

SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NO BRASIL: ARGUMENTOS PARA PROMOVER A CIDADANIA EM TEMPOS DIFÍCEIS

Ana Luiza d'Ávila Viana¹
Hudson Pacífico da Silva²

O Brasil enfrenta uma crise econômica das mais profundas e duradouras de sua história recente, com efeitos negativos sobre o mercado de trabalho, a renda familiar e a mobilidade social. As medidas de austeridade fiscal implementadas pelo governo apresentam resultados igualmente negativos sobre a situação de saúde da população e o sistema de saúde. Diante desse cenário, como o Sistema Único de Saúde (SUS) poderia contribuir para mitigar os efeitos da recessão da economia brasileira sobre as classes populares e médias? Oferecer respostas a essa pergunta é o objetivo do presente artigo, que traz elementos que ajudam a compreender a correlação entre saúde e desenvolvimento, os efeitos das mudanças em curso sobre a atuação do Estado na área social e em que medida o SUS pode ser utilizado como instrumento anticíclico para atenuar os efeitos da crise econômica. Argumenta-se que existe um reforço mútuo entre saúde e desenvolvimento que pode ensejar um círculo virtuoso no qual a expansão do SUS possibilita mais saúde, mais crescimento econômico e mais igualdade social.

Palavras-chave: saúde e desenvolvimento econômico; saúde e desigualdade; política governamental, regulação e saúde pública.

HEALTH AND DEVELOPMENT IN BRAZIL: ARGUMENTS TO PROMOTE CITIZENSHIP IN HARD TIMES

Brazil is facing one of the deepest and most lasting economic crisis in its recent history, with negative effects on the labor market, family income and social mobility. Fiscal austerity measures implemented by the government have equally negative results on the health status of the population and the public health system. Given this scenario, how could the Unified Health System (SUS) help to mitigate the effects of the recession of the Brazilian economy on the popular and middle classes? The purpose of this article is to provide some answers to this question. We present elements that help to understand the correlation between health and development; we analyze the effects of the ongoing changes on the state's performance in the social area; and we discuss the extent to which the SUS can be used as a countercyclical instrument to mitigate the effects of the economic crisis. It is argued that the existence of a mutual reinforcement between health and development can provide a virtuous circle in which the expansion of the SUS, allows for more health, more economic growth and more social equality.

Keywords: health and economic development; health and inequality; government policy, regulation and public health.

1. Bacharel em ciências econômicas, mestrada e doutora em economia. Professora na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Professora aposentada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina (DMP/FM) da USP. Bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). *E-mail:* <analuzaviana@usp.br>.

2. Bacharel em ciências econômicas, mestre em desenvolvimento econômico, doutor em ciências (medicina preventiva). Pesquisador do Institut de Recherche en Santé Publique, Université de Montréal, Canadá. *E-mail:* <hp.silva@umontreal.ca>.

SALUD Y DESARROLLO EN BRASIL: ARGUMENTOS PARA PROMOVER LA CIUDADANÍA EN TIEMPOS DIFÍCILES

Brasil está pasando por una crisis económica de la más profunda y duradera en su historia reciente, con efectos negativos sobre el mercado de trabajo, los ingresos familiares y la movilidad social. Las medidas de austeridad fiscal implementadas por el gobierno también tienen resultados negativos sobre el estado de salud de la población y el sistema de salud. En este escenario, ¿como el Sistema Único de Salud (SUS) podría ayudar a mitigar los efectos de la recesión de la economía brasileña en las clases populares y medias? Dar respuesta a esta pregunta es el propósito de este artículo, que aporta elementos que ayudan a entender la correlación entre la salud y el desarrollo, los efectos de los cambios en curso sobre la acción del Estado en el campo social y en qué medida el SUS se puede utilizar como instrumento anti cíclico para mitigar los efectos de la crisis económica. Se argumenta que hay un refuerzo mutuo entre la salud y el desarrollo que puede dar lugar a un círculo virtuoso en que la expansión del SUS permite más salud, más crecimiento económico y más igualdad social.

Palabras clave: salud y desarrollo económico; salud y desigualdad; política del gobierno, regulación y salud pública.

SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT AU BRÉSIL: DES ARGUMENTS POUR PROMOUVOIR LA CITOYENNETÉ DANS LES PÉRIODES DIFFICILES

Le Brésil fait face à une crise économique la plus profonde et durable de son histoire récente, avec des effets négatifs sur le marché du travail, le revenu des ménages et la mobilité sociale. Les mesures d'austérité budgétaire mises en œuvre par le gouvernement ont également des effets négatifs sur l'état de santé de la population et le système de santé. Dans ce scénario, comment le système de santé unifié (SUS) pourrait aider à atténuer les effets de la récession de l'économie brésilienne sur les classes populaires et moyennes ? Apporter des réponses à cette question est l'objet de cet article, qui apporte des éléments qui aident à comprendre la corrélation entre la santé et le développement, les effets des changements en cours sur l'action de l'État dans le domaine social et dans quelle mesure le SUS peut être utilisé comme instrument anticyclique pour atténuer les effets de la crise économique. On prétend qu'il y a un renforcement mutuel entre la santé et le développement qui peut donner lieu à un cercle vertueux dans lequel l'expansion de SUS permet améliorer la santé, avoir plus de croissance économique et réduire les inégalités sociales.

Mots-clés: santé et développement économique; santé et inégalité; politique gouvernementale, réglementation et santé publique.

JEL: I15; I14; I18.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, a exemplo de outros países, enfrenta uma crise econômica das mais profundas e duradouras de sua história recente. Desde o segundo trimestre de 2014, o país tem apresentado variação percentual negativa do produto interno bruto (PIB) real em relação ao mesmo período do ano anterior, o que indica um período prolongado de recessão econômica. Em 2015 e 2016, por exemplo, a taxa de crescimento do PIB foi de -3,8% e -3,6%, respectivamente. Embora as projeções apontem uma recuperação modesta da atividade econômica em 2017

e 2018 (Ipea, 2017), é pouco provável que os efeitos negativos da crise sobre o mercado de trabalho, a renda familiar e a mobilidade social sejam rapidamente revertidos. Dados compilados por Gomes e Cruz (2016) evidenciam que a partir de 2015 ocorreu:

- aumento da taxa de desemprego aberto nas regiões metropolitanas;
- redução do número total de empregados com vínculo formal de trabalho;
- redução da renda domiciliar *per capita*;
- redução do valor real do salário mínimo e da massa salarial.

A crise econômica também provocou um retrocesso importante na estrutura social da população brasileira. Analisando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2015, Quadros (2017) mostra que um contingente importante de famílias sofreu mobilidade social descendente no Brasil, com aumento do percentual de famílias situadas na base da pirâmide social (massa trabalhadora e miseráveis, segundo a classificação adotada pelo autor). Essa mobilidade social descendente é explicada pela piora na situação do membro da família melhor remunerado, em virtude dos impactos provocados pelo desemprego ou pela deterioração dos rendimentos daqueles que continuam ocupados.

