



Argumentum

E-ISSN: 2176-9575

revistaargumentum@yahoo.com.br

Universidade Federal do Espírito Santo
Brasil

CARRILLO ROA, Alejandra

Situação e financiamento da saúde nos países-membros do Fórum IBAS

Argumentum, vol. 7, núm. 2, julio-diciembre, 2015, pp. 143-160

Universidade Federal do Espírito Santo

Vitória, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475547145012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

ARTIGO

Situação e financiamento da saúde nos países-membros do Fórum IBAS*Health situation and financing in member countries of IBSA Forum***Alejandra CARRILLO ROA¹**

Resumo: Visando contribuir à literatura comparada sobre potências emergentes, e sobre o Fórum Índia, Brasil e África do Sul (IBAS) em particular, este trabalho apresenta perspectivas comparativas sucintas sobre questões centrais dos sistemas de saúde desses países. Tomando por base os objetivos fundamentais dos sistemas de saúde estabelecidos no Relatório Mundial da Saúde 2000 da Organização Mundial de Saúde (OMS), este artigo analisa e compara o estado de saúde das populações, a proteção financeira dos sistemas contra riscos à saúde e o financiamento dos sistemas de saúde. O levantamento de dados foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica subsidiada por diversos indicadores devidamente tabulados e sistematizados. Conclui-se que os países-membros do IBAS têm perfis de saúde bastante diferentes e que suas populações são afetadas, em maior ou menor medida, pelos gastos catastróficos derivados das despesas com saúde. Em termos de financiamento do sistema, os três países apresentaram crescimento no gasto em saúde em valores per capita entre 2002-2012. Contudo, o gasto público foi inferior ao gasto privado em todos eles e a composição deste último mostra três realidades completamente distintas.

Palavras-chave: Índia, Brasil, África do Sul. IBAS. Financiamento da Saúde. Sistemas de Saúde.

Abstract: Aiming to contribute to the literature on emerging powers and the India-Brazil-South Africa Forum (IBSA) in particular, this study provides brief comparative perspectives on key issues on those countries' health systems. Based on the fundamental goals of health systems established in the WHO World Health Report 2000, this article analyzes and compares the health status of populations, the financial protection of the systems against health risks, and the health systems financing. Data collection was conducted through literature review subsidized by several indicators that were systematized. In conclusion, the member countries of IBSA Forum have quite different health profiles and their populations are affected, to some extent, by catastrophic spending resulting from health expenses. In terms of system financing, every country experienced growth in per capita health expenditures between 2002 and 2012. However, public spending was lower than private spending in all of them, and the composition of the latter shows three completely distinct realities.

Keywords: India, Brazil, South Africa. IBSA. Health financing. Health Systems.

Submetido em: 30/10/2014. Revisado em: 9/2/2015. Aceito em: 15/2/2015.

¹ Economista. Mestre em Seguridade Social pela Universidad Central de Venezuela (UCV, Venezuela). Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, Brasil). Consultora Nacional em Economia da Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (OPAS/BRA). E-mail: <acarrilloroa@gmail.com>.

Introdução

O Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul (Fórum IBAS) emerge num cenário de crescente presença política e econômica dos países em desenvolvimento no sistema mundial e redesenho das relações de poder em nível global (SARAIVA, 2005), potencializada pela formação de coalizões entre países emergentes, que juntos podem ter mais peso político ao defender suas posições nas negociações em fóruns de governança global (HIRST; LIMA; VIEIRA, 2012). O estabelecimento formal do Fórum aconteceu em Brasília, em 6 de junho de 2003, com assinatura da Declaração de Brasília que expressava entre seus objetivos promover o diálogo Sul-Sul, a cooperação e a adoção de posições comuns em assuntos de importância internacional, promover o comércio e os investimentos entre as três regiões; reduzir a pobreza e implementar o desenvolvimento social; promover a troca trilateral de informações sobre melhores práticas, tecnologias e habilidades em relações internacionais.

Vários fatores são apontados como facilitadores da aproximação e articulação política entre os países do Fórum IBAS, destacando-se entre eles: credenciais democráticas, capacidade de atuação em escala global, dimensão continental ou geoestratégica, condição de potência média, peso regional, economias emergentes, atuação similar em organismos multilaterais e problemas de desigualdades internas (CAMPBELL, 2009). Contudo, embora seja possível apontar semelhanças entre esses países, o IBAS não é um arranjo entre iguais.

Comparado com outras coalizões, o IBAS é uma iniciativa relativamente recente e de grande atualidade que expressa a tentativa de construir força política para influir na dinâmica do sistema mundial e no ordenamento político-econômico global. Embora exista uma produção científica crescente sobre esse Fórum, analisada por Fernandes (2012), a temática da saúde no IBAS tem sido pouco abordada. A maior parte dos trabalhos que estuda a saúde no IBAS tem como foco a epidemia de HIV/AIDS, sobretudo nas questões referidas às patentes farmacêuticas e aos direitos de propriedade intelectual. Entretanto, desde seu início, o Fórum abordou a questão da saúde como um objeto de cooperação entre os países-membro, uma vez que, apesar de suas diferenças, Índia, Brasil e África do Sul encaram desafios comuns, tanto no que refere à situação de saúde de suas populações, quanto no que concerne ao financiamento dos sistemas de saúde.

Daí a relevância deste estudo que busca contribuir para a literatura comparada sobre potências emergentes, e aos estudos do IBAS em particular, proporcionando perspectivas comparativas sucintas sobre questões centrais e controversas dos sistemas de saúde desses países. Assim os objetivos propostos são:

- Comparar o desempenho geral dos sistemas de saúde do IBAS, em termos do estado de saúde das populações e da proteção financeira dos sistemas contra riscos à saúde.
- Comparar o financiamento da saúde do IBAS, procurando analisar a evolução geral dos gastos com saúde e a estrutura de financiamento da saúde.

Metodologia

Para abordar o desempenho geral dos sistemas de saúde do IBAS, este trabalho tomou por base dois dos três objetivos fundamentais dos sistemas de saúde estabelecidos no Relatório Mundial da Saúde 2000 da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2000). Assim, realizou-se uma comparação da situação de saúde e da proteção financeira contra os gastos catastróficos de saúde dos países-membros do IBAS. Além disso, o financiamento da saúde dos três países também foi comparado, descrevendo a evolução geral dos gastos com saúde e a estrutura de financiamento desses países no período de 2000-2012.

