

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**GABRIELLA MORAIS DUARTE MIRANDA**

**SAÚDE E DESIGUALDADE: O DESAFIO BRASILEIRO EM UM CENÁRIO DE  
TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA E MUDANÇAS SOCIAIS**

**RECIFE**

**2015**

GABRIELLA MORAIS DUARTE MIRANDA

**SAÚDE E DESIGUALDADE: O DESAFIO BRASILEIRO EM UM CENÁRIO DE  
TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA E MUDANÇAS SOCIAIS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

**Orientador:** Prof<sup>o</sup>. Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Recife  
2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

M672s Miranda, Gabriella Morais Duarte.  
Saúde e desigualdade: o desafio brasileiro  
em um cenário de transição demográfica,  
epidemiológica e mudanças sociais / Gabriella  
Morais Duarte Miranda. - Recife: s.n, 2015.  
189, ilus, graf, tab p.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) -  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,  
Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Antonio da Cruz Gouveia  
Mendes.

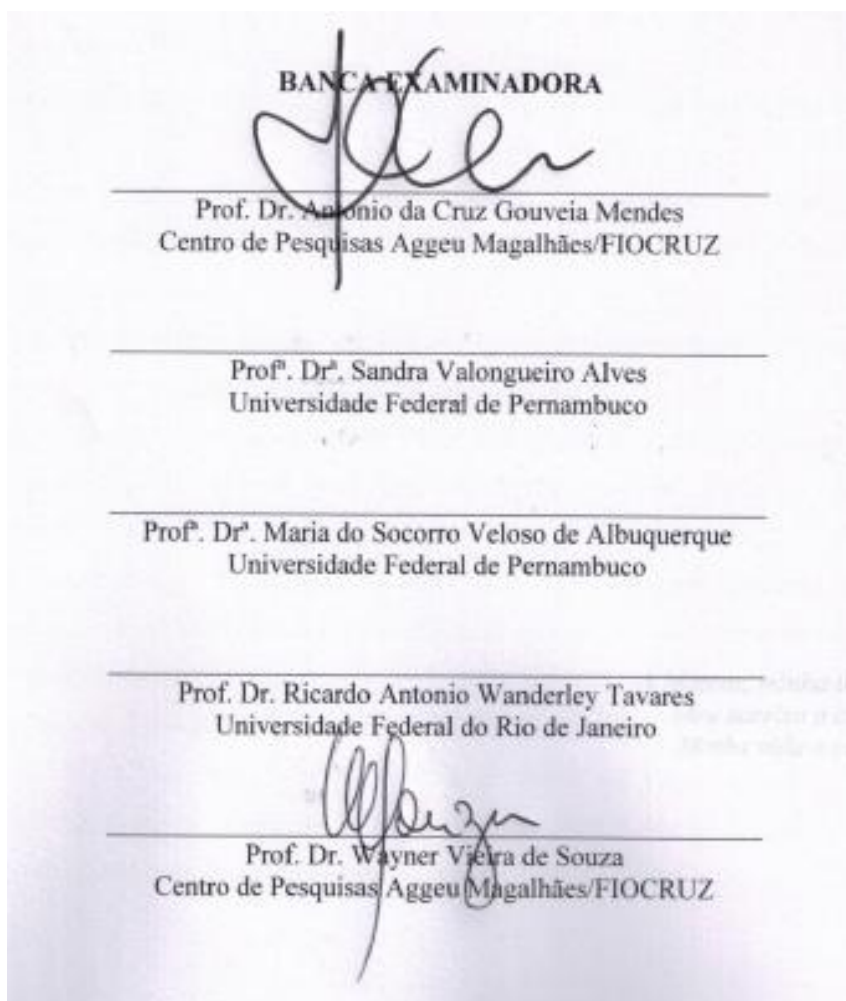
1. Transição demográfica. 2. Transição  
epidemiológica. 3. Necessidades e demandas  
de serviços de saúde. 4. Brasil. I. Mendes,  
Antonio da Cruz Gouveia. ths. Título.

GABRIELLA MORAIS DUARTE MIRANDA

**SAÚDE E DESIGUALDADE: O DESAFIO BRASILEIRO EM UM CENÁRIO DE  
TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA E MUDANÇAS SOCIAIS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

**Data da aprovação:** 24/03/2015



*A Mateus, minha inspiração.  
Meu sorriso a cada gesto.  
Minha vida a cada olhar.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, meu agradecimento pela proteção e benção. Por me manter firme e me iluminar.

À Nossa Senhora, que me cobre constantemente com seu manto e com seu amor de Mãe me ampara nos momentos de angústias.

À Tia Nilza (*in memorian*) meu anjo da guarda. Um dos meus grandes exemplos de amor, aquele amor tão puro que não sabe a força que tem.

A Henrique e Mateus. Não há palavras para expressar o que vocês significam para mim. Essa conquista é nossa. Desculpem-me as ausências. Obrigada por me amarem e me fazerem imensamente feliz.

Aos meus pais. O que dizer a eles? Obrigada é pouco. Agradeço por acreditarem na liberdade. Por vocês sou o que sou. A fé que vocês têm em nós, permitiu que nossos caminhos fossem trilhados. Mãe, meu especial obrigada à Senhora. Por suportar a dor da partida, da distância e da saudade.

Aos meus irmãos, sobretudo Felipe, que sempre esteve presente me ajudando quando precisei.

Ao meu orientador Antonio Mendes, agradeço a permanente orientação. Cada linha deste trabalho foi minuciosamente orientada e discutida. Foram verdadeiros debates e espaços de aprendizagem.

Aos professores membros da banca examinadora, pela contribuição, pelo rico debate e, sobretudo, por terem aceitado participar da avaliação da tese.

Ao meu amigo, tutor, incentivador. Fábio, você partiu prematuramente, mas sua força e sua dedicação serão sempre para mim exemplos a serem seguidos. Meu eterno agradecimento.

Aos meus amigos. O que seria de mim, matuta de um sertão distante, sem vocês? Foram escolhidos e me escolheram. Compartilharam comigo, das mais diversas formas, cada momento dessa conquista e tudo o que vivi nesse período. Ana Lúcia, Fabiana, Nancy, Manuella, Mirella, Cynthia. Obrigada pela força incessante!

Aos amigos das Secretarias Municipais de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe e Recife, em especial à Marlene Barbosa, Dália Araújo, Fernanda Casado e Manuella Sales, pela compreensão inestimável.

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães por enriquecer meu conhecimento. Aos professores que fortaleceram meu desejo de luta por um mundo mais justo.

Aos amigos do LABSIS, pelas contribuições, pelos estudos, por compartilhar a possibilidade de desvendar as potencialidades dos Sistemas de Informações em Saúde. Em especial a Domício Sá, que me apresentou esse caminho e estimulou a minha curiosidade.

Aos colegas de turma. A “original” e a que me acolheu. Sentirei saudades de todos.

Aos entrevistados. Sem eles, a riqueza da discussão não existiria. Fui privilegiada. Aprendi e me fortaleci. É nossa a luta pelo Sistema Único de Saúde.

À equipe da Secretaria Acadêmica pela presteza, disponibilidade e orientação.

Por fim, a todos que contribuíram com esse trabalho. A todos que fazem do seu cotidiano uma busca pela justiça social. Pela saúde enquanto direito de todos e dever do Estado.

*O país de crises, de contrastes, de contradições, de misérias  
flagrantes e riqueza concentrada, possibilita a cada um de nós a  
aventura e o risco de ousar repensá-lo em bases diferentes das  
atuais, tendo como horizonte uma sociedade menos desigual, mais  
justa e solidária.*

Amâncio Filho, 1994

*O futuro se constrói no presente e a hora é agora ....*

Alves, 2008

*E ali logo em frente a esperar pela gente o futuro está  
E o futuro é uma astronave que tentamos pilotar  
Não tem tempo nem piedade nem tem hora de chegar  
Sem pedir licença muda nossa vida  
Depois convida a rir ou chorar*

Vinicius de Moraes, Toquinho, Guido Morra, Maurizio Fabrizio, 1983



MIRANDA, Gabriella Morais Duarte. Saúde e desigualdade: o desafio brasileiro em um cenário de transição demográfica, epidemiológica e mudanças sociais. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

## RESUMO

No caso do Brasil, com um sistema universal de saúde é fundamental que o planejamento das ações e serviços de saúde considere suas características demográficas, sociais e epidemiológicas. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo analisar a relação entre a assistência pública à saúde e as mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais no Brasil, no período de 1995 a 2010. Foi realizado um estudo de caso sobre a situação de saúde do país num contexto de transição demográfica, epidemiológica e de mudanças sociais. Para caracterização do cenário foram utilizados dados secundários dos principais sistemas de informações do país, sendo verificada a tendência temporal mediante regressão linear simples. Para analisar a política e o planejamento da assistência pública à saúde neste contexto de transformações foi realizada entrevista com oito atores que ocuparam funções relevantes na gestão da saúde, no poder legislativo, intelectuais da saúde e planejadores. Para análise foi realizada a condensação de significados e por fim a triangulação dos resultados. Percebeu-se a redução da fecundidade, natalidade e mortalidade com aumento da esperança de vida ao nascer, mudanças que representam a terceira fase da transição demográfica. Esse perfil proporciona um momento singular caracterizado pelo bônus demográfico. O investimento na saúde e na educação foi apontado como essencial para que o país possa aproveitar esse momento. A média de anos de estudo do país apesar do aumento de 37,1% no período avaliado, ainda era um dos menores valores, quando comparado aos países do BRICS. A transição demográfica também desafia a previdência social, que precisa atender ao crescimento observado de 82,3% da população idosa e 43,0% da população adulta. Com tendência de um crescimento até a década de 40, o que pode demandar uma discussão dos rumos da previdência social. Houve significativa redução da pobreza, principalmente após 2003, mas em 2012, ainda representavam 15,9% da população, o que exige a manutenção, expansão e qualificação dos programas de transferência de renda. Neste sentido, um dos entrevistados, sugeriu a transformação do Programa Bolsa Família em um programa de garantia de renda básica. Observou-se um complexo perfil epidemiológico caracterizado pela convivência das doenças transmissíveis, crônicas e causas externas. A assistência ambulatorial cresceu no período, embora o número de médicos e consultas por habitante tenha estacionado. Verificou-se variação das internações, com crescimento na clínica cirúrgica e redução nas demais especialidades médicas analisadas. O sistema de saúde em parte, acompanhou as mudanças e em outra, não se adequou às necessidades atuais e futuras. Os dados apontam para um avanço maior no financiamento estadual e municipal, sendo preciso aumentar o repasse financeiro e criar novas fontes de recursos. A organização tripartite também foi apontada como um dos principais fatores para fragmentação do sistema. A evolução das condições socioeconômicas, o momento de transição demográfica vivenciado e o novo perfil epidemiológico, demandam novas necessidades para o sistema de saúde. E isso é urgente, é fundamental recolocar a saúde na agenda, tornando-a prioridade política, pois o futuro não tarda a chegar.

Palavras-Chave: Transição demográfica; Transição epidemiológica; Necessidades e demandas de serviços de saúde.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte. Health and inequality: the Brazilian challenge in a scenario of social changes and demographic and epidemiologic transition. 2015. Thesis (Doctorate in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

### **ABSTRACT**

In Brazil's case, with a universal health system, it is fundamental that the planning of actions and the offered services consider the country's social, demographic and epidemiologic characteristics. In this context, this study aimed to analyze the relation between public assistance to health services and the social, demographic and epidemiologic changes in Brazil, on the period from 1995 to 2010. A case study was performed about the public health situation in the country, considering its social changes. To identify the scenario, data from the main information systems were used, verifying the temporal tendency through simple linear regression. To analyze the policy and planning of public assistance to the health system in such context of transformations, eight interviews were conducted with people who had important positions in health management, from the legislative houses, planners and intellectuals in the field of health. For the analysis it was performed a condensation of meanings and finally the triangulation of results. It was perceived characteristics such as reduction of fecundity, birth and mortality rates, along with higher life expectancy, changes that represent the third phase of demographic transition. This profile provides a particular moment, characterized by the demographic bonus. Investments in health and education are pointed as an essential element so the country can profit on this moment. The average of years of study, despite an increase of 37,1% in the evaluated period, was still one of the lowest when compared to other BRICS countries. Demographic transition also challenges social insurance policies, which must attend to the observed growth of 82,3% on the elderly population and 43,0% on the adult population, with a tendency of growth until 2040, which may demand a discussion on the course of social insurance. There was also a significant reduction on poverty, especially after 2003, but, as of 2012, poor population still represented 15,9% of total population, which demands maintenance, expansion and qualification of income transference programs. In this sense, one of the interviewed participants suggested that the Bolsa Família Program should become a program of guarantee of minimal income. It was also observed a complex epidemiologic profile represented by existence of transmittable, chronic and external causes diseases. Hospital assistance also increased on the period, although the number of doctors and appointments per patient remained stagnated. It was verified a variation on the hospitalizations, with increase on clinical surgery and deduction of all other analyzed medical specialties. The health system in some cases accompanied the changes, but in other ones did not adapt to future necessities. Data points towards a boost on state and municipal financing, being necessary to increase the financial transfer and create new assets sources. The tripartite organization was also pointed as one of the main factors for the fragmentation of the system. The evolution of socioeconomic conditions, the current moment of demographic transition and the new epidemiologic profile demand new needs for the health system. Therefore it is urgent to replace health issues on the agenda, making them political priority, for the future will arrive nonetheless.

Keywords: Demographic transition; Health transition; Health services needs and demand.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b>	Determinação Social: Modelo de Dahlgren e Whitehead	22
<b>Figura 2</b>	Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist	23
<b>Figura 3</b>	Final form of the CSDH conceptual framework	24
<b>Quadro 1</b>	Descrição das etapas da pesquisa	52
<b>Quadro 2</b>	Subdimensões selecionadas.	53
<b>Quadro 3</b>	Contexto político, social, econômico e a conformação do Sistema de Saúde	54
<b>Quadro 4</b>	Indicadores selecionados	58
<b>Quadro 5</b>	Organização dos Significados	64
<b>Quadro 6</b>	Condensação de Significados. Entrevistado Sérgio, questão 01	64
<b>Quadro 7</b>	Matriz de orientação da triangulação	68
<b>Quadro 8</b>	Análise por triangulação dos resultados	69
<b>Figura 4</b>	Distribuição por sexo e idade da população brasileira: 1900, 1920, 1950, 1980, 2010 e 2040	74
<b>Figura 5</b>	Gastos públicos com saúde no Brasil no período de 2000 a 2010	91

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Evolução da população brasileira segundo faixa etária.	73
<b>Tabela 2</b>	Evolução das características demográficas no Brasil no período de 1995 a 2010	77
<b>Tabela 3</b>	Indicadores socioeconômicos no Brasil no período de 1995 a 2010	81
<b>Tabela 4</b>	Taxas de mortalidade por causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde no Brasil no período de 1996 a 2010	83
<b>Tabela 5</b>	Assistência ambulatorial no SUS no Brasil no período de 1995 a 2010	85
<b>Tabela 6</b>	Grupos populacionais, leitos e internações por grupos populacionais no SUS no Brasil no período de 1995 a 2010	88
<b>Tabela 7</b>	Gastos públicos com saúde no Brasil no período de 2000 a 2010	90

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CNDSS</b>	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>CPMF</b>	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
<b>CSDH</b>	Comissão de Determinantes Sociais de Saúde
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Ministério da Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>IAP</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensão
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MSB</b>	Movimento Sanitário Brasileiro
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PBF</b>	Programa Bolsa Família
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PROADESS</b>	Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
<b>RIPSA</b>	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
<b>RSB</b>	Reforma Sanitária Brasileira
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SIA</b>	Sistema de Informação Ambulatorial
<b>SIH</b>	Sistema de Informação Hospitalar
<b>SIM</b>	Sistema de Informações sobre Mortalidade
<b>SIS</b>	Sistema de Informações em Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>WS</b>	Welfare State

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral .....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 Concepção saúde-doença: do modelo mágico religioso à determinação social .....	18
3.2 Equidade em saúde .....	26
3.3 O direito à saúde no Brasil .....	34
3.4 A transição demográfica, epidemiológica e as transformações sociais.....	43
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	50
4.1 Tipo de estudo .....	50
4.2 Período do estudo .....	51
4.3 Área do estudo .....	52
4.4 Fases do estudo.....	52
4.4.2 <i>Definição, cálculo e análise dos indicadores</i> .....	55
4.4.3 <i>Percepção dos atores sociais</i> .....	62
4.5 Limitações .....	69
4.6 Considerações Éticas .....	69
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	71
5.1 As necessidades de saúde no Brasil e as mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas.....	71
5.2 O contexto das transformações e a percepção dos atores sociais: uma reflexão sobre as necessidades de saúde .....	92
5.2.1 <i>Como avançar nas transformações sociais</i> .....	92
5.2.2 <i>As oportunidades e os desafios do bônus demográfico</i> .....	99
5.2.3 <i>A superação das desigualdades sociais nas próximas décadas</i> .....	106
5.2.4 <i>A organização do sistema de saúde frente ao complexo perfil epidemiológico brasileiro</i> .....	112
5.2.5 <i>O sistema de saúde e os desafios do envelhecimento populacional</i> .....	122
5.2.6 <i>A universalidade do sistema público de saúde no cenário de transformações sociais e demográficas</i> .....	130
5.2.7 <i>O desafio do financiamento do sistema de saúde</i> .....	136

5.2.8 <i>O controle social e a garantia do direito à saúde</i> .....	142
5.2.9 <i>O pacto federativo e a organização do sistema de saúde</i> .....	148
5.3 <i>Análise Síntese</i> .....	153
5.3.1 <i>A continuidade dos avanços sociais. O que é preciso ser feito?</i> .....	153
5.3.2 <i>O perfil epidemiológico brasileiro e as respostas do SUS às necessidades de saúde</i> .....	157
5.3.3 <i>A defesa do sistema universal</i> .....	159
6 <i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i> .....	163
<i>REFERÊNCIAS</i> .....	165
<i>APÊNDICE A – Entrevista</i> .....	185
<i>APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</i> .....	186
<i>ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA</i> .....	187

## 1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais às necessidades de saúde da população, desta forma, ao se discutir uma proposta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) deve-se considerar que as necessidades de saúde da população brasileira estão relacionadas às suas características demográficas e epidemiológicas (MENDES, 2010a).

