes regiões, que apresentaram bons resultados em termos de qualidade da saúde.

2. Uma estimativa da qualidade da saúde: Brasil, países da América Latina e países desenvolvidos

Para estimar a qualidade da saúde, em termos de realizações alcançadas, optamos por utilizar três indicadores básicos: mortalidade infantil, expectativa de vida e expectativa de vida saudável, que capturam realizações importantes como sobreviver ao nascimento, ter uma vida longa, e com qualidade.

A tabela 1 abaixo apresenta esses indicadores para um conjunto de países da OECD e da América Latina. Observa-se, entre os países desenvolvidos, à exceção dos EUA (que possui a mais alta taxa de mortalidade infantil e a mais baixa expectativa de vida e de vida saudável), certa convergência nos bons resultados alcançados. Entre os países latino-americanos comparáveis com o Brasil, os indicadores são piores; mesmo assim o Brasil se destaca com os piores resultados do grupo. Apesar de, sob vários aspectos, não comparável aos demais países da AL, a pequena e economicamente pobre Cuba foi incluída por possuir alguns indicadores compatíveis com os dos países da OECD, especialmente mortalidade infantil.

TABELA 1 – Indicadores Qualitativos de Saúde (2008)

	Taxa de Mortalidade Infantil (mil nascidos vivos)	Expectativa de Vida ao Nascer			Expectativa de Vida Saudável ao Nascer (2007)		
		Masc.	Fem.	Todos	Masc.	Fem.	Todos
Alemanha	4	77	83	80	71	75	73
Canadá	5	79	83	81	71	75	73
EUA	7	76	81	78	68	72	70
Holanda	4	78	82	80	72	74	73
Japão	3	79	86	83	73	78	76
Reino Unido	5	78	82	80	71	73	72

Argentina	13	72	79	76	64	69	67
Brasil	18	70	77	73	62	66	64
Chile	7	75	82	78	67	72	70
Colômbia	16	72	79	75	64	69	66
Costa Rica	10	76	81	78	68	71	69
Cuba	5	76	79	77	68	71	69
México	15	73	78	76	65	69	67
Uruguai	14	72	79	75	64	70	67
Venezuela	16	71	78	75	64	68	66

Fonte: WHO Statistics Report (2010). Elaboração própria.

Uma forma de ordenar os países em termos de qualidade de saúde é por meio da construção de um índice relativo de qualidade da saúde, combinando as três realizações, o que pode ser obtido a partir da aplicação de uma função *fuzzy*. Essa função transforma os valores absolutos de cada indicador, para cada país, em valores relativos que variam no intervalo entre [0,1]. O valor zero é atribuído ao pior resultado de cada indicador no grupo de países considerado e o valor um, ao melhor resultado. Por exemplo, a mais alta taxa de mortalidade infantil observada é de 28 (Brasil); este valor absoluto passa a ser associado ao valor-*fuzzy* zero; a mais baixa taxa é de 4 (Japão), que passa a assumir o valor-*fuzzy* um; os demais valores para os demais países são interpolados entre zero e um segundo a equação abaixo (variação linear):

$$(1.1) \quad X_{n,j} = \frac{N_j - \text{Min}_j}{\text{Max}_j - \text{Min}_j}; 1 \leq j \leq 3; 1 \leq n \leq 12.$$

Onde:

$X_{n,j}$ = valor-*fuzzy* para o indicador j calculado para o país n ;

N_j = valor observado da série do indicador j para o país n ;

Min_j = valor mínimo da série do indicador j ;

Max_j = valor máximo da série do indicador j .

Para o cálculo do valor-*fuzzy* dos indicadores expectativa de vida e expectativa de vida saudável, o maior valor absoluto da série de países recebeu o valor-*fuzzy* um, enquanto o menor valor absoluto recebeu o valor-*fuzzy* zero. O valor do Índice Relativo de Qualidade de Saúde (IRQS) para cada país foi então obtido como média simples dos valores-*fuzzy* dos três indicadores desse país. O cálculo do IRQS nos permitiu, então, ordenar os países segundo a qualidade da saúde. Os resultados são exibidos na tabela 2.

TABELA 2 – Índice Relativo de Qualidade de Saúde – IRQS

País	Taxa de Mortalidade Infantil	Expectativa de Vida ao Nascer	Expectativa de Vida Saudável ao Nascer (2007)	IRQS
Japão	1,00	1,00	1,00	1,00
Canadá	0,87	0,80	0,75	0,81
Alemanha	0,93	0,70	0,75	0,79
Holanda	0,93	0,70	0,75	0,79

Reino Unido	0,87	0,70	0,67	0,74
EUA	0,73	0,50	0,50	0,58
Chile	0,73	0,50	0,50	0,58
Cuba	0,87	0,40	0,42	0,56
Costa Rica	0,53	0,50	0,42	0,48
Argentina	0,33	0,30	0,25	0,29
México	0,20	0,30	0,25	0,25
Uruguai	0,27	0,20	0,25	0,24
Colômbia	0,13	0,20	0,17	0,17
Venezuela	0,13	0,20	0,17	0,17
Brasil	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Elaboração Própria.

Conforme observamos na tabela, o Brasil apresentou, em 2008, os piores resultados no que se refere à mortalidade infantil (18 a cada mil nascidos vivos), expectativa de vida ao nascer (73 anos) e expectativa de vida saudável ao nascer (64 anos), enquanto o Japão apresentou os melhores resultados. Na ordenação permitida pelo uso do Índice Relativo de Qualidade de Saúde, a esperada superioridade dos países da OECD (fora México) é confirmada, bem como a discrepância dos EUA, que aparece um pouco a frente de Cuba. Entre os países latino-americanos, já em desvantagem em relação ao bloco da OECD, o Brasil dispara na retaguarda.

Na próxima seção, procedemos ao cálculo do gasto per capita em saúde dos países selecionados.

3. O gasto per capita em saúde

Para o cálculo do gasto médio em saúde, os seguintes procedimentos foram adotados:

(1) Base de dados - foram utilizados os valores de gastos per capita em paridade de poder de compra (PPC) fornecidos pela Organização Mundial de Saúde e referentes ao ano de 2008 (WHO, 2011). Esses gastos incluem os gastos para manutenção, restauração e melhorias do sistema de saúde, assim como transferências e custos extra-orçamentários com o objetivo de financiar serviços e bens de saúde. (WHO, 2011)

(2) Países selecionados - os países foram selecionados em função dos bons resultados alcançados no IRQS, na OECD e na América Latina. Entre os países da OECD, o Japão foi o que apresentou os melhores resultados. O Chile se destacou na América Latina e Cuba foi adicionada devido à notoriedade de seu sistema de saúde universal, pouco dispendioso e de relativamente boa qualidade.

A tabela 3 apresenta os gastos per capita público e total por país. Na análise dos resultados, nos concentramos nos *gastos per capita públicos em PPC* (paridade de poder de compra), que são gastos comparáveis. Visualmente, para a série completa disponível em WHO (2008) (193 países), a relação gasto-qualidade não parece linear, mas se se consideram os países em blocos, observa-se facilmente que o bloco da OECD (fora México), que possui os melhores indicadores, é também o que gasta significativamente mais. Quando excluimos os *outliers* EUA (gasta muito

e é pouco efetivo) e Cuba (gasta pouco, mas é muito efetiva), observamos que o gasto no bloco é cerca de seis vezes maior do que o gasto do bloco latino-americano. Para buscar confirmação sobre a relação entre gasto e qualidade, procedemos ao cálculo dos coeficientes de correlação. Na análise das correlações entre gastos, especialmente gasto público como percentual do PIB, e cada um dos indicadores de qualidade de saúde, encontramos coeficientes fortes (variando entre 0,45 e 0,54) e significativos a 5% (ver Apêndice).

No bloco latino-americano, nota-se que o gasto público per capita brasileiro só supera o venezuelano. Além disso, como ilustrado por gastos privados per capita bem superiores aos gastos públicos (o que se pode inferir por ser o gasto total per capita mais do que o dobro do gasto público), a segregação é intensa nas oportunidades relacionadas à saúde no Brasil.

TABELA 3 – Gastos com Saúde per capita: países selecionados – 2008

	Gasto Total (%PIB)	Gasto Público (% PIB)	Gasto Total per capita (PPC int. \$)	Gasto Público per capita (PPP int. \$)
Japão	8,3	6,7	2.817,0	2.268,0
Alemanha	10,5	7,8	3.922,0	2.927,0
Holanda	9,9	7,5	4.233,0	3.188,0
Canadá	9,8	6,8	3.867,0	2.688,0
Reino Unido	8,7	7,2	3.222,0	2.662,0
EUA	15,2	7,3	7.164,0	3.426,0
Cuba	12,0	11,5	495,0	473,0
Argentina	4,7	3,2	958,0	658,0
México	5,9	2,8	837,0	393,0
Colômbia	5,9	5,0	517,0	434,0
Chile	7,5	3,3	1.088,0	479,0
Costa Rica	9,4	6,3	1.059,0	708,0
Uruguai	7,8	4,9	982,0	619,0
Venezuela	5,4	2,4	683,0	307,0
Brasil	8,4	3,7	875,0	385,0
Média OCDE	10,4	7,2	4.204,2	2.859,8
Média Am. Latina				

7,4 4,8 832,7 495,1

Fonte: WHO Statistics Report (2011). Elaboração própria.

Como podemos observar na tabela 3, a divisão público-privada é bastante variada no grupo de países considerados. Enquanto a maioria dos países latino-americanos tem um sistema misto (as exceções são Cuba e Colômbia), os países da OECD (fora México) têm, em geral (a exceção são os EUA), participação majoritária do setor público, com destaque para Reino Unido e Japão. O Brasil fica atrás apenas da Argentina na participação majoritária dos gastos privados (principalmente, os gastos diretos das famílias), ainda que a Constituição brasileira prescreva que a saúde é responsabilidade do Estado³.

Na próxima seção, apresentamos e aplicamos uma metodologia para simular o déficit de gastos brasileiro.

4. Déficit de gastos em saúde: simulando quatro cenários

Uma estimativa preliminar do déficit brasileiro de gastos em saúde pode ser calculada a partir da diferença entre o gasto público per capita brasileiro e o gasto público per capita de um país de referência, o que daria uma idéia aproximada do esforço necessário para que o país atingisse o nível de realização de outros países.

(1) Os países de referência - foram desenhados quatro cenários envolvendo três países que apresentaram melhores resultados que os brasileiros nos indicadores de saúde. Os cenários representam dois modelos de sistema de saúde, um de gestão essencialmente pública e o outro misto. Os países escolhidos foram o Japão (o melhor IRQS, sistema basicamente público), Chile (o melhor IRQS da América Latina, sistema misto), Cuba (o segundo melhor IRQS da América Latina, sistema público) e Argentina (o terceiro melhor IRQS da AL, sistema misto).

(2) Cálculo do déficit – é a diferença entre o gasto público per capita PPC dos países considerados e o gasto público per capita PPC brasileiro multiplicado pela população. Esse montante é então convertido em % do PIB. Os dados são os mesmos apresentados na tabela 3 e se referem ao ano de 2008.

Os resultados da simulação são apresentados na tabela 5 abaixo.

TABELA 5 – Simulação do Déficit em Saúde

	Gasto Público per capita (PPP int. \$)	Déficit per capita (PPP int. \$)	Déficit Total (PPP int. \$)	Déficit (% PIB)
Japão	2,268.0			
Brasil	385.0	1,883.0	361.483.276,0	18.7%
Argentina	658.0			

³ Artigo 196 da Constituição.

Brasil	385.0	273.0	52.408.356,0	2.7%
Cuba	473.0			
Brasil	385.0	88.0	16.893.536,0	0.9%
Chile	479.0			
Brasil	385.0	94.0	18.045.368,0	0.9%

Fonte: WHO Statistics Report (2011). Elaboração própria.

Nota-se que o déficit de despesas brasileiro varia entre 0,9% (diferença em relação ao Chile e à Cuba) e 18,7% (diferença em relação ao Japão) do PIB do país. Contudo, este trabalho não autoriza a conclusão simplista de que para se atingir a qualidade obtida pelos países de comparação bastaria aumentar os gastos em determinada proporção, já que vários outros fatores, além do gasto, notadamente sua composição entre prevenção, atenção básica e alta complexidade, e fatores associados à população, como condições de vida, padrões de consumo, hábitos alimentares, são, entre outras, importantes variáveis intervenientes. No entanto, deve servir de alerta para o fato de que dificilmente um sistema de saúde entrega resultados de qualidade com um gasto tão baixo, como atestam os, a despeito de melhores, ainda baixos desempenhos de Chile e Cuba. No caso do Chile, a mortalidade infantil está acima do dobro da taxa japonesa e, no caso de Cuba, a longevidade das mulheres não apenas é sete anos inferior à taxa do Japão como guarda a menor distância em relação à longevidade masculina na série de países.

Referências

WHO (World Health Organization), *WHO Statistics 2010*. Disponível em <<http://www.who.int/whosis/whostat/en/>>. Acesso em 08/10/2011.

WHO (World Health Organization), *WHO Statistics 2011*. Disponível em <<http://www.who.int/whosis/whostat/en/>>. Acesso em 08/10/2011.

Apêndice

Uma rápida ideia da relação entre gasto e qualidade da saúde é dada pela tabela abaixo na qual gastos e indicadores qualitativos se apresentam fortemente, e significativamente, correlacionados.

Resultados da Regressão Linear Simples	Coefficiente de Correlação	P-Valor	DP
OECD, América Latina e Extremo Oriente (Índia e China)			
Gasto Público (%PIB) e Expectativa de Vida	0,49	3,56942E-08	6,79
Gasto Total (%PIB) e Expectativa de Vida	0,40	1,53026E-06	3,02
Gasto Público (%PIB) e Expectativa de Vida Saudável	0,54	2,23166E-09	2,91
Gasto Total (%PIB) e Expectativa de Vida Saudável	0,41	1,09469E-06	3,32
Gasto Público (%PIB) e Taxa de Mortalidade Infantil	0,45	1,72385E-07	2,88

Gasto Total (%PIB) e Taxa de Mortalidade Infantil	0,36	5,74818E-06	7,56
---	------	-------------	------

Todas as correlações foram significativas em um intervalo de confiança de 95% e foram maiores entre a variável de qualidade e o gasto público. Vale lembrar que a taxa de mortalidade apresenta relação logarítmica com o gasto público, isto é, ela aumenta mais do que proporcionalmente à redução do gasto público. O coeficiente da relação logarítmica foi 0,645, superior ao do gasto total que alcançou 0,4. Ou seja, a relação é mais forte com o gasto público.