O presente trabalho é ao mesmo tempo descritivo, já que foram coletados e sistematizados dados disponíveis, e exploratório, visto que estes se configuram ainda como preliminares. Neste estudo, a técnica qualitativa da pesquisa bibliográfica foi usada tanto para um levantamento exploratório sobre o Fórum IBAS e sua contextualização histórica quanto para os temas circunscritos pelo recorte do objeto de estudo. A pesquisa bibliográfica foi feita nos bancos de dados MEDLINE/PubMed, LILACS e SCIELO para artigos em inglês e português. Também foram realizadas buscas no Google, no Google Acadêmico e no Google Scholar e se revisaram as bibliografias dos artigos relevantes previamente selecionados. Foram consideradas fontes publicadas em periódicos indexados, livros e relatórios técnicos, usando combinações das seguintes palavras-chave: IBAS; Índia, Brasil e África do Sul; saúde; países emergentes; financiamento em saú-

de; sistema de saúde; gasto em saúde; gasto catastrófico. Esse levantamento possibilitou a seleção de aproximadamente 35 publicações, que foram devidamente fichadas e ordenadas por país e por assuntos afins para facilitar sua análise.

A pesquisa bibliográfica também foi subsidiada com indicadores demográficos, econômicos, sociais e de saúde dos países-membro do IBAS, publicados por organizações multilaterais, tais como o Banco Mundial (BM), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Os dados obtidos dos portais dessas organizações foram devidamente tabulados e sistematizados por meio de tabelas e gráficos que auxiliaram as análises comparativas entre os três países.

Panorama demográfico dos três países

A fim de compreender melhor os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde da Índia, do Brasil e da África do Sul, é oportuno começar com uma breve comparação de indicadores demográficos, econômicos e sociais que cada um desses países apresenta (Tabela 1). Esses três países possuem perfis e tendências demográficas semelhantes, porém existem algumas diferenças significativas que merecem atenção, pois implicam desafios díspares para os sistemas de saúde. Os dados apresentados referem-se, em sua maioria, ao ano de 2012.

Uma primeira diferença importante refere-se à população: a Índia tem uma popu-

lação de mais de 1,2 bilhões de pessoas distribuídas em 2,9 milhões de Km², enquanto a população do Brasil é de 198,7 milhões em 8,5 milhões de Km² e a da África do Sul apenas supera os 50 milhões de pessoas em 1,2 milhões de Km². Dos três países, a Índia se destaca por ter uma população predominantemente rural (68,3%), diferente da África do Sul e do Brasil que possuem populações majoritariamente urbanas, sobretudo no Brasil, onde esse grupo representa 84,9% do total da população.

O Brasil tem a maior economia do grupo, com um Produto Interno Bruto (PIB) de US\$ 2.253 bilhões; a Índia vem a seguir com uma economia cujo PIB representa 82% do brasileiro. A economia sul-africana é muito menor se comparada com a brasileira e a indiana, representando 17,0% e 20,6% do PIB de cada país, respectivamente. Entretanto, esse cenário muda quando se compara o PIB *per capita* dos três países: o indicador brasileiro equivale a oito vezes o indiano; o sul-africano, que tem um valor intermediário, é cinco vezes maior que o indiano e 1,5 vezes menor que o brasileiro. Em termos de comércio internacional, em 2012, a África do Sul e a Índia registraram posições semelhantes, com um total de 59,6% e 54,7% do PIB respectivamente, porém o comércio internacional do Brasil foi de apenas 26,5% do PIB.

Tabela 1 - Indicadores Básicos Demográficos, Económicos e Sociais: Índia, Brasil e África do Sul

	Índia	Brasil	África do Sul
Área geográfica (1)	2.973.190 Km ²	8.459.420 Km ²	1.213.090 Km ²

População (2012) (1)	1,2 Bilhões	198,7 Milhões	52,2 Milhões
População rural sobre população total (2012) (1)	68,3%	15,1%	37,6%
PIB em US\$ (2012) (1)	1.858 Bilhões	2.253 Bilhões	384,3 Bilhões
PIB <i>per capita</i> em US\$ (2012) (1)	1.502	11.340	7.352
Exportações sobre PIB (2012) (1)	23,9%	12,6%	28,3%
Importações sobre PIB (2012) (1)	30,7%	13,9%	31,3%
Comércio internacional total sobre PIB (2012) (1)	54,7%	26,5%	59,6%
Desemprego^a (2012) (1)	3,5%	6,9%	25,0%
Taxa de pobreza^b (2009: Brasil e África do Sul, 2010: Índia) (1)	68,7%	10,8%	31,3%
Coeficiente de Gini (2010: Índia, 2009: Brasil e África do Sul) (1)	0,339	0,547	0,631
IDH (2012) (2)	0,554	0,730	0,629
Ranking do IDH de um total de 187 países (2012) (2)	136	85	121

Fontes: UNDP (2014).BM ([2015]). Elaborada pela autora.

- a) Desemprego: como porcentagem da força de trabalho total.
b) Taxa de pobreza: percentual da população que vive com menos de US \$ 2,0 por dia aos preços internacionais de 2005.

Os três países também possuem importantes disparidades em termos sociais. Uma quarta parte da força de trabalho sul-

africana não tem emprego; a Índia apresenta uma situação que pode ser considerada de pleno emprego (3,5%); e o Brasil encontra-se em uma posição intermediária, com 6,9% da força de trabalho em desemprego². Entretanto, apesar de ter quase a totalidade da força de trabalho empregada, a Índia possui mais da metade de sua população em situação de pobreza; na África do Sul a pobreza afeta quase um terço da população, enquanto que no Brasil essa situação melhorou na última década e atinge a pouco mais de 10% da população (Tabela 1).

Em termos de distribuição de renda, África do Sul e Brasil mostram grandes desigualdades, com coeficientes de Gini de 0,631 e 0,547, respectivamente. Na Índia essa desigualdade é menor (Coeficiente de Gini 0,334), porém o país apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) muito baixo (0,554), colocando a Índia no pior lugar do ranking (136° de 187 países) se comparada aos outros dois países; a África do Sul também tem baixo Índice de Desenvolvimento Humano (0,629) e se localiza na 121° posição; já o Brasil ocupa um lugar melhor no ranking (85° de 187 países).

Desempenho geral do sistema de saúde: estado de saúde e proteção financeira contra riscos à saúde

Segundo a OMS, os sistemas de saúde devem cumprir três objetivos fundamentais: 1) melhorar a saúde da população que

serve; 2) responder às expectativas das pessoas; e 3) prover proteção financeira contra os custos de saúde (WHO, 2000, p. 8). Com base nos objetivos 1 e 3, esta seção apresenta uma comparação do desempenho geral dos sistemas de saúde do IBAS.

Estado de saúde

Em termos gerais, as pessoas no Brasil vivem mais tempo e são mais saudáveis do que as pessoas na Índia e na África do Sul. Segundo as estatísticas do BM e da OMS, em 2012, homens e mulheres viviam mais no Brasil do que na Índia e na África do Sul. Porém, a disparidade na expectativa de vida entre os três países é maior para as mulheres do que para os homens. Comparando o Brasil e a África do Sul, a diferença na expectativa de vida das mulheres é de 24 anos. Essas disparidades se devem em parte à maior taxa de mortalidade materna da África do Sul que supera em cinco vezes a do Brasil. As mulheres na Índia também enfrentam uma taxa de mortalidade materna muito alta, mais que o triplo daquela do Brasil (Tabela 2).

Além disso, os indianos e sul-africanos apresentam taxas de mortalidade na infância significativamente maiores que a dos brasileiros. Segundo dados da OMS, em 2006, estimou-se que 27,6% das crianças na Índia nasceram com baixo peso ao nascer, enquanto no Brasil esse índice é de 8,2%. Em 2011, 61 em cada mil crianças nascidas na Índia morreram antes de seu quinto aniversário, ao mesmo tempo que, na África do Sul, esse indicador era de 47, e no Brasil era de 16 em cada 1.000 crianças.

² Vale mencionar que, no terceiro trimestre de 2014, a taxa de desemprego no Brasil era de 6,8%, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Tabela 2 - Indicadores Básicos de Saúde: Índia, Brasil e África do Sul

	Índia	Brasil	África do Sul
Expectativa de vida (anos) – ambos sexos (2011)	65,5	73,4	52,6
Expectativa de vida (anos) – mulheres (2011)	67	77	53
Expectativa de vida (anos) – homens (2011)	64	70	52
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos* (2011)	61	16	47
Taxa de mortalidade de adultos** – mulheres (2011)	247	202	474
Taxa de mortalidade de adultos** – homens (2011)	159	100	407
Taxa de mortalidade materna (2010)***	200	56	300
Porcentagem de recém-nascidos com baixo peso ao nascer**** - (2006: Índia e Brasil)	27,6	8,2	n.d.
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos/por 1000 NV (ambos sexos) (2011)	61	16	47

Fontes: WHO ([2015]). Elaborada pela autora.
 *por 1.000 nascidos vivos (ambos os sexos).
 ** probabilidade de morrer entre os 15 e 60 anos, por 1.000 habitantes.
 ***por 100.000 nascidos vivos.
 **** Baixo peso ao nascer: menos de 2.500 gramas no nascimento) n.d: Não Disponível

Além da expectativa de vida e da mortalidade, existem diferenças significativas entre os três países em outros importantes indicadores de saúde. A Figura 1 sintetiza a composição da mortalidade categorizada por causa dos três países em 2008 e a Tabela 3 adiciona, além das taxas de mortalidade por causa, outros indicadores

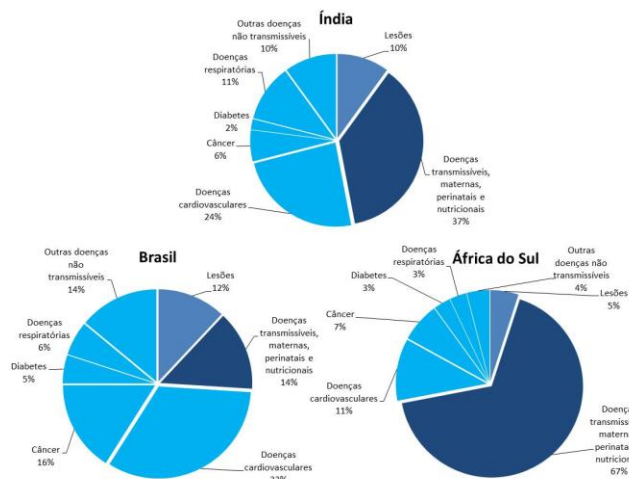
relevantes sobre algumas doenças infecciosas.

Índia, Brasil e África do Sul apresentam três imagens completamente diferentes sobre a composição da mortalidade. Em 2008, na África do Sul, as doenças transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais foram responsáveis por 67% de todas as mortes. A taxa de mortalidade por doenças transmissíveis da África do Sul (983 por cem mil hab.) foi dez vezes a do Brasil (97 por cem mil hab.) e quase triplicou a da Índia (393 por cem mil hab.). Vários autores (CHOPRA *et al.*, 2009, p. 1023; COOVADIA *et al.*, 2009, p. 817) argumentam que, como resultado de uma transição de saúde prolongada e polarizada, o perfil de saúde da África do Sul é caracterizado pela confluência de epidemias simultâneas, na qual, por um lado, persistem e predominam doenças relacionadas à pobreza tais como doenças infecciosas, desnutrição, alta mortalidade materna e infantil e, por outro, há um aumento das doenças não transmissíveis. Com exceção do uso de tabaco, os dados da África do Sul mostram que o padrão de doenças não transmissíveis deteriorou-se consideravelmente nas duas décadas mais recentes (MAYOSI *et al.*, 2012, p. 2034).

Esta confluência de várias epidemias mostra também a interseção de várias transições (saúde, demográficas e epidemiológicas) que precisam ser entendidas no contexto de transformação do país. A África do Sul foi substancialmente moldada por seu passado colonial e pelo regime do *Apartheid*, que dividiram a sociedade por raça, classe e sexo, de tal forma que vários dos problemas atuais de inequidade de

g nero e violência, relacionados à sexualidade e   família, têm raízes históricas. Com o fim do *Apartheid*, surgiram numerosas demandas e desafios em termos de redistribuição de riqueza e de superação de problemas socioeco-n micos que, apesar do modesto crescimento econ mico registrado, persistiram ou se agravaram, como no caso da desigualdade de renda que cresceu e continua a ser uma das maiores do mundo (CHOPRA *et al.*, 2009, p. 1023-24). A esse contexto socioecon mico do período *post-Apartheid* devem ser acrescentadas falhas na governança do sistema de saúde que retardaram o progresso no combate à herança histórica e contrib iram para os problemas de saúde que enfrenta a África do Sul na atualidade (COOVADIA *et al.*, 2009).

Figura 1 - Composição da Mortalidade 2008 (% do total de mortes): Índia, Brasil e África do Sul



Fonte: WHO (2013) . WHO ([2015]). Elaborada pela autora.

No Brasil, ao contrário da África do Sul, predominam as doenças não transmissíveis que, em 2008, representaram 74% de todas as mortes. Um terço dos brasileiros morreu devido a doenças cardio-

vasculares, que figuram como a principal causa de morte no país, seguidas pelo câncer (16%) e lesões (12%), particularmente homicídios e acidentes de trânsito (PAIM *et al.*, 2011, p. 43). A  ndia, por outro lado, apresenta uma situação intermediária em termos de composição de mortalidade se comparada com o Brasil e a África do Sul. Em 2008, as doenças transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais foram responsáveis por 37% de todas as mortes no país. Apesar de a carga de doenças infecciosas ter diminuido como consequência do progresso socioecon mico geral do país e do crescente uso de vacinas e agentes antimicrobianos nas décadas passadas, a  ndia não conseguiu controlar muitas doenças infecciosas persistentes, novas e reemergentes, que afetam uma parcela significativa da população. Segundo Jonh *et al.* (2011), a causa dessa deficiência é o sistema de saúde que está focado no uso de tecnologias avançadas para a assistência médica da elite da população urbana, mas que carece de uma infraestrutura adequada de saúde pública, essencial para a prevenção de doenças em todas as comunidades (JOHN *et al.*, 2011, p. 252). Por outro lado, as doenças não transmissíveis causaram 53% do total de mortes na  ndia em 2008, sendo as doenças cardiovasculares (24%) e respiratórias (11%) as mais letais.

Embora o Brasil mostre as maiores proporções de mortes devido a doenças não transmissíveis, com exceção do câncer,  ndia e África do Sul possuem taxas de mortalidade superiores ao Brasil. Particularmente a  ndia tem as maiores taxas de mortalidade devido a doenças cr nicas respiratórias, doenças cardio-vasculares e

diabetes entre os três países, porém registra menores taxas de câncer que o Brasil e a África do Sul. Quanto às doenças transmissíveis específicas, a África do Sul tem a maior taxa de mortalidade devido ao HIV/AIDS e a Índia tem as maiores taxas de mortalidade devido à malária e à tuberculose (Tabela 3).

Tabela 3 - Mortalidade por Causas Gerais e Específicas e outros Indicadores Relevantes de Saúde: Índia, Brasil e África do Sul

		Índia	Bra- sil	Áfri- ca do Sul
Taxa de mortalidade por causa* (2008)	Doenças transmissíveis	363	97	983
	Doenças não transmissíveis	685	534	635
	Lesões	99	76	72
Taxa de mortalidade por causa específica*	HIV/AIDS (2011)	n.d.	7,62	535
	Tuberculose (2010)	2,4	0,1	0,2
	Malária (2011)	24	2,9	49
	Câncer – homens (2008)	78,8	136,3	207,2
	Câncer - mulheres (2008)	71,8	94,7	123,9
	Doenças cardiovasculares e diabetes - homens (2008)	386,3	304,2	327,9
	Doenças cardiovasculares e diabetes - mulheres (2008)	283,0	226,4	315,2
	Doenças	178,4	53,6	86,6

respiratórias crônicas - homens (2008)				
Doenças respiratórias crônicas -mulheres (2008)	125,5	32,4	44,5	
Prevalência de tuberculose (2011)*	249	46	768	
Incidência de malária (2011)*	1.973	221	35	
Número de pessoas vivendo com HIV (2011: África do Sul e Brasil; 2009: Índia)**	2,4	0,49	5,6	

*por 100.000 habitantes. **em milhões n.d.: Não Disponível

Fontes: WHO (2013). UNAIDS (2013). Elaborada pela autora.

Quanto à prevalência de doenças específicas, a África do Sul continua sendo o país do mundo com o maior número de pessoas que vive com HIV (5,6 milhões em 2011) e, entre os países do Fórum IBAS, apresentou a maior prevalência de tuberculose em 2011, apesar das mudanças introduzidas pelo governo desde 2009 para responder às epidemias interligadas ao HIV e à tuberculose (MAYOSI *et al.*, 2012). Segundo estatísticas da UNAIDS, a Índia foi o terceiro país do mundo com o maior número de pessoas que vivem com HIV (2,4 milhões em 2009). Nesse sentido, cabe assinalar que dentro dos programas verticais de saúde implementados pelo governo indiano, o Programa Nacional para o Controle da AIDS é o mais visível no país, devido aos temores de uma possível rápida expansão da epidemia (JONH *et al.*, 2011, p. 257). O caso do Brasil, na liderança e controle do HIV/AIDS, pelo contrário, é tomado como um exemplo a seguir (BENATAR, 2004, p. 90).

Proteção contra riscos financeiros

A OMS afirma que um dos objetivos mais importantes dos sistemas de saúde é reduzir e distribuir os riscos financeiros em toda a sociedade (WHO, 2000). Sistemas de saúde com um elevado componente de desembolsos diretos implicam que as famílias estejam expostas ao risco não previsto de ter de realizar elevados gastos para cuidar da saúde de seus membros. Essas despesas imprevistas com serviços de saúde podem representar parte significativa do orçamento de uma família, que em alguns casos, pode se endividar ou empobrecer devido a esses gastos. Em outras palavras, sem proteção contra riscos financeiros, o gasto em saúde pode se tornar em gasto catastrófico para as famílias.

Na Índia, existem evidências de que o sistema de saúde oferece pouca proteção contra o risco financeiro. Estudo realizado no estado de Kerala mostra que a relação de despesa com saúde e renda *per capita* anual apresenta uma distribuição muito desigual entre os grupos sociais. No segmento mais rico da população, essa relação passou de 2,18% em 1987 para 2,44% em 1996, enquanto no segmento mais pobre, a proporção passou de 7,18% para 39,63% no mesmo período. Esse é o principal fator que contribui ao endividamento e empobrecimento das famílias nas classes sociais mais baixas (KUNHIKANNAN; ARAVINDAN, 2000, p. 36). Cerca de 40% dos pacientes indianos que foram hospitalizados em 1995-1996 contraíram dívidas para pagar as despesas médicas e quase um quarto caiu em pobreza como resultado dos custos médicos (PETERS *et al.*, 2002). O estudo de Chowdhury (2014)

demonstrou que cerca de 6% da população urbana da Índia foi empobrecida devido a despesas médicas de desembolso direto (*out of pocket*). Apesar da considerável variação interestatal na incidência desse tipo de carga, com exceção de um estado, todos os outros exibiram um aumento no grau de empobrecimento devido à despesa com saúde entre 1995-96 e 2004 (CHOWDHURY, 2014, p. 15). Como explica Sengupta (2013), as despesas em saúde de desembolso direto continuam a contribuir para a pobreza generalizada na Índia. Na tentativa de proteger os pacientes de despesas de saúde “catastróficas”, foram lançados esquemas de seguro de saúde com financiamento público. Porém, esses esquemas cobrem exclusivamente os tratamentos hospitalares nos níveis de atenção secundária e terciária, deixando de fora a maioria das doenças infecciosas e crônicas. Como resultado, esses esquemas acabam distorcendo um sistema de saúde público já fragilizado, pois negligencia a atenção básica e dá prioridade aos prestadores privados (SENGUPTA, 2013, p. 2).

No Brasil existe ampla literatura que analisa os gastos das famílias com saúde. Por exemplo, segundo estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, estimava-se que a maior parte das despesas em saúde era empenhada na compra de medicamentos e no pagamento de planos de saúde. A maior parcela desse gasto era efetuada pelas famílias cujos membros pertencem ao grupo dos 30% mais ricos da população. A ausência do gasto em saúde entre os mais pobres, argumentam Silveira, Osório e Piola (2002), é em parte explicada pela

existência de um sistema de acesso universal, o Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo esses autores, as despesas com saúde, quando existentes, tinham um impacto muito maior sobre os rendimentos das famílias mais pobres (SILVEIRA; OSÓRIO; PIOLA, 2002, p. 727-728). Esse caráter regressivo do gasto em saúde foi confirmado por pesquisas mais recentes. Baseados na mesma fonte de informação (PNAD/1998), Andrade, Noronha e Oliveira (2006) mostram que os gastos com remédios e os gastos odontológicos nas famílias mais pobres representavam em média 23% e 21% do orçamento familiar, contra 3% e 4% para as famílias mais ricas, respectivamente. Esses resultados indicam que as famílias mais pobres têm maiores dificuldades de fazer o provimento privado de assistência à saúde, sendo tal realização tipicamente própria de estratos econômicos mais favorecidos (ANDRADE; NORONHA; OLIVEIRA, 2006, p. 496). Silva e Viana (2011) mostram, a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (POF/2008-2009) (IBGE, 2010), que as despesas com a assistência à saúde aumentaram entre 2002-2003 e 2008-2009, passando de 6,5% para 7,2% do total de gastos das famílias, principalmente na compra de medicamentos (extratos de menor renda) e planos de saúde (extratos de maior renda) (SILVA; VIANA, 2011, p. 199).

Alguns estudos discutem o caráter catastrófico dos gastos em saúde, apresentando estimativas variadas. Segundo um estudo de Xu *et al.* (2003, p. 113), que analisou a partir da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV) os gastos

catastróficos em 59 países, 10,3% das famílias estariam incorrendo em gasto catastrófico no Brasil em 1996. Por outro lado, Diniz *et al.* (2007) replicaram a metodologia usada por Xu *et al.* (2003) a partir da POF 2002-2003 e estimaram que entre 0,6% e 6% das famílias brasileiras teriam incorrido em gastos catastróficos em 2003 (DINIZ *et al.*, 2007, p. 162). Os resultados do estudo de Barros, Bastos e Damaso (2011) são semelhantes, mostrando que o gasto catastrófico em saúde, variou de 4,4% entre os mais pobres a 0,6%, entre o 20% mais rico (BARROS; BASTOS; DAMASO, 2011, p. s256). Por outro lado, Bós e Waters (2008) avaliaram a eficácia do sistema de saúde público brasileiro e de seguros privados na prestação de proteção financeira no Brasil. Os resultados da pesquisa mostraram que o sistema público proporciona uma redução significativa (47%) na probabilidade de uma família contrair despesas de saúde catastróficas, enquanto que tais gastos são mais prováveis de acontecer com a proteção dos seguros privados (36%) (BÓS; WATERS, 2008, p. 135-136).

Apesar de sua relevância, a proteção contra os riscos financeiros tem sido pouco estudada na África do Sul. O estudo de Xu *et al.* (2003, p. 113) estimou que, em 1995, 3% das famílias sul-africanas estariam incorrendo em gasto catastrófico. Dado o grande contingente de famílias afetadas pela epidemia de HIV/AIDS no país, a situação de risco financeiro devido às despesas com saúde torna-se mais desafiante. Isso é demonstrado no trabalho de Jacobs (2006), que investigou sobre os gastos catastróficos de saúde e o empobrecimento de famílias afetadas pelo HIV/AIDS

no *Free State*, na África do Sul. Segundo os resultados dessa análise, em geral, as famílias afetadas pelo HIV/AIDS são mais vulneráveis às despesas de saúde catastróficas e têm maior probabilidade de empobrecer, tornando a armadilha da 'pobreza médica' uma realidade.

Financiamento da saúde

O financiamento se refere aos mecanismos pelos quais os recursos são mobilizados para financiar atividades do setor de saúde. Com exceção da ajuda externa que, segundo dados da OMS, para o ano de 2011, constituíram cerca de 2,1% das despesas totais de saúde na África do Sul, 1,0% na Índia e 0,7% no Brasil, todo o dinheiro é arrecadado internamente, por meio de diferentes tipos de mecanismos de financiamento, diretos ou indiretos, públicos ou privados.

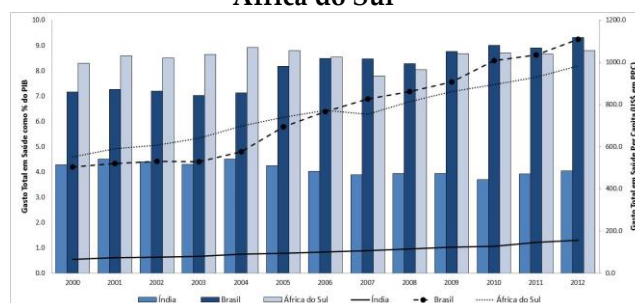
Gastos com saúde

No período de 2002 a 2012, os três países do Fórum IBAS apresentaram crescimento no gasto total em saúde em valores *per capita*. Na Índia e no Brasil, o valor do gasto *per capita* mais do que duplicou, registrando um aumento de 138% e 127% respectivamente. Na África do Sul o gasto *per capita* em saúde teve o menor incremento entre os três países do Fórum com um aumento de 78,1% (Figura 1).

No Brasil o gasto com saúde como proporção do PIB passou de 7,2% para 9,1% entre 2000 e 2012, valores semelhantes aos da África do Sul, cujo gasto em saúde aumentou de 8,3% para 8,8% do PIB no mesmo período. No entanto, na Índia, a

proporção do PIB gasto com saúde é muito inferior, e passou de 4,3% para 4,0% do PIB entre 2000 e 2012 (Figura 2). Traduzido em termos *per capita*, em 2012, os brasileiros gastaram uma média de 1.109 dólares e os sul-africanos 985 dólares, valores significativamente mais elevados se comparados com as despesas dos indianos que registraram uma média *per capita* de 157 dólares.

Figura 2. Gasto Total em Saúde como proporção do PIB e em valores *Per Capita*: Índia, Brasil e África do Sul



Fonte: WHO ([2015]). Elaborada pela autora.

Savedoff (2007) explica que gastos semelhantes com saúde não necessariamente produzem o mesmo estado de saúde em diferentes países, pois fatores como o perfil epidemiológico podem ser substancialmente diferentes entre eles. Piola (2013, p. 194) também assinala que maiores níveis de gasto não implicam necessariamente serviços de melhor qualidade, mais eficientes e equitativos. Segundo o autor, os modelos de financiamento e de organização dos sistemas de saúde exercem grande influência nos resultados em saúde. No caso do IBAS, observa-se que, embora o Brasil e a África do Sul tenham níveis semelhantes de gastos com saúde, indicadores básicos como os da mortalidade infantil e da mortalidade materna apresentam grandes disparidades entre os dois países, os quais podem estar relacio-

nados com as variáveis resgatadas na literatura.

Estruturas de financiamento: mix público-privado

Em termos gerais, o financiamento dos serviços de saúde na maioria dos países é compartilhado entre fontes públicas e privadas, variando o predomínio de uma e

outra forma de financiamento na composição do gasto. O financiamento privado é realizado mediante desembolsos diretos (*out of pockets*) ou por meio do pré-pagamento de planos e seguros privados de saúde.

Tabela 4. Gasto em Saúde como proporção do PIB e repartição do Gasto (%) Público e Privado em Saúde em 2000 e 2012: Índia, Brasil e África do Sul

	% do PIB				% Gasto Total em Saúde					
	Total		Público		Privado		Público		Privado	
	2000	2012	2000	2012	2000	2012	2000	2012	2000	2012
Índia	4,3	4,0	1,1	1,3	3,2	2,7	26,0	33,1	74,0	66,9
Brasil	7,2	9,3	2,9	4,3	4,3	5,0	40,3	46,4	59,7	53,6
África do Sul	8,3	8,8	3,4	4,2	4,9	4,6	41,3	47,9	58,7	52,1

Fonte: WHO ([2015]). Elaborada pela autora.

No caso do Fórum IBAS, o gasto privado supera o gasto público em todos os países-membros. Segundo dados da OMS, em 2012, a Índia apresentou a maior proporção de gasto privado na composição do gasto total em saúde (66,9%) entre os três países participantes do Fórum, o que é condicente com o modelo de sistema médico-hospitalar fundamentalmente privado desse país. O Brasil, apesar de ter por mandato constitucional um sistema público de saúde de acesso universal, apresenta a segunda maior proporção de gasto privado entre os países-membros do IBAS

(53,6%), seguido pela África do Sul (52,1%), cujo sistema de saúde está passando por um processo de reforma para implementar o *National Health Insurance* que, entre outros aspectos, busca ampliar o acesso da população à saúde (Tabela 4).

Ao analisar o gasto em saúde como proporção do PIB, a ordem entre os três países muda. Os dados da OMS mostram que, em 2012, o Brasil encabeçou a lista com um gasto privado em saúde de 5,0% do PIB, enquanto o gasto privado indiano foi de pouco mais da metade do brasileiro (2,7% do PIB), e a África do Sul teve um gasto privado de 4,6% do PIB (Tabela 4).

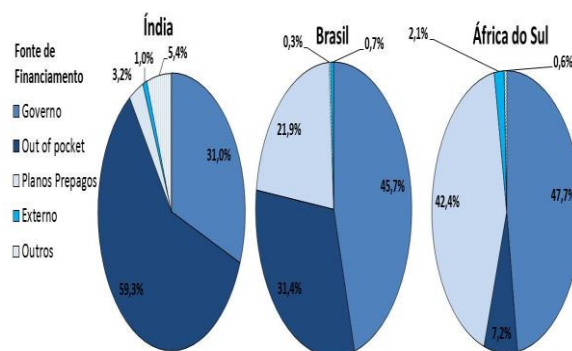
Além de observar o posicionamento dos países em termos da composição do gasto em saúde em um determinado momento, também é relevante comparar as tendências do mix público-privado no financiamento da saúde, para entender qual vem ganhando ou perdendo predomínio ao longo dos anos. No período 2000-2012, o financiamento público cresceu nos três países do Fórum IBAS. Segundo dados da OMS, a Índia registrou o maior aumento na participação pública do gasto total com saúde, com um crescimento de 7,1 pontos percentuais; enquanto o Brasil teve o menor crescimento entre os três países (6,1 pontos percentuais). Em termos de tendência, considerando a evolução da participação do gasto público entre 2000 e 2012, poderia se afirmar que há uma propensão para a diminuição da participação dos recursos de fontes privadas nos gastos com saúde e aumento da participação dos recursos públicos. Não obstante, apesar desse crescimento na participação pública no financiamento da saúde, ainda a maior

parte dos recursos provêm de fontes privadas nos três países.

Em termos de composição do gasto em saúde como proporção do PIB, observa-se a mesma tendência: todos os países do Fórum registraram aumento do gasto público no período 2000-2012. O Brasil teve o maior crescimento do gasto público em saúde como proporção do PIB (1,4 pontos percentuais), enquanto a Índia registrou o menor crescimento entre os três países do Fórum (0,2 pontos percentuais). Cabe assinalar que nos países do IBAS, a exceção do Brasil, houve decréscimo no gasto privado em saúde como proporção do PIB no período 2000-2012 (-0,5 pontos percentuais na Índia e -0,3 pontos percentuais na África do Sul). O gasto privado em saúde como proporção do PIB no Brasil aumentou 0,7 pontos percentuais, passando de 4,3% do PIB em 2000 para 5,0% do PIB em 2012, reforçando o paradoxo do sistema “público” brasileiro (Tabela 4).

Apesar das tendências relativamente semelhantes entre os três países do IBAS, ao analisar mais a fundo a estrutura de financiamento em saúde, particularmente a composição do gasto privado, observam-se três realidades completamente diferentes. A Figura 3 mostra que, em 2011, a proporção total de gastos em saúde paga pelo governo foi semelhante no Brasil (45,7%) e na África do Sul (47,7%), e menor na Índia (31,0%), evidenciando que o gasto público é inferior ao gasto privado nos três países.

Figura 3. Estrutura do Financiamento da Saúde em 2011: Índia, Brasil e África do Sul



Fonte: WHO ([2015]). Elaborada pela autora.

Os dados da OMS mostram que, em 2011, o desembolso direto (*out of pocket*) respondeu por 59,3% do total de gastos em saúde na Índia, sendo esta a forma de financiamento predominante daquele país, enquanto o gasto mediado por pré-pagamento de seguros e planos privados representou apenas 3,2% do total de gastos em saúde. No mesmo ano, a África do Sul apresentou uma situação completamente oposta, pois o desembolso direto correspondeu a 7,2% do total de gastos em saúde, enquanto o maior predomínio de fontes privadas esteve no gasto com seguros e planos privados que representou 42,4% das despesas totais de saúde. O Brasil mostrou uma posição intermediária, o desembolso direto respondeu por uma parcela de 31,4% do total de gasto com saúde, enquanto o gasto com seguros e planos pré-pagos ascendeu a 21,9% das despesas totais com saúde. Cabe assinalar ainda que as fontes externas (ajuda externa, doações) representaram uma pequena parcela na estrutura de financiamento da saúde nos três países, variando entre 2,1% e 0,7% do total das despesas com saúde na África do Sul e no Brasil, respectivamente.

Ao contrário de outras despesas de consumo, os gastos com saúde são em grande parte imprevisíveis, tanto em termos de duração como de quantidade, e, portanto, os riscos financeiros podem ser muito elevados. Como foi mostrado antes, os desembolsos diretos não se referem somente à população que possui maiores níveis de renda, pelo contrário, afetam também às populações pobres e doentes, significando um pesado encargo financeiro que muitas vezes leva a falência ao paciente e sua família. Por outro lado, planos privados e seguros organizados sob a forma de *pooling* podem minimizar esses riscos, que são divididos entre todos os usuários desse tipo de serviços.

Entre os três países do Fórum IBAS, a Índia se destaca pelo elevado financiamento em saúde proveniente de desembolso direto. Apesar das projeções de que a Índia tinha um grande potencial de mercado para os seguros e planos de saúde privados (SEKHRI e SAVEDOFF, 2005), observa-se que estes constituem ainda uma pequena fração do total das fontes de financiamento. Cabe assinalar que, desde 2008, na Índia foi lançado o Seguro Nacional de Saúde que é um programa gerido pelo governo para famílias que se encontram abaixo da linha da pobreza, e que fornece um seguro para internação tanto em hospitais públicos como privados. O Programa já foi implementado em 29 estados da Índia e oferece cobertura a um total de 37 milhões de famílias³ (RASHTRIYA, 2014).

Na África do Sul predominam os planos privados e seguros de saúde, porém existe

uma alta fragmentação nesses mercados que abrigam mais de 120 planos de saúde, cobrindo diferentes *pools* da população (ATAGUBA; AKAZILI, 2010). Assim, o sistema de saúde sul-africano está em processo de reforma, implementando o Seguro Nacional de Saúde (NHI) cujo fundo estará constituído por recursos provenientes da receita tributária geral e uma contribuição obrigatória, o seguro de saúde. A receita fiscal geral será o mecanismo de financiamento de base, enquanto a contribuição obrigatória é uma espécie de imposto sobre os salários dos empregados no setor formal, compartilhado entre empregadores e empregados. O NHI não exclui a existência de planos de saúde privados. No entanto, a inscrição nesses regimes é opcional para aqueles que desejam obter cuidados de saúde suplementar, mas deve ser pago para além da contribuição obrigatória do NHI (ATAGUBA e AKAZILI, 2010).

Conclusão

Os países-membros do Fórum IBAS apresentam perfis de saúde bastante diferenciados. África do Sul e Índia têm as piores situações de saúde entre os três países, causadas principalmente devido a doenças transmissíveis no país africano e a uma mistura de doenças transmissíveis e não transmissíveis no país asiático. O Brasil, por sua vez principalmente afetado por doenças não transmissíveis, exhibe o perfil de saúde mais favorável entre os países-membros do IBAS.

As populações dos três países são afetadas, em maior ou menor medida, pelos gastos catastróficos derivados das despesas com

³ Esses dados correspondem ao mês de abril de 2014.

saúde. A falta de acesso a cuidados preventivos, o uso induzido descontrolado de medicamentos, a gravidade e cronicidade das doenças, são parte dos fatores que exacerbam a carga dos gastos em saúde, perturbando o bem-estar familiar.

Apesar de o crescimento registrado no gasto público durante o período analisado, o financiamento da saúde nos países-membros do IBAS ainda é predominantemente privado, porém com estruturas bastante distintas para cada país. Na Índia, o desembolso direto é a principal fonte de financiamento do sistema, enquanto na África do Sul o maior componente do gasto privado são os planos e seguros de saúde. Por fim, o Brasil apresenta uma situação intermediária, com uma combinação mais equilibrada de desembolso direto e planos privados e seguros de saúde.

O IBAS é composto por um grupo de países muito heterogêneo, unidos por um crescimento econômico elevado e por aspirações políticas e sociais comuns, entre as quais se encontra a melhoria da saúde de suas populações. Transformar os ganhos econômicos em ganhos em saúde continua sendo o grande desafio a ser superado.

Referências

ANDRADE, M. V.; NORONHA, K.; OLIVEIRA, T. B. Determinantes dos gastos das famílias com saúde no Brasil. **Revista Economia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 485–508, set./dez. 2006.

ATAGUBA, J. E.; AKAZILI, J. Health care financing in South Africa: moving towards universal coverage. **Continuing Medical Education**, v. 28, n. 2, p. 74-78, Fev. 2010.

BARROS, A. J. D.; BASTOS, J. L.; DAMASO, A. H. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. s254-s262, 2011. Suplemento 2.

BENATAR, S. R. Health care reform and the crisis of HIV and AIDS in South Africa. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 351, p. 81-9 2, Jul. 2004.

BÓS, A. M.; WATERS, H. R. The financial protection impact of the public health system and private insurance in Brazil. **Cepal Review**, Santiago, n. 95, p. 125-139, Ago. 2008.

BM. Countries and economies. [2015]. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/country>>. Acesso em: 13 jan. 2015. (referente tabela 1)

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro, 2010.

CAMPBELL, Z. Draft % do not Quote IB-SA: overview and perspectives. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICA EXTERNA E POLÍTICA INTERNACIONAL “O Brasil no mundo que vem aí”, 3., 2008, Brasília. **Textos acadêmicos**. Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 2008. Dis-

ponível em:

<<http://www.funag.gov.br/biblioteca/dmdocuments/0533.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

CHOPRA, M. *et al.* Achieving the health Millennium Development Goals for South Africa: challenges and priorities. **The Lancet**, Nova York, v. 374, p.1023-1031, 25 Ago. 2009.

CHOWDHURY, S. **Public retreat, private expenses and penury**: a study of illness induced impoverishment in urban India. [2014CHOW]. Disponível em: <http://www.gdn.int/admin/uploads/editor/files/2012Conf_Papers/2_3_Samik%20Chowdhury_Paper_T2.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

COOVADIA, H. The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges. **The Lancet**, v. 374, p. 817-834, Ago. 2009.

DINIZ, B.; SERVO, L. M.; PIOLA, S. F.; EIRADO, M. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: SILVEIRA, F.G. *et al.* (Orgs.). **O gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: IPEA, 2007. v. 2, p. 143-166. Disponível em: <http://www.fea.usp.br/feaecon//gastosem saude/arquivos/Gasto_das_Familias%20com_Saude.pdf> Acesso em: 18 ago. 2014.

FERNANDES, E. B. O Fórum de Diálogo IBAS sob uma perspectiva teórico-conceitual. **Século XXI**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 117-138, jul./dez. 2012.

HIRST, M.; LIMA, M. R. S.; VIEIRA, M. A. Os desafios internacionais e domésticos da cooperação Sul-Sul. In: **Vozes do Sul e agenda global: África do Sul, Brasil e Índia**. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 9-26.

JACOBS, N. **Catastrophic and impoverishing health care expenditure in households affected by HIV/AIDS**. Free State: University of the Western Cape, 2006.

JONH, J. T. *et al.* India: Towards universal health coverage 1. Continuing challenge of infectious diseases in India. **The Lancet**, Nova York, v. 377, p. 252-268, Jan. 2011.

KUNHIKANNAN, T. P.; ARAVINDAN, K. P. Changes in the health status of Kerala: 1987–1997. **Discussion Paper**, n. 20, p. 26–36, 2000. Thiruvananthapuram: Centre for Development Studies. Disponível em: <<http://www.cds.ac.in/krpcds/kunhikannan.pdf>> Acesso em: 21 jul. 2014.

MAYOSI, B. M. *et al.* Health in South Africa: changes and challenges since 2009. **The Lancet**, Nova York, v. 380, p. 2029-2043, Dez. 2012.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: VICTORA, C. (Orgs.). **Saúde no Brasil 1**. **The Lancet**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 37-69.

PETERS, D.H. *et al.* **Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis, and Options**. Washington, DC: World Bank, 2002.

PIOLA, S.F. Financiamento da saúde em países selecionados da América Latina. In: RODRIGUES, V. A. (org.). **Observatório internacional de capacidades humanas, desenvolvimento e políticas públicas: Estudos e Análises 1**. Brasília: UnB/ObservaRH/Nesp, 2013. p.193-211.

RASHTRIYA SWATHYA BIMA YOJANA. **Enrollment of beneficiaries**. Overview, [30 abr. 2014]. Disponível em: <<http://www.rsby.gov.in/overview.aspx>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

SARAIWA, J. F. O Brasil e o Conselho de Segurança das Nações Unidas. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, v. 56, p. 11-14, mar. 2005.

SAVEDOFF, W. D. What Should a Country Spend on Health Care?. **Health Affairs**, v. 26, n. 4, p. 962-970, Jul./Ago. 2007.

SENGUPTA, A. Universal health care in India: making it public, making it a reality. **Occasional Paper**, n. 19, 23 p., Mai. 2013. Disponível em: <http://www.municipalservicesproject.org/sites/municipalservicesproject.org/files/publications/Sengupta_Universal_Health_Care_in_India_Making_it_Public_May2013.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2014.

SEKHRI, N; SAVEDOFF, W. Private Health Insurance: Implications for Developing Countries. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 83, n. 2, p. 127-138, Fev. 2005.

SILVA, H.P.; VIANA, A.L.D. O financiamento do sistema de saúde no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para sua racionalização. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. M.; SEIXAS, P. H. (Orgs.). **Política e gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 179-203, 2011.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S.F. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 719-731, 2002.

UNAIDS. **AIDSinfo**. 2013. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

UNDP. Human Development Reports. **International Human Development Indicators**. Geneva, 2014. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/countries>>. Acesso em: data. 19 jul. 2014.

WHO. World health statistics: 2013. Geneva, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2015.

WHO. **The World Health Report 2000 — Health Systems: improving performance**. Geneva: World Health Organization, 2000. 206 p.

WHO. Global Health Observatory Data Repository. **Browse data tables by country**. [2015]. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.country>>. Acesso em: 13 jan. 2015

XU, K. *et al.* Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. **The Lancet**, v. 362, p. 111-116, Jul. 2003.

Agradeço a Sérgio Gaudêncio, quem realizou a revisão ortográfica e gramatical final do texto.