Foi a partir de 1970 que o Brasil experimentou uma verdadeira revolução demográfica. O país teve seu perfil demográfico transformado: de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e risco de morte na infância elevado, passou-se para uma sociedade predominantemente urbana. Apesar de ainda com uma maior proporção de jovens, observa-se, nos dias atuais, uma proporção, cada vez mais importante, de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Em 2040 serão 52 milhões (23,8%) de idosos, a partir daí, as taxas de crescimento serão negativas (IBGE, 2014; LEONE; MAIA; BALTAR, 2010; MENDES et al, 2012; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. A redução inicial das taxas de mortalidade, principalmente por doenças transmissíveis, beneficiou a população mais jovem, que passou a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas, alterando o perfil de saúde da população. Ao contrário de processos agudos, passaram a predominar as doenças crônicas e suas complicações, e conseqüentemente, passou a demandar uma maior utilização dos serviços de saúde (CHAIMOWICZ, 1997).

Há no país uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças, coexistem no perfil epidemiológico do Brasil as doenças infecciosas e as causas maternas e perinatais, além do crescimento das causas externas e da dominância das doenças crônicas e de seus fatores de riscos (MENDES, 2013).

No Brasil não se observa uma transição “típica”, mas sim uma transição “atípica”, decorrente não só da reemergência e “permanência” de doenças infecciosas e parasitárias, como também, pelo aumento das causas externas, reflexo da violência social em suas mais diversas formas (CARMO; BARRETO; SILVA JUNIOR, 2003).

Além disso, as mudanças demográficas e epidemiológicas ocorreram de forma distinta entre as diversas partes do mundo. Os países desenvolvidos vivenciaram um declínio lento nas taxas de fecundidade e, conseqüentemente, um aumento gradual de idosos. Por esse motivo, tiveram um tempo relativamente maior para ajustar suas políticas na área da saúde a



uma demanda crescente por serviços médicos e hospitalares, o que não ocorreu em muitos países em desenvolvimento, como o Brasil (PALLONI; AGUIRREA; PELAEZB, 2002).

A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo país nas últimas décadas apresenta desafios para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, especialmente em virtude das diferenças que marcam a sociedade brasileira, num contexto de desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições (VERAS, 2009).

São mudanças que exigem espaços que discutam os arranjos necessários para superar suas consequências. E no caso do Brasil, com um sistema universal de saúde é fundamental que o planejamento das ações e serviços de saúde considere as características da população, a noção de responsabilidade de cada esfera de governo, a estrutura e os recursos disponíveis, as suas funções e os seus objetivos.

As diferentes condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e do sistema de saúde nos estados e regiões, geram distintas demandas e produzem desigualdades relevantes na capacidade do SUS em responder às necessidades locais e regionais (LUCHESE, 2003).

Para fins de planejamento é, portanto, primordial que o aparato institucional do sistema de saúde leve em conta essas características e sua dinâmica para determinar as ações e serviços de saúde em cada localidade (RODRIGUES, 2010). Pode-se considerar, assim, que as mudanças ocorridas na sociedade exigem um ajuste rápido e adequado que não se realizará sem a atuação do Estado através de políticas públicas fundamentais (BRITO, 2007).

Isso significa reconhecer a saúde como direito e a priorizar as necessidades como questão essencial para as formas de justiça (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Nesse contexto, este estudo se pautou pelas seguintes perguntas condutoras:

- a) *Como evoluíram as condições de vida e de saúde da população brasileira entre 1995 e 2010?*
- b) *Quais as mudanças ocorridas no sistema público de saúde brasileiro no período?*
- c) *As mudanças foram orientadas conforme as alterações das condições demográficas, sociais e de saúde da população?*
- d) *O que está por vir? O sistema público de saúde tem se preparado para atender às necessidades futuras?*

Avaliações específicas contribuem para que os sistemas de saúde possam definir novos investimentos em setores estratégicos, direcionando políticas específicas. Como já visto, os processos de transição demográfica e epidemiológica trazem consigo mudanças e

desafios importantes para as políticas públicas. E o estudo do impacto dos efeitos e das oportunidades geradas por essas transições é relevante para a realização de um planejamento que oriente ações e serviços para responder às necessidades e superar as desigualdades em saúde.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Analisar a relação entre a assistência pública à saúde e as mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais no Brasil, no período de 1995 a 2010.

### 2.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar a evolução das condições sociais e demográficas; das condições de saúde da população e do financiamento e recursos do sistema de saúde no país;
- b) Analisar a percepção que atores sociais têm sobre a política e o planejamento da assistência pública à saúde e o contexto das mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais;
- c) Realizar uma avaliação síntese da política de assistência pública à saúde e as mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais no país.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Concepção saúde-doença: do modelo mágico religioso à determinação social

O processo saúde-doença é objeto de reflexão em toda história da humanidade. Desde a Antiguidade estabelecem-se diferentes marcos explicativos para a relação saúde e doença.

Segundo Laurell (1982) o processo saúde-doença adquire historicidade porque está socialmente determinado. Batistella (2007) acrescenta que os modelos de explicação da saúde e da doença sempre estiveram vinculados aos diferentes processos de produção e reprodução das sociedades humanas. Desde a visão mágico-religiosa, as ações realizadas para promoção ou recuperação da saúde tinham relação com a sociedade e o conhecimento disponível em cada época.

Na Antiguidade, as doenças e agravos que não fossem considerados resultado de quedas, cortes, lesões ou outras atividades da rotina diária, eram atribuídos a fenômenos sobrenaturais (BATISTELLA, 2007).

Dominante entre os povos da Antiguidade, o pensamento mágico-religioso permitia um alto grau de manipulação, sendo complementado por práticas que utilizavam produtos naturais, transmitidas cuidadosamente de geração a geração (SABROZA, 2001). Esta concepção foi reforçada a partir do século XVI com a Teoria dos Miasmas, que concebia a transmissão das doenças pelo ar e pelos odores (GOUVEIA, 1999).

A teoria dos miasmas predominava em meados do século XIX, respondendo às necessidades geradas pelas principais mudanças sociais e práticas de saúde observadas naquele momento histórico, fruto dos novos processos de urbanização e industrialização (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Segundo Batistella (2007), “o apogeu da civilização grega representou o rompimento com a superstição e as práticas mágicas e o surgimento de explicações racionais para os fenômenos de saúde e doença”.

Com Hipócrates, em "Ares, águas e lugares", destacou-se o papel do meio ambiente na origem, determinação e evolução das doenças (GOUVEIA, 1999), vistas como resultados do desequilíbrio ou da desarmonia entre os princípios ou forças básicas da vida (OLIVEIRA; EGRY, 2000). O médico opôs-se ao pensamento mágico e supersticioso de sua época e defendeu que as doenças estavam relacionadas ao meio ambiente, ao clima, à determinada ração e à alimentação (RAMALHO; DUARTE, 2013)

A Idade Média foi marcada por epidemias e pela expansão e fortalecimento da Igreja. O cristianismo defendia a existência de uma conexão entre a doença e o pecado, assim, as ações direcionadas para cura das enfermidades passaram a ser realizadas pelos religiosos (BATISTELLA, 2007).

O poeta e médico renascentista Girolamo Fracastoro publicou “De Contagione”, onde expôs a hipótese sobre o contágio direto da sífilis (ECHEVERRÍA, 2010). Mesmo sem o recurso do microscópio, inventado somente no século XVII, o médico sugeriu que a transmissão das doenças entre as pessoas ocorreria por meio de partículas minúsculas, imperceptíveis (BATISTELLA, 2007).

Durante todo o século XVIII os estudos se voltaram para compreensão do corpo e das alterações anatômicas decorrentes da doença, consolidando a prática clínica, a abordagem do particular e do individual. No final deste século, a explicação social na causalidade das doenças apareceu, relacionando-as com as condições de vida e trabalho das populações, surgindo deste cenário a Medicina Social (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

Mas, no final do século XIX com a identificação de diversos microorganismos patogênicos iniciou-se a era bacteriológica, passando a explicar o contágio como resultado de pequenas partículas invisíveis, retomando a vertente ontológica da causalidade, em detrimento da concepção mais totalizadora representada pela medicina hipocrática (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Foi instituída a teoria unicausal, baseada na existência de apenas um agente etiológico. Segundo Ramalho e Duarte (2013) esse movimento derrotou os conceitos fantasmagóricos dos miasmas e ofuscou o entendimento da determinação social da doença. Para Gouveia (1999) o advento da era bacteriológica deu ênfase à concepção biológica da doença, passando para outras ciências o estudo das relações entre saúde e o meio ambiente socialmente construído.

Nesta época, no estudo sobre a transmissão do cólera em Londres, John Snow formulou uma teoria do contágio, estabelecendo um vínculo causal entre a água contaminada pelas fezes dos doentes e o aparecimento de novos casos de cólera (BARATA, 1997).

A unicausalidade por sua incapacidade e insuficiência de explicar a ocorrência de uma série de outros agravos à saúde, foi complementada com outros conhecimentos que evidenciavam as múltiplas causas na determinação da doença e não apenas a existência de um único agente etiológico (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

Vários modelos foram propostos com o objetivo de entender o processo saúde-doença como resultado de múltiplas determinações: os modelos da balança, da rede de

causalidades e a história natural das doenças. Proposto por Leavell e Clark, o modelo da história natural considera a interação, o relacionamento e o condicionamento de três elementos da tríade ecológica: o ambiente, o agente e o hospedeiro, a doença seria resultante de um desequilíbrio nesse sistema (BATISTELLA, 2007).

O conceito de causalidade foi substituído pelo conceito de determinação social do processo saúde-doença, buscando compreender a relação entre os fatores que atuam na sociedade e os que atuam na dimensão dos indivíduos (BARATA, 1997). Segundo Nogueira (2009) “quando é assumida a compreensão da saúde como fenômeno social e humano, entende-se que é a multiplicidade de fatores envolvidos nas relações entre saúde e sociedade que enriquece a determinação social”.

Zioni e Westphal (2007) apontam que a publicação de Rudolf Virchow, a concepção de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) e também a Conferência de Alma Ata são alguns dos principais antecedentes históricos relacionados ao enfoque da determinação social.

A saúde, a doença e a morte apresentam uma dimensão individual e coletiva, distribuída no espaço e no tempo, não se tratando de um evento exclusivamente biológico, mas também relacionado a fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais e subjetivos (PRATA, 1994).

Isso significa caracterizar a saúde e a doença como componentes integrados do modo dinâmico das condições concretas de vida das pessoas e dos grupos sociais, considerando assim, a situação de saúde, do indivíduo ou da coletividade, como o resultado, em determinado momento, de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos (ROUQUAYROL, 1993).

De acordo com Silva (2010), em uma conferência realizada em 1988, Canguilhem analisou o conceito de saúde e concluiu que se tratava da verdade do corpo, corpo considerado ao mesmo tempo, um dado e um produto. Um dado pela sua natureza biológica e genética e um produto do seu modo de vida escolhido ou imposto.

Segundo o Ministério da Saúde, as relações entre os determinantes e sua consequência é mais complexa do que as relações de causa e efeito. “Por exemplo, o bacilo de Koch causa a tuberculose, mas são os determinantes sociais que explicam porque determinados grupos são mais atingidos do que outros” (BRASIL, 2006).

O período de 1910 a 1960 foi marcado por uma fase silenciosa no que se refere à abordagem social da doença (RAMALHO; DUARTE, 2013). Foi na década de 1970 que a determinação social da saúde teve o momento oportuno para aflorar (TAMBELLINI; SCHUTZ, 2009).

A análise do percurso do conceito “determinação do social na saúde” pode ser realizada a partir do Relatório Lalonde, de 1974, documento destinado à discussão de reformas no sistema de saúde do Canadá e que propôs a criação de uma nova abordagem para o campo da saúde, dividindo-o em quatro grandes elementos: a biologia humana; o entorno ambiental; os estilos de vida e a organização do sistema de saúde pública (TAMBELLINI; SCHUTZ, 2009).

Apesar de não intencional, ao introduzir a questão dos determinantes no campo da gestão oficial da saúde, Lalonde contribuiu para um processo de ruptura epistemológica que já havia se iniciado na academia (TAMBELLINI; SCHUTZ, 2009).

Para Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais de saúde são condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Podem estar relacionados tanto às características específicas do contexto social que afetam a saúde, como à maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005).

A partir da análise de Marx, Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) refletem que as “condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade são a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde”.

Diversos são os modelos que procuram explicar as relações entre os determinantes sociais e perfis de saúde da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Segundo Fleury-Teixeira (2009) o tema da determinação social dos indivíduos é necessário porque a saúde não pode estar dissociada da determinação geral da vida das pessoas.

A Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, criada pela OMS em 2005, destaca, dentre os principais modelos, aqueles propostos por Dahlgren e Whitehead (1991) e Diderichsen e Hallqvist (1998), adaptado posteriormente por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001), modelos que são fundamentais para compreensão da influencia dos determinantes sociais de saúde sobre as iniquidades na saúde em vários grupos sociais (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005).

O modelo de Dahlgren e Whitehead apresenta os aspectos relacionados à vida e ao processo saúde-doença segundo diferentes camadas, dispondo desde aspectos individuais aos macroestruturais. Trata-se do modelo adotado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), mas que apesar da facilidade da visualização gráfica não explica com detalhes as relações entre os diversos níveis e a origem das iniquidades (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Como se observa na figura 1, os indivíduos localizados na base do modelo, apresentam suas características individuais que exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Logo em seguida, encontram-se o comportamento e os estilos de vida individuais, camada situada no limiar entre os fatores individuais e os Determinantes, porque muitas vezes os comportamentos são entendidos apenas como de responsabilidade individual, mas podem também ser considerados parte dos Determinantes, já que estão fortemente condicionadas por determinantes sociais, como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Ainda segundo os autores acima, a terceira camada refere-se à influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social. No próximo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, e outros aspectos como saúde e educação, sugerindo que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado. Finalmente, no último nível são identificados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas.

Figura 1 – Determinação Social: Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007)

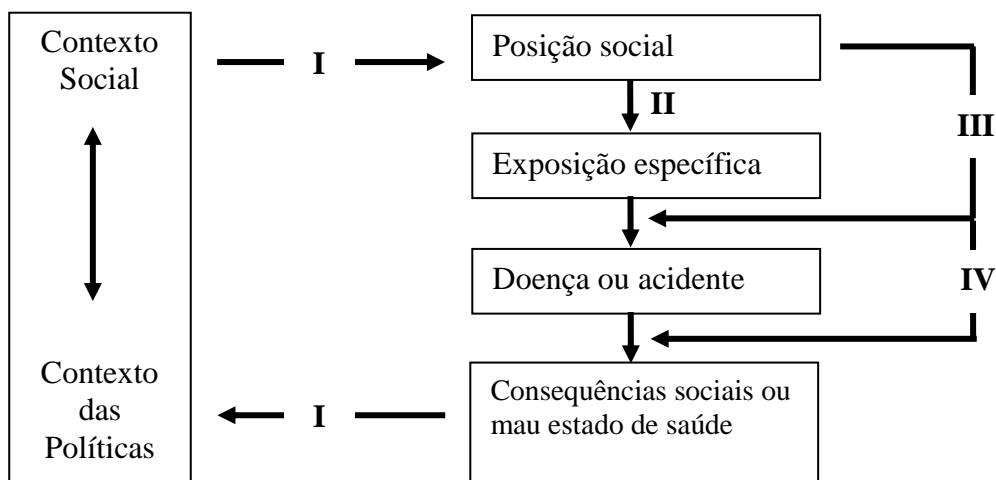
O modelo de Diderichsen e Hallqvist (1998), adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001), revela a estratificação social gerada pelo contexto social, que concede às pessoas posições sociais distintas que também provocam diferenciais de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).



