

# Cenários do financiamento público em saúde

Adriano Massuda<sup>1</sup>, David e Rasella<sup>2</sup>,  
Thomas Hone<sup>3</sup>, Renato Tasca<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

<sup>2</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia

<sup>3</sup> Public Health Policy Evaluation Unit, Department of Primary Care and Public Health, School of Public Health, Imperial College London, UK

---

# Impacto da austeridade em saúde sobre os serviços e desfechos de saúde

Em escala mundial, os países passam atualmente por ciclos de recessão econômica. Os efeitos mais visíveis são a queda na atividade produtiva seguidos, frequentemente, por aumento da taxa de desemprego. Em geral, os governos nacionais agem para tentar estabilizar suas economias, estabelecendo políticas anticíclicas que estimulam o crescimento da produção industrial e do consumo, por meio de isenções fiscais e/ou do aumento dos gastos públicos. Entretanto, durante períodos recessivos, as receitas fiscais diminuem e a demanda por serviços públicos aumenta, pressionando assim, os orçamentos públicos. Esse desafio é ainda maior nos países com altos níveis de endividamento, já que não podem recorrer a novos empréstimos, reduzir os impostos ou aumentar os gastos. A grande recessão de 2008 foi um exemplo disso. Na Europa, países com dívidas com o setor financeiro e bancário tiveram que implementar severas políticas de austeridade, seja cortando os gastos públicos ou aumentando os impostos, na tentativa de reduzir a dívida pública e manter a confiança de seus credores.

Estudos realizados na Europa demonstram que tanto a recessão econômica, quanto as políticas de austeridade afetam os indicadores de saúde, com impacto distinto entre países. Em períodos de queda da atividade econômica, as pessoas, em geral, classificam sua situação de saúde como pior, os indicadores de saúde mental deterioram e os suicídios aumentam. Em situações de aumento do desemprego, pode-se também observar crescimento de taxa de mortalidade<sup>1, 2, 3</sup>.

Por outro lado, períodos de depressão econômica também registram menor exposição das pessoas a atividades prejudiciais à saúde, a exemplo da redução no consumo de bebidas alcoólicas, o que influencia na redução da mortalidade por acidentes de trânsito, das hepatop

patias e das doenças cardiovasculares<sup>4, 5</sup>. Apesar de nem sempre ser registrado aumento na taxa global de mortalidade, ressalta-se que cifras médias podem mascarar o impacto em grupos populacionais mais vulneráveis<sup>6</sup>. Evidências demonstram, ainda, que para reduzir os efeitos negativos sobre a saúde da população, seria crucial fortalecer os programas de proteção social e os sistemas universais de saúde<sup>7, 8</sup>.

A austeridade durante recessões econômicas pode ser particularmente prejudicial para as condições de saúde da população, caso sejam cortados ou restringidos os serviços dos quais as pessoas dependem cada vez mais. Conforme o desemprego sobe e a renda cai, os indivíduos dependem mais e mais da seguridade social e as suas necessidades de saúde

umentam, principalmente entre aqueles mais vulneráveis. Quando surge a necessidade de se executar cortes no orçamento público, os governos fazem escolhas sobre o que cortar e, neste momento, deveriam proteger a saúde de seus cidadãos. Entretanto, estudos demonstram que os cortes nos orçamentos da saúde em países europeus não estavam relacionados à profundidade da recessão<sup>9</sup>, sugerindo que a austeridade é mais uma decisão política com motivação ideológica, não um imperativo de racionalização.

A austeridade produz diferentes impactos nos sistemas de saúde. Por exemplo, o aumento dos custos diretos da assistência de saúde e dos medicamentos para os pacientes, o aumento dos impostos que financiam a saúde, além da redução das opções de serviços prestados gratuitamente<sup>10</sup>. Após a introdução das medidas de austeridade na Europa, verificou-se cresci-

mento das necessidades de saúde não atendidas neste continente<sup>11</sup>, com um número crescente de pessoas que passaram a pagar pela atenção à saúde<sup>12</sup>. Na Grécia, um dos países aos quais se impôs as medidas de austeridade mais severas, não só aumentou a população em situação de rua, como se registrou o crescimento das necessidades médicas não atendidas, da mortalidade infantil, do número de natimortos e de suicídios, bem como da desigualdade em saúde em geral<sup>13,14</sup>.

Embora as evidências de medidas de austeridade da Europa sejam valiosas para a compreender o potencial impacto da recessão e das políticas de austeridade na saúde, nestes países, em geral, apresentam sistemas de saúde robustos e programas de proteção social. Todavia, em países de menor renda e com maiores desigualdades sociais, estima-se que o impacto da austeridade seja muito maior.

## O contexto da austeridade no Brasil

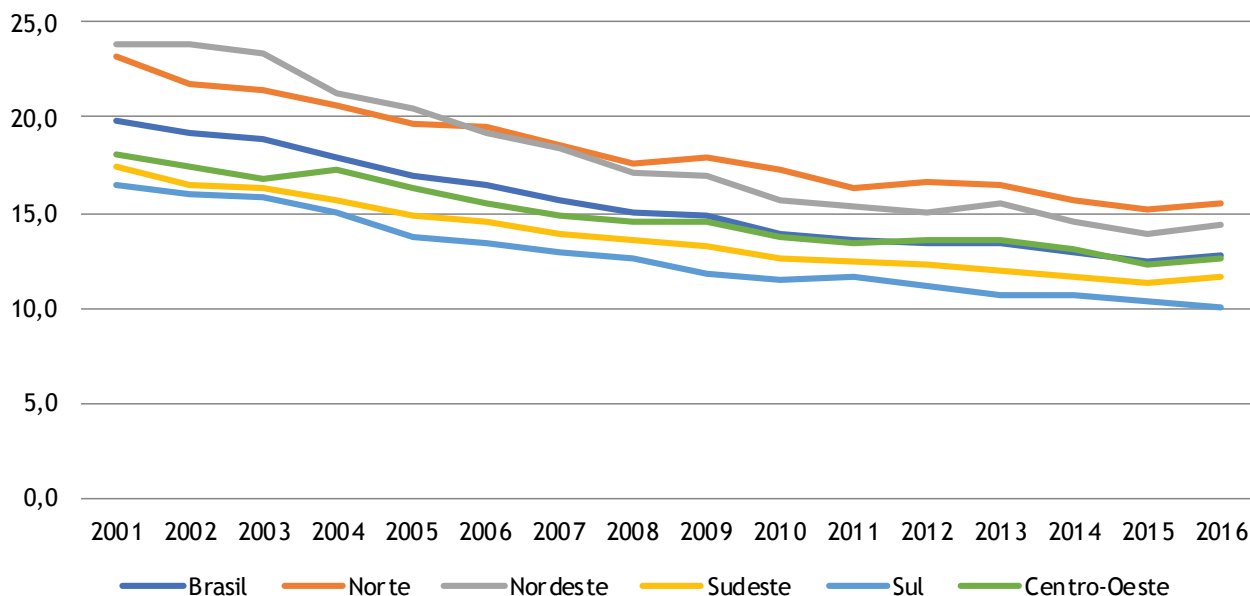
O Brasil avançou consideravelmente rumo à cobertura universal de saúde desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no início da década de 1990. Fundamentado em princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, o SUS fornece uma ampla gama de serviços de saúde gratuitos a toda a população, desde vacinas a tratamentos caros de alta complexidade. Nos 30 últimos anos, o acesso à assistência ambulatorial à saúde aumentou substancialmente no Brasil<sup>15</sup>, provocando não só a redução de internações por causas sensíveis à atenção primária, como também melhorando

a mortalidade infantil (Figura 1), materna e por causas evitáveis<sup>16,17</sup>, com notável impacto positivo na diminuição de desigualdades<sup>18</sup>.

Um dos pontos chave para a melhoria dos resultados em saúde no Brasil foi a expansão da atenção primária à saúde através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entre os anos 2000 a 2018 ocorreu a expansão da cobertura, de 13 milhões para 130 milhões de pessoas, superando 60% da população, de forma predominante nas regiões mais pobres<sup>19</sup>. O investimento na ESF foi acompanhado pelo desenvolvimento das redes de atenção à saúde, como no caso das

FIGURA 1

Mortalidade em crianças menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos), 2000-2016



Fonte: SIM, DATASUS

emergências e da saúde mental. Em paralelo, o setor privado de saúde também cresceu no país, ocupando o espaço deixado pelas imperfeições na prestação dos serviços públicos. Em 2015, 50,3 milhões de pessoas (24,8% da população) dispunham de plano privado de saúde. Em 2018, reduziu para cerca de 47,3 milhões<sup>20</sup>.

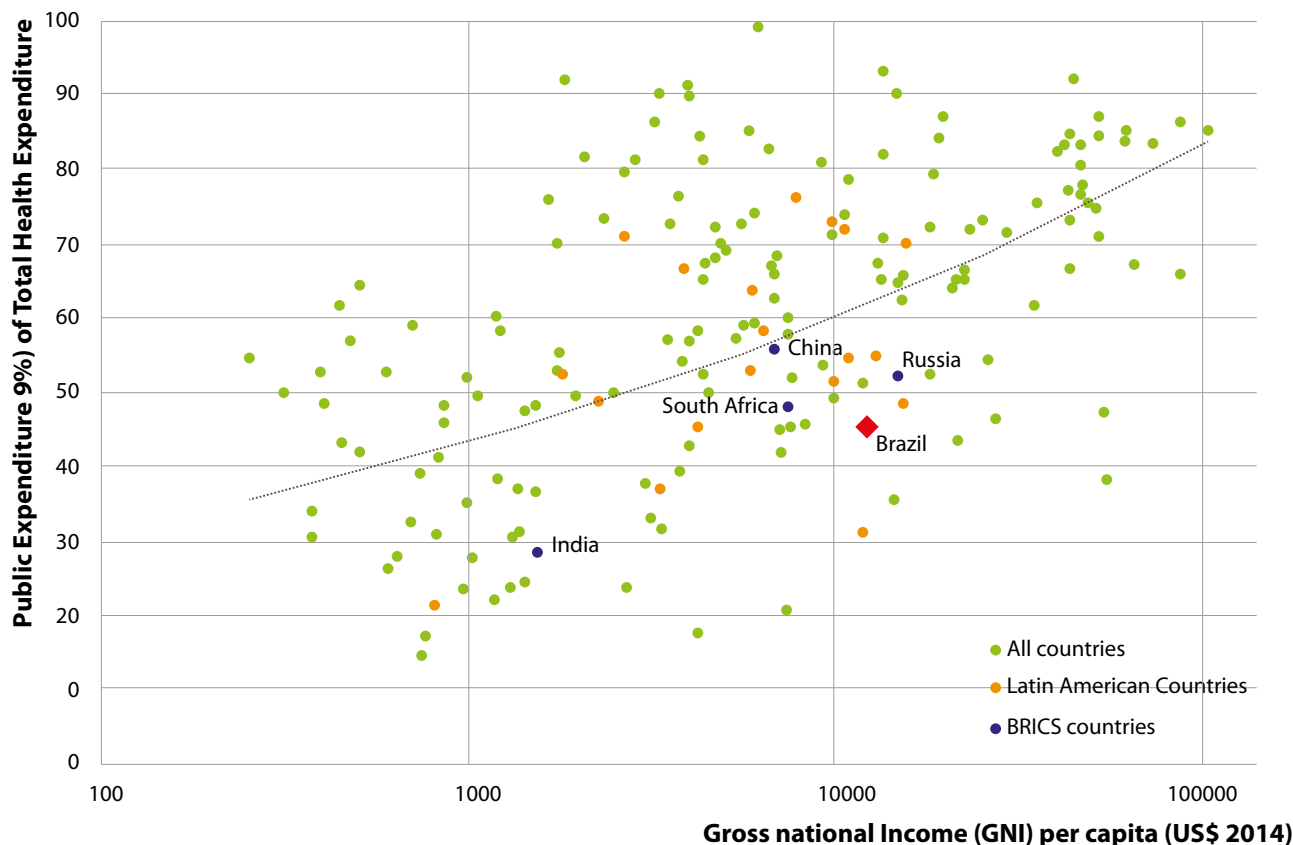
A expansão do SUS não foi acompanhada pela correspondente expansão orçamentária <sup>21</sup>, tornando o Brasil um dos países com menor proporção de gastos públicos (46,0%), em comparação com a América Latina e o Caribe (nos quais a média é 51,3%); com países de renda média-alta (55,2%) e com os países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (62,2%) (Figura 2). O financiamento público restrito, particularmente do governo federal, tem sobrecarregado os governos municipais e os orçamentos familiares em função dos gastos por desembolso direto <sup>22</sup>. As fragilidades

do sistema de saúde brasileiro resultaram em persistentes desigualdades regionais e sociais, causando redução de acesso à serviços de saúde e nos desfechos de saúde, com maior carga para as regiões mais pobres e para os grupos socioeconômicos mais desfavorecidos<sup>23</sup>.

O quadro de subfinanciamento do SUS tende a se agravar em função das medidas de austeridade implementadas pelo governo federal. Como resposta à crise econômica que se iniciou em 2014, foi aprovada em 2016 uma Emenda Constitucional (EC 95 / PEC 55 / PEC 241) que congela o crescimento das despesas públicas, à base da inflação, para próximos 20 anos. Estima-se que a redução de recursos federais para a saúde será de R\$ 415 bilhões (R\$ 69 bilhões nos primeiros 10 anos e R\$ 347 bilhões no período seguinte), quando comparados às captações atuais (com crescimento do PIB de 2,0% ao ano)<sup>24</sup>.

FIGURA 2

Despesa pública em saúde (em% do PIB): Brasil e outros países (2014)



Fonte: World Development Indicators, 2017

Além disso, o Ministério da Saúde revisou a política nacional de atenção básica e as normas regulatórias para serviços e planos de saúde privados, favorecendo também a inserção de “planos de saúde populares”, com cobertura limitada de serviços<sup>25</sup>. Assim, sem as alocações específicas para a atenção primária, e com a

restrição de fundos e a desregulamentação do setor privado, existe a possibilidade real de que os avanços obtidos nas últimas décadas sejam revertidos e que as necessidades de saúde, particularmente em populações vulneráveis, não venham a ser atendidas.

## Cenários futuros

Estudos sobre o Programa Bolsa Família (PBF) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) têm examinado o potencial impacto da restrição do financiamento público em ambos. Há ampla literatura demonstrando os benefícios para a saúde resultantes da expansão de tais ações de

governo<sup>18, 26-29</sup> e os riscos inerentes à limitação de tais ações.

Um estudo de microsimulação para avaliar o impacto de possíveis reduções de cobertura da ESF e do PBF demonstrou que uma redu-

ção na cobertura desses programas, devido às limitações de financiamento impostas pela EC-95, pode incurrir o prejuízo para a sociedade em quase 20 mil mortes e 124 mil hospitalizações na infância<sup>30</sup>. As análises foram realizadas considerando que as reduções ocorreriam entre 2017 e 2030 sob a EC95, em comparação com um cenário no qual o nível de proteção social em função da ESF e PBF fosse mantido. Caso não ocorresse a restrição de recursos decorrente da EC-95, a cobertura da ESF e do PBF permaneceria nos níveis atuais, resultando em uma queda da taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos de 8,6% até o ano de 2030. Estima-se que muitas dessas mortes seriam causadas por doenças relacionadas à pobreza, incluindo doenças diarreicas e desnutrição.

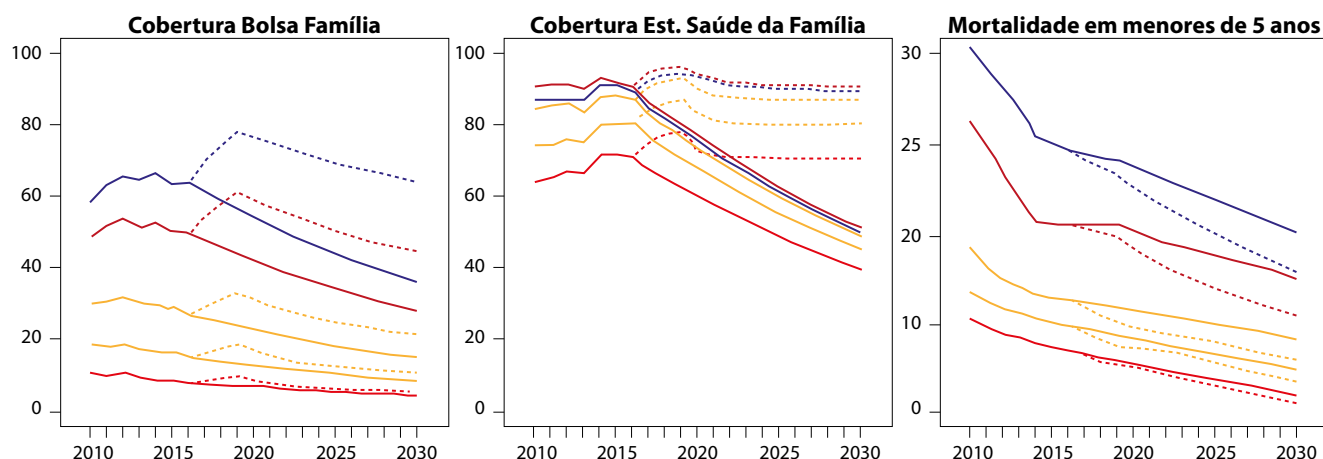
As medidas de austeridade impostas pela EC-95 também podem interromper a tendência de redução das desigualdades na mortalidade

infantil entre municípios, observada na última década. Porém, uma situação em que os níveis de proteção social da ESF e do PBF sejam mantidos, contribuiria não só para reduzir a desigualdade entre municípios, como também para uma concentração de mortalidade em crianças menores de cinco anos (em todos os municípios) 13,3% menor até 2030<sup>29</sup>.

Outro estudo, ainda inédito<sup>30</sup>, demonstra achados semelhantes para os desfechos de saúde em adultos, indicando que as reduções de cobertura da ESF impostas pela EC-95 poderão ser responsáveis por um aumento de 5,7% na taxa de mortalidade por doenças sensíveis à atenção ambulatorial na população com menos de 70 anos em 2030. Isso corresponderia a 27 mil mortes adicionais, afetando desproporcionalmente os municípios mais pobres e interrompendo a redução histórica das desigualdades entre brancos e negros/pardos.

### FIGURA 3

Previsão da cobertura média municipal pelo Programa Bolsa Família e Estratégia Saúde da Família e mortalidade em crianças menores de cinco anos, por quintis de pobreza, 2010-2030, considerando dois cenários: austeridade (EC95; linha contínua) e manutenção da proteção social (linha descontinua)



Fonte: Rasella e cols., 2018

## Recomendações

Experiências internacionais e estudos prospectivos no Brasil oferecem valiosas informações para o alerta e a tomada de decisões frente aos atuais desafios enfrentados pelo sistema de saúde diante do contexto de crise econômica e políticas de austeridade.

Embora os efeitos de longo prazo levem anos para serem percebidos, as simulações prospectivas alertam para os graves riscos que a política de austeridade apresenta para a saúde da população brasileira. É importante ressaltar que é provável que a piora nos indicadores de saúde no Brasil seja mais acentuada do que aquela registrada em países europeus, afetando especialmente para os grupos populacionais mais vulneráveis. Conseqüentemente, os esforços para alcançar metas dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionadas à saúde poderão ser prejudicados.

Além disso, fragilidades estruturais do SUS podem se agravar devido à austeridade de longo prazo. Estudos apresentam grandes ineficiências dentro do sistema de saúde, notadamente na área da atenção especializada e hospitalar<sup>31</sup>. A opinião expressa aqui é a de que os argumentos que justificam a subtração do financiamento da saúde em troca de ganhos futuros de eficiência – amplamente utilizada por aqueles que advogam a austeridade – são bastante falaciosos. Ao contrário, a combinação de subfinanciamento crônico, da crise econômica e da austeridade apresentam um cenário em que o SUS, financeiramente esgotado, se concentrará no atendimento aos pobres, enquanto os planos privados de saúde serão estendidos a uma

parcela maior da classe média, o que poderá ampliar as desigualdades em saúde<sup>32</sup>.

Por outro lado, experiências exitosas desenvolvidas no Brasil, ao longo dos 30 anos de construção do SUS, internacionalmente reconhecidas<sup>33</sup>, podem indicar caminhos a serem trilhados para aumentar a resiliência do sistema de saúde frente aos choques provocados pelo contexto de crise, minimizando as conseqüências negativas para a saúde. Por exemplo, a combinação de programas sociais, como o Bolsa Família e a Estratégia Saúde da Família, mostrou-se um catalizador importante para a redução da pobreza, a melhoria das condições de saúde e a redução das desigualdades em saúde. Da mesma forma, o programa Mais Médicos apresentou excelentes resultados por meio da prestação de serviços de saúde às populações mais vulneráveis, contribuindo decisivamente para aumentar a resiliência do SUS. Portanto, esses programas deveriam ser fortalecidos em tempos difíceis de crise.

Ressalta-se, ainda, a importância do enfrentamento das fragilidades estruturais do SUS. A necessidade de aprimorar a governança do sistema, com definição de papéis e das atribuições dos entes governamentais, principalmente dos governos estaduais; de reduzir a fragmentação da atenção à saúde, em especial a histórica sobreposição entre os setores público e privado; bem como de aprimorar a capacidade de avaliação do acesso, de melhorar a eficiência dos serviços e de reduzir o uso inadequado de tecnologias em saúde. Além disso, é necessário preservar serviços reconhecidos como gerado-

res de ganhos em saúde. Para tanto, o aumento do investimento de fontes públicas é essencial, lembrando que, em 2013, os países membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) concordaram em aumentar o financiamento público para a saúde para 6% do PIB<sup>34</sup>.

Por fim, a superação da atual crise pode também abrir janelas de oportunidade para reformas no sistema de saúde, como quando o país aproveitou a redemocratização, no final da década de 1980, para definir os princípios do SUS. No entanto, atualmente torna-se essencial abrir um amplo diálogo com a sociedade brasileira sobre o financiamento do SUS, com urgente

prioridade fiscal para viabilizar o aumento do gasto público em saúde. Uma redução ainda maior dos recursos como a que já é causada pela EC 95, além de ter um impacto negativo sobre as condições de saúde da população, será um golpe fatal para o SUS, que acabará por se ver reduzido em seu escopo, contrariando os princípios constitucionais. Como disse Jairnilson Paim: “*Vamos ter algo que tem bigode de SUS, tem cabelo de SUS, nariz de SUS, mas não é SUS, é um simulacro*”<sup>35</sup>.

Julio Suárez e Alejandra Carrillo foram os revisores deste, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil.

## Referências

1. Martikainen PT, Valkonen T. Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *The Lancet* 1996; 348(9032): 909-12.
2. Morris JK, Cook DG, Shaper AG. Loss of employment and mortality. *BMJ : British Medical Journal* 1994; 308(6937): 1135-9.
3. Margerison-Zilko C, Goldman-Mellor S, Falconi A, Downing J. Health impacts of the great recession: a critical review. *Current epidemiology reports* 2016; 3(1): 81-91.
4. Williams C, Gilbert BJ, Zeltner T, Watkins J, Atun R, Maruthappu M. Effects of economic crises on population health outcomes in Latin America, 1981–2010: an ecological study. *BMJ open* 2016; 6(1): e007546.
5. Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med* 2012; 74(5): 647-53.
6. Bacigalupe A, Escolar-Pujolar A. The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far?. *International journal for equity in health* 2014 Dec;13(1):52.
7. Toffolutti V, Suhrcke M. Assessing the short term health impact of the Great Recession in the European Union: a cross-country panel analysis. *Prev Med* 2014; 64: 54-62.
8. Maruthappu M, Watkins J, Noor AM, et al. Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990-2010: a longitudinal analysis. *Lancet* 2016; 388(10045): 684-95.
9. Reeves A, McKee M, Basu S, Stuckler D. The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy* 2014; 115(1): 1-8.
10. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Copenhagen: Escritório Regional da OMS para a Europa/Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde; 2014.
11. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *Eur J Public Health* 2015; 25(3): 364-5.
12. Palladino R, Lee JT, Hone T, Filippidis FT, Millett C. The Great Recession And Increased Cost Sharing In European Health Systems. *Health Aff (Millwood)* 2016; 35: 1204-13.
13. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet* 2014; 383(9918): 748-53.



14. Karanikolos M, Kentikelenis A. Health inequalities after austerity in Greece. *International journal for equity in health* 2016; 15(1): 83.
15. Barreto ML, Rasella D, Machado DB, et al. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Brazil. *PLoS Med* 2014; 11(9): e1001692.
16. Macinko J, Dourado I, Aquino R, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29(12): 2149-60.
17. Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance. *Health Aff (Millwood)* 2017; 36(1): 149-58.
18. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med* 2017; 14(5): e1002306.
19. Brasil. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasília, Departamento de Atenção Básica, 2018. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acessado em: 23 de outubro de 2018.
20. Brasil. Histórico de Cobertura da Beneficiários de Planos Privados de Assistência Médica. Rio de Janeiro: Agencia Nacional de Saúde Suplementar, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acessado em: 23 de outubro de 2018.
21. Santos NRD. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23:1729-1736.
22. Gragnolati M, Lindelow M, Couttolenc B. Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde. *World Bank Publications*; 2013.
23. Albuquerque MVd, Viana ALdÁ, Lima LDd, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000-2016. *Ciênc saúde colet* 2017; 22(4): 1055-64.
24. Vieira FS, de Sá RP. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas* 2016; 10(3): 28.
25. Bahia L, Scheffer M, Poz MD, Travassos C. Private health plans with limited coverage: the updated privatizing agenda in the context of Brazil's political and economic crisis. *Cad Saúde Pública* 2016; 32(12).
26. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLOS ONE* 2017; 12(8): e0182336.
27. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet* 2013; 382(9886): 57-64.
28. Macinko J, Guanais FC, de Fatima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1): 13-9.
29. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med* 2018; 15(5): e1002570.
30. Rasella D, Hone T, Basu S, Souza L, Tasca R, Millett C. (no prelo). The impact of austerity measures on primary health care coverage and mortality in Brazil: a national microsimulation modelling study.
31. Banco Mundial. A Fair Adjustment: Efficiency and Equity of Public Spending in Brazil. Volume I: Overview. Washington (DC): World Bank Group; 2017.
32. Massuda A, Hone T, Leles FA, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health* 2018 Jul 1;3(4):e000829.
33. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779): 1778-97.
34. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2009 (Documento CD53/R14). Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=27598&Itemid=270&lang=pt](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27598&Itemid=270&lang=pt).
35. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Seminário CONASS: Debate – O futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, abril de 2018.