Medidas pró-cíclicas de austeridade fiscal, baseadas na redução do gasto público com políticas sociais, têm sido a resposta dada pelo governo desde 2015. Entretanto, evidências científicas sistematizadas por Vieira (2016) sobre a relação entre crise econômica, austeridade fiscal e saúde em diferentes países apontam que as crises econômicas e as medidas de redução do gasto com políticas de proteção social e saúde possuem impactos negativos em: *i*) questões sociais mais amplas (perdas financeiras e endividamento das famílias, levando ao empobrecimento, ao aumento dos divórcios e da violência); *ii*) situação de saúde da população (aumento da incidência e prevalência de ansiedade, depressão, estresse e abuso de álcool e outras drogas, aumento dos casos de suicídio e de doenças crônicas e infecciosas); e *iii*) sistema de saúde (aumento da demanda por atendimento no subsistema público). No Brasil, pode-se mencionar como exemplo o número estimado de pessoas que perderam seus planos privados de assistência à saúde em razão da crise econômica e que hoje passaram a depender exclusivamente dos serviços de saúde públicos: de acordo com os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2017), a redução de beneficiários de planos de saúde em todo o país foi de 5,6% do total (2,8 milhões) entre dezembro de 2014 e março de 2017.

Diante desse cenário de crise econômica e políticas de austeridade fiscal, como o Sistema Único de Saúde (SUS) poderia contribuir para mitigar os efeitos da recessão da economia brasileira sobre as classes populares e médias?

Oferecer respostas a essa pergunta, com base na literatura e em dados secundários, é o objetivo do presente artigo, que está estruturado em sete seções. Após esta breve introdução, a próxima seção traz elementos que ajudam a compreender a correlação entre saúde e desenvolvimento, de modo a identificar como diversos fatores associados à saúde determinam o (e são determinados pelo) crescimento econômico. A terceira seção analisa os efeitos das mudanças em curso sobre a atuação do Estado na área social. A quarta seção apresenta as características do sistema de proteção social brasileiro e o SUS como um dos componentes que integram esse sistema. A quinta seção discute em que medida o SUS pode ser utilizado como instrumento anticíclico para atenuar os efeitos da crise econômica. A sexta seção aborda as limitações metodológicas do artigo e a sétima seção apresenta as considerações finais.

2 A CORRELAÇÃO SAÚDE-DESENVOLVIMENTO

Desde o trabalho pioneiro de Preston (1975), cujos resultados indicaram a existência de uma correlação forte, positiva e não linear entre a expectativa de vida (longevidade) e a renda *per capita* dos países em três diferentes momentos (anos 1900, 1930 e 1960), a influência de fatores econômicos nas condições de saúde da população tem sido um tema bastante estudado na literatura especializada. De modo geral, assume-se que a relação causal é da renda para a saúde, na medida em que níveis mais elevados de renda implicam maior acesso a bens e serviços que contribuem para a promoção da saúde (por exemplo, alimentação, abastecimento de água potável, coleta e tratamento de esgoto e acesso a serviços de saúde). Entretanto, conforme apontado por Bloom e Canning (2007), a importância relativa desses mecanismos varia no tempo e no espaço, e a interação entre eles torna difícil estimar com precisão o efeito de cada um na saúde das pessoas. Além disso, pode ser que a renda seja uma *proxy* de uma medida mais ampla do desenvolvimento e da situação socioeconômica, de modo que a relação causal deva-se a outros fatores, como a educação.

De todo modo, as variações no nível de renda apontam para a existência de disparidades nas condições de saúde entre indivíduos e grupos populacionais. De acordo com Marmot (2004), as desigualdades em saúde podem ser observadas ao longo de um gradiente socioeconômico – uma queda na posição social dos indivíduos vem acompanhada de uma redução linear nas condições de saúde. Dessa forma, grupos vulneráveis localizados na base da pirâmide social sofrem uma carga de mortalidade e doença particularmente mais elevada. Esses grupos incluem, entre outros, pessoas em situação de pobreza, que habitam áreas urbanas e rurais desfavorecidas, desempregados, subempregados, trabalhadores sazonais ou que vivem de subsistência, grupos étnicos minoritários, imigrantes e refugiados (Larkin, 2009).

Enquetes nacionais sobre as condições de saúde da população comprovam essa situação. Por exemplo, os dados da National Health Interview Survey 2011, nos Estados Unidos, evidenciam que a prevalência de um grande número de enfermidades (doenças do coração, derrame, enfisema, bronquite crônica, diabetes, úlceras, doenças dos rins e do fígado, artrite crônica, problemas oftalmológicos e auditivos, doenças mentais etc.) é maior entre os norte-americanos com renda familiar mais baixa, pertencentes a grupos minoritários e com nível mais baixo de educação (Schiller, Lucas e Peregoy, 2012). Além disso, os norte-americanos de 25 anos pertencentes ao grupo de renda mais elevada podiam esperar viver quase sete anos a mais do que seus pares mais pobres. Ao comentar esses resultados, Woolf *et al.* (2015) destacam que as pessoas com renda mais elevada tendem a possuir empregos mais estáveis e melhores condições de trabalho (horários mais flexíveis, licença remunerada, plano de saúde, programas de bem-estar no local de trabalho e menores riscos ocupacionais), assim como maior poder de compra para adquirir os cuidados médicos necessários e um estilo de vida mais saudável. No Brasil, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 sobre as percepções do estado de saúde, os estilos de vida, a prevalência de doenças crônicas e a utilização de serviços de saúde apontam para resultados semelhantes (IBGE, 2015a).

Dois outros elementos interligados desempenharam papel fundamental no processo de melhoria nas condições de saúde da população: o rápido desenvolvimento tecnológico no campo da saúde, que possibilitou diagnosticar e tratar com sucesso inúmeras enfermidades responsáveis pelos níveis elevados de adoecimento e mortalidade da população, e a expansão dos sistemas de saúde públicos a partir da década de 1940, que ampliou o acesso de contingentes cada vez maiores da população aos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, garantiu a demanda necessária para as novas tecnologias em saúde que chegavam ao mercado (vacinas, medicamentos, equipamentos médicos etc.). Esses dois elementos representam variáveis exógenas que explicam outro achado importante do estudo de Preston (1975) – o de que a curva que correlaciona a expectativa de vida em função da renda deslocou-se para cima ao longo do tempo. O significado dessa mudança é que houve aumento da expectativa de vida na maioria dos países independentemente de mudanças no nível da renda.

Além da influência da renda e outros fatores nas condições de saúde, Bloom e Canning (2000) chamam a atenção para o fato de que a correlação saúde-renda também pode ser parcialmente explicada por uma relação causal que opera no sentido inverso, isto é, da saúde para a renda. Eles destacam, com base na literatura, a existência de diversos mecanismos pelos quais melhorias na saúde podem levar ao crescimento da renda. Esses mecanismos podem ser agrupados em quatro grandes categorias:

- produtividade: pessoas mais saudáveis tendem a ser mais produtivas e menos ausentes no trabalho em função de problemas de saúde;³
- educação: pessoas saudáveis e com mais expectativa de vida tendem a investir mais no desenvolvimento de sua formação/qualificação, apresentam mais frequência escolar e melhor função cognitiva, o que também impacta positivamente a produtividade do trabalho;
- investimento: maior longevidade significa, de um lado, ampliação de bens a serem consumidos por uma população que vive por mais tempo e, de outro, maior necessidade de poupar recursos para aposentadoria, os quais podem ser canalizados para a realização de investimentos produtivos;
- dividendo ou bônus demográfico: o aumento da longevidade vem acompanhada, em um primeiro momento, de um aumento na proporção da população em idade ativa, que pode contribuir para a geração de riqueza nos setores produtivos da economia.

Do ponto de vista agregado, alguns estudos confirmam a influência positiva dos ganhos em saúde na economia nacional. Forgel (1994), por exemplo, apresenta estimativas que sugerem que aproximadamente 30% do crescimento econômico do Reino Unido entre 1790 e 1980 podem ser atribuídos a melhorias na saúde e alimentação, as quais possibilitaram ganhos de produtividade dos trabalhadores britânicos. Outro estudo envolvendo dez países industrializados mostrou que melhorias na saúde aumentaram o ritmo de crescimento econômico desses países entre 30% e 40% ao longo do século XX (Arora, 2001). De modo geral, os diversos estudos parecem confirmar que a situação de saúde (medida pela expectativa de vida) representa um forte determinante do crescimento econômico em nível nacional, mais até que a educação, em alguns casos (Sala-I-Martin, Doppelhofer e Miller, 2004). Embora essa correlação seja mais forte e visível em países em desenvolvimento, nos quais a expectativa de vida apresenta maior variabilidade, autores como Suhrcke *et al.* (2006) reconhecem a importância do investimento em saúde como forma de promover o desenvolvimento econômico nos países da Europa, nos quais o Estado possui forte atuação por meio de sistemas de saúde públicos e universais.

A importância da saúde no desenvolvimento das nações também pode ser percebida pelo dinamismo desse setor enquanto produtor de um conjunto amplo de bens e serviços. Os dados da Conta-Satélite de Saúde (IBGE, 2015b),

3. Os dados da US National Health Interview Survey 2011 também mostram que as pessoas com renda familiar mais baixa possuem maior dificuldade para realizar diversas atividades físicas, tais como: caminhar, subir escadas, ficar de pé ou sentado durante algumas horas, inclinar-se ou ficar ajoelhado, segurar ou manusear pequenos objetos, suspender ou carregar pequenos pesos e puxar ou empurrar objetos maiores.

por exemplo, mostram que as despesas com consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil atingiram R\$ 424 bilhões em 2013 (8,0% do PIB). Do ponto de vista do valor adicionado, as atividades de saúde foram responsáveis por 6,5% da renda gerada no país, com destaque para as ações de saúde pública, que representavam 32,6% do total. Entre os diversos produtos que compõem a Conta-Satélite de Saúde, os serviços de saúde, que incluem as consultas médicas, as internações hospitalares, os serviços de apoio à diagnose e terapia etc., representaram 77,6% do consumo final, ao passo que o consumo de medicamentos representou 20,6%. O setor também foi responsável por 5,9% do total de ocupações e 8,4% do total de remunerações em 2013. Fica claro, portanto, que a cadeia produtiva da saúde possui um peso importante na promoção do crescimento econômico do país, contribuindo na geração de emprego e renda para um grande contingente de trabalhadores que atuam nesse setor de atividade, que emprega um contingente de profissionais geralmente mais qualificados e com maior remuneração que a média nacional.

Como se pode concluir dos parágrafos acima, a evidência empírica sugere que a relação entre saúde e desenvolvimento é bidirecional, isto é, de um lado a saúde promove o crescimento econômico (por exemplo, mediante o aumento da produtividade do trabalho, aquisição de mais conhecimento e habilidades e incentivo à acumulação de capital), e, de outro, a renda possibilita melhoria na situação de saúde porque amplia o acesso a mais bens e serviços de saúde, assim como a oferta de melhores tecnologias diagnósticas e terapêuticas. Entretanto, como destaca Grimm (2011), estudos mais recentes têm mostrado que os efeitos da saúde sobre o crescimento são mais importantes e provavelmente dominam os efeitos da renda sobre a saúde. O estudo desenvolvido por este autor também destaca que níveis elevados de desigualdade em saúde atuam no sentido de impedir maior crescimento econômico.

3 AS MUDANÇAS NA POLÍTICA SOCIAL

A relação entre economia e saúde, ou melhor, entre desenvolvimento e saúde atravessou momentos de grande avanço e discussão quando o capitalismo tornou possível combinar crescimento econômico e redução das desigualdades sociais, a partir da criação de um sistema de provimento de serviços sociais de forma desmercantilizada, isto é, a partir da criação de fundos sociais constituídos pela arrecadação de impostos e contribuições sociais, cabendo ao Estado oferecer proteção contra os grandes riscos (acidentes, doenças, velhice, morte, desemprego, exclusão social) que ameaçam os indivíduos nas sociedades contemporâneas (Viana e Levcovitz, 2005).

Foi durante os chamados trinta anos gloriosos do capitalismo (1945-1975) que diversos modelos de *welfare state* (WS) ou Estado de bem-estar social foram consolidados nos países centrais, mediante a implantação de sistemas nacionais de educação, saúde, previdência, assistência social, habitação etc. Políticas econômicas ativas objetivando promover a acumulação de capital para o crescimento econômico também foram priorizadas nesse período, seja por meio do manejo das políticas monetária, fiscal e cambial, seja mediante a realização de investimentos públicos diretos. Ao mesmo tempo, a atuação dos sindicatos e a adoção de políticas de proteção ao trabalho contribuíram para o crescimento real dos salários e a inclusão de diversos benefícios ao trabalhador. Tudo isso possibilitou conciliar, durante esse período, crescimento econômico e uma distribuição mais igualitária da riqueza gerada.

Esse modelo, porém, passou a ser fortemente contestado a partir da crise econômica do último quartel do século XX, que abriu espaço para o fortalecimento de políticas neoliberais em grande parte dos países ocidentais (centrais e periféricos). Como se sabe, essas políticas baseiam-se em um ideário de (re)valorização da sociedade mercantil, mediante a adoção de um conjunto de reformas orientadas para o mercado (extinção da planificação econômica, privatização de empresas estatais e serviços públicos, desregulamentação financeira e trabalhista, redução de impostos, livre fluxo de mercadorias e capitais etc.). No campo da proteção social, as políticas neoliberais enfatizam o autofinanciamento do acesso aos serviços (aumento da participação dos usuários no gasto social), ações focalizadas nos segmentos mais pobres da população, descentralização da oferta e gestão dos serviços, separação de funções (financiamento e provisão, por exemplo) e competição entre os diferentes prestadores de serviços (escolas, hospitais etc.). Dessa forma, o momento atual apresenta grandes rupturas com aquele cenário de forte atuação do Estado na área social, por conta de uma série de determinantes comuns (e também particulares) que influenciaram todos os sistemas públicos de provisão de serviços sociais.

Em primeiro lugar, sempre foi difícil encontrar traços similares nos sistemas de proteção social ou WS entre países, programas e áreas da proteção social, tempo e circunstâncias. No entanto, como afirma Fine (2017), os modernos sistemas de proteção social também não estiveram livres de influências comuns. A globalização e o neoliberalismo, por um lado, e a financeirização da riqueza, por outro, impuseram uma série de limites, contradições e formas novas de expansão da proteção social – via Estado ou mercado.

Segundo Fine (2017), o fortalecimento do consumo privado extinguiu ou criou fortes tensões para aquilo que chamamos de longos períodos de sistema público de provisão (o outro lado do consumo coletivo), pois o sistema público de prestação de serviços não é um mercado de consumo de bens, mas uma modalidade específica de satisfazer necessidades. A financeirização atacou de

forma profunda o sistema de política social, quando a esfera financeira tornou a lógica de acumulação muito mais dirigida para especulação de diferentes tipos de ativos, expansão ilimitada do crédito, penetração das finanças na área social e econômica (como saúde, educação, previdência, infraestrutura social, habitação) e a emergência de uma cultura neoliberal voltada para a exaltação do mercado privado de bens na mesma extensão de um antiestatismo.

No passado o desenvolvimento e a política social universal eram elementos de um padrão de acumulação industrial, em que os aumentos de produtividade eram repassados aos salários, cujo poder de compra garantia demanda crescente para bens industriais, porque os sistemas de proteção social desmercantilizavam o acesso a bens e serviços sociais, o que permitia maior renda disponível para o crescimento do consumo privado, isto é, os trabalhadores tinham uma folga expressiva em suas rendas para gastarem em bens industriais (Fine, 2017). O financiamento público via impostos permitia que houvesse uma socialização dos riscos sociais, por isso mesmo a necessidade de todo um discurso ideológico baseado na solidariedade e justiça social. E o *ethos* público selava essa aliança referendada pelas grandes corporações e sindicatos em um ambiente democrático, assegurado por grandes pactos entre trabalhadores e patrões.

Atualmente, a expansão do consumo privado não é mais dependente da desmercantilização do acesso a bens e serviços sociais, pois o sistema de crédito ao consumidor, com seus diferentes mecanismos (cartão de crédito, cheque especial, empréstimo consignado etc.) pode cumprir esse papel. O *ethos* público baseado na solidariedade foi quebrado pela fragmentação da vida social e do próprio mercado de trabalho, em que as pessoas estão em constante mudança de lugar e posição em um sistema que trata a flexibilidade (agilidade, abertura para mudanças no curto prazo, capacidade de assumir riscos continuamente etc.) como aspecto fundamental a ser valorizado (Sennett, 2003). Observa-se também uma grande privatização e expansão do consumo privado de serviços sociais, por conta de uma oferta em expansão, uma valorização de estilo de vida baseado na concorrência e na disputa individual, e, finalmente, uma defesa de diagnósticos e tratamentos individuais, corroborada pelo avanço científico e pelo desejo de individualização.

Há também uma profunda imbricação dos complexos corporativos e/ou econômicos da área social (habitação, saúde, infraestrutura, educação) com o sistema financeiro nacional e global subordinando as decisões de investimento aos imperativos de valorização financeira dos ativos nos diferentes mercados. Por isso mesmo a provisão pública, o consumo coletivo precisa ser defendido ou insulado tanto da devassa provocada pelo capital financeiro quanto pela erosão e/ou fragmentação provocada pelo neoliberalismo nas instituições públicas e nos sistemas de políticas públicas.

Hoje mais do que nunca é necessário que a política social recupere seu protagonismo, tendo em vista as crises recorrentes, o aumento das desigualdades e do empobrecimento, as necessidades básicas insatisfeitas, os direitos humanos, o investimento em soluções sustentáveis, o bem-estar coletivo etc. Não se trata, obviamente, de um mero retorno ao século passado, quando, nas palavras de Piketty (2017), vigorava uma série de discriminações e desigualdades, sobretudo patriarcais e pós-coloniais, mas de continuar o lento processo de construção do Estado social. A expansão do seguro-saúde universal na França, a instituição de um salário mínimo no Reino Unido e na Alemanha, a criação de cargos de decisão para os assalariados nos conselhos de administração da França e regras anônimas em diversos países europeus para maior igualdade no acesso à educação são exemplos que ilustram esse processo de construção do Estado social durante as crises recentes do capitalismo.

4 O CASO BRASILEIRO: O PAPEL DO SUS

O Artigo 6º da Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde, juntamente com a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a Previdência Social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados, constituem um direito social. Mais à frente, o Artigo 196 explicita que “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” (Brasil, 1988). Entretanto, o reconhecimento da saúde como direito social não foi resultado apenas dos debates ocorridos da Assembleia Constituinte, mas de um longo processo histórico de avanços e retrocessos na conquista da cidadania no Brasil. Processo esse que não se encerra com a Constituição de 1988, sendo esta mais uma importante etapa dessa trajetória.

A criação do SUS ocorreu no final da década de 1980, em uma conjuntura de grave crise econômica e transformação política do Estado brasileiro. Integra a chamada seguridade social, que compreende “um conjunto integrado de ações e iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988, Artigo 194). Dessa forma, o SUS deve ser entendido como um dos componentes principais dos sistemas de proteção social no Brasil, cuja formação histórica apresenta características distintas daquelas observadas nos países europeus – alinhamento entre grupos sindicais e o universalismo das políticas, movimento forte de inclusão das classes médias em modelos mais expansivos de proteção social e protagonismo de partidos políticos defensores de políticas sociais mais inclusivas (Viana, Fonseca e Silva, 2017).

Tipologias desenvolvidas por autores que estudaram os regimes de proteção social na América Latina classificam o sistema brasileiro como “dual” (Filgueira, 1998), em função do grau de cobertura das políticas sociais do Estado e da informalidade do mercado de trabalho, “estatal protecionista” (Franzoni, 2008), considerando os graus de mercantilização, desmercantilização e desfamiliarização da política social, e “liberal moderado” (Cantu, 2015), em virtude do grau em que a proteção social deriva do Estado, do grau de mercantilização das políticas sociais e das estratégias de subsistência das famílias.

Em que pese as diferentes classificações atribuídas ao sistema de proteção social brasileiro, as quais refletem as distintas dimensões de análise utilizadas pelos autores em conjunturas específicas (anos 1990 e 2000), o certo é que o nosso sistema de proteção social apresenta traços similares aos sistemas de muitos países da América Latina – modelos segmentados por classes sociais, grande participação de dispêndio privado e da oferta privada de serviços (a despeito do caráter universal de algumas políticas sociais), manutenção de clientelas fechadas com sistemas próprios de proteção social (militares e funcionários públicos, por exemplo) e subsídios diversos para esquemas privados de acesso (Viana, Fonseca e Silva, 2017).

No caso da saúde, o sistema evoluiu de uma situação de acesso restrito a determinados grupos da sociedade, vinculados ao sistema previdenciário (situação anterior a 1988), para um sistema de acesso universal, baseado no direito de cidadania (após 1988). Entretanto, as características gerais do sistema de proteção social brasileiro (acima mencionadas) também estão presentes na saúde: modelo segmentado, com acesso diferenciado para distintos grupos populacionais (beneficiários de planos de saúde e usuários do SUS), grande participação do setor privado na oferta, gestão e financiamento dos serviços de saúde, sistema fragmentado e com níveis baixos de integração entre os níveis de atenção etc.

Soma-se a isso o fato de que a política de saúde, assim como as demais políticas sociais, sentiu os efeitos das transformações ocorridas no país nos últimos trinta anos, com períodos prolongados de hiperinflação e estagnação econômica (boa parte dos anos 1980 e 1990), adoção de reformas orientadas para o fortalecimento das instituições do mercado, com recuo parcial do Estado na área social (anos 1990), e importantes mudanças demográficas e epidemiológicas (a partir das últimas décadas do século XX), que impõem um novo conjunto de desafios para o sistema de saúde.

Segundo Camarano, Kanso e Fernandes (2014), os dados sugerem que o Brasil está diante de um novo paradigma demográfico, bastante diferente daquele observado em meados do século passado. As principais características desse novo

paradigma incluem famílias de filho único, rápido crescimento da esperança de vida ao nascer e nas idades avançadas, diminuição da população e da força de trabalho, e mudanças na estrutura etária no sentido do seu superenvelhecimento. Apesar de o Brasil ainda estar atravessando um período de condições favoráveis (o chamado bônus ou dividendo demográfico), com mais pessoas situadas na faixa etária com maior probabilidade de exercer atividade econômica (e, portanto, produzir mais do que consome) do que aquelas não produtivas e potencialmente dependentes deste mesmo grupo, projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que o fim desse período deve acontecer por volta de 2030.

Mudanças importantes associadas aos padrões de adoecimento e morte nas últimas décadas indicam que a população brasileira também está passando por um processo de transição epidemiológica, caracterizado pela substituição progressiva das doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônicas e degenerativas como principais causas de mortalidade (Kanso, 2014; Servo, 2014). Entretanto, o país apresenta um perfil epidemiológico de grande complexidade em virtude da chamada tripla carga de doenças (Mendes, 2010), isto é, a convivência simultânea de níveis elevados de prevalência de enfermidades crônicas (neoplasias, diabetes, hipertensão etc.), doenças infecciosas e parasitárias emergentes e reemergentes (dengue, zika, HIV/Aids, cólera, leishmanioses, doenças transmitidas por alimentos, hantaviruses, febre maculosa, infecções hospitalares) e causas externas (acidentes de trânsito e violência interpessoal). Como apontam Marinho, Passos e Franca (2016), os dados sobre a mudança no perfil de carga de doenças no Brasil sugerem não apenas a existência de uma rápida transição epidemiológica, mas também a necessidade de controlar as doenças infecciosas e, ao mesmo tempo, investir na redução da violência e das doenças não transmissíveis.

Outro desafio importante está relacionado com a cobertura e a produção de serviços do SUS, isto é, com a capacidade de oferecer os serviços de saúde necessários à população brasileira. De acordo com os dados do Ministério da Saúde (MS) para o período 2008-2015 (tabela 1), houve aumento em diversos indicadores relacionados à produção hospitalar e ambulatorial (internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, procedimentos ambulatoriais de média e de alta complexidades, exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos), assim como aumento na cobertura populacional por equipes de atenção primária, que passou de 65% para 73% da população brasileira no período. Observa-se, porém, redução em alguns indicadores, como internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.

TABELA 1
Brasil: indicadores selecionados de evolução de cobertura e produção de serviços de saúde no SUS (2008-2015)

| Indicador | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Internações clínico-cirúrgicas de média complexidade por 100 habitantes | 3,89 | 3,96 | 4,04 | 3,91 | 3,80 | 3,66 | 3,64 | 3,46 |
| Internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade por 1.000 habitantes | 2,29 | 2,39 | 2,60 | 2,84 | 2,92 | 3,09 | 3,19 | 3,09 |
| Procedimentos ambulatoriais de média complexidade por 100 habitantes | 0,67 | 0,89 | 1,02 | 1,16 | 1,19 | 1,23 | 1,30 | 1,25 |
| Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade por 100 habitantes | 3,06 | 3,31 | 3,73 | 4,08 | 4,34 | 4,55 | 4,99 | 5,20 |
| Razão de exames citopatológicos do colo útero em mulheres de 25 a 64 anos | 0,56 | 0,56 | 0,54 | 0,54 | 0,51 | 0,48 | 0,45 | 0,42 |
| Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos | 0,17 | 0,18 | 0,20 | 0,23 | 0,27 | 0,30 | 0,32 | 0,31 |
| Cobertura vacinal tetra bacteriana (DTP+HiB) | 97,98 | 101,71 | 98,01 | 99,61 | 93,81 | 97,85 | 94,87 | 96,90 |
| Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica | 64,78 | 65,78 | 66,22 | 65,71 | 66,61 | 67,49 | 70,75 | 73,00 |

Fonte: Datasus/MS.

Apesar do aumento da cobertura e da produção de muitos serviços de saúde no SUS, é possível verificar que, do ponto de vista regional, existe uma distribuição desigual no território nacional. Como pode ser visto na tabela 2, que traz os dados para as cinco grandes regiões do país em 2015, as regiões Sul e Sudeste tendem a apresentar números mais elevados para a maioria dos indicadores, ao passo que a região Norte apresenta números mais baixos. Tais resultados sugerem que a produção de serviços está relacionada com a disponibilidade de recursos do SUS existentes em cada região. Dessa forma, há regiões em que a presença do SUS é mais forte e, portanto, mais fácil de obter os serviços necessários, enquanto outras regiões possuem mais vazios assistenciais, isto é, ausência de recursos físicos, humanos e materiais, além de grande dificuldade de acesso aos locais em que esses recursos existem, especialmente nos estados da região Norte.

TABELA 2
Brasil: indicadores selecionados da distribuição regional da cobertura e produção de serviços de saúde no SUS (2015)

| Indicador | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
|--|-------|----------|---------|------|--------------|
| Internações clínico-cirúrgicas de média complexidade por 100 habitantes | 3,33 | 3,32 | 3,26 | 4,34 | 3,54 |
| Internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade por 1.000 habitantes | 1,11 | 2,34 | 3,18 | 5,70 | 2,66 |
| Procedimentos ambulatoriais de média complexidade por 100 habitantes | 0,65 | 0,93 | 1,61 | 1,32 | 1,01 |

(Continua)

(Continuação)

| Indicador | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
|--|-------|----------|---------|-------|--------------|
| Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade por 100 habitantes | 3,45 | 3,49 | 6,17 | 6,95 | 4,77 |
| Razão de exames citopatológicos do colo útero em mulheres de 25 a 64 anos | 0,33 | 0,40 | 0,43 | 0,52 | 0,37 |
| Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos | 0,17 | 0,31 | 0,34 | 0,38 | 0,14 |
| Cobertura vacinal tetra bacteriana (DTP+HIB) | 85,11 | 96,34 | 100,05 | 98,93 | 95,75 |
| Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica | 68,15 | 80,25 | 68,15 | 78,38 | 68,54 |

Fonte: Datasus/MS.

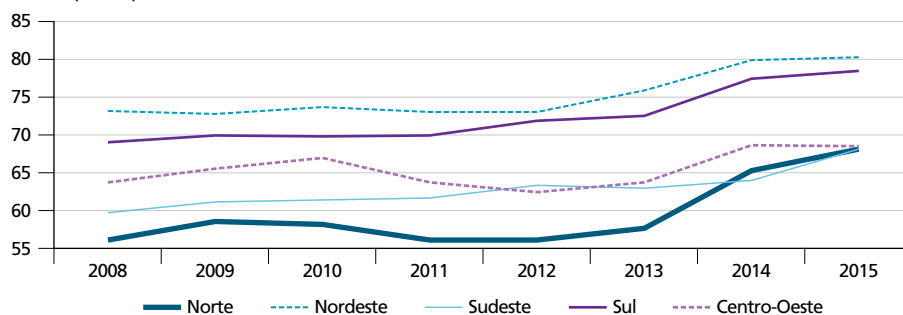
A cobertura populacional por equipes de atenção básica apresenta uma situação um pouco diferente daquela dos demais indicadores de produção de serviços, com cobertura mais elevada nas regiões Nordeste e Sul (gráfico 1). Esse padrão está relacionado com a expansão da estratégia de saúde da família como forma de organização da atenção básica, que passou a adquirir grande centralidade na agenda governamental do SUS a partir da segunda metade dos anos 1990. A implementação dessa estratégia não ocorreu de forma linear e uniforme em todo o território brasileiro. Inicialmente, a prioridade concentrou-se nos municípios de pequeno porte da região Nordeste, o que explica os elevados percentuais de cobertura nessa região. Em seguida, já nos anos 2000, houve uma substituição progressiva das regiões e dos municípios tidos como prioritários, na medida em que os mecanismos de indução federal passaram a privilegiar os municípios de maior porte localizados nas demais regiões (Heimann e Mendonça, 2005). Mais recentemente, é possível observar um salto expressivo de cobertura da atenção básica na região Norte, possivelmente em virtude da implantação do Programa Mais Médicos (PMM), iniciado em 2013.

Estudos avaliativos sobre o PMM apontam que ele tem efetivamente contribuído para a redução das iniquidades no acesso aos serviços, com maior produção de consultas médicas nas equipes com médicos do programa em categorias de municípios mais vulneráveis socialmente, ao passo que a relação é inversa para municípios em região metropolitana ou capitais, possivelmente porque há outros pontos de atenção mais acessíveis nesses lugares, reconhecendo o valor complementar do PMM no âmbito da oferta de serviços de saúde na atenção básica (Lima *et al.*, 2016). Também há evidências que mostram que o PMM ampliou o acesso e a garantia do direito à saúde a milhões de brasileiros, por meio do provimento imediato de mais de 14 mil médicos em território nacional, sinalizando que o programa teve um impacto positivo na redução da escassez de médicos que atuam na atenção básica no Brasil, mediante um aumento substantivo na oferta de profissionais entre 2013 e 2015, sobretudo em áreas mais necessitadas, e uma redução das desigualdades distributivas (Girardi *et al.*, 2016).

GRÁFICO 1

Evolução da cobertura populacional por equipes de atenção básica nas grandes regiões do país (2008-2015)

(Em %)



Fonte: Datasus/MS.

5 OS EFEITOS POSITIVOS DO SUS

Diante do exposto, como o SUS poderia contribuir para mitigar os efeitos da recessão econômica sobre as classes populares e médias? Considerando que melhorar as condições de saúde da população deve ser o objetivo principal de qualquer sistema de saúde e que existe uma forte correlação entre saúde e renda (no sentido de que esta última é fortemente determinada por melhorias na situação de saúde), uma primeira resposta repousa na expansão e no fortalecimento do SUS enquanto mecanismo capaz de contribuir para esse objetivo.

Desde a sua criação, no final dos anos 1980, o SUS contribuiu para aumentar em quase dez anos a expectativa de vida dos brasileiros: em 1991, a esperança de vida ao nascer era de 66,9 anos, ao passo que em 2014 aumentou para 75,4 anos, segundo os dados apresentados por Simões (2016). Mais significativa ainda foi a queda da taxa de mortalidade infantil no período, que passou de 48,0 por mil nascidos vivos em 1990 para 14,4 em 2014. Dados do MS (Brasil, 2012) indicam que houve também redução da mortalidade materna, redução da incidência de doenças preveníveis com vacinas (sarampo, difteria, coqueluche, tétano, febre amarela, raiva humana, rubéola etc.), redução da proporção de óbitos devido à falta de assistência médica e redução da taxa de internação hospitalar por causas sensíveis à atenção básica. Além disso, aumentou a proporção de indivíduos com diagnóstico de doenças crônicas (hipertensão e diabetes) feito por profissional médico (Barreto *et al.*, 2014). Embora esses resultados não tenham sido produzidos exclusivamente pela política de saúde, já que muitos outros determinantes também atuam para melhorar as condições de saúde da população, o certo é que o SUS possibilitou que esses resultados fossem alcançados mais rapidamente.

Outra forma pela qual o SUS pode contribuir para reduzir os efeitos negativos da recessão econômica é por meio da ampliação de suas ações e serviços, que se traduzem na ampliação da oferta de postos de trabalho a diversos profissionais que atuam na área da saúde ou em áreas correlatas. Vale lembrar o exemplo do Serviço Nacional de Saúde (em inglês National Health Service – NHS) do Reino Unido, considerado o maior empregador daquele país e o quinto maior do mundo, com uma força de trabalho de 1,7 milhão de profissionais. A expansão do SUS também significa demanda constante para os bens produzidos no âmbito das indústrias que integram o complexo econômico-industrial da saúde, oferecendo condições para que muitas empresas sejam capazes de produzir e gerar riqueza em função das ações desenvolvidas pelo subsistema público de saúde.

Com relação à inovação tecnológica, diversas políticas públicas de fomento à pesquisa, desenvolvimento e produção de tecnologias em saúde foram implementadas pelo governo brasileiro nos últimos anos. São exemplos dessas políticas a criação do Programa de Investimento no Complexo Industrial da Saúde (Prociis) e as parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDPs) entre instituições públicas e entidades privadas para produção de produtos estratégicos ao atendimento das demandas do SUS, com previsão de transferência e absorção de tecnologia. Também é importante mencionar as linhas de financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) para as empresas que atuam nesse setor, como o Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Profarma) e o Inova Saúde. O objetivo geral dessas iniciativas é superar o quadro de dependência externa do sistema de saúde e expandir o acesso da população a produtos considerados prioritários. Embora seja necessário avaliar os resultados apresentados por esses instrumentos, um estudo recente (Mazzucato e Penna, 2016) apontou que eles podem ser considerados exemplos de políticas com relativo sucesso no Brasil, pois reúnem um conjunto importante de características, como a existência de uma base científica e tecnológica, uma base produtiva nacional, uma demanda garantida pelo SUS, um conjunto diversificado de instrumentos de políticas que pode ser mobilizado para essa finalidade, entre outras.

Também é importante destacar os efeitos positivos dos gastos públicos com saúde na redução das desigualdades sociais. Pelo menos dois estudos realizados no Brasil confirmam essa assertiva. O primeiro, realizado pelo Ipea (2010), sugere que o gasto do governo federal com saúde pública foi responsável por reduzir em 1,5% o coeficiente de Gini, indicador utilizado para medir a desigualdade de renda, entre 2003 e 2008. O segundo estudo (Costa e Gartner, 2017) considerou os gastos agregados de saúde dos estados e municípios brasileiros no período 1995-2012 e concluiu que as Unidades da Federação (UFs) que investiram mais em saúde (atenção básica, assistência hospitalar, suporte profilático e ambulatorial)

conseguiram reduzir as desigualdades de renda com maior intensidade. Na medida em que a desigualdade é um fator que tende a limitar as possibilidades de crescimento, o SUS mais uma vez aparece como mecanismo dos mais eficazes para reduzir o peso desse fator, e, conseqüentemente, ampliar a geração de riqueza no país.

Entretanto, a efetividade desses mecanismos encontra-se fortemente ameaçada, em razão de três elementos principais. O primeiro deles se refere às possibilidades de expansão dos serviços públicos de saúde em um contexto de redução ou estagnação do gasto social do governo. Para que essa expansão viesse a ocorrer, seria necessário aumentar consideravelmente o aporte de recursos públicos para financiar o SUS. Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016), o gasto total com saúde no Brasil foi de 8,3% do PIB em 2014, patamar acima da média dos países de renda média-superior (6,1%). Entretanto, menos da metade (46%) desse total refere-se a gasto efetuado pelo governo. Ou seja, o que predomina no país é o gasto privado com saúde, principalmente planos de saúde e aquisição de medicamentos nas farmácias. Ora, essa realidade é claramente incompatível com o padrão verificado nos países desenvolvidos, em que o patamar de recursos públicos tende a ser superior a 70%.

O segundo elemento refere-se à desarticulação entre os diferentes entes da Federação no planejamento e na gestão dos serviços de saúde. Embora as regiões de saúde sejam espaços fundamentais no sentido de coordenar e integrar os diferentes estabelecimentos e serviços de saúde existentes no território, diversos fatores obstruem a capacidade de gestão do SUS nas regiões: baixo nível de cooperação entre os gestores municipais de saúde de uma mesma região, assim como entre os gestores municipais e o gestor estadual; grande rotatividade de secretários de saúde, implicando descontinuidades de políticas, ações e programas; recursos financeiros insuficientes para o desenvolvimento das ações de saúde programadas na região; baixa autonomia executiva dos escritórios regionais das instâncias estaduais; influência de políticas partidárias na tomada de decisão etc. O resultado é a existência de milhares de sistemas de saúde localizados, com grande fragmentação e baixa resolutividade.

E o terceiro elemento refere-se às desigualdades em saúde existentes no país, que tendem a comprometer as possibilidades de crescimento econômico, conforme destacado na literatura sobre o tema. Essas desigualdades também são agravadas pelo atual padrão de incorporação tecnológica existente na área da saúde, pois as evidências sugerem que a agenda de inovação das empresas não converge com a agenda de necessidades e prioridades da política de saúde. Isso porque os processos de desenho das inovações são abertos a influências de múltiplos agentes (internos e externos), que atuam em uma arena sociopolítica aberta e instável. O resultado disso é que muitas dessas inovações possuem características que contribuem para o aumento

das desigualdades no acesso aos serviços de saúde: não são socialmente inclusivas em função do custo elevado; não são relevantes do ponto de vista das necessidades de saúde da população; e não aumentam a autonomia dos usuários e/ou reduzem sua dependência de consultas com médicos especialistas.

6 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Apesar da robustez dos argumentos aqui apresentados, com base em um conjunto amplo de estudos e evidências, algumas limitações metodológicas devem ser mencionadas. Em primeiro lugar, as evidências provenientes da literatura utilizadas para fundamentar a discussão não foram resultado de uma revisão sistemática, de modo que os trabalhos selecionados podem conter viés de seleção e não refletir o conjunto de evidências disponíveis na literatura sobre o tema. Além disso, a qualidade científica desses trabalhos, isto é, seu rigor metodológico e a validade dos resultados, também não foi objeto de avaliação, o que implica graus variados de incerteza em relação às evidências consultadas.

Em segundo lugar, a premissa de que a expansão da cobertura e da produção de serviços no SUS contribuiu para a melhoria das condições de saúde da população brasileira deve ser vista com cautela. Embora o acesso/uso de serviços de saúde seja uma das grandes categorias que influenciam a saúde das pessoas segundo a abordagem dos determinantes de saúde (Dahlgren e Whitehead, 1991), sua contribuição relativa perante os demais determinantes (fatores genéticos, estilo de vida, redes sociais, condições de vida e de trabalho, condições socioeconômicas, culturais e ambientais) é de aproximadamente 10%-20% (McGinnis *et al.*, 2002; Booske *et al.*, 2010). Além disso, as formas como os determinantes influenciam as condições de saúde são complexas, pois há múltiplos determinantes de saúde, múltiplas dimensões da saúde que são influenciadas (mortalidade, morbidade, funcionalidade, bem-estar etc.), múltiplas vias causais (diretas e indiretas, com efeitos diferenciados no tempo) e múltiplos níveis de influência (individual, interpessoal, comunitário etc.) (McGovern, Miller e Hughes-Cromwick, 2014).

Por fim, é importante destacar que nem sempre mais gasto com saúde e, portanto, mais internações, procedimentos e exames resultam em melhorias nos indicadores de saúde da população. Um bom exemplo para ilustrar esse ponto são os resultados apresentados pelos sistemas de saúde europeus e aqueles obtidos pelos Estados Unidos, que ficam abaixo dos alcançados pelos primeiros, embora o sistema norte-americano (majoritariamente privado, hospitalocêntrico e consumidor de alta tecnologia) seja o que mais consome recursos no mundo: 17,1% do PIB em 2014, segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016). Assim, não apenas o gasto total com saúde deve ser considerado, mas também como esse gasto se distribui entre a esfera pública e privada e entre os níveis

de atenção do sistema (atenção primária, secundária, terciária), o que revela, em última instância, as ações e serviços priorizados pelo sistema de saúde e as formas pelas quais eles são disponibilizados à população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A correlação saúde-desenvolvimento evidencia a existência de diversos mecanismos pelos quais as melhorias nas condições de saúde exercem forte influência no ritmo de crescimento econômico dos países, ao mesmo tempo em que são por ele influenciadas. Ao possibilitar o acesso a mais e melhores serviços de saúde, os gastos públicos com saúde atuam decisivamente no sentido de melhorar a situação de saúde da população, além de contribuir para a redução da desigualdade de renda. Ao mesmo tempo, pessoas mais saudáveis apresentam maior capacidade de contribuir para o processo de geração de riquezas, especialmente em um contexto de rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas. Existe, portanto, um reforço mútuo entre essas duas variáveis, cuja interação pode ensejar um círculo virtuoso no qual a expansão do SUS, mediante a ampliação do gasto público, possibilita mais saúde, mais crescimento econômico e mais igualdade social.

No entanto, é necessário reconhecer que o SUS ainda possui diversas fragilidades que limitam sua capacidade de atenuar os efeitos negativos da recessão econômica sobre as camadas populares e médias da população. Exemplos dessas fragilidades são os desequilíbrios federativos, que ensejam respostas isoladas e individuais de estados e prefeituras, as iniciativas que buscam ampliar a vertente liberal privada de provisão de serviços de saúde, como os incentivos à expansão dos planos de saúde populares, e a (ainda) fraca articulação entre a saúde e os demais setores que desempenham um papel relevante para o sucesso da política de saúde, como a indústria e o comércio externo, a ciência, a tecnologia e a inovação, a educação e a assistência social. Oferecer respostas consistentes para superar essas fragilidades é fortalecer o SUS e promover a cidadania em tempos de crise, contribuindo para o lento processo de construção do Estado social no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados gerais:** beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2007-2017). Brasília: ANS, 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/oiWXAG>>. Acesso em: 6 nov. 2017.

ARORA, S. Health, human productivity, and long-term economic growth. **The Journal of Economic History**, v. 61, n. 3, p. 699-749, 2001.

BARRETO, M. *et al.* Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Brazil. **PLOS Medicine**, v. 11, n. 9, p. 1-3, 2014.

BLOOM, D. E.; CANNING, D. The health and wealth of nations. **Science**, v. 287, n. 5456, p. 1207-1209, 2000.

_____; _____. Commentary: the Preston Curve 30 years on – still sparking fires. **International Journal of Epidemiology**, v. 36, p. 498-499, 2007.

BOOSKE, B. *et al.* **Different perspectives for assigning weights to determinants of health**. Madison: University of Wisconsin Population Health Institute, 2010. (County Health Rankings Working Paper).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde (IDB) 2012**. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/LqaQkf>>. Acesso em: 5 ago. 2017.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. A população brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. *In*: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 81-116.

CANTU, R. Depois das reformas: os regimes de proteção social latino-americanos na década de 2000. **Revista de Sociologia e Política**, v. 23, n. 56, p. 45-73, 2015.

COSTA, G. P. C. L.; GARTNER, I. R. O efeito da função orçamentária alocativa na redução da desigualdade de renda no Brasil: uma análise dos gastos em educação e saúde no período de 1995 a 2012. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 2, p. 264-294, 2017.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

FILGUEIRA, F. El nuevo modelo de prestaciones sociales en America Latina: residualismo y ciudadanía estratificada. *In*: ROBERTS, B. (Ed.). **Ciudadania y política social**. San Jose: Flacso/ISSRC, 1998.

FINE, Ben. The continuing enigmas of social policy. *In*: YI, I. (Ed.). **Towards universal health care in emerging economies: opportunities and challenges**. London: Palgrave MacMillan, 2017. p. 29-59.

FORGEL, Robert W. Economic growth, population theory, and psychology: the bearing of long-term process on the making of economic policy. **The American Economic Review**, v. 84, n. 3, p. 369-395, 1994.

FRANZONI, J. M. Welfare regimes in Latin America: capturing constellations of markets, families and policies. **Latin American Politics and Society**, v. 38, n. 1, p. 1-16, 2008.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.

GOMES, G.; CRUZ, C. A. S. **Vinte anos de economia brasileira: 1995-2015**. Brasília: Centro de Altos Estudos Brasil Século XXI, 2016.

GRIMM, M. **Does inequality in health impede economic growth?** Oxford: Oxford Academic, 2011. (Oxford Economic Papers, n. 63). p. 448-474.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa Saúde da Família. *In*: LIMA, N. T. *et al.* (Eds.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2005. p. 481-502.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015a.

_____. **Conta-Satélite de Saúde, Brasil: 2010-2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b. (Contas Nacionais, n. 48).

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Efeitos econômicos do gasto social no Brasil. *In*: _____. (Org.). **Perspectivas da política social no Brasil**. Brasília: Ipea, 2010. p. 109-160. (Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro; Proteção Social, Garantia de Direitos e Geração de Oportunidades).

_____. **Carta de Conjuntura 35**. Brasília: Ipea, 2017.

KANSO, S. Compressão da mortalidade no Brasil. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 491-509.

LARKIN, M. **Vulnerable groups in health and social care**. London: Sage Publications; 2009.

LIMA, R. T. S. *et al.* A atenção básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2685-2696, 2016.

MARINHO, E.; PASSOS, V. M. A.; FRANCA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 713-724, 2016.

- MARMOT, M. **The status syndrome**: how social standings affects our health and longevity. London: Bloomsbury Publishing, 2004.
- MAZZUCATO, M.; PENNA, C. **The Brazilian innovation system**: a mission-oriented policy proposal. Brasília: CGEE, 2016.
- MCGINNIS, J. M. *et al.* The case for more active policy attention to health promotion. **Health Affairs**, v. 21, n. 2, p. 78-93, 2002.
- MCGOVERN, L.; MILLER, G.; HUGHES-CROMWICK, P. **The relative contribution of multiple determinants to health outcomes**. Kansas: Health Affairs, 2014. (Health Policy Brief).
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- PIKETTY, T. **Às urnas, cidadãos! Crônicas 2012-2016**. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca, 2017.
- PRESTON, S. H. The changing relation between mortality and level of economic development. **Population Studies**, v. 29, n. 2, p. 231-248, 1975.
- QUADROS, W. **Pnad 2015 – o retrocesso se explicita**. Campinas: Unicamp, 2017. (Texto para Discussão, n. 286).
- SALA-I-MARTIN, J.; DOPPELHOFER, G.; MILLER, R. Determinants of long-term growth: a bayesian averaging of classical estimates (Bace) approach. **American Economic Review**, v. 94, n. 4, p. 813-835, 2004.
- SCHILLER, J. S.; LUCAS, J. W.; PEREGOY, J. A. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2011. **Vital Health Statistics**, v. 10, n. 256, p. 1-208, 2012.
- SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. São Paulo: Record, 2003.
- SERVO, L. M. S. Perfil epidemiológico da população brasileira e o espaço das políticas públicas. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico**: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 491-509.
- SIMÕES, C. C. S. Breve histórico do processo demográfico. *In*: FIGUEIREDO, A. H. (Org.) **Brasil**: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
- SUHRCKE, M. *et al.* Investment in health could be good for Europe's economies. **BMJ**, n. 333, p. 1017-1019, 2006.

VIANA, A. L.; FONSECA, A. M.; SILVA, H. P. Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1-15, 2017.

VIANA, A. L.; LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. *In*: VIANA, A. L.; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ, N. (Orgs.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde**: que lições podem ser apreendidas? Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 26).

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health expenditure ratios, by country, 1995-2014, Brazil**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/5eq2jN>>. Acesso em: 5 ago. 2017.

WOOLF, S. *et al.* **How are income and wealth linked to health and longevity?** Washington: Urban Institute, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/84rcrW>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

JACK, W.; LEWIS, M. **Health investments and economic growth**: macroeconomic evidence and microeconomic foundations. Washington: World Bank, 2009. (Policy Research Working Paper, n. 4877).

MESA-LAGO, C. Comparative study of the development of social security in Latin America. **International Social Security Review**, v. 39, n. 2, p. 127-152, 1986.

VIANA, A. L.; SILVA, H. P. **Políticas sociais brasileiras nas próximas décadas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. (Texto para Discussão, n. 15).

Data de submissão: 02/05/2017

Primeira decisão editorial em 26/07/2017

Última versão recebida em 06/08/2017

Aprovação final em 15/08/2017