Segundo os autores, nesse modelo:

O (I) representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais, como o sistema educacional e o mercado de trabalho. De acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos, aparecem diferenciais, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde (II); o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos (III); e o diferencial de consequências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença (IV). As consequências sociais representam o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 2 - Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist

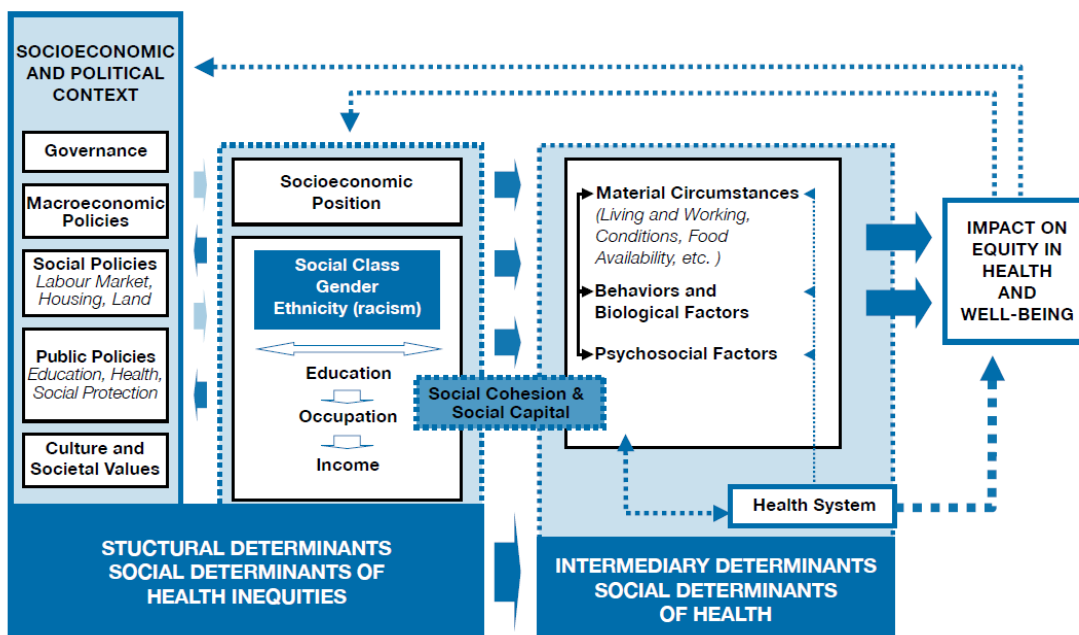


Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007)

Os vários modelos buscam explicar os mecanismos que geram desigualdades na saúde através dos determinantes sociais de saúde (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (2010) resumiu na figura 3 como os mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem a um conjunto de posições sócio-econômicas, que por sua vez formam determinantes específicos do estado de saúde. Com base em seu respectivo *status* social, indivíduos experimentam as diferenças de exposição e vulnerabilidade. Neste modelo, o papel do sistema de saúde torna-se relevante através do acesso, que incorpora as diferenças de exposição e vulnerabilidade.

Figura 3 - Final form of the CSDH conceptual framework



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2010)

Para a Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (2005) um modelo inclusivo para os determinantes sociais de saúde deve alcançar os seguintes objetivos:

- (a) esclarecer os mecanismos através dos quais os determinantes sociais geram iniquidades de saúde;
- (b) demonstrar como os principais determinantes estão relacionados uns aos outros;
- (c) fornecer um modelo de avaliação de prioridades para os determinantes sociais de saúde;
- e (d) mapear os níveis específicos de intervenção e os pontos de ação das políticas sobre os determinantes sociais de saúde.

Convém mencionar, que no Brasil, com a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, houve o reconhecimento da necessidade de intervenções sobre os determinantes sociais. A implantação da Comissão em 2006 foi reflexo do movimento global iniciado no ano anterior, e teve como principais objetivos a produção de informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil, a contribuição para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e a mobilização de diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre o tema (COMISSÃO NACIONAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

A produção e a distribuição da saúde e doença estão ligadas à relação que o homem mantém com a natureza e o mundo social por ele estruturado, por meio de suas práticas e percepções (SILVA, 2010). Os determinantes sociais de saúde podem se referir às

características específicas do contexto social que afetam a saúde, e também à forma com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005). Segundo Almeida Filho (2009) é preciso conhecer melhor a dinâmica da determinação social das desigualdades para sermos mais eficientes no sentido de superá-las.

De acordo com Castellanos (2010) há uma relação evidente entre as situações de saúde e a vida da população, configurado pelas condições de vida dos grupos que compõem essa sociedade e dos estilos de vida de cada habitante. Esse modo de vida é reflexo do ambiente, do grau de desenvolvimento, da organização econômica e política, das relações com o ambiente, cultura e história em um dado momento.

O enfoque sobre os determinantes sociais visa alertar as autoridades dos países sobre a necessidade de reduzir a desigualdade social em saúde. Trata-se do conhecimento das relações entre saúde e sociedade, abrangendo a noção de causalidade, mas sem se restringir a ela. Essa concepção esteve presente nos trabalhos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e, em 1988 incorporou-se à primeira parte do artigo 196 da Constituição, que diz que o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2009).

Segundo Russell et al. (2013), a compreensão dos determinantes sociais em saúde e a utilização de indicadores devem orientar a organização do sistema de saúde, resultando em uma melhoria no estado de saúde da população.

Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) assumem que a política e a determinação social da saúde são dimensões indissociáveis da prática e do saber humanos. Para os autores, a política é um componente da determinação social da saúde, tendo papel central no ordenamento social.

E com a proposta da integralidade do sistema de saúde, a análise dos determinantes deve considerar o dinamismo dos fatores sociais, ambientais e não somente, biológicos. Segundo Tambellini e Schütz (2009) a temática da determinação social permite entender e avaliar a relação entre a saúde e a sociedade e inclusive compreender o papel dos profissionais de saúde na superação dos sofrimentos e das perdas de capacidade e potência inerentes aos seres humanos

A determinação social da saúde exige que a defesa da saúde envolva mudanças na concepção de Estado e de sociedade, e conseqüentemente no modelo de desenvolvimento almejado por um país. Significa que a responsabilidade do Estado deve ser orientada pelos

direitos sociais a fim de que as ações e as políticas promovam o desenvolvimento social, tendo como base a coesão social e as políticas universais de proteção social (COSTA et al., 2009).

Portanto, existe uma relação próxima entre a equidade na saúde e os determinantes sociais, tanto conceitualmente, como em termos políticos. Alcançar um progresso significativo em termo de equidade na saúde representa a realização de ações sobre os determinantes sociais de saúde (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005).

### 3.2 Equidade em saúde

Segundo Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) a equidade em saúde tem sido estudada principalmente baseada em uma perspectiva epidemiológica, sendo conferida pouca atenção às questões conceituais. Em grande parte dos estudos, não se observa maior preocupação em definir os termos e estabelecer os conceitos. Equidade e igualdade, por um lado, e seus opostos, a desigualdade, diferença e iniquidade, são considerados sinônimos. Os estudos relacionados ao tema apresentam uma confusão terminológica e revelam a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o conceito de equidade.

De acordo com Braveman e Gruskin (2003) o conceito de equidade é um princípio ético e está intimamente relacionado com os princípios dos direitos humanos.

Um dos marcos da discussão sobre a equidade foi a estratégia formulada pela OMS denominada Saúde Para Todos no Ano 2000, que tinha como objetivo fortalecer a promoção de ações de saúde, destinadas a atingir a todos, independente de raça, gênero, condições sociais, entre outras diferenças que pudessem ser definidas socioeconômico e culturalmente (MACINKO, STRAFIELD, 2002).

No campo do direito, o conceito de equidade representa a ascendência da justiça sobre a legalidade. A sua falta, a iniquidade, tem sido usada em análises sobre desigualdades sociais em saúde para caracterizar as diferenças consideradas como inaceitáveis, por sua elevada magnitude. Esse julgamento, principalmente por tratar de questões como níveis de saúde, pede o estabelecimento de uma linha divisória, entre o que será tomado como parâmetro de justo ou injusto, linha orientada, em grande parte, por princípios morais, éticos e políticos, historicamente dados (SILVA; BARROS, 2002).

Há ampla aceitação na literatura da definição formulada por Whitehead (1992), e é este o conceito adotado nesta Tese, de que a equidade em saúde corresponde à ideia de que os

indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu potencial de saúde e assim, não deve existir nenhuma desvantagem para alcançá-lo. Conseqüentemente, “equidade em saúde refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis, além de serem consideradas injustas”.

Macinko e Starfield (2002) propõem usar a definição de equidade estabelecida pela International Society for Equity in Health (ISEqH), correspondendo à “ausência de diferenças sistemáticas potencialmente curáveis em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente”.

Os vários enfoques relacionados à equidade referem-se à análise do tema de forma global no campo da saúde, do acesso e das barreiras para o acesso aos serviços de saúde (na atenção básica e demais níveis de atenção), da qualidade dos serviços, dos fatores determinantes das condições de vida e saúde e dos fatores de ordem política que podem promover ou dificultar a equidade (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Segundo Campos (2006), a análise do conceito deveria considerar tanto a sua concepção ontológica, quanto as suas relações sistêmicas com outros conceitos em um contexto particular, como a equidade e políticas sociais e SUS.

Ao propor uma terminologia mais precisa no sentido de construir uma matriz semântica comum, Almeida Filho (2009) define inequidade como disparidades evitáveis e injustas, reflexo de desigualdades desnecessárias. Quando além de evitáveis e injustas, essas disparidades são também injustas, indignas, vergonhosas e resultantes de opressão social, tem-se a iniquidade. Trata-se da inexistência de equidade, resultante de estruturas sociais cruéis e do exercício de políticas iníquas que geram desigualdades sociais eticamente inaceitáveis.

Segundo Siqueira-Batista e Schramm (2005), os conceitos pobreza, desigualdade e exclusão são frequentemente usados em associação para delimitar fenômenos que costumam estar relacionados. Mas para os autores, é preciso estabelecer o espaço de cada um, entendendo pobreza como a privação dos itens mais necessários à existência digna; por desigualdade, a distância entre os mais ricos e os mais pobres em uma situação; e por fim, a ideia de exclusão estaria compreendida no rastro do incremento da pobreza como geratriz da desigualdade.

Travassos (1997) considera que é fundamental diferenciar a equidade em saúde da equidade no uso ou consumo de serviços de saúde, porque os fatores que determinam as

desigualdades no adoecimento e morte diferem dos determinantes das desigualdades na utilização dos serviços de saúde.

Equidade em saúde e equidade no acesso a serviços de saúde não têm os mesmos determinantes. Os fatores que determinam os processos de adoecimento se associam a um conjunto de fatores, como os hábitos e estilos de vida, a genética, as questões ambientais, entre outros. Por sua vez, a equidade no uso de serviços de saúde não está relacionada necessariamente com a equidade em saúde (COELHO, 2010).

Há ainda uma distinção frequente entre equidade horizontal, relacionada ao tratamento igual de iguais, e a equidade vertical, correspondente ao tratamento desigual de desiguais (MOONEY; JAN, 1997). As diversas definições relacionadas à equidade vertical devem-se à compreensão de que pessoas diferentes possuem necessidades diferentes. Por isso, a equidade vertical na maioria das vezes, melhor representa o conceito de justiça social (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

De acordo com Fortes (2008), atualmente, entende-se que a equidade em saúde aceita não a igualdade, mas sim a diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, logo, com necessidades diferenciadas. Assim, ações orientadas pela equidade deveriam proporcionar a cada pessoa a satisfação de suas necessidades, que são distintas.

A busca da equidade tem sido uma finalidade comum aos diferentes programas e políticas sociais. A equidade em saúde refere-se às necessidades em saúde que são socialmente determinadas e a operacionalização deste conceito implica reduzir as desigualdades (LIMA et al., 2012).

E a superação das desigualdades em saúde requer a formulação de políticas públicas equânimes. Para isso é preciso reconhecer a saúde como direito e priorizar as necessidades como aspectos essenciais para as formas de justiça. Neste caso, o planejamento e a implantação das políticas sociais devem orientar-se pelo princípio da equidade, gerando importantes impactos sobre os determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, equidade corresponderia à participação e governança determinadas pela cidadania plena, em um contexto de liberdade e democracia (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Por isso, ao serem compreendidas como o resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente, equidade e iniquidade correspondem a conceitos relacionados com a prática da justiça e à intenção das políticas e dos sistemas sociais (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

James Breilh (2006) considera que “quando surge historicamente, a inequidade constitui o lado negativo da diversidade, tornando-se veículo de exploração e subordinação. Por sua vez, a iniquidade, seria sinônimo de injustiça”.

O acesso à saúde é assegurado na Constituição de 1988 mediante os princípios da universalidade e igualdade. Entretanto, entre o acesso universal e a sua garantia há uma distância considerável, pois é preciso considerar as diversidades existentes na população, para que a condução das ações baseadas nesses princípios de fato reduzam, e não aumentem as desigualdades que marcam a sociedade brasileira (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Partindo desse princípio, o objetivo das políticas que buscam a equidade em saúde, é a redução ou a eliminação dessas diferenças, consideradas evitáveis e injustas, garantindo à população igual oportunidade em saúde e reduzindo as desigualdades o máximo possível. Isso significa que aquilo que é injusto ou o que se pretende fazer para reduzir as disparidades sociais pode ter dimensões e valores diferentes para espaços sociais distintos em diferentes momentos (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Por isso, percebe-se que sua abrangência não deve se limitar à questão sanitária, mas sim, atender a um espaço que considera os aspectos sociais, econômicos, culturais e o legítimo espectro da liberdade (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

Logo, avanços na equidade ao acesso a bens e serviços, a exemplo dos oferecidos pelos sistemas de saúde, podem significar as características ou os caminhos mais prováveis em relação à satisfação das necessidades da população. Podem, inclusive, medir avanços em termos de uma sociedade mais justa (COELHO, 2010).

As desigualdades podem ser expressas por indicadores demográficos ou epidemiológicos (no campo da saúde) como evidência das diferenças, em estado de saúde e acesso ou uso de recursos assistenciais. Por outro lado, as desigualdades de saúde determinadas por aquelas relacionadas a renda, educação e classe social, são produto de injustiça social. Na medida em que adquirem sentido no campo político como produto dos conflitos relacionados com a repartição da riqueza na sociedade, devem ser consideradas como iniquidades em saúde (ALMEIDA FILHO, 2009).

Segundo Carmo, Barreto e Silva Júnior (2003) organismos internacionais (Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde) reconhecem, que, se não forem alcançadas reduções significativas nas iniquidades sociais, não se atingirão melhoras substanciais no quadro global de saúde da população, isso porque pequenas reduções no perfil das desigualdades tem fortes efeitos nos níveis de saúde das populações.

A grande extensão territorial e as diferentes características demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, assistenciais, gerenciais e financeiras das regiões do país geram disparidades na capacidade de resolução e intervenção estatal. Essas diferenças produzem na gestão da saúde desigualdades relevantes na capacidade de o SUS responder às necessidades da população (LUCHESE, 2003).

Woodward e Kawachi (2000) descrevem quatro aspectos que justificam a redução das iniquidades em saúde: elas são injustas, afetam a todos, são evitáveis e as intervenções para a sua redução são custo-efetivas.

Justiça em saúde requer sociedades que promovam às pessoas as condições necessárias para desenvolver o mais alto nível de saúde possível em suas vidas (RUGER, 2006). É importante salientar que a justiça social consistiria em repor recursos para os indivíduos e grupos prejudicados. Nem por isso, as desigualdades seriam sempre injustas, e o seu estudo permitiria identificar quais delas são consideradas injustas e, portanto, quais demandam a intervenção dos esforços organizados da sociedade (ANTUNES, 2008).

A equidade remete à questão da justiça distributiva, dos direitos e deveres do cidadão e do Estado. O princípio antigo de justiça, defendido por Aristóteles, orientava-se pela meritocracia, assegurando a distribuição dos recursos de acordo com o mérito de cada um. O princípio moderno, no entanto, orienta-se pela noção de cidadania, considerando que todos os indivíduos são merecedores dos recursos básicos (ALMEIDA, 2002).

Granja et al. (2010) destacam que a Teoria da Justiça de Rawls é uma das concepções de justiça de maior destaque no século XX. Para os autores a teoria de Rawls agrega as três concepções de equidade encontradas na análise dos discursos dos atores do SUS, pois propõe uma condição inicial de igualdade, mas reforça que, em condições de desigualdade, os mais desfavorecidos devem ser priorizados.

Segundo Almeida Filho (2009), Rawls propõe uma teoria da justiça que, sob forte referência kantiana, considera a categoria das liberdades básicas como definidora da autonomia individual.

Apesar de bastante influente na literatura atual sobre desigualdades em saúde (FORBES; WAINWRIGHT, 2001), segundo Almeida Filho (2009), a Teoria de Rawls não considera a saúde como uma das liberdades básicas, sendo definida como bem natural na medida em que depende dos recursos individuais da saúde.

Por sua vez, a contribuição de Amartya Sen é considerada por muitos como a concepção que critica a teoria rawlsiana de justiça. Trata-se de uma profunda reflexão teórica sobre as relações entre desigualdades de renda e de saúde, que tem se tornado hegemônica na



literatura recente sobre determinantes sociais em saúde. O economista indiano adota o conceito de desigualdades como complemento quase-simétrico ao conceito de bem-estar (ALMEIDA FILHO, 2009).

Amartya Sen (2012) sugere a abordagem da equidade com base nas diversas capacidades que as pessoas desenvolvem para estarem em boa saúde, felizes e serem parte de uma comunidade. A desigualdade surge da maior ou menor capacidade de escolha de cada um para desenvolver um funcionamento desejado, como estar nutrido adequadamente, ter boa saúde, livre de doenças que podem ser evitadas, ser feliz, ter respeito próprio, tomar parte da vida na comunidade, e assim por diante.

Uma capacidade é definida como a habilidade de uma pessoa realizar atos valiosos ou alcançar estágios de vida considerados valiosos por ela própria. Representa uma série de combinações alternativas de estados físicos e mentais que uma pessoa é capaz de fazer, de se tornar ou de ser. Portanto, as capacidades são oportunidades ou liberdades para alcançar aquilo que um indivíduo considera valioso (SEN, 2012).

Segundo Oliveira (2012), Sen cita alguns aspectos que atingem as vidas das pessoas tornando a disparidade social um fato real. Como exemplo, apresenta enquanto fatores causadores da desigualdade social e econômica, as diferenças climáticas na região de domicílio, a distribuição arbitrária e desigual de bens, as diferenças de ordem pessoal (físicas ou socioeconômicas), a vulnerabilidade a doenças endêmicas ou parasitárias (exposição a fatores de risco). Assim, o indiano defende que a teoria rawlsiana não dá atenção a esses fatores que, na realidade, tem importantes implicações na liberdade e capacidade que as pessoas tem para alcançar as metas que consideram valiosas.

A avaliação das demandas das desigualdades tem de ajustar-se à existência de uma diversidade humana generalizada, pois a igual consideração de todos pode demandar um tratamento bastante desigual em favor dos que estão em desvantagem (SEN, 2012).

Assegurar a equidade é um desafio para os gestores públicos, pois a magnitude das desigualdades sociais em saúde e a insuficiência dos recursos impõem que as prioridades sejam orientadas pelo conhecimento da situação de saúde e do impacto de políticas, programas, projetos e ações sobre a saúde e seus determinantes (DRACHLER et al., 2003).

O movimento da reforma sanitária brasileira (RSB), assim como de forma geral, o movimento pela redemocratização do país, estiveram associados à luta por mais justiça social e equidade (COELHO, 2010). Essa concepção de equidade abrange o reconhecimento das necessidades específicas dos grupos sociais e o atendimento de suas particularidades (ALBUQUERQUE et al., 2011).

Há para isso, que se desenvolver políticas intersetoriais e garantir a participação e o empoderamento das populações, para que estas possam colaborar de forma mais eficaz na transformação da sociedade (ZIONI; WESTPHAL, 2007). Para isso, é fundamental envolver o governo, a sociedade civil e o setor privado (NOGUEIRA, 2009).

Os estudos sobre a utilização dos serviços e sua acessibilidade podem, portanto, de forma indireta, mensurar a equidade de um sistema de saúde (LOUVISON et al., 2008).

A busca de equidade desafia gestores e planejadores de sistemas de saúde há algumas décadas. Os esforços para diminuir as iniquidades em saúde vêm sendo desenvolvidos, conforme aponta Tobar (2003), em três dimensões básicas:

- 1) Equidade na dotação de recursos financeiros: a população deve receber os recursos adequados para que consiga atender às suas necessidades;
- 2) Equidade no acesso a serviços: a população deve receber atenção integral sempre que preciso, em todo e qualquer momento de doença ou risco;
- 3) Equidade nos resultados: toda população, independente de suas condições sociais e econômicas, deve alcançar resultados lineares em indicadores de saúde, medidos por indicadores clássicos, como esperança de vida ao nascer e taxas de morbimortalidade.

De acordo com Sawyer; Leite e Alexandrino (2002) o conhecimento do padrão de utilização dos serviços de saúde é essencial, para que as respostas a essas demandas reflitam decisões equânimes e efetivas em relação aos custos, uma vez que esse padrão oferece insumos durante o processo de alocação e geração de recursos. Além disso, para Coelho (2010), analisar essa oferta de serviços de saúde e de como estão distribuídos é uma forma de medir o esforço que uma sociedade desenvolve para corrigir suas desigualdades.

A utilização desses serviços representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso dos serviços de saúde refere-se a todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (exames preventivos e diagnósticos) com os serviços de saúde. Trata-se de um comportamento complexo que reflete um conjunto amplo de determinantes que incluem as características de organização da oferta, dos usuários e dos prestadores de serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Pinto e Soranz (2004) referem que a utilização de serviços depende de algumas dimensões: condição e necessidade de saúde, disponibilidade de profissionais de saúde, características demográficas, aspectos organizacionais dos serviços de saúde e o modelo de financiamento. Segundo Silva et al. (2011) a busca por serviços de saúde não depende apenas da necessidade, mas de diversos fatores que explicam as variações entre grupos sociais e também, da oferta de serviços.

Travassos, Oliveira e Viacava (2006) afirmam que o acesso expressa características da oferta que facilitam ou dificultam a utilização dos serviços por parte da população. Barreiras de acesso resultam das características dos sistemas e dos serviços de saúde, como a distribuição, localização e disponibilidade de serviços, seus mecanismos de financiamento, o modelo assistencial, de gestão e outros.

Além disso, o perfil da desigualdade em saúde variam e podem se agravar em virtude dos determinantes demográficos e ambientais, acesso aos bens e serviços sanitários e de saúde e de políticas sociais (DUARTE et al., 2002).

Desigualdades na utilização de serviços de saúde refletem, tanto, as desigualdades relacionadas ao risco individual de adoecer e morrer, como também se referem às diferenças no comportamento e hábitos dos indivíduos perante a doença, além das características dos serviços de saúde (TRAVASSOS et al., 2000).

Luchese (2003) compreende que a gestão pública deve tomar suas decisões considerando as necessidades da população e também os recursos governamentais disponíveis. A análise do conceito de equidade na gestão descentralizada do SUS representaria, portanto, a igualdade de condições e oportunidades, entre todas as esferas de governo.

Como refere Albuquerque et al. (2011) os gestores em saúde se preocupam com a questão da equidade, em virtude não somente da magnitude das desigualdades sociais, como também pela escassez dos recursos que impõem ao processo de planejamento a necessidade de definição de prioridades. Afinal, segundo Viana, Fausto e Lima (2003) ainda existem desigualdades em relação à distribuição dos recursos e às oportunidades de acesso e utilização desses serviços entre regiões, estados, municípios e grupos sociais.

No Brasil, vários trabalhos (TRAVASSOS et al., 2000; TRAVASSOS; OLIEVIRA; VIACAVA, 2006) tem demonstrado que há iniquidades na cobertura e no acesso aos serviços de saúde e na utilização dessas ações. As diferenças observadas na oferta de serviços nas regiões são enormes. Segundo Duarte et al. (2002) essas diferenças estão presentes também no padrão de morbimortalidade da população brasileira e na organização dos serviços de saúde.

Nesse contexto, de acordo com Oliveira, Carvalho e Travassos (2004) “para que os serviços possam ser acessíveis a todos, o planejamento precisa conhecer a sua distribuição e a de seus usuários”.

Para a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (2008), a gestão em saúde tem o desafio de organizar seu sistema para atender às necessidades e às perspectivas da

população, considerando os recursos disponíveis como um bem coletivo a ser usado com equidade.

Drachler et al. (2003) acrescentam que promover a saúde com equidade é um desafio para os gestores públicos, pois a magnitude das desigualdades sociais em saúde e os recursos escassos impõem que as prioridades se fundamentem no conhecimento da situação de saúde e do impacto de políticas, programas, projetos e ações sobre a saúde e seus determinantes.

A responsabilidade do Estado, enquanto ente responsável pela proteção social, está no centro do debate público. Nesse contexto, no desempenho do seu papel surgem desafios não apenas relacionados à organização e eficiência da gestão pública e garantia do cuidado à saúde, mas principalmente para que suas ações promovam mudanças significativas na redução das desigualdades (LUCHESE, 2003).

Campos (2006) acredita que o SUS produz a equidade quando amplia o acesso de milhões à atenção básica, amplia a cobertura vacinal ou a proporção de brasileiros que se tratam de aids, câncer, saúde mental. No entanto, não produz a equidade quando persistem as diferenças de acesso em função de critérios que não são sanitários, mas decorrentes de obstáculos políticos e de gestão do sistema.

Mas o autor finaliza sua reflexão defendendo a busca constante pela equidade. Um trabalho permanente de engenharia política, da arte da gestão e de sabedoria sanitária, em que a vida das pessoas seja o bem mais valioso (CAMPOS, 2006).

### 3.3 O direito à saúde no Brasil

Segundo Höffing (2001) “políticas sociais referem-se a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, direcionadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico”.

Dentre os principais modelos de proteção social públicos, de acordo com Esping-Anderson (1991), destacam-se: o liberal, o corporativo e o social-democrata. No primeiro, o Estado intervém quando os canais naturais de satisfação de necessidades (indivíduo, família, mercado, redes comunitárias) mostram-se insuficientes, portanto, a intervenção é seletiva e assistencial, focalizada em grupos e indivíduos vulneráveis, com a utilização de testes de meio e controle dos beneficiários. O segundo, o conservador-corporativista, é discriminatório, determinado pela inserção profissional, com direitos e obrigações ligados ao *status*, ocupação

ou produtividade. O terceiro, o social-democrata, baseia-se na universalidade, com ampla cobertura de riscos e contingências.

Quando o Estado adota uma postura liberal suas funções se direcionam fundamentalmente para a garantia dos direitos individuais, sem interferência nas esferas da vida pública e, especificamente, na esfera econômica da sociedade. As teorias neoliberais, por sua vez, resgatam a postura clássica do liberalismo e defendem as liberdades individuais, criticando a intervenção estatal e elogiando a regulação do mercado (HÖFFING, 2001).

Os países que adotaram o clássico liberalismo instituíram um sistema social restrito, voltado essencialmente para os pobres, que precisavam provar a sua situação de carência. Ainda prevalente em muitos países, essa forma de proteção social representa uma cidadania invertida (PAIM; SILVA, 2010).

Durante a fase liberal do capitalismo prevaleceu a proteção expressa na solidariedade primária, direta, entre as pessoas, sendo as famílias os principais responsáveis pela proteção social, bem como a comunidade, a filantropia e a assistência religiosa. Cabia ao Estado uma intervenção esporádica, somente em casos de emergência, direcionada aos casos extremos de pobreza (TEIXEIRA, 2013).

Segundo Martins (2011) “esse modelo de Estado sob o liberalismo clássico, presente nas duas primeiras décadas do século XX, sofreu um redirecionamento no contexto da crise do capitalismo”.

A relação entre Estado e economia permitiu o estabelecimento de princípios abrangentes e universalistas nas políticas sociais, a ampliação dos direitos de cidadania, o comprometimento com o crescimento, pleno emprego e expansão dos serviços sociais públicos (MARTINS, 2011).

No final do século XIX, teve início na Alemanha o seguro social, no qual trabalhadores, empresários e o Estado contribuía para a proteção dos indivíduos em casos de morte, aposentadorias, acidentes e doenças. O acesso a tais benefícios dependeria de contribuição prévia, de modo que este tipo de sistema de proteção social considerava o mérito do indivíduo, sendo denominado de meritocrático. Admite uma cidadania regulada, já que o acesso aos benefícios não é universal, nem se baseia na integralidade e na equidade, mas no mérito da contribuição (PAIM; SILVA, 2010).

O modelo de Estado que se consolidou durante o Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State* (WS), criou uma nova configuração na relação entre Estado e sociedade, baseada em princípios que priorizavam os direitos sociais, o acesso universal aos serviços sociais, a institucionalização da assistência social e da seguridade social, de forma que a

atuação estatal garantisse padrões mínimos de atenção às necessidades básicas (MARTINS, 2011).

Segundo Marques e Mendes (2007), de maneira geral, pode-se agrupar a origem e o desenvolvimento do Estado de Bem Estar Social em duas grandes linhas explicativas: a que atribui sua origem à ordem econômica e a que considera os fatores políticos como os seus determinantes.

Aqueles que defendem a primeira linha compreendem o WS como consequência das mudanças provocadas pela industrialização ou como resposta às demandas de acumulação e legitimação do sistema capitalista. Já os outros, consideram o WS resultado ou da ampliação progressiva de direitos ou do acordo entre o capital e o trabalho organizado, ou de configurações históricas particulares de estruturas estatais e instituições políticas (MARQUES; MENDES, 2007).

De acordo com Teixeira (2011), os sistemas de proteção social públicos, enquanto resposta à questão social, surgem nos países capitalistas ocidentais, como resultantes das pressões das lutas sociais, trazendo à cena pública os problemas sociais transformados em demandas políticas, introduzindo-as no campo das disputas políticas e das prioridades de políticas públicas.

Segundo Martins (2011), nos anos de 1980 e 1990, sob a reação burguesa à crise capitalista iniciada nos anos setenta, amplia-se o desmonte dos direitos sociais, gerando ajustes que mudaram as relações entre Estado, sociedade e mercado, materializadas em inúmeras medidas de ajuste econômico e reformas institucionais mediante a privatização, supressão de direitos sociais e trabalhistas e redirecionamento do papel do Estado no âmbito das políticas de proteção social.

De acordo com o autor, na América Latina, e conseqüentemente no Brasil, há o consenso de que as diferentes propostas de WS não tiveram espaço para se desenvolver, seja em função do processo de constituição do capitalismo, as características de sua economia, seja em razão da forma de organização do Estado e de suas relações com a sociedade. No Brasil, na análise do período entre os anos 1930 da era Vargas aos anos 1980 que abarca o governo ditatorial, pode-se identificar que a proteção social e os direitos de cidadania estiveram vinculados ao mercado formal de trabalho, sendo considerados cidadãos de direito aqueles que possuíam carteira assinada e contribuía com o sistema (MARTINS, 2011).

A hipótese defendida por Teixeira (2007) é de que nos países como o Brasil, houve o estabelecimento de sistemas de proteção social públicos, mas não se enquadram na tipologia dos países desenvolvidos, representando um misto que nem se caracteriza como

corporativista, apesar do seu predomínio na política de previdência social, nem como universalista, apesar da inclusão de elementos universalistas pela Constituição de 1988.

Associado ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra nascia a assistência à saúde dos trabalhadores. A conquista de alguns direitos sociais pelos trabalhadores foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais (BRAVO, 2001).

No Brasil, o direito à saúde se desenvolveu, no século XX, em um cenário de contradições e interesses que passaram do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, chegando ao projeto neoliberal, nos anos 1980. Trata-se de um caminho que demonstra que as políticas de saúde e de saneamento tiveram um papel importante no incremento substancial da relação do Estado com a sociedade e o território do país (MENDES et al., 2011).

No país, a história dos cuidados com a saúde passa, necessariamente, pela filantropia, mais precisamente, pela intervenção religiosa. Em paralelo, o Estado realizava algumas ações de combate de epidemias, como as ações de vacinação e saneamento básico. Assim ocorreu no final do século XIX e início do XX com as ações de saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra varíola (CARVALHO, 2013).

Essas campanhas, no início do século XX, realizadas sob moldes quase militares implementaram as atividades de saúde pública (PAIM et al., 2011).

Mas, o modelo médico-assistencial privatista tornava-se predominante, em virtude do crescimento da atenção médica da Previdência Social e do esvaziamento progressivo das campanhas de saúde, pois o sanitarismo campanhista já não mais respondia às necessidades de uma economia industrializada (MENDES et al., 2011).

O fortalecimento desse modelo contribuiu para que a política de saúde do Brasil fosse constituída de forma segmentada desde seu nascedouro. A assistência à saúde emerge na previdência social, considerada a origem do sistema de proteção social do país. E essa previdência, quando surge, já traz a segmentação de suas clientela. Inicialmente nas Caixas, ligadas às empresas, e depois nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs, construídos em torno de categorias profissionais (MENICUCCI, 2014).

Cada IAP assistia de forma residual a população, o que deu origem à assistência à saúde propriamente, mas de formas diferenciadas. Então, cada instituto tinha mais ou menos recursos para a saúde e prestava serviços de maior ou menor envergadura (MENICUCCI, 2014).

Quando a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) foi promulgada, em 1960 durante o governo de Juscelino Kubitschek, foram uniformizados os direitos de todos os segurados, ampliando os benefícios, segundo o padrão dos IAPs, para todos os trabalhadores regulados pelas leis do trabalho. Todavia, manteve a cisão dos sistemas de proteção social brasileiro, excluindo os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos que continuavam sem cobertura (TEIXEIRA, 2007).

Entretanto, à medida que a assistência prestada pela Previdência Social se ampliava, revelava-se o caráter discriminatório da política de saúde. As desigualdades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde contribuíam para formação da chamada universalização excludente (MENDES, 1999).

Em 1963 ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde que coroava vários estudos para a criação de um sistema de saúde. Duas lutas dessa conferência: um sistema de saúde descentralizado e todos, garantindo o acesso a todos os cidadãos com o protagonismo do município. No entanto, com a ditadura militar, a proposta não foi levada à diante (CARVALHO, 2013).

Durante o período de opressão militar, assistiu-se ao incremento significativo do sistema de saúde privado, financiado com recursos públicos, especialmente nos grandes centros urbanos (PAIM et al., 2011). A opção feita pela gestão foi a compra das ações e serviços de saúde na rede privada. Nesse sentido, a política pública direcionada para a saúde estimulou o desenvolvimento da rede privada de saúde, tanto em virtude da compra de serviços quanto por meio de muitos subsídios concedidos pelo governo para construção de unidades hospitalares (MENICUCCI, 2014).

Em 1975, o regime instituiu por meio da lei n. 6.229, o Sistema Nacional de Saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Em 1976 foi proposto o Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde (Piass), criado para as regiões mais pobres como uma reedição da Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública). Apesar disso, o Piass não foi implantado, em virtude da falta de interesse político da época (CARVALHO, 2013).

Nessa época avançava o movimento da reforma sanitária, adquirindo maiores níveis de institucionalidade. Em 1976 foi implantado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e três anos depois, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Espaços fundamentais para o fortalecimento do campo da saúde coletiva no Brasil. Espaço de importantes críticas, saberes e disciplinas, campo de fortes discussões sobre as formas de se praticar saúde pública no país (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).



A necessidade de reforma do Estado e da seguridade social esteve ausente da agenda e do discurso das esquerdas no Brasil até os anos setenta, quando foram introduzidos temas como a cidadania e a institucionalidade democrática nas discussões políticas. Neste contexto, foi considerado prioritário o fortalecimento das políticas públicas e a construção das bases de um Estado do Bem-estar Social. A construção de um projeto de reforma sanitária foi parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social (FLEURY, 2009).

Segundo a autora, a reforma sanitária no Brasil é conhecida como “o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional, cujas bases teóricas podem ser encontradas na revisão da concepção marxista do Estado e em uma leitura crítica do campo da saúde coletiva” (FLEURY, 2009).

Os representantes do Movimento da RSB consideravam que a política de saúde promovida pelo regime militar, favorecia a privatização e a medicalização dos problemas sociais, desprezando a saúde pública. Este modelo tinha aprofundado as desigualdades e fortalecido um sistema de saúde fragmentado, com uma estrutura centralizada (PÊGO; ALMEIDA, 2002).

O Projeto da Reforma Sanitária foi emprestado a Tancredo Neves e apropriado como Proposta de Saúde da Nova República. Em 1986, o movimento culminou com uma grande assembleia, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em Brasília, com cerca de cinco mil pessoas do Brasil inteiro que referendaram a proposta da Reforma Sanitária (CARVALHO, 2013).

O movimento pela reforma sanitária, assim como, de forma geral, os movimentos pela redemocratização do país, estiveram associados a lutas por mais justiça social e equidade. A democracia era entendida como mecanismo que contribuiria com uma solução para o problema das desigualdades sociais, criando condições que permitiriam tanto um melhor estado de saúde da população quanto um acesso mais equitativo aos serviços de saúde (COELHO, 2010).

Na VIII CNS a participação de todos promoveu a aprovação do conceito da saúde como um direito do cidadão brasileiro, definindo as bases legais e as estratégias necessárias para implantação do SUS (PAIM et al., 2011).

O SUS foi criado como um sistema federativo com participação dos três níveis de governo mediante a realização de serviços universais e gratuitos, tendo a descentralização como diretriz básica e com uma gestão compartilhada entre os gestores das comissões

intergestoras. Criou-se o mecanismo constitucional de controle público, através de conferências e de conselhos e de instituições de apoio, como o Ministério Público (MENDES, 2002).

Somente com a utilização de uma lógica organizadora para a rede de saúde que incorpore os aspectos epidemiológicos, a racionalidade e a otimização do uso dos recursos, seria possível assegurar o objetivo de garantir a universalidade e a integralidade da atenção à saúde oferecida à população (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

De acordo com Viegas e Penna (2013) a construção da integralidade surgiu como base para superar as contradições e vencer os desafios na consolidação do SUS. A garantia de assistência integral à saúde como direito e dever dos cidadãos, profissionais e gestores, implica em sujeitos ativos. A integralidade pressupõe acesso a bens e serviços, formulação, gestão e controle participativo de políticas públicas, interação usuário/profissional sem perder a perspectiva daquilo que é comum a todos e deve ser universal: o direito de viver e ser tratado com respeito à integridade e à dignidade da condição humana em situações de saúde, doença e morte.

Segundo Carvalho (2013) os principais pontos defendidos pelo movimento da reforma sanitária brasileira e sacramentados na VIII CNS foram absorvidos pelos constituintes. No entanto, não houve uma clara definição sobre as formas de financiamento do sistema de saúde que era implantado.

Os constituintes progressistas, cientes da necessidade de resgate da imensa dívida social brasileira herdada do regime militar, procuraram assegurar na Constituição Federal de 1988, direitos básicos e universais de cidadania, dentre eles, o estabelecimento do direito à saúde pública. Essas conquistas foram incorporadas como objeto de capítulo específico, o da Seguridade Social, consolidando a solidariedade entre a saúde, a previdência e a assistência social (MARQUES; MENDES, 2005).

Para responder às exigências das despesas de proteção social, foram definidos que seus recursos teriam como base o salário, o faturamento, o lucro líquido das empresas e a receita de concursos e loterias. Além dessas fontes, a seguridade contaria com recursos de impostos da União, estados e municípios. Ao mesmo tempo, preocuparam-se em definir que esses recursos fossem exclusivos da proteção social. Mas isso não foi cumprido por nenhum governo que se seguiu à Constituição de 1988 (MARQUES; MENDES, 2005).

Assim, a Constituição Federal de 1988, tomando como eixo principal um princípio igualitário e o compromisso público com essa garantia, estabeleceu os princípios e diretrizes para uma completa reorganização do Sistema de Saúde. O texto constitucional fundou uma

nova ordem social no país, e no campo da saúde, baseou a mudança nos princípios da universalidade e igualdade, organizando o novo sistema sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (MENICUCCI, 2009).

Contudo, nessa época, o Estado que tinha se preocupado em desenvolver o sistema público de proteção social estava reduzido a poucas funções (MARQUES; MENDES, 2007). Além disso, a crise financeira que afetava o país, associada ao fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, dificultou a implantação do SUS (MENICUCCI, 2009).

Segundo Mendes (2002), a Constituição gerou direitos a todos, mas não houve uma base material para sua consolidação, ou seja, todos passaram a ter direito à saúde, mas os recursos públicos foram reduzidos pela metade, gerando a universalização excludente. Esse processo fez com que ao final do ano 2000, quase 20 milhões de brasileiros deixassem o sistema público e fossem abrigar-se nos sistemas privados, fortalecendo no Brasil o sistema segmentado.

Mesmo assim, com a implantação do SUS, o país passou a ser o único do gênero na América Latina e aproximou-se da experiência de países como o Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália (MARQUES; MENDES, 2012). Constituiu a maior política de inclusão social da história do país, rompeu uma divisão iníqua e fez da saúde um direito de todos e um dever do Estado (MENDES, 2013).

O autor continua, afirmando que seus números são impressionantes:

quase seis mil hospitais e mais de sessenta mil ambulatorios, mais de dois bilhões de procedimentos ambulatoriais, mais de onze milhões de internações hospitalares, aproximadamente dez milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia, mais de duzentas mil cirurgias cardíacas e mais de 150 mil vacinas por ano. O SUS pratica programas que são referência internacional, mesmo considerando países desenvolvidos, como o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle de HIV/Aids e o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos que tem a maior produção mundial de transplantes realizados em sistemas públicos de saúde do mundo, 24 mil em 2012. O programa brasileiro de atenção primária à saúde tem sido considerado, por sua extensão e cobertura, um paradigma a ser seguido por outros países. Com esses processos, o SUS tem contribuído significativamente para a melhoria dos níveis sanitários dos brasileiros (MENDES, 2013).

Em meio a essa complexidade e às dificuldades de construção de um sistema nacional de caráter universal em um país heterogêneo e desigual, persistem desafios relacionados ao enfrentamento de problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro. Entre

eles, destacam-se a fragmentação das políticas, as limitações no financiamento, as distorções nas relações público-privadas e as marcantes desigualdades em saúde (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Segundo Paim (2013) persistem importantes desafios para consolidação do SUS, enquanto sistema de saúde público, universal, igualitário, integral e de qualidade.

Além disso, de acordo com Guerreiro e Branco (2011), um dos principais dilemas do SUS reside na contradição entre a política de saúde universal e a conciliação com os princípios neoliberais que caracterizam o Estado mínimo e buscam a redução dos custos.

Trata-se de um sistema de saúde que mantém sua luta para assegurar a cobertura universal e equânime. Mas, à medida que a participação do setor privado no mercado aumenta criam-se contradições, levando a ideologias e objetivos opostos, que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde (PAIM et al., 2011).

No entendimento de Mendes (2013), há três grandes desafios para o SUS:

a organização macroeconômica do sistema de saúde no Brasil, a organização microeconômica expressa no modelo de atenção à saúde que pratica e o financiamento. Para o autor, a generosa concepção constitucional de um sistema de saúde de cobertura universal, ao longo dos anos, vem caminhando num sentido diverso, expresso na segmentação do sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, o sonho da universalização vem se transformando no pesadelo da segmentação.

No plano microeconômico, o desafio é superar a estrutura fragmentada do SUS, gerada pelo descompasso que ocorre entre uma evolução muito rápida dos fatores contingenciais do sistema de saúde (transição demográfica, transição nutricional, transição epidemiológica e inovação tecnológica) e a baixa velocidade do sistema em adaptar-se a essas mudanças por meio de reformas internas (MENDES, 2013).

O desafio do financiamento persiste desde a origem do sistema. Em 1993, 15,5% da arrecadação da contribuição de empregados e empregadores, previstos no orçamento da União, não foram repassados ao Ministério da Saúde (MARQUES; MENDES, 2005). Desde a sua criação, seu financiamento não foi resolvido. Um dos seus maiores desafios tem sido conseguir recursos necessários para manter o caráter universal de seu acesso e garantir seu atendimento integral (MARQUES; MENDES, 2012).

De acordo com Paim et al. (2011), o maior desafio enfrentado pelo SUS é político. O financiamento, a sua segmentação e as desigualdades persistentes não serão resolvidas

unicamente na esfera técnica. Já foram estabelecidas todas as leis, normas e diretrizes necessárias para sua organização. O autor acha que é preciso investir agora na sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica.

### 3.4 A transição demográfica, epidemiológica e as transformações sociais

A combinação das desigualdades sociais com a realidade da transição demográfica e epidemiológica sugere a necessidade de novas abordagens e metodologias na pesquisa e planejamento da saúde (MORRIS, 1997).

A mundo está vivendo está passando por um dos melhores momentos demográficos da sua história. A transição demográfica inicia com a redução das taxas de mortalidade e, depois de um certo tempo, inicia com a queda das taxas de natalidade, provocando uma forte mudança na estrutura etária da população (ALVES, 2008).

Os países podem ser classificados quanto à sua transição demográfica, em três tipos: aqueles de iniciação precoce da transição; os de iniciação tardia e aqueles que ainda não iniciaram a sua transição. Primeiramente estão os países europeus ocidentais, que fizeram a sua transição há séculos. No segundo grupo encontram-se os países da América Latina e Caribe, que iniciaram esse processo há cerca de 50 anos. E, finalmente, os países africanos, que ainda não iniciaram seu processo de transição demográfica, ou seja, ainda têm uma estrutura jovem de população (LEBRÃO, 2007).

Foi a partir de 1970 que o Brasil experimentou uma verdadeira revolução demográfica (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Para compreender a transição demográfica é preciso considerar três momentos e quatro fases fundamentais. Inicialmente encontra-se uma fase com taxas brutas de natalidade e de mortalidade altas e, conseqüentemente, com um baixo crescimento vegetativo da população. Na segunda fase, as taxas de mortalidade iniciam um processo de queda e a fecundidade se mantém alta, aumentando o ritmo do crescimento da população e com uma estrutura etária bastante jovem. É o período de mais rápido crescimento demográfico, que só desacelera com o início da queda da fecundidade, inaugurando a terceira fase da transição caracterizada por incrementos populacionais a ritmos decrescentes (BRITO, 2007).

Na terceira fase, há um aumento substantivo da população em idade ativa, como resultado dos altos níveis de fecundidade do passado. Por fim, no terceiro momento, quando já são baixos os níveis de fecundidade e de mortalidade, o crescimento populacional torna-se muito lento, nulo, ou até negativo. Diminui a proporção da população em idade ativa e

percebe-se um envelhecimento significativo da estrutura etária. No caso brasileiro, as transições de mortalidade e fecundidade já estão adiantadas e o país passa, atualmente, pela terceira fase da transição demográfica (BRITO, 2007).

O Brasil teve seu perfil demográfico transformado: de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e risco de morte na infância elevado, passou-se a uma sociedade predominantemente urbana (LEONE; MAIA; BALTAR, 2010). De uma população predominante jovem em um passado nem tão distante, observa-se, nos dias atuais, um contingente, cada vez mais importante, de pessoas com 60 anos ou mais de idade (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

As mudanças ocorridas nas taxas de natalidade e mortalidade, passando de elevadas para reduzidas taxas, trouxe ao debate da transição demográfica as importantes mudanças nas estruturas populacionais (VASCONCELOS, GOMES, 2012). Essas alterações tem ocorrido rapidamente, exigindo um ajuste rápido e adequado que não se realizará sem a intervenção do Estado através de políticas públicas fundamentais (BRITO, 2007).

A fase em que o Brasil encontra-se pode representar uma grande vantagem competitiva para o seu desenvolvimento econômico e social. E toda essa caminhada rumo ao alargamento dos horizontes da sobrevivência é uma condição fundamental para os investimentos em educação e capital humano, base para o processo de desenvolvimento econômico e da melhoria da qualidade de vida (ALVES, 2008).

As projeções indicam que em 2050 a população brasileira será de 253 milhões de habitantes, a quinta maior população do planeta, abaixo apenas da Índia, China, EUA e Indonésia. Terão se passado menos de 40 anos entre 2005, quando a taxa de fecundidade total brasileira atingiu 2,1 filhos por mulher (nível necessário e suficiente para se alcançar um crescimento demográfico sustentado nulo) e o período de crescimento verdadeiramente nulo da população brasileira (BRITO, 2008).

Segundo o autor, estes resultados nos remetem a uma primeira grande questão a ser considerada na formulação de políticas. As mudanças demográficas levam décadas para serem processadas. Os demógrafos costumam considerar meio século curto prazo, mas, do ponto de vista da formulação de políticas esse tempo é uma eternidade. É preciso mudar as atitudes, tanto dos demógrafos, quanto dos formuladores de políticas, para que considerem como relevantes as visões de curto, médio e longo prazo. Caso contrário corre-se o risco de não se aproveitar as oportunidades geradas e não se preparar para enfrentar os desafios gerados pela nova dinâmica demográfica do país (BRITO, 2008).

Isso porque a mudança na composição etária da população diminuirá a taxa de crescimento da economia, porque um dos insumos de produção, a força de trabalho, se tornará mais escasso. Essa desaceleração coincidirá com um aumento da demanda pelos serviços de saúde e pelos benefícios previdenciários por parte da população brasileira (COSTA et al., 2011).

Mesmo com pequenas oscilações, a população infantil terá taxa de crescimento abaixo de zero. Com uma menor demanda, políticas públicas voltadas para a infância poderiam beneficiar mais as novas gerações. A redução dessa parcela da população oferecerá oportunidades demográficas claras para se chegar a uma educação, nos níveis fundamental e médio, universal e de qualidade. Para atingir este objetivo, é essencial adotar e investir em um novo modelo educacional (WONG; CARVALHO, 2006).

Além disso, as alterações que ocorrem na estrutura etária variam segundo os diferentes estratos da população. O envelhecimento da população, por exemplo, é mais acentuado nas camadas mais ricas da população do que nas mais pobres. Como consequência, tem-se, entre os jovens, uma proporção de pobres superior àquela dos demais grupos etários. Esse perfil reforça a necessidade de políticas públicas voltadas ao grupo de jovens, sobretudo, os mais pobres, para potencializar as mudanças estruturais da sociedade brasileira. Caso contrário, as possibilidades do país envelhecer e ainda se manter pobre tornam-se ainda maiores (BRITO, 2010).

Por isso os países tem buscado, cada vez mais, compreender o processo de envelhecimento populacional, procurando alternativas para manter seus cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes (KALACHE, 2008).

O envelhecimento populacional traz consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. A menos que exista doença associada, o envelhecimento está associado a um bom nível de saúde. Além disso, os avanços na ciência da saúde e tecnologia tornaram possível, para aqueles com poder aquisitivo ou cobertos por serviços adequados, públicos ou privados, uma melhor qualidade de vida na velhice. Para isso, estratégias de prevenção ao longo de todo o curso de vida são mais importantes para resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã (KALACHE, 2008).

Essa transição demográfica não é neutra, ela pode favorecer caminhos diferenciados para a sociedade brasileira, dependendo das políticas implementadas que poderão levá-la a um destino social ou a outro (BRITO, 2010).

Há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica (CHAIMOWICZ, 1997). Conceitualmente, a transição epidemiológica é

compreendida como “o processo de mudanças ocorridas nos padrões de saúde e doença e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas” (OMRAM, 1971).

O processo de transição epidemiológica engloba três mudanças fundamentais: a substituição das doenças transmissíveis por não transmissíveis e causas externas; o deslocamento da carga de morbimortalidade para os grupos mais idosos; e a predominância de morbidades, ao invés de um perfil de mortalidade (SCHRAMM et al., 2004).

Segundo Omran (1971), normalmente os padrões de mortalidade ocorrem em três grandes etapas sucessivas da transição epidemiológica:

- a) A Era da Fome e das Pestilências, quando havia altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas endêmicas e epidemias, resultando em uma expectativa de vida em torno de 20 anos e um lento crescimento demográfico;
- b) A Era do Declínio das Pandemias, quando se observou o declínio da mortalidade, com o progressivo desaparecimento das grandes pandemias, embora as doenças infecciosas continuassem a ser a principal causa de morte. A esperança média de vida ao nascer aumenta e percebe-se o crescimento da população;
- c) A Era das Doenças Degenerativas e das Doenças Causadas pelo Homem era caracterizada por uma progressiva melhora do padrão de vida das populações (habitação, saneamento, alimentação, educação) e um correspondente declínio das doenças infecciosas. A expectativa de vida foi aumentando até exceder os 50 anos. As principais causas de mortalidade passaram a ser doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas. Nessa fase, houve uma desaceleração no crescimento demográfico.

Quando essa teoria foi criada apostava-se que se tinha estimado o mais baixo nível de mortalidade e que a esperança de vida aumentaria a passos lentos, pensando-se que sete décadas de vida era o mais próximo desse limite. No entanto, estudos sobre o perfil de mortalidade específica por causas, sugerem que a maioria da queda dos coeficientes de mortalidade específica por idade está ocorrendo como resultado da redução da mortalidade por doenças cardiovasculares (LEBRÃO, 2007).

Desta forma, surgiram a quarta e quinta fases da transição epidemiológica. A quarta fase, proposta por Olshansky e Ault (1986) representa a idade das doenças degenerativas retardadas, caracterizada pelo declínio da mortalidade em adultos, em consequência de um retardamento das mortes causadas pelas doenças crônicas e degenerativas. A quinta fase, por sua vez, segundo Olshansky et al. (1998) representa a era das infecções emergentes e re-



emergentes, associada ao surgimento e ressurgimento de antigas doenças infecciosas e parasitárias.

De acordo com Cesse e Freese (2006), as mudanças no padrão epidemiológico e demográfico das sociedades contemporâneas tem sido objeto de análise em diversas partes do mundo, mas os diversos modelos propostos têm recebido críticas ao longo das últimas décadas. Uma das principais críticas recai sobre o fato de considerarem a transição um processo linear e contínuo.

Segundo Frenk et al. (1991) o conceito de transição epidemiológica proposto por Omran tem sido utilizado de uma forma imprecisa, por isso os autores propõem o termo “transição da saúde”, como um conceito mais amplo. Por um lado, está a transição das condições de saúde representada pelos processos de saúde e doença que definem o perfil epidemiológico de uma população. Por outro lado, está a resposta social organizada a essas condições, que se instrumentaliza por meio do sistema de atenção à saúde.

A transição da saúde que tem ocorrido em alguns países na última década não é apenas resultado das melhorias no desenvolvimento sócio-econômico, mas é também consequência de mudanças importantes em serviços e sistemas de saúde que melhoraram o acesso e a cobertura de várias intervenções essenciais de saúde (SAVIGNY, 2014).

No Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido conforme o modelo experimentado pela maioria dos países desenvolvidos. Percebe-se a coexistência de velhos e novos problemas de saúde, com predominância das doenças crônico-degenerativas e um papel ainda importante das doenças transmissíveis (SCHRAMM et al., 2004).

Configura-se, assim, um complexo mosaico epidemiológico, caracterizado pela distribuição desigual dos riscos e agravos nos grupos da população. Desigualdade que se expressa nas diferenças entre o perfil de saúde das regiões do país, de regiões de um mesmo estado ou cidade, revelando as diferenças marcantes nas condições de vida e trabalho dos diversos segmentos populacionais no país (TEIXEIRA, 2004).

Freese e Fontbonne (2006) nomeiam esse quadro de Perfil de “Desigualdades”, quando há um processo polarizado por doenças endêmicas passíveis de controle e erradicação, e por doenças crônicas não transmissíveis. Para os autores o perfil epidemiológico e demográfico de uma população é expressão dinâmica das relações políticas, econômicas e sociais que ocorrem historicamente na sociedade.

Esse complexo cenário de transição vivenciado pelo país desde o século passado até os dias atuais esteve determinado pela distribuição desigual dos riscos e agravos nos diversos grupos da população (CESSE, 2007).

Mendes (2010a) descreve como uma tripla carga de doenças, pois o perfil epidemiológico do país envolve ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco; e o forte crescimento das causas externas. Sendo assim, o autor destaca a importância da existência de uma coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, respondendo às necessidades da população.

Esse perfil traz para agenda política os atuais e os novos desafios impostos pelo crescimento da população produtiva e idosa, pela mudança do perfil epidemiológico e pelas novas necessidades de saúde. Enquanto em meados do século XX se discutiam as causas e consequências do crescimento populacional, no início do século XXI a pauta são as causas e consequências da transição demográfica (MENDES et al., 2012).

A superação ou não desse perfil epidemiológico reflexo das desigualdades sociais, está associada a formulação e direcionamento de investimentos para políticas públicas e à realização de ações capazes de promover uma mais adequada distribuição da riqueza produzida e da renda (FREESE; FONTBONNE, 2006).

É um considerável desafio para os países subdesenvolvidos. Os países europeus quando envelheceram eram os mais ricos e poderosos do mundo. Atualmente, muitos dos países subdesenvolvidos que assistem ao envelhecimento de sua população não completaram ainda um ciclo econômico e político e permanecem carentes em vários sentidos. Outros desses países não dispõem de riquezas e um mercado assegurado para seus produtos (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Pode-se constatar que o Brasil enfrentou e ainda convive com dois grandes desafios: a reestruturação do sistema de saúde e a organização do país e de suas políticas para atender às rápidas e crescentes demandas geradas pela população que envelhece. (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

Um crescimento veloz que exige a instituição de políticas fundamentais, direcionadas para os desafios que já são atuais e às demandas

Segundo Araújo (2012) é preciso enfrentar ao mesmo tempo, uma batalha contra as doenças transmissíveis, sem negligenciar o problema dos novos agravos, que crescem atualmente e cujas taxas de mortalidade ocupam os primeiros lugares. Além disso, há o desafio da equidade. As diferenças entre os índices de morbidade e mortalidade entre grupos sociais refletem não apenas a relação entre pobreza e doença, mas também a dificuldade de acesso a serviços eficazes de saúde por partes das camadas mais desfavorecidas da população brasileira.

Em relação à prática da saúde pública, em geral, sabe-se que os serviços de saúde são direcionados principalmente para a saúde materno-infantil e reprodutiva e para lidar com as doenças infecciosas. Com a transição epidemiológica percebe-se a necessidade de privilegiar políticas de prevenção, centralizando-se, por exemplo, nas doenças crônicas que, sem atenção médica, muito frequentemente geram incapacidade (WONG; CARVALHO, 2006).

Para os autores, é neste caso, fundamental investir na formação de recursos humanos para serviços que atendem aos idosos, em todos os níveis de cuidado, desde o primeiro nível de atenção à saúde até os tratamentos de alta complexidade. São investimentos que levam considerável tempo para frutificar. E por isso, são urgentes, para evitar, no médio e longo prazos, problemas graves, dado o rápido processo de envelhecimento da população (WONG; CARVALHO, 2006).

O rápido processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo país nas últimas décadas traz desafios importantes para os gestores, formuladores de políticas e pesquisadores dos sistemas de saúde. Suas repercussões acometem a sociedade como um todo, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social que marca o país (VERAS, 2009).

Se junto a essas características epidemiológicas e demográficas combinar-se um maior crescimento econômico, com redução das desigualdades, com redistribuição de renda e a promoção de uma ascensão social da população no país, pode-se aliar ao “bônus demográfico” um “bônus assistencial”. As melhores condições sociais e um crescimento não tão grande das necessidades por ações e serviços de saúde, permitiriam uma maior capacidade de planejamento do futuro da assistência à saúde, tornando mais complexa a rede assistencial e preparando-a para o grande crescimento da população idosa nas próximas décadas (MENDES et al., 2012).

Segundo Brito (2008) a questão não é fechar os olhos aos benefícios que podem ser gerados pelas mudanças na estrutura demográfica da população, até porque, pela sua relevância estrutural, essas alterações poderão influenciar de forma positiva ou negativa a conformação social do país. Desse modo, cabe aos atores sociais aliado ao senso de justiça social promover políticas que tenham como objetivo fundamental reduzir as desigualdades sociais.

## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 4.1 Tipo de estudo

Por meio de um estudo de caso do país, de cunho exploratório e explanatório, utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa foi realizada uma descrição e análise da associação entre as mudanças nas condições de vida e saúde e o desempenho do sistema público de saúde.

Os métodos ou abordagens adotados na investigação científica podem ser divididos em métodos quantitativos e qualitativos, o primeiro investiga a relação de causalidade entre fenômenos ou evidências de associação entre variáveis, tem uma mensuração controlada e podem ser replicados; e o segundo tem como foco a compreensão do significado dos fenômenos sociais (MENDES, 2010b).

Segundo Martins (2008), a obra de Robert Yin vem se tornando, no decorrer dos anos, um modelo único para a aplicação do estudo de caso como estratégia para condução de pesquisas que irão compor artigos, dissertações e teses em todas as áreas do conhecimento, particularmente, nas Ciências Sociais Aplicadas.

Para o autor trata-se de uma estratégia metodológica de se fazer pesquisa nas ciências sociais e nas ciências da saúde, com o objetivo apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto, mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado (MARTINS, 2008).

Yin (2005) afirma que a estratégia é geralmente usada quando as questões de interesse do estudo referem-se ao como e ao por que; quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos; e quando o foco se dirige a um fenômeno contemporâneo em um contexto natural.

Segundo o autor (YIN, 2005) opta-se pelo uso do estudo de caso quando se deseja estudar eventos contemporâneos, em situações onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas. Dentre as aplicações desse tipo de estudo, o autor inclui a sua utilização para explicar ligações causais nas intervenções na vida real que são muito complexas para serem abordadas pelos *'surveys'* ou pelas estratégias experimentais e para descrever o contexto da vida real no qual a intervenção ocorreu.

O estudo de caso, segundo Minayo (2005) é uma estratégia que visa a aumentar o entendimento sobre fenômenos sociais complexos. Para Goldenberg (2009) trata-se de uma

análise holística, que considera a unidade social estudada como um todo, seja uma família, um indivíduo ou uma comunidade, com o objetivo de compreendê-los em seus próprios termos. Reúne o maior número de informações detalhadas, por meio de diferentes técnicas de pesquisa, apreendendo a totalidade de uma situação e descrevendo a complexidade de um caso concreto.

Para Yin (2005) como estratégia de pesquisa, utiliza-se o estudo de caso em muitas situações, para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos.

O estudo de caso abrange o maior número possível de informações, em função das questões e proposições que norteiam o estudo, por meio de diferentes técnicas de levantamento de informações, dados e evidências. Busca-se apreender a totalidade de uma situação, identificando e analisando a multiplicidade de dimensões que envolvem o caso e, de maneira engenhosa, descrever, compreender, discutir e analisar a complexidade de um caso, construindo uma teoria que possa explicá-lo e prevê-lo (MARTINS, 2008).

Yin (2005) ainda refere que os estudos de caso são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos, seu objetivo é expandir e generalizar teorias (generalização analítica). O desenvolvimento de teoria não apenas facilita a fase da coleta de dados do estudo de caso. A teoria apropriadamente desenvolvida também é o nível no qual ocorrerá a generalização dos resultados do estudo de caso.

Trata-se de uma metodologia aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente. Mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado, o estudo de caso possibilita a penetração em uma realidade social, não conseguida plenamente por um levantamento amostral e avaliação exclusivamente quantitativa (MARTINS, 2008).

#### 4.2 Período do estudo

Os dados secundários foram relativos à população do país e ao sistema de saúde, no período de 1995 a 2010, e os dados primários foram coletados com os atores sociais no período de junho e julho de 2014.

O estudo foi realizado no período de fevereiro de 2011 a dezembro de 2014.

### 4.3 Área do estudo

Foi realizada a avaliação das condições sociais, demográficas, de saúde da população e do financiamento e recursos do sistema de saúde brasileiro.

O Brasil, maior país da América do Sul, de acordo com o Censo Demográfico em 2010, tinha 190.732.694 habitantes, estando 84% em áreas urbanas e com uma densidade demográfica de 23,4 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

### 4.4 Fases do estudo

O estudo utilizou as abordagens quantitativa e qualitativa, descritas no quadro a seguir:

Quadro 1 – Descrição das etapas da pesquisa

	<b>Etapa</b>	<b>Dados</b>	<b>Fonte</b>	<b>Sujeitos</b>
<b>Quantitativa</b>	1. Seleção das subdimensões	Secundários	Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (Proadess)	-
	2. Definição, cálculo e análise dos indicadores	Secundários	Sistemas de Informações em Saúde (SIS)	-
<b>Qualitativa</b>	3. Percepção dos atores sociais	Primários	Entrevista	Atores sociais
	4. Análise síntese	Primários e Secundários	-	-

Fonte: Autora

#### 4.4.1 Seleção das subdimensões

Inicialmente foi realizada a definição das dimensões a serem avaliadas, considerando o Proadess, criado na perspectiva de desenvolver uma metodologia de avaliação para o desempenho do sistema de saúde brasileiro, a partir de uma rede de pesquisadores de instituições brasileiras de pesquisa em saúde, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Propõe-se que o desempenho seja analisado no contexto político, social e econômico que traduz sua história e conformação atual, levando-se em consideração seus objetivos e prioridades (VIACAVA et al., 2004). O foco da avaliação incide sobre o desempenho dos

serviços de saúde que, por sua vez, depende da estrutura do sistema, cuja arquitetura e cujo funcionamento devem ser capazes de garantir o atendimento às necessidades de saúde, reconhecendo que elas são, em grande parte, decorrentes de determinantes sociais, políticos e econômicos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

A proposta do Proadess considera que o desempenho do sistema de saúde brasileiro, deve ser analisado em um contexto político, social e econômico que traduza a sua história e sua conformação atual a partir de quatro dimensões (Determinantes da Saúde; Condições de Saúde; Estrutura do Sistema de Saúde; Desempenho do Sistema de Saúde) que se dividem em 17 subdimensões (quadro 3).

Para realizar a abordagem quantitativa do estudo e considerando, sobretudo, os atributos essenciais para utilização de indicadores de saúde, foram selecionadas sete subdimensões, já descritas no quadro 3.

Quadro 2 – Subdimensões selecionadas.

<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>
Determinantes da Saúde	Ambientais
	Socioeconômicos e demográficos
Condições de Saúde da População	Mortalidade
Estrutura do Sistema de Saúde	Financiamento
	Recursos
Desempenho do Sistema de Saúde	Acesso
	Efetividade

Fonte: Autora

Quadro 3 - Contexto político, social, econômico e a conformação do Sistema de Saúde

<b>Equidade</b>	<b>Determinantes da Saúde</b>		Os determinantes de saúde abrangem os efeitos combinados dos meios físicos e sociais sobre os indivíduos e as comunidades.	
	<b>Ambientais</b>	<b>Socioeconômicos e demográficos</b>		<b>Comportamentais e Biológicos</b>
	Fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente que atuam como determinantes de agravos à saúde	Características demográficas e socioeconômicas, contextuais e dos indivíduos, relacionadas com a produção de agravos à saúde		Atitudes, práticas, crenças, comportamentos, e fatores biológicos individuais, que condicionam, predis põem, influenciam a ocorrência de agravos à saúde.
	<b>Condições de Saúde da População</b>		O estado de saúde da população é uma das dimensões fundamentais na compreensão e análise do sistema de cuidados à saúde. Os serviços de saúde constituem um dos determinantes do estado de saúde, enquanto representam também uma resposta socialmente organizada ao estado de saúde prevalente.	
	<b>Morbidade</b>	<b>Estado Funcional</b>	<b>Bem-estar</b>	<b>Mortalidade</b>
	Ocorrência de sintomas, doenças, traumas e deficiências.	Ocorrência de limitação ou restrição na realização de atividades cotidianas típicas.	Qualidade de vida associada ao bem estar físico, mental e social dos indivíduos.	Padrão e tendências da ocorrência de óbitos na população.
	<b>Sistema de Saúde</b>			
	<b>Estrutura do Sistema de Saúde</b>			
	<b>Condução</b>	<b>Financiamento</b>		<b>Recursos</b>
	Capacidade do governo de formular e implementar políticas de saúde, garantindo monitoramento, regulação, participação e responsabilização na execução das políticas.	Montante de recursos financeiros pelos quais são captados e alocados		Conjunto de pessoas, informações, instalações, equipamentos, insumos incorporados na operação do Sistema de Saúde
<b>Desempenho do Sistema de Saúde (SS)</b>				
<b>Acesso</b>	<b>Aceitabilidade</b>	<b>Respeito ao direito das pessoas</b>	<b>Continuidade</b>	
Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo.	Grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores, e expectativas dos usuários e da população.	Capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas.	Capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção.	
<b>Adequação</b>	<b>Segurança</b>	<b>Efetividade</b>	<b>Eficiência</b>	
Grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente.	Capacidade de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.	Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados.	Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados.	

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (2012)



#### 4.4.2 Definição, cálculo e análise dos indicadores

Como relatado, após definição das subdimensões, foram selecionados os indicadores capazes de representar as mudanças nas condições de vida e saúde e o sistema público de saúde no país.

Alguns dos indicadores avaliados tiveram seus valores extraídos diretamente das fontes de dados e outros foram calculados a partir do banco de dados dos SIS do Ministério da Saúde (MS), conforme método de cálculo descrito no quadro 4.

Januzzi (2002) define indicador como uma medida em geral quantitativa dotada de significado substantivo. Segundo Minayo (2005), indicadores podem revelar ou medir aspectos relacionados aos diversos planos em observação: nos níveis individuais, associativos, políticos, econômicos e culturais. A importância do sucesso da avaliação está no equilíbrio do número e da significância dos indicadores, não devendo ser excessivos, inviabilizando a análise, nem insuficientes, impedindo que sejam tiradas as conclusões.

Este estudo utilizou o conceito adotado em 2008 pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) que considera os indicadores como medidas-síntese que contém informação relevante sobre o estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Quando analisados em conjunto, refletem a situação sanitária de uma população e subsidiam a vigilância das condições de saúde. Segundo a Rede:

o grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). Além disso, espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.

Os dados populacionais utilizados foram oriundos das estimativas intercensitárias e dos censos demográficos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As informações relativas à educação através da média de anos de estudo das pessoas com 25 anos e mais e a taxa de pobreza originaram-se do Ipeadata, site administrado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Os demais indicadores socioeconômicos (percentual da população servida pela rede de abastecimento de água, coleta de lixo e esgotamento sanitário) e demográficos (taxa de fecundidade total; taxa bruta de natalidade; esperança de vida ao nascer e taxas de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil e geral) foram obtidos da matriz de indicadores produzida pela Ripsa.

Em virtude da implantação do Programa Bolsa Família (PBF) em 2003, principal programa de transferência direta de renda do país, foi necessário, no estudo de tendência da pobreza, realizar duas análises, uma entre 1995 e 2002 e outra abrangendo o período de 2003 a 2009.

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi obtida das informações estatísticas elaboradas pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Para obtenção dos dados ambulatoriais foram tabulados os dados de produção ambulatorial do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Ministério da Saúde e calculados os números de procedimentos por habitante e de procedimentos de alta complexidade para cada 100 habitantes. Na análise dos procedimentos ambulatoriais foi excluído o grupo de medicamentos, tanto no quadro geral como na alta complexidade, por representar a quantidade de medicamentos excepcionais dispensados e não procedimentos realizados.

Os demais indicadores assistenciais, relacionadas às consultas médicas por habitante, à relação entre exames e consultas médicas e o número de médicos por mil habitantes foram obtidos diretamente da matriz de indicadores da Ripsa.

O número de leitos hospitalares disponíveis para o SUS foi obtido dos cadastros mensais do Ministério da Saúde, sendo construída a média anual. Para os anos de 1995 a 2003 foram utilizados os dados registrados nos cadastros extintos do SUS (Cadastro Hospitalar - CH), disponibilizados pelo Departamento de Informática (DATASUS) do Ministério da Saúde. E para os demais anos da série foi utilizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Em virtude da implantação do CNES em 2004 ter exigido a atualização dos cadastros dos sistemas ambulatorial e hospitalar do SUS foi necessário, no estudo de tendência dos leitos, realizar duas análises, uma entre 1995 e 2003 e outra abrangendo o período de 2004 a 2010.

As internações realizadas foram obtidas do total de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pagas registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Os arquivos relacionados à assistência ambulatorial e hospitalar foram processados pelo software TABWIN produzido pelo Departamento de Informática do Ministério da Saúde, sendo necessária a criação de arquivos de definição e conversão para facilitar a elaboração das tabelas.

Os indicadores de financiamento do sistema de saúde também foram obtidos da matriz de indicadores elaborada pela Ripsa, sendo analisado o período disponível pela Rede (2000 a 2010).

Para análise da mortalidade, além das medidas clássicas, foram selecionadas quinze causas de óbito da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS, proposta por Malta et al. (2007). Os dados sobre a mortalidade foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde.

Foram calculadas as taxas brutas de mortalidade por 100 mil habitantes para cada causa de óbito selecionada, em cada ano estudado, considerando como idade padrão a população brasileira em 2010. Em virtude da proposta de Malta et al. (2007) basear-se na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), implantada em 1996, foi avaliada a tendência temporal no período de 1996 a 2010.

Quadro 4 - Indicadores selecionados

(continua)

<b>Indicadores</b>	<b>Forma de Obtenção</b>	<b>Fonte</b>
Média de anos de estudo pessoas 25 anos e mais	Disponível no <i>Site</i>	Ipeadata
% da população abaixo da linha da pobreza		
% da população servida pela rede geral de abastecimento de água	Disponível no <i>Site</i>	Matriz de Indicadores da Ripsa
% da população servida pela coleta lixo		
% da população servida por esgotamento sanitário		
Taxa de fecundidade total		
Taxa bruta de natalidade		
Esperança de vida ao nascer		
Taxa de mortalidade neonatal		
Taxa de mortalidade pós-neonatal		
Taxa de mortalidade infantil		
Taxa de mortalidade geral		
Número de procedimentos ambulatoriais por habitante	$[(\text{N}^\circ \text{ de procedimentos ambulatoriais totais - medicamentos}) / \text{população}] \times 100$	SIA/SUS
Número de procedimentos ambulatorial de alta complexidade (AC) por 100 habitantes	$[(\text{N}^\circ \text{ de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade - medicamentos}) / \text{população}] \times 100$	
Número de consultas médicas por habitante	Disponível no <i>Site</i>	Matriz de Indicadores da Ripsa
Número de procedimentos diagnósticos por consultas médicas		
Número de médicos por habitante		
Cobertura da Estratégia de Saúde da Família	Disponível no <i>Site</i>	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

Quadro 4 - Indicadores selecionados

(continuação)

Indicadores	Forma de Obtenção	Fonte
População	Disponível no <i>Site</i>	Estimativas intercensitárias e censos do IBGE
Leitos totais	Média de leitos dos meses disponíveis	SIH/SUS e CNES
Leitos de UTI	Média de leitos dos meses disponíveis nas especialidade	
Leitos em clínica médica		
Leitos em clínica cirúrgica		
Leitos em pediatria		
Leitos em Obstetrícia		
Internações totais	Nº de internações totais	SIH/SUS
Internações em clínica médica	Nº de internações totais na especialidade	
Internações em clínica cirúrgica		
Internações em pediatria		
Internações em obstetrícia		
Taxa de Mortalidade por Acidentes de transporte	(Nº de óbitos na causa / população) x 100.000	SIM/MS
Taxa de Mortalidade por Agressões		
Taxa de Mortalidade por Aterosclerose		
Taxa de Mortalidade por Causas mal definidas		
Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus		
Taxa de Mortalidade por Doenças hipertensivas, exceto hipertensão secundária		
Taxa de Mortalidade por Doenças infecciosas intestinais		
Taxa de Mortalidade por Doenças isquêmicas do coração		
Taxa de Mortalidade por Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)		
Taxa de Mortalidade por Gravidez, parto e puerpério		
Taxa de Mortalidade por Infecções respiratórias, inclusive pneumonia e influenza		
Taxa de Mortalidade por Insuficiência cardíaca		
Taxa de Mortalidade por Neoplasias		
Taxa de Mortalidade por Tetano		
Taxa de Mortalidade por Tuberculose		

Quadro 4 - Indicadores selecionados

(conclusão)

Indicadores	Forma de Obtenção	Fonte
Gasto total com ações e serviços públicos de saúde per capita	Disponível no <i>Site</i>	Matriz de Indicadores da Ripsa
Gasto federal com ações e serviços públicos de saúde per capita		
Gasto estadual com ações e serviços públicos de saúde per capita		
Gasto municipal com ações e serviços públicos de saúde per capita		
Proporção dos gastos totais com saúde como % do PIB		
Proporção dos gastos federais com saúde como % do PIB		
Proporção dos gastos estaduais com saúde como % do PIB		
Proporção dos gastos municipais com saúde como % do PIB		
Gasto federal com saúde		

Fonte: Autora

Os sistemas de informação em saúde (SIS) contemplam um conjunto de dados, informações e conhecimento utilizados na saúde para subsidiar o planejamento e o processo decisório dos atores envolvidos no cuidado à população (MARIN, 2010).

Segundo Branco (1996) a informação em saúde tem o objetivo de identificar problemas individuais e coletivos do perfil de saúde de uma população, subsidiando a formulação de políticas e a tomada de decisões. Assim, as informações em saúde devem abranger o processo saúde/doença e o caráter administrativo, essenciais ao processo de tomada de decisão.

As informações podem ser classificadas de acordo com a sua aplicação, com os diversos tipos de ações e serviços e com as práticas de atenção à saúde e gestão (MOTA; CARVALHO, 2003).

A sua qualidade é consequência da qualidade com que se realizam as etapas, desde a coleta ou registro até a disponibilização dos dados produzidos pelos Sistemas de Informação. O uso permanente das informações é essencial para apontar os caminhos para sua melhoria (MORAES; SANTOS, 2001).

Após cálculo dos indicadores foi analisada a sua variação proporcional no período estudado, a partir dos valores observados no último e no primeiro ano, considerando a equação:

$$\text{Variação proporcional} = \frac{\text{Indicador último ano}}{\text{Indicador primeiro ano}} - 1 \times 100$$

Para verificar a tendência temporal das séries e sua significância foi realizada a análise de tendência linear. Foram estimados modelos de regressão linear simples, definidos como  $Y_i = \alpha_i + \beta_i \times \text{ano}$ , sendo  $\alpha$  o intercepto e  $\beta$  o incremento (acrécimo ou decréscimo) médio anual no período e  $Y$  representando cada um dos indicadores analisados. Todas as decisões foram tomadas considerando o nível de significância estatística de 5,0% (MONTGOMERY; JENNINGS; KULACHI, 2008).

Foram utilizados os softwares Tabwin 36b, The R Project for Statistical Computing 3.0.2 e Microsoft Excel 2007 para construção e análise do banco de dados. Para facilitar a visualização dos resultados, optou-se pela apresentação trienal dos valores nas tabelas do estudo.

#### 4.4.3 Percepção dos atores sociais

Para analisar a percepção dos atores sociais sobre o contexto das mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais e a política e o planejamento da assistência pública à saúde foi realizada entrevista estruturada, orientada por um roteiro previamente elaborado, composto por questões abertas (Apêndice A).

Foram entrevistados oito atores que ocuparam funções relevantes na gestão da saúde (ex-ministro da saúde do país, ex-secretários do Ministério da Saúde, ex-secretários estaduais e municipais de saúde) e no poder legislativo, além de intelectuais da saúde e planejadores. Foram sujeitos que construíram a sua história em defesa do direito à saúde, inseridos no contexto político e na organização do sistema de saúde do país desde a sua origem.

Durante a transcrição das entrevistas, optou-se por atribuir a cada um dos entrevistados um nome fictício, a fim de facilitar a leitura e a análise dos resultados. Desta forma, decidiu-se homenagear aqueles que fizeram da sua vida uma luta pelos direitos sociais da população, e neste caso, pelo direito universal à saúde e pela consolidação do SUS.

Foram definidos nomes de pessoas marcantes, no cenário nacional e local, mas cujos primeiros nomes não remetessem a uma associação imediata à imagem, como por exemplo, Adib Jatene ou Zilda Arns. Sendo assim, os entrevistados foram tratados por:

1. Entrevistado 1: Sérgio Arouca;
2. Entrevistado 2: Gilson Carvalho;
3. Entrevistado 3: Luci Praciano;
4. Entrevistado 4: Fábio Lessa;
5. Entrevistado 5: Elisa Vianna;
6. Entrevistado 6: Ruy Pereira;
7. Entrevistado 7: David Capistrano;
8. Entrevistado 8: Mário Hamilton.

Para Gil (1999) a entrevista é uma forma de interação social, sendo um diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Para condução, realização e análise das entrevistas, foram realizados os sete estágios da pesquisa propostos por Kvale (1996):



- 1) Tematização – Formulação do objetivo da investigação e descrição do conceito do objeto a ser investigado antes da realização das entrevistas;
- 2) Planejamento – Plano de desenho do estudo, considerando os sete estágios da investigação, antes da realização das entrevistas. Desenhar o estudo é empreender observações atentas para obter o conhecimento (marco teórico) e levando em conta as implicações morais do estudo;
- 3) Entrevista – A condução da entrevista deve ser baseada no roteiro de entrevista, com a abordagem reflexiva do marco teórico e considerando a situação de relação interpessoal da entrevista;
- 4) Transcrição – Preparação do material da entrevista para análise, que comumente consiste na transcrição da entrevista oral para o texto escrito;
- 5) Análise – Decisão, com base nos propósitos e objetivos e na natureza do material da entrevista, do método de análise apropriado para a entrevista;
- 6) Verificação – Determinação da generalização, fidedignidade e validade dos achados da entrevista;
- 7) Relato – Comunicação dos achados do estudo e os métodos aplicados em um formato com critérios científicos.

Para elaboração do guia da entrevista foram definidos os temas a serem abordados, a partir do marco conceitual, dos achados da abordagem quantitativa e de debates com a equipe da pesquisa, sendo detalhados os aspectos dos temas a serem abordados.

A análise de cada questão das entrevistas foi realizada através da técnica de condensação dos significados, onde foram construídas formulações a partir do discurso de cada um dos entrevistados. Para analisar as entrevistas foi realizada a transcrição do material obtido, posteriormente uma leitura detalhada e cuidadosa buscando compreender e refletir o sentido e a relação do discurso com o objetivo proposto, devendo ser:

- a) Determinadas as unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito;
- b) Definidos os temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível;
- c) Realizado o questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo;
- d) Realizada uma descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa (KVALE, 1996).

Foi adotado o modelo proposto por Kvale (1996), para sistematização da análise (quadro 5).

Quadro 5 - Organização dos Significados.

<b>Questão da Pesquisa</b>	
<b>Unidades Naturais de Análise</b>	<b>Temas Centrais</b>
1. Trechos da entrevista relacionados à pergunta da pesquisa	1. Apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme a compreensão do pesquisador, e da forma mais simples possível.
2. Idem	2. Idem
3. Idem	3. Idem
<b>Unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos</b>	<b>São categorias conceituais</b>
<b>Descrição Essencial da questão de pesquisa</b>	
<b>Descrição de todos os temas abordados na entrevista conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado.</b>	

Fonte: Adaptado de Kvale (1996).

Quadro 6 – Condensação de Significados. Entrevistado Sérgio, questão 01.

<b>Núcleo da Questão 01: Como garantir a continuidade das mudanças que assegure a transformação social?</b>	
<b>Entrevistado Sérgio</b>	
<b>Unidades Naturais de Análise</b>	<b>Temas Centrais</b>
1. Manutenção, expansão, associação a esse tipo de programa, medidas que sirvam como a luz no fim do túnel como se fala, capacitação do pessoal, treinamento de quem está envolvido com o bolsa família para que consiga buscar alternativa própria de se inserir no mercado de trabalho.	1. Manutenção do principal programa de transferência de renda associado a qualificação profissional dos beneficiários
2. Apoio aos mais vulneráveis em todos os sentidos, então programas sociais, e estímulo à um crescimento econômico sustentável, respeito ao meio ambiente para que possa absorver intensamente a mão-de-obra local.	2. Proteção aos mais vulneráveis através de programas sociais e crescimento econômico
<b>Descrição Essencial da questão de pesquisa</b>	
O entrevistado entende que a manutenção e expansão dos programas sociais, associado a qualificação profissional dos beneficiários. Além disso, o estímulo ao desenvolvimento econômico é o caminho para garantir a continuidade da melhoria dos indicadores socioeconômicos e inclusive, dos indicadores de saúde.	

Fonte: Adaptado de Kvale (1996).

#### 4.4.4 Análise síntese

A teoria da complexidade se apresenta como um movimento transdisciplinar que busca restabelecer a unidade no estudo da natureza e dos seres humanos, que se perdeu com a divisão compartimentada decorrente do cartesianismo (MISOCZKY, 2003). Demonstra que a realidade é não-linear, caótica, catastrófica e difusa e deve ser vista de forma não somente quantitativa, mas, também qualitativa (MUNNÉ, 1995).

Edgar Morin (2006) define complexidade, a um primeiro olhar, como um tecido de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. Para o autor, o pensamento complexo também é animado por uma tensão permanente entre a aspiração a um saber não fragmentado, não compartimentado, não redutor, e o reconhecimento do inacabado e da incompletude de qualquer conhecimento.

Um dos propósitos do autor, em seu livro *Introdução ao Pensamento Complexo*, é compreender que um pensamento mutilador conduz necessariamente a ações mutilantes (MORIN, 2006).

Segundo Tôrres (2005) é fundamental reconhecer a incompletude e a incerteza da realidade, bem como as múltiplas conexões entre os componentes dessa realidade. Assim, não há sentido em se examinar isoladamente os componentes, é o reducionismo das partes. Devem ser analisados, também, os relacionamentos deste componente com os demais e com o global constituído por todos eles.

Por isso tudo, este estudo buscou realizar um diálogo entre as questões objetivas e subjetivas tentando superar as dicotomias entre quantitativo e qualitativo.

A combinação de metodologias diversas no estudo de um mesmo fenômeno, conhecida como *triangulação*, tem por objetivo abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do objeto de estudo (GOLDENBERG, 2009).

Para Minayo e Sanchez (1993) a triangulação é a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, além do emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho do investigador. Em 2005 a autora acrescentou que a triangulação de métodos amplia o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a perceber movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macro realidades.

Do ponto de vista metodológico, não há contradição, assim como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa. Ambas são de natureza diferente. A investigação

quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa, ao contrário, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (MINAYO; SANCHES, 1993).

As investigações qualitativa e quantitativa são diferentes em termos de desenho, da relação com os dados, da estratégia de investigação, da forma de organizar as equipes de trabalho e da visão epistemológica do investigador. Esta diferença permite considerar que devam estar integradas, e, portanto ter suas potencialidades exploradas. As diferenças, ao invés de um obstáculo, são uma possibilidade que, adequadamente utilizada, pode trazer produtos científicos da maior qualidade (BRICEÑO-LEÓN, 2003).

Segundo Minayo (2005) as abordagens quantitativa e qualitativa permitem o aprofundamento em busca da compreensão e explicação do objeto de estudo em suas múltiplas dimensões. E neste sentido muitos pesquisadores tem investido na construção de indicadores capazes de medir quantitativamente e compreender qualitativamente o sentido, a orientação e as tendências das transformações sociais promovidas por políticas públicas.

Serapione (2000) afirma que da combinação das duas abordagens é possível obter ótimos resultados.

Adorno e Castro (1994) entendem que a triangulação sobrepõe à uma análise unidimensional, a análise multidimensional. A análise realizada através desses pressupostos permite o estabelecimento de inter-relação entre os fatos, as falas e as ações dos indivíduos, o que permite uma compreensão mais abrangente dos significados construídos socialmente na relação dos sujeitos com o meio.

Segundo Minayo (2005) a triangulação surge como uma estratégia de diálogo entre áreas distintas de conhecimento, capaz de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática e de agregar múltiplos pontos de vista. O uso da triangulação exige, também, a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, atendendo tanto os requisitos do método qualitativo, ao garantir a representatividade e a diversidade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa, quanto às ambições do método quantitativo, ao propiciar o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência de programa estudado.

Minayo (2005), ao discorrer sobre o uso da triangulação, ressalta ainda a importância da participação da equipe em todas as fases da investigação, num esforço dialógico, aprimorando sua capacidade de discutir, diferenciar e relacionar teorias, conceitos, noções e

métodos. As reflexões com base nos fragmentos teóricos em torno de um objeto podem, dessa forma, reconstruir seu significado em suas múltiplas dimensões.

Para realização da triangulação, foi necessário inicialmente agrupar as análises realizadas, a fim de melhor avaliar a relação entre a percepção dos atores sociais e as mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais e da assistência à saúde identificadas no período estudado (quadro 7).

Em seguida foi construída uma matriz com as variáveis estudadas, na qual foram inseridos os principais resultados e discussões realizadas. Em seguida foi elaborado o conteúdo síntese, apresentando as semelhanças, diferenças, conflitos e tensões contidos nos temas abordados (quadro 8).

Quadro 7 – Matriz de orientação da triangulação.

Síntese	Resultados Quantitativos	Resultados Qualitativos
1	<p>Tabela 1 – Evolução das características demográficas no Brasil no período de 1995 a 2010</p> <p>Tabela 2 – Indicadores socioeconômicos no Brasil no período de 1995 a 2010</p>	<p>Pergunta 1 - Entre 1995 e 2010, observou-se no país e estado, o aumento do nível educacional, o decréscimo da pobreza; a redução da mortalidade com aumento da esperança de vida ao nascer. Mas em 2009 ainda existiam no país 40 milhões de pessoas abaixo da linha da pobreza, e no estado de Pernambuco, 3,6 milhões, mais de 40,0% da população. O que fazer para avançar nas transformações sociais?</p> <p>Pergunta 2 - O Brasil e o Estado de Pernambuco estão em pleno bônus demográfico, com uma população em idade ativa superior a população dependente. O que fazer para aproveitar essa janela de oportunidade?</p> <p>Pergunta 3 - Com as mudanças demográficas e sociais, você acha que o perfil de desigualdade no país persistirá nas próximas décadas?</p>
2	<p>Tabela 3 – Taxas padronizadas de mortalidade por causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde no Brasil no período de 1996 a 2010</p> <p>Tabela 4 – Assistência ambulatorial, leitos e internações por grupos populacionais no SUS no Brasil no período de 1995 a 2010</p>	<p>Pergunta 4 - O Brasil e o estado convivem com uma tripla carga de doenças, com predomínio das doenças crônicas, mas com uma agenda não concluída das doenças transmissíveis e forte crescimento da violência. O sistema de saúde está organizado para responder às necessidades geradas por esse complexo perfil? O que vem sendo feito?</p> <p>Pergunta 5 - Em 2010, para cada 100 jovens (0 a 14 anos) o país tinha 26 idosos, em 2040 este número passará para 113. Estamos nos preparando para o novo perfil de necessidades?</p>
3	<p>Tabela 5 – Gastos públicos com saúde no Brasil no período de 2000 a 2010</p>	<p>Pergunta 6 - Hoje o sistema de saúde é universal. Como você encara a questão da universalidade do sistema público de saúde no cenário atual e futuro das transformações sociais e demográficas? Como será o financiamento do sistema?</p> <p>Pergunta 7 - Qual papel terá o controle social para garantia do direito à saúde? Você acha que é preciso reformular a função do controle social?</p> <p>Pergunta 8 - 8. Nessa perspectiva de necessidades atuais e futuras como você acha que fica o pacto federativo e a organização do sistema de saúde que tem como base o município?</p>

Fonte: Autora

Quadro 8 – Análise por triangulação dos resultados

Tema/Discussão					
Tema	Resultado 1	Resultado 2	Questão 1	Questão 2	Questão 3
	↓	↓	↓	↓	↓
	↓	↓	↓	↓	↓
	↓	↓	↓	↓	↓
	↓	↓	↓	↓	↓
Conteúdo síntese:					

Fonte: Adaptado de Mendes (2010b).

Segundo Mendes (2010b) esta ferramenta metodológica permite captar o conteúdo dos temas abordados por cada um dos atores sociais envolvidos, produzir os resultados e conclusões sínteses contidas nas várias abordagens parciais sem redundâncias, além de propiciar a elaboração de conclusões mais consistentes. A confrontação dos resultados e sua síntese e divergências traz novos achados que agora não são mais de tal ou qual ator social, mas é o produto de todos achados, fortalecendo ou enfraquecendo teses defendidas a partir de uma única abordagem.

#### 4.5 Limitações

Existem algumas limitações relacionadas às informações produzidas pelos SIS, entre elas, o sub-registro e a sub-notificação que refletem na confiabilidade e fidedignidade das informações.

A elaboração dos indicadores a partir dos SIS exige atenção em relação à confiabilidade e validade dos dados, já que a sua qualidade está diretamente relacionada aos processos de registro, coleta e transmissão dos dados dos sistemas utilizados.

Para Coeli (2010) as maiores desvantagens no uso de dados secundários estão relacionadas à falta da padronização na coleta dos dados, que afeta a qualidade dos dados registrados, a cobertura que pode variar no tempo e no espaço, e a falta de informações que podem ser importantes para as análises de interesse, incluindo variáveis de desfecho, explicativas, mediadoras, de confusão ou modificadoras de efeito.

#### 4.6 Considerações Éticas

Em virtude da necessidade de realização das entrevistas, e portanto, envolvimento de seres humanos, o estudo obedeceu ao que preconiza a Resolução 466/12, da Comissão

Nacional de Ética e Pesquisa que regulamenta as Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos, do Ministério da Saúde, resguardando os princípios éticos da autonomia, justiça, beneficência e da não maleficência.

Para cumprir os preceitos da Resolução 466/12, o trabalho foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz/PE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 21258713.0.0000.5190) e obteve a aprovação sob o parecer nº 029/2012 (Anexo A).

Os dados das entrevistas foram coletados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) que deu ciência aos participantes sobre o objetivo da pesquisa, o método utilizado, a garantia do sigilo e anonimato de sua identidade, bem como sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento.

Até o presente momento, não foi encontrado nenhum risco aos indivíduos que participaram do estudo. Existia a possibilidade de os participantes sentirem algum desconforto pelo fato de a entrevista ser gravada. Caso isso acontecesse, a pesquisadora interromperia a gravação.

Os bancos de dados são de domínio público, não havendo a identificação das pessoas, nem tampouco exposição a quaisquer riscos ou danos. Devendo resguardar o dever de publicação das fontes de dados.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 As necessidades de saúde no Brasil e as mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas

O país tem vivenciado um rápido processo de transição demográfica. Como observado na tabela 1, entre o ano de 1890 e 2040, estima-se o crescimento populacional em mais de 220 milhões de habitantes. Entretanto, observa-se uma redução do ritmo de crescimento populacional, além de comportamentos diferenciados, quando analisadas as faixas etárias populacionais.

Percebe-se, na tabela, um aumento na faixa etária de 5 e 9 anos até a década de 1980. Em 2010, no entanto, identifica-se a redução até atingir em 2040 mais de 11,8 milhões de crianças no país.

Movimento inverso foi observado na faixa etária acima de 60 anos, que cresce vertiginosamente no país. Os dados demonstram que a população brasileira vem envelhecendo. No primeiro ano estudado, representava 4,7% da população total do país, passando para 10,8% em 2010 e 23,4% em 2040, segundo as estimativas do IBGE.

Os aproximadamente 190 milhões de habitantes residentes no Brasil contados pelo Censo Demográfico de 2010 são resultado de uma história populacional que se iniciou há mais de cem anos. Esta história é caracterizada por um crescimento populacional expressivo, o que levou a que este contingente aumentasse dezenove vezes entre 1872 e 2010 (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014).

A partir da década de 1960 iniciou uma redução no ritmo anual do crescimento populacional, resultado da queda da fecundidade, uma vez que a mortalidade continuou reduzindo, registrando um aumento na esperança de vida ao nascer de 14 anos, entre 1960 e 1991. Estas transições interferiram consideravelmente na estrutura etária da população (BERQUÓ; BAENINGER, 2000).

O efeito que tem maiores implicações para as políticas sociais e econômicas é a mudança da estrutura etária da população. O envelhecimento da pirâmide etária ocorre fundamentalmente em decorrência do processo de queda das taxas de fecundidade que reduz o percentual de crianças e jovens da população (ALVES, 2008).

A figura 4 apresenta as mudanças ocorridas na população do país desde o início do século passado. Percebe-se que até 1980 as pirâmides etárias tinham uma base larga e cada faixa etária mais nova era maior do que o grupo etário imediatamente mais velho.

As crianças (0 a 9 anos) representavam em 1900 mais de 32,0% da população brasileira, passando a 26,2% na década de 1980. A redução desse grupo etário manteve-se nos demais anos, correspondendo a 15,1% em 2010 e possivelmente, a 10,1% em 2040.

Em virtude disso, na pirâmide etária de 2010 já se observa um estreitamento da base e a maior proporção da população encontra-se entre 15 e 60 anos, a população economicamente ativa. Além disso, o topo da pirâmide, em processo inverso, cresce ao longo do tempo, demonstrando o rápido envelhecimento da população brasileira, já identificado.

De acordo com Alves e Cavenaghi (2012) a transição demográfica é sempre acompanhada por alterações na composição etária da população. Em virtude disso, a pirâmide etária deixa de ser predominantemente jovem para iniciar o envelhecimento populacional.

Essa configuração se apresentou como um dos novos desafios relacionados com a transição demográfica vivenciada pelo país no final do século XX e seu crescente envelhecimento populacional, que ocorre em paralelo à maior proporção de uma onda jovem (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014).

Para Camarano (2014a) é fundamental conhecer as perspectivas de crescimento da população brasileira para que se possam criar políticas no sentido de se aproveitar as oportunidades geradas por uma população cujo peso relativo das pessoas em idade ativa ainda é alto, mas, principalmente, de se preparar para os desafios impostos pelo crescimento da participação de idosos.

Segundo Souza Junior e Levy (2014) o aumento da idade média e a longevidade da população têm efeitos sobre os gastos públicos, como a saúde e previdência. De acordo com Camarano (2014b), o futuro da sociedade brasileira será determinado não somente a partir da previsão das mudanças no tamanho e na distribuição etária de sua população. O conhecimento dessas mudanças é fundamental para a orientação e definição das escolhas a serem tomadas e, sobretudo, das decisões políticas que orientarão a formulação das políticas públicas.

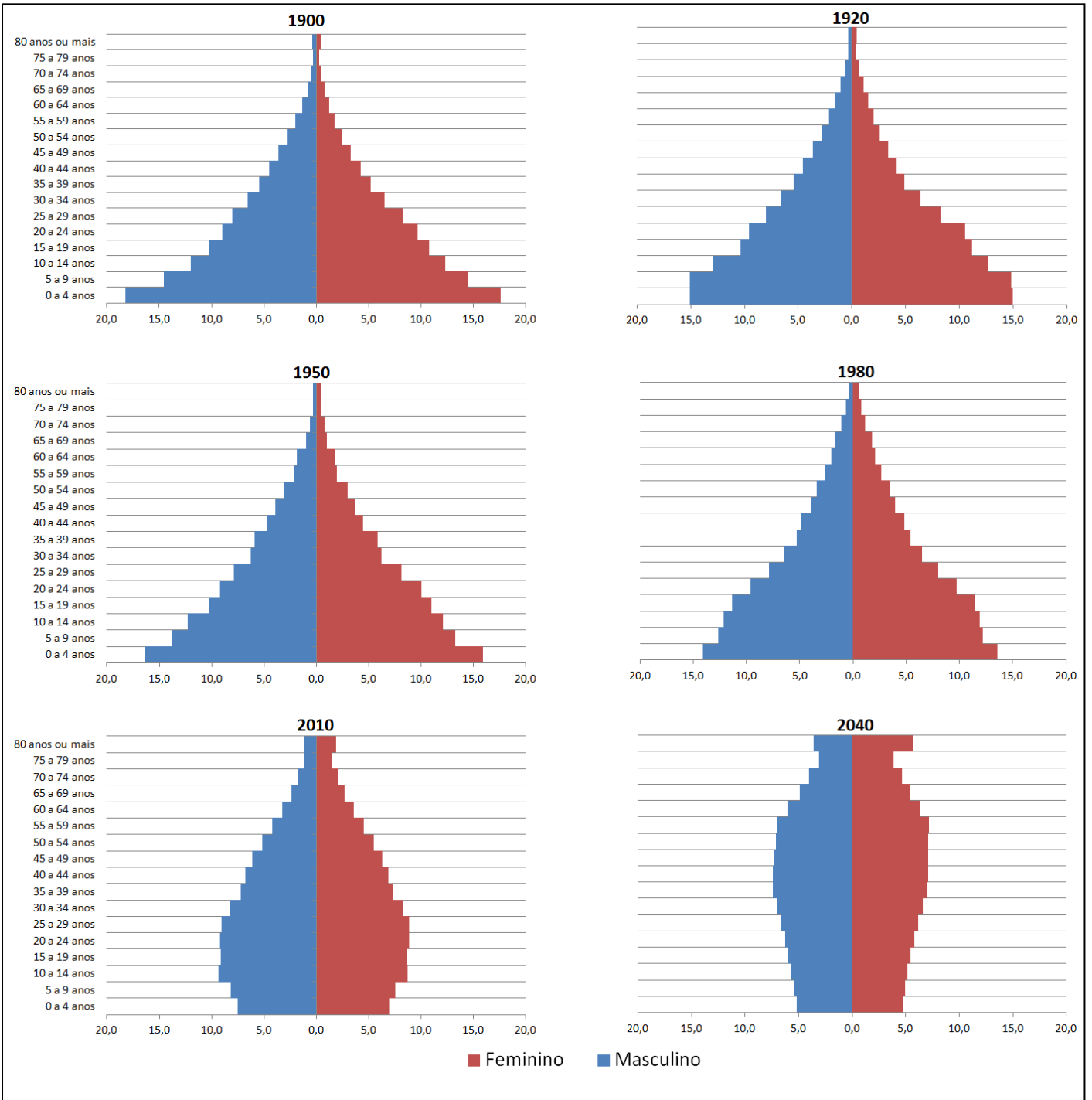
Decisões que definirão os investimentos necessários para o enfrentamento das demandas atuais e dos desafios futuros.

Tabela 1 – Evolução da população brasileira segundo faixa etária.

<b>Faixa Etária</b>	<b>1890</b>	<b>1920</b>	<b>1950</b>	<b>1980</b>	<b>2010</b>	<b>2040</b>
0 a 4 anos	2.121.790	4.593.163	8.370.880	16.423.700	13.796.159	11.267.417
5 a 9 anos	2.068.685	4.575.530	7.015.527	14.773.741	14.969.375	11.813.256
10 a 14 anos	1.709.800	3.909.630	6.308.567	14.263.322	17.166.761	12.360.437
15 a 19 anos	1.399.778	4.217.917	5.502.315	13.575.971	16.990.870	13.019.512
20 a 24 anos	1.351.702	2.139.364	4.991.139	11.513.220	17.245.190	13.717.223
25 a 29 anos	1.181.548	2.487.431	4.132.271	9.442.217	17.104.413	14.514.616
30 a 39 anos	1.802.272	3.560.225	6.286.052	14.039.109	29.633.093	31.914.624
40 a 49 anos	1.233.137	2.401.200	4.365.359	10.377.274	24.842.718	32.893.266
50 a 59 anos	733.361	1.451.319	2.650.314	7.250.094	18.416.621	32.447.959
60 a 69 anos	429.554	800.866	1.451.468	4.474.511	11.349.929	25.811.887
70 anos ou mais	243.711	433.310	753.873	2.741.506	9.240.670	28.393.007
Idade ignorada	58.577	65.650	116.632	128.041	-	-
<b>Total</b>	<b>14.333.915</b>	<b>30.635.605</b>	<b>51.944.397</b>	<b>119.002.706</b>	<b>190.755.799</b>	<b>228.153.204</b>

Fonte: IBGE (1930, 2010, 2014).

Figura 4 – Distribuição por sexo e idade da população brasileira: 1900, 1920, 1950, 1980, 2010 e 2040.



Fonte: IBGE (1930, 2010, 2014).

Os resultados demonstram que o Brasil apresenta uma tendência de melhoria dos indicadores demográficos (tabela 2). O número médio de filhos por mulher reduziu continuