

# A SAÚDE BRASILEIRA E SUAS IMPLICAÇÕES ECONÔMICAS: UMA BREVE REFLEXÃO

## BRAZILIAN HEALTH SYSTEM AND YOURS ECONOMIC IMPLICATIONS: A BRIEF REFLECTION

Alice Fernanda da Silva Gonçalves, Elinaldo Ferreira da Costa, Emerson Santos de Lima, Greice Kelly de Oliveira Chaves Narciso Ferreira, Karlla Brunna Mota Moura, Rafael Magalhães Barros,\*\* Edson de Oliveira Andrade.\*\*\*

### Resumo

**Introdução:** O presente artigo tem como objetivo retratar a evolução da saúde brasileira sob a ótica do seu impacto sobre a economia e o processo de desenvolvimento nacional. Faz-se uma retrospectiva desde o tempo do Brasil Colônia e os dias atuais, descrevendo as diversas políticas públicas adotadas no setor pelos diversos governos brasileiros. Por fim, são destacados os desafios a serem enfrentados pelo setor nos anos futuros. **Metodologia:** Revisão bibliográfica nos bancos de dados de bibliotecas com acesso na internet, mediante uso de palavras-chave. **Resultados:** Foram identificados diversos documentos que permitiram a construção de um painel sobre o histórico da saúde pública brasileira. **Conclusão:** Esta revisão permitiu identificar o perfil evolutivo da saúde pública no Brasil, bem como as ações públicas desenvolvidas nesse setor.

Palavras-chave: Saúde; Economia; Financiamento; SUS e Saúde suplementar.

### Abstract

**Introduction:** This article aims to portray the Brazilian health evolution and its impact on national economy and development. A retrospective from the colonial Brazil to the present day, describing the various public policies adopted in the sector by the various Brazilian governments. Finally, highlighting the challenges up to be faced in future years by the sector. **Methodology:** Literature review on the libraries databases with Internet access, through the use of key words. **Results:** Various documents allowed the construction of a Brazilian history public health panel have been identified. **Conclusion:** This review identified the developmental profile of public health in Brazil, as well as public actions carried out in this sector.

Keywords: : Health; Economy; Financing; SUS e Supplementary Health.

### Introdução

O desenvolvimento econômico deve buscar a melhora da vida das pessoas, mas não se alcança esse objetivo sem melhorar o nível de saúde da população.<sup>1</sup> Mas a implantação da saúde em nosso país tem se comportado de qual maneira?

A saúde brasileira é uma questão de polícia, social ou econômica? Uma análise retrospectiva da questão até os nossos dias irá mostrar que a resposta vai depender do momento histórico em que venhamos a nos colocar para responder a pergunta.

Este artigo tem como objetivo fazer uma breve

\* Trabalho realizado no Curso de Administração Noturno da Faculdade de Estudos Sociais (FES) da Universidade Federal do Amazonas (Ufam).

\*\* Alunos do Curso de Administração Noturno da FES/Ufam.

\*\*\* Professor do Departamento de Clínica Médica-FM/Ufam; aluno do Curso de Administração Noturno da FES/Ufam.

revisão sobre o papel da saúde no processo econômico nacional desde o Brasil Colônia até os dias atuais, e se justifica na necessidade da compreensão do fenômeno histórico da construção da saúde pública no Brasil para a consolidação dos avanços necessários para o setor, visando para a população brasileira de um sistema público dotado de eficiência, eficácia e efetividade em suas ações.

## Metodologia

Adotou-se na elaboração deste artigo de uma revisão bibliográfica, realizada com base em uma pesquisa nos bancos de dados nacionais e internacionais das bibliotecas com acesso pela internet (periódicos Capes; Scielo; Bireme) com as seguintes palavras-chave: história da saúde pública brasileira/orçamento público da saúde/políticas públicas de saúde/participação pública e privada nos cuidados da saúde/financiamento da saúde/avaliação econômica da política de saúde.

De acordo com determinados autores,<sup>2</sup> as revisões podem ser classificadas segundo seu propósito, abrangência, função e tipo de análise desenvolvida. Nesse sentido, conforme a classificação anterior, este trabalho pode ser classificado como analítico, pois trata de um tema específico; temático, por se debruçar sobre uma avaliação das políticas públicas brasileiras, e histórico, pois busca expor uma literatura retrospectiva, comparando diversas épocas e suas contribuições para as políticas públicas de saúde no Brasil. O objetivo deste artigo é realizar uma revisão na literatura da área da saúde visando analisar o comportamento das políticas públicas para a saúde no Brasil.

## 1. Um Retrospecto das Políticas de Saúde Pública no Brasil

### 1.1 Do Brasil Colônia à República Velha

Durante o período colonial, a principal preocupação da Coroa portuguesa com a saúde se limitava à fiscalização do exercício da Medicina por meio da Fisicatura, órgão que regulamentava a prática médica. Do ponto

de vista da saúde pública, a preocupação das autoridades basicamente se limitava ao problema da limpeza das cidades que, de acordo com as Ordenações Filipinas de 1604, era uma obrigação da Municipalidade.<sup>3</sup>

Ainda naquele período histórico, o primeiro impacto da saúde sobre a economia dá-se na questão portuária, quando o contato de navios portando pessoas doentes gerava na população preocupações e atitudes que implicavam em fatos econômicos. Assim, foram criadas medidas sanitárias para isolamento de escravos portadores de doenças, o que gerava um impacto financeiro importante, considerando o valor econômico de cada escravo na estrutura produtiva existente à época no Brasil.

A grande novidade aparece em 1828 com a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que lutará para impor-se como guardião da saúde pública, propondo, à luz da Medicina, ajudar nas questões de higiene pública, culminando na edição, em 1830, de um Código de Posturas pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro.<sup>3</sup>

A partir 1848 ocorrem os primeiros casos de febre amarela urbana na cidade do Rio de Janeiro e, em 1855, tem-se uma epidemia de cólera. Tudo isso, juntamente com os casos de peste bubônica e de varíola, irá gerar impactos futuros de natureza econômica a influenciar na direção da saúde pública brasileira agora já sob o regime da República.

Em 1902 assume a Presidência do Brasil o cons. Rodrigues Alves. Naquela época, como diz Cotrim: “O turista, que vem à América do Sul, muitas vezes, aqui, nem baixa à terra bárbara, do navio em que viaja, contentando-se com vê-la de longe, além de feia e desinteressante, a cidade é um perigo, foco das mais tremendas moléstias infecciosas, a febre amarela, a peste bubônica, a varíola”.<sup>4</sup>

A má fama da principal cidade brasileira, fama também compartilhada pela cidade de Santos, já um dos principais portos do Brasil, estava impactando negativamente no comércio internacional, posto que muitas companhias de

navegação decidiram não mais parar os seus navios nesse dois portos.

O presidente Rodrigues Alves, ouvindo o médico Salles Guerra, indica o médico Oswaldo Cruz para comandar a Repartição Geral de Saúde Pública, iniciando assim uma revolução sanitária que irá marcar positivamente o Brasil. No início de seu trabalho, Oswaldo Cruz foi fortemente hostilizado, chegando a ser agredido fisicamente e submetido a todo tipo de constrangimento, configurando tais condutas, em muitas situações, um verdadeiro caso de polícia. Contudo, Rodrigues Alves mantém o apoio político, e com o sucesso da empreitada, em quatro anos Oswaldo Cruz vai de vilão a herói.<sup>5</sup>

Os anos seguintes são bastante tumultuados em todo o mundo. Na Rússia explode a revolução bolchevique e por toda parte o movimento anarquista se manifesta. O resultado é um ambiente de trabalho agitado e convulsionado. As péssimas condições de trabalhos eram fontes de parte dessas agitações. Embora o tema em questão já tivesse sido disciplinado primeiramente na Alemanha, em 1884, pelo príncipe Otto Leopold Eduard Von Bismarck-Schönhausen, um dos mais importantes líderes nacionais do século 19, no entanto, no Brasil, foi somente no ano de 1918, quando se logrou aprovar o projeto de lei sobre acidentes do trabalho, que fora organizado pela Comissão Especial de Legislação Social, tendo à frente, como relator, o deputado Andrade Bezerra. Desse projeto surgiu o Decreto n.º 3.724, de 15 de janeiro de 1919, modificado pelo Decreto n.º 13.493, de 5/3/1919 e, por fim, regulamentado pelo Decreto n.º 13.498, de 12/3/1919, que surge a primeira lei brasileira em favor do infortúnio laboral.<sup>6</sup> Essa legislação, mais que interessada na situação sanitária, se preocupava com a estabilidade das relações produtivas. Era a questão social vista com olhos econômicos.

Como consequência dessas pressões sociais é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública no governo de Epitácio Pessoa com ações rurais e urbanas, demografia sanitária e fiscalização dos portos e rios.

Em 1923 é editado o Decreto n.º 4.682, conhecido

como Lei Elói Chaves, deputado paulista que a apresentou no Congresso Nacional, e instituiu a Caixa de Previdência dos Ferroviários. A par dos seus objetivos de oferecer uma aposentadoria para aquela categoria de trabalhadores, trazia em suas normas a previsão de cobertura de gastos com a saúde deles conforme se verifica no artigo 9.º que diz in verbis (com grafia da época):

Art. 9.º - Os empregados ferro-viarios, a que se refere o art. 2.º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3.º, letra a, terão direito:

1.º, a socorros medicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua familia, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia;

2.º, a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração.

Era o gérmen do sistema previdenciário brasileiro e a questão do financiamento público da assistência à saúde era pela primeira vez trazida à baila nacional.

## 1.2 Da Revolução de 30 aos Governos Militares

Em 1930 Getúlio Vargas lidera uma revolução que pôs fim a República Velha. Entre as inovações administrativas apresentadas pelo novo regime está a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública tendo a frente Gustavo Capanema.

Nesse período consolida-se o modelo previdenciário brasileiro com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Previdência (Iaps) que assumia também a assistência à saúde de seus segurados. Na época o próprio governo cria o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Públicos (Ipase). Quem estivesse fora desse guarda-chuva protetor era considerado indigente e suas necessidades de saúde ficavam a cabo das entidades filantrópicas e raros serviços público existentes.

Sucedendo a Getúlio quando da redemocratização brasileira pós-guerra, o presidente Gaspar Dutra apresentou, em 1948, ao Congresso Nacional

o chamado Plano Salte que na área da saúde pretendia, abrangendo a Campanha Nacional de Saúde, elevar o nível sanitário da população, sobretudo a rural.

Quando, em 1955, Juscelino Kubitschek assume o governo do Brasil, promete avançar cinquenta anos em cinco. Embora a saúde não fosse um aspecto determinante em seus planos de metas, do ponto de vista da política nacional, essas relações entre saúde e desenvolvimento aparecem de alguma maneira em todas as mensagens presidenciais a partir de 1949, quando Dutra reconheceu que “as condições sanitárias de um país circunscrevem-lhe rigidamente o desenvolvimento econômico-social”.<sup>7</sup> As relações entre saúde, doença e pobreza e a necessidade de romper o “ciclo vicioso da doença e pobreza” e compreender os “custos da doença e o valor da saúde” foram incorporadas no debate brasileiro por todos os protagonistas.<sup>7</sup> Embora minimizada diante de outros objetivos maiores, a saúde não deixa de desempenhar um papel importante no projeto desenvolvimentista de JK, uma vez que a sua desejada integração nacional não poderia ser executada sem uma ação sobre os graves problemas de saúde pública que persistiam no país.

Nos conturbados tempos de Jânio Quadros e João Goulart à frente do governo brasileiro, outros fatores eclipsaram a questão da saúde no Brasil, fazendo que os modelos em curso de assistência persistissem sem alterações significativas.

Com a chegada dos militares ao poder, entra em vigor uma política de recuperação econômica que junto com o crescimento econômico trouxe uma concentração de renda que acelerou a desigualdade no país. A falta de equidade também afetou a assistência à saúde do brasileiro aumentando ainda mais o fosso existente entre os protegidos pela seguridade previdenciária e os indigentes. Havia também uma belíndia na saúde.<sup>8</sup>

Durante o regime militar ocorre a unificação do regime previdenciário com a extinção do laps; e o Decreto-Lei n.º 72, de 21 de novembro de

1966, reuniu os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS; que mais a frente, já na década de 1970, se transforma no Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps, e o Instituto de Administração Financeira da Previdência Social - Iapras, restando no campo das políticas de saúde programas de extensão da cobertura das ações básicas que se mostravam de difícil implantação. Apesar da mudança o mesmo modelo assistencial dicotomizado (segurados x indigentes) continuava em vigor.<sup>9</sup>

### 1.3 Da redemocratização até os dias atuais

O processo de redemocratização do Brasil coincide com o “renascimento” do movimento sanitarista brasileiro, que propõe como linha de intervenção a ocupação dos espaços institucionais e a formulação de políticas de saúde diante da crise previdenciária do Estado.<sup>9</sup> Esse conjunto de forças sociais culmina na realização, em 1986, da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, onde suas diretrizes para a construção de um sistema de saúde público apontavam para uma formulação democrática; a criação de um novo Conselho Nacional de Saúde com participação popular e a criação de conselhos nos Estados e municípios. Essas propostas foram ampliadas e culminaram na elaboração do texto constitucional de 1988 e diz que:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Estavam assentadas as bases para a efetivação do Sistema Único de Saúde, que seria implantado pela Lei n.º 8.080/1990, que traz em seu bojo a regulamentação dos preceitos constitucionais de um sistema que contempla a universalidade; a integralidade; a equidade; a descentralização e a participação social. Era iniciada a discussão sobre o financiamento do sistema.

Correndo por fora da discussão do modelo principal, mas não tanto que não houvesse uma previsão legal no artigo 199, parágrafo 1.º, da Constituição Federal de 1988, uma força econômica começa a adquirir importância na saúde brasileira: os planos de saúde. Nascidos das medicinas de grupo, empresas de atenção médica voltadas para a assistência subsidiária ou substitutiva da assistência médica oferecida aos trabalhadores; as medicinas de grupo rapidamente evoluem para a oferta de uma cobertura médica hospitalar “diferenciada” à população, passando a angariar agora como planos de saúde uma clientela cada vez maior entre os trabalhadores e a classe média, que se sentiam inseguros com um sistema público de saúde, que embora bem-intencionado, não consegue deslançar em face de inúmeros problemas operacionais e principalmente de financiamento. São as mazelas do SUS o melhor marketing dos planos de saúde.<sup>10</sup>

Nesse momento, aquilo que um dia foi um caso de polícia e depois uma questão social transforma-se substancialmente em uma questão econômica.

## 2. A Economia da Saúde e a Saúde na Economia

### 2.1 O financiamento da saúde pública no Brasil

Como bem diz Silvia Porto, existe um trabalho pioneiro no estudo da questão do financiamento da saúde pública no Brasil: Financiamento dos Serviços de Saúde Pública, de autoria de Rodolfo Mascarenhas, publicado em 1967 na Revista de Saúde Pública. Esse trabalho germinal foi um dos poucos elaborados e publicados antes da década de 1970, e onde é analisada a arrecadação dos impostos, a descentralização dos serviços de saúde pública e as despesas efetuadas em cada nível.<sup>11</sup>

Em sua análise sobre a distribuição da arrecadação de impostos entre as três esferas de governo no Brasil, Mascarenhas mostra que, desde 1940 até 1962, a distribuição percentual dos impostos arrecadados se deu na seguinte média: federal: 54,1%; estadual:

38,5% e local (municipal): 7,4%. Já àquela época, Mascarenhas chamava a atenção que qualquer nova distribuição de atividades de saúde pública para os governos municipais do Brasil não pode ser outorgada, como aquelas de administrar as unidades sanitárias locais, sem que se modifique, profundamente, o sistema tributário brasileiro, dando maior quinhão às municipalidades... Velhas questões... Atuais questões.<sup>12</sup>

Na tentativa de estudar os gastos públicos com a saúde no Brasil, Mascarenhas somente consegue informações do período de 1955 a 1962. Nesse período o governo federal gastou em média 3,4% de suas despesas gerais em saúde; os governos estaduais gastaram 6,9% de seus gastos gerais em saúde e os municípios 3,4%.

Destaca em suas conclusões que os gastos per capita no período de 1955 a 1962 haviam subido de US\$ 1,82 para US\$ 2,38 bilhões.

Com a implantação do SUS, ocorre a universalização do atendimento e a integralidade da assistência. Essas mudanças de natureza política e econômica têm um impacto grande nas contas públicas para o setor. Em 1950, saímos de 1 para 2% do PIB, e para 6% no meado da década de 1980. Em 1982 já gastávamos, em termos absolutos, US\$ 80, embora comparativamente os Estados Unidos da América, à época, gastassem 15 vezes mais. Atualmente os dados mostram que o gasto anual do governo com a saúde de cada brasileiro (US\$ 477 ou R\$ 954), apesar de ter mais do que dobrado na última década, permanece em um patamar inferior à média mundial (US\$ 716 ou R\$ 1.432) e representa apenas uma fração do que países ricos destinam a seus cidadãos.

Em Luxemburgo, por exemplo, que lidera a lista, o governo gasta, por ano, US\$ 5,8 mil (R\$ 11,6 mil) na saúde de cada habitante, ou 12 vezes o valor do Brasil. Países vizinhos, como Argentina (US\$ 869 ou R\$ 1.738) e Chile (US\$ 607 ou R\$ 1.214), também destinam mais recursos na saúde de seus habitantes.<sup>13</sup>

Na busca de se encontrar uma sustentação financeira para o SUS, foi aprovada em

2008 a Emenda Constitucional n.º 29. A sua regulamentação somente veio a ocorrer em 2012, pela Lei Complementar n.º 141, que impôs à União a aplicação anual, em ações e serviços públicos de saúde, do montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos dessa lei complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à

variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual, aos Estados 12% de sua arrecadação e aos municípios a obrigação de aplicar 15% de suas arrecadações em saúde. O Distrito Federal deverá aplicar 12 ou 15%, conforme a receita seja originária de um imposto de base estadual ou municipal. Nessa lei também ficou definido o que é gasto com saúde.

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Brasil</b>	-	-	-	-	40,3	40,1	41,7	41,6	44	45,7
<b>Argentina</b>	-	-	-	-	55,4	55,2	55,8	59,4	62,6	66,4
<b>Alemanha</b>	-	72,8	78,7	76,2	79,8	74,3	74,4	74,5	74,6	75,7
<b>Canadá</b>	42,6	69,9	75,6	74,5	70,4	70	69,9	69,9	69,5	68,7
<b>EUA</b>	23,1	36,2	40,8	39,2	43,2	45,5	46,4	46,8	47,8	48,6
<b>França</b>	62,4	75,5	80,1	76,6	79,4	76,9	76,4	76,3	75,9	76,6
<b>Reino Unido</b>	85,2	87	89,4	83,6	79,3	81,9	81,9	82	82,6	83,6
<b>Itália</b>	-	-	-	79,5	72,5	75,2	74,7	75,4	76,3	77,3
<b>Japão</b>	60,4	69,8	71,3	77,6	81,3	80,4	79,4	80,3	80,5	80

Fonte: OECD e OMS.

Tabela 1: Gasto público como % do gasto total em Saúde

Na Tabela 1 podemos observar em termos temporais o comportamento dos gastos públicos com a saúde em diversos países. No caso brasileiro, nesse período, o percentual médio dos gastos foi de 42,2%. Na atualidade é o que existe em termos de financiamentos à saúde pública brasileira. E não faltam reclamações sobre falta de recursos para atender às necessidades do setor.

## 2.2 O financiamento privado à assistência da saúde do brasileiro

O nome é Sistema Único de Saúde - SUS, mas na realidade ele não é o único sistema de

saúde existente no Brasil. Existe outro mundo assistencial fora do SUS: o sistema dos planos de saúde.<sup>10</sup>

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), em dezembro de 2010, 46,6 milhões de brasileiros eram usuários de um plano de saúde no Brasil. Isso correspondia aproximadamente a 24% da população. Desse montante, 33 milhões (80%) estavam ligados a um plano coletivo e somente 20% a planos individuais.<sup>14</sup>

No primeiro trimestre de 2014, o setor de saúde suplementar já contava com quase 51 milhões de beneficiários de planos de assistência

médica e cerca de 21 milhões de beneficiários de planos odontológicos registrados no Sistema de Informações de Beneficiários - SIB.

Nos últimos dez anos, o número de beneficiários em planos individuais cresceu 19,7%, atingindo

10 milhões de vínculos, enquanto o de planos coletivos por adesão cresceu 4,3% e o de planos coletivos empresariais cresceu 106,6%, alcançando 6,1 milhões e 33,1 milhões de vínculos, respectivamente.<sup>15</sup>

<b>Data</b>	<b>Assistência médica com ou sem odontologia</b>	<b>Exclusivamente odontológico</b>
Dez./00	31.161.481 2	.603.001
Dez./01	31.727.080 3	.062.681
Dez./02	31.513.309 3	.677.782
Dez./03	32.074.667 4	.325.568
Dez./04	33.840.716 5	.312.915
Dez./05	35.441.349 6	.204.404
Dez./06	37.248.388 7	.349.643
Dez./07	39.316.313 9	.164.386
Dez./08	41.468.019	11.061.362
Dez./09	42.686.816	13.257.322
Dez./10	45.154.355	14.513.958
Dez./11	46.499.273	16.981.132
Dez./12	48.243.789	19.152.817
Dez./13	50.574.517	20.780.121
Mar./14	50.722.522	20.969.662

Fonte: ANS/MS.

Tabela 2: Beneficiários de planos de saúde privados por cobertura assistencial do plano no período de 2000 a 2014

Segundo o CFM, a receita dos planos de saúde não para de crescer. Conforme informado pelas operadoras, o faturamento no primeiro trimestre de 2011 foi de R\$ 18,4 bilhões, 3,8% a mais que

no mesmo período de 2010. Analisando os dados de 2010, as operadoras médico-hospitalares tiveram uma receita de R\$ 72,7 bilhões, 13,2% a mais que em 2009.

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Brasil</b>	-	-	34,3	34,9	34,9	35,3	35,8	39,4	41,2	41,2
<b>Argentina</b>	-	-	32,6	28,4	28,3	28,5	28,4	30,7	32,8	32,8
<b>Alemanha</b>	-	-	41,1	43,3	41,1	41,6	41,4	41,9	42,7	42,7
<b>Canadá</b>	-	-	38,8	43,9	43,9	43,9	43,1	49,9	44,3	43
<b>EUA</b>	-	-	60,3	67,6	68,2	68,5	68,7	68,3	68,8	69,3
<b>França</b>	-	-	61,6	63,2	63,8	63,6	62,5	62,6	61,9	61,9
<b>Reino Unido</b>	-	-	7,8	6,3	8	7,7	7,7	5,6	6,7	6,7
<b>Itália</b>	-	-	3,2	3,6	6,8	3,7	3,9	4,1	4,3	4,6
<b>Japão</b>	-	-	1,7	13,1	13,3	14,3	13,7	13,8	13,8	13,8

Fonte: OECD e OMS.

Tabela 3: Parcela dos gastos privados em saúde disponibilizada em seguros de saúde e/ou planos de saúde no período de 1960 a 2009

A Tabela 3 apresenta dados que apontam os gastos do setor privado da saúde desde a década de 1980, mostrando a ascensão dos gastos. Isso ocorreu em todos os países, exceto Japão, Itália e Reino Unido. Dois países se destacam com o aumento percentual do setor: os Estados Unidos da América (EUA) e o Brasil; o primeiro com 9% e o segundo com 6,9%. No caso dos EUA, a população é compelida a recorrer a um seguro de saúde privado capaz de arcar com despesas referidas em momentos necessários, uma vez que o sistema público disponível é bastante restrito. O Brasil, apesar de possuir um sistema de saúde universal, apresenta alta porcentagem de usuários de seguros de saúde, o que pode explicitar, além da ineficácia do sistema, uma descrença por parte da população quanto a sua qualidade.<sup>16</sup>

Duas conclusões econômicas, ainda que preliminares, podemos tirar dessa situação: a primeira é que o setor privado se responsabiliza

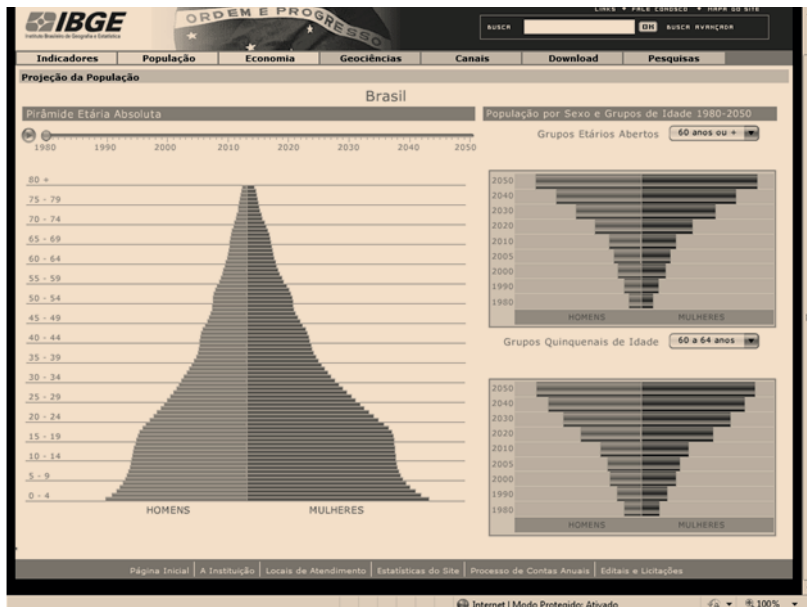
por uma parcela substancial da população brasileira desonerando o SUS do atendimento. Em segundo lugar, fica evidente que o setor tem uma forte e crescente importância econômica diante do volume de recurso movimentado. É a questão da saúde se manifestando com sua facie econômica.

### 3. Os Desafios Socioeconômicos na Saúde

#### 3.1 Mudança no perfil demográfico brasileiro

Durante todo o século 20 o Brasil foi considerado um país de jovens. A pirâmide populacional em 1980 mostrava que tínhamos uma população majoritariamente constituída por pessoas abaixo dos 30 anos (Figura 1). Quando olhamos para a mesma pirâmide populacional no ano de 2010 (Figura 2), verificamos quanto o perfil demográfico brasileiro mudou em tão pouco tempo.





Fonte: IBGE

Figura 1: Projeção da população brasileira no ano de 1980

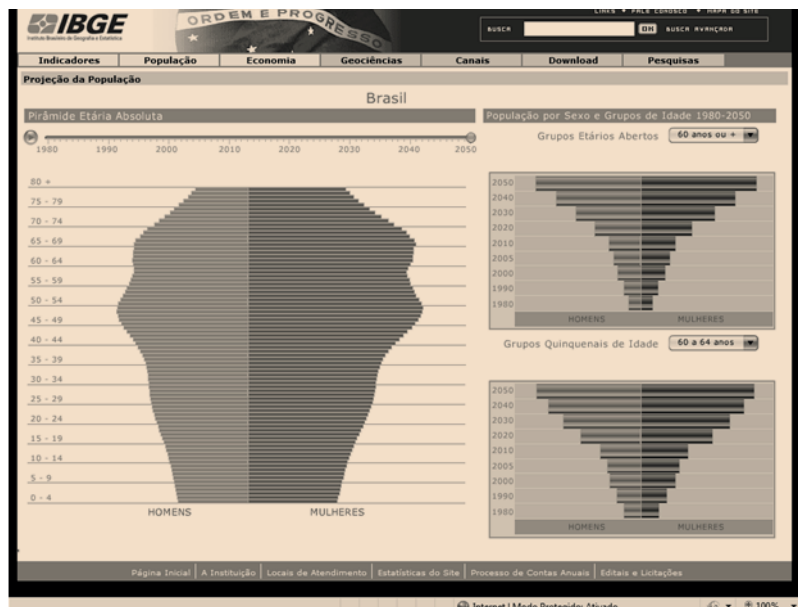


Fonte: IBGE.

Figura 2: Projeção da população brasileira no ano de 2010

Mais marcante é a projeção da população brasileira para o ano 2050, quando observamos uma inversão completa da pirâmide populacional

e o Brasil se tornando efetivamente um país de idosos com mais de 13 milhões de habitantes com 80 anos ou mais.



Fonte: IBGE.

Figura 3: Projeção da população brasileira no ano de 2050

Esse comportamento populacional traz consigo um impacto muito grande nas políticas de saúde brasileira. Atualmente vivemos um momento de transição demográfica e epidemiológica, em que a gestão da saúde tem de atender demandas de uma população jovem e seus problemas, tais como doenças infecciosas e nutricionais próprias dessa faixa etária, assim como as doenças crônico-degenerativas e neoplasias comuns na faixa etária mais idosa. Isso tem impacto no planejamento e na alocação dos recursos disponíveis para a saúde. Se hoje não começarmos a criar as condições para atender os nossos futuros idosos, não mais seremos um país de jovens, ainda desassistidos, mas com certeza seremos um país de velhos abandonados.

### 3.2 O desafio da incorporação de novas tecnologias

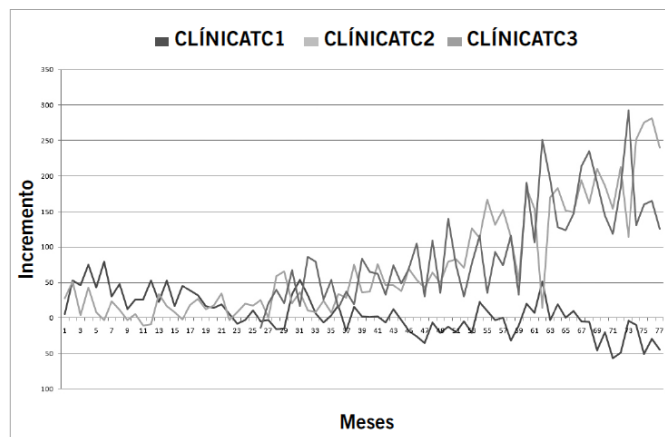
É notório o processo de criação de novos conhecimentos em todas as atividades humanas, e em especial no setor saúde. Isso tem um forte impacto econômico. O desafio está em se criar um método crítico para avaliar esse novo conhecimento com vista a sua assimilação no sistema de saúde, público ou privado, tendo por base critérios científicos válidos e possibilidade

econômica de pagamento.

Esse processo caracteriza-se por ser um processo sistemático e multidisciplinar, que procura direcionar o processo de decisão dos diversos participantes do sistema de saúde: médicos, pacientes, indústria de insumos, administradores e gestores, bem como outros atores interessados na questão.<sup>17</sup>

Sabe-se que a pressão pela assimilação de novas tecnologias é muito grande dentro do setor saúde. A própria disponibilidade de um serviço é motor próprio para a sua utilização futura, ainda que não necessária. Esse fenômeno é chamado, no setor de saúde, como Lei de Roemer.<sup>18</sup>

Diversos são os exemplos dessa lei econômica na assistência à saúde. Em Manaus essa situação foi documentada no episódio da oferta de exames de imagem em um plano de saúde. O Gráfico 1 demonstra o incremento do uso de tomografias computadorizadas por prestador de serviço, no período de 1998 a 2004, sem que tivesse ocorrido um incremento no número de usuários do plano de saúde no período.<sup>19</sup>



Fonte: Andrade, E. O et. al. RAMB, 2011; 57(2): 138-43.

Gráfico 1: Incremento do uso de tomografias computadorizadas na Unimed-Manaus, por prestador de serviço, no período de janeiro de 1998 a junho de 2004

Superados os problemas da falta de evidências científicas, ainda restarão alguns dilemas a serem resolvidos. Um dos primeiros dilemas a ser apreciado é se existirá dinheiro suficiente para pagar por toda essa evolução tecnológica. O segundo dilema é se deverá haver comportamento assimilador diferente para o SUS e a saúde suplementar.

A não solução desses dilemas tem ocasionado instabilidade dentro dos sistemas de saúde. É notório o retardo do SUS em assimilar novas tecnologias, mesmo aquelas sobre as quais não existem mais dúvidas científicas de sua validade e importância clínica. Quase sempre a razão do silêncio é a falta de recursos para o financiamento. Por vezes, a situação se complica ainda mais quando o governo, por meio da ANS, oferece a mesma tecnologia recusada no SUS aos usuários dos planos de saúde. Nesses casos invariavelmente a questão termina num tribunal. É a questão econômica voltando a ser uma “questão de polícia” por intermédio da judicialização da saúde.

Como o Poder Judiciário atua sob a perspectiva da justiça comutativa, sob o âmbito da microjustiça do caso concreto, o desafio de incorporar a política pública de saúde em suas decisões revela-se indispensável para o avanço da jurisprudência, no sentido de compatibilizar a justiça comutativa, dentro de cada processo,

com a justiça distributiva, representada pela decisão coletiva formulada e formalizada por meio dos diversos atos normativos que compõem a política de assistência à saúde, emanados dos poderes Legislativo e Executivo do Estado.<sup>20</sup> Esse é o desafio imposto ao Judiciário brasileiro e aos operadores do direito pátrio.

### 3.3 O desafio do financiamento futuro do sistema

Como vimos nos dois itens anteriores, são grandes as pressões sobre o setor a demandar recursos cada vez mais crescentes. Do ponto de vista macroeconômico, considerando os próximos 20 anos estudados, a sustentabilidade do atual sistema de saúde dependerá de um crescimento médio do PIB superior a 5% ao ano, de uma inflação de gastos em saúde não superior ao dobro da inflação geral média do período, além de um ganho real de renda média das famílias, no período, não inferior a 0,5% ao ano, associado a uma melhor distribuição de renda.<sup>17</sup>

## Conclusões

Como podemos ver ao longo desta revisão, a saúde no Brasil passou por vários momentos até chegar ao modelo atual instituído pela Constituição de 1988. Embora em níveis diferentes de preocupação, os diversos governos brasileiros, de alguma forma, apresentaram

políticas para o setor.

O sistema constitucionalmente instituído em 1988 (SUS) é a forma existente ofertada para a totalidade da população brasileira. Junto com ele convive um sistema privado a cabo das operadoras de planos de saúde que atende cerca de um quarto da população.

O desafio que se impõe para o agora e ao futuro é dotar esse sistema de qualidade, eficiência e eficácia, transformando os recursos empregados em melhoria de vida das pessoas, por meio da oferta de uma maior quantidade de benefício a uma maior quantidade de pessoas possível.

## Referências

1. Baer W, Campino A, Cavalcanti T. Saúde no processo de desenvolvimento do Brasil. In: Baer W, editor. Economia Brasileira. 3 ed. São Paulo: Nobel; 2008. p. 456-72.
2. Noronha DP, Ferreira SMS. Revisões da Literatura. In: Campelo BS, Cendón BV, Kremer JM, editors. Fontes de Informação para Pesquisadores e Profissionais. Belo Horizonte: Ed.UFMG; 2000. p. 191-8.
3. Galvão MAM. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: Do Brasil Colônia a 1930. Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto. 2014; 1: 1-32.
4. Cotrim A. Oswaldo Cruz e a caricatura. In: Fiocruz, editor. Oswaldo Cruz. Monumenta histórica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1971. p. 21-50.
5. Falcão EC. Oswaldo Cruz. Monumenta Histórica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1971.
6. Espinosa R. Evolução histórica da lei sobre acidente de trabalho. [http://www.conjur.com.br/2008-jun-3/evolucao\\_historica\\_lei\\_acidente\\_trabalho](http://www.conjur.com.br/2008-jun-3/evolucao_historica_lei_acidente_trabalho). 2014. Acesso em: 23/9/2014.
7. Hochman G. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2009; 16: 313-31.
8. Baer W. Estagnação e boom: O Brasil nas décadas de 1960-70. In: Baer W, editor. Economia Brasileira. 3 ed. São Paulo: Nobel; 2008. p. 92-108.
9. Faleiros VP, Silva JFS, Vasconcellos LCF, Silveira RMG. A Construção do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Andrade EN. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. Revista Bioética. 2010; 18(1): 61-74.
11. Porto SM. Comentário: Avanços e problemas no financiamento da saúde pública no Brasil (1967-2007). Rev Saúde Pública. 2014; 40(4): 576-8.
12. Mascarenhas RS. Financiamento dos Serviços de Saúde Pública. Rev Saúde Pública. 1967; 1(1): 24-37.
13. BBC Brasil. Governo gasta mais com saúde, mas SUS ainda vive contradição no Brasil. <http://noticias.terra.com.br/brasil/governo-gasta-mais-com-saude-mas-sus-ainda-vive-contradicao-no-brasil,5433adee541cd310VgnCLD2000000ec6eb0aRCRD.html>. 2013. Acesso em: 23/9/2014.
14. CFM. Informações sobre a saúde suplementar no Brasil. [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22200:informacoes-sobre-a-saude-suplementar-no-brasil&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22200:informacoes-sobre-a-saude-suplementar-no-brasil&catid=3). 2014. Acesso em: 23/9/2014.
15. ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS; 2014.
16. Gonçalves BP, Tejada CAO. Evolução dos gastos com saúde-Brasil e demais países selecionados. [http://cti.ufpel.edu.br/cic/arquivos/2013/SA\\_00506.pdf](http://cti.ufpel.edu.br/cic/arquivos/2013/SA_00506.pdf). 2011. Acesso em: 22/9/2014.
17. Ferraz MB. Dilemas e Escolhas do Sistema de Saúde. São Paulo: MedBook; 2008.

18. Shain M, Roemer MI. Hospital costs relate to the supply of beds. *Modern Hospital*. 1959; 92(4): 71-3.
19. Andrade EO, Andrade EN, Gallo JH. Estudo de caso de oferta induzindo a demanda: o caso da oferta de exames de imagem (tomografia axial computadorizada e ressonância magnética) na Unimed-Manaus. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2011; 57(2): 138-43.
20. Marques SB. Judicialização do Direito à Saúde. *Revista de Direito Sanitário*. 2008; 9(2): 67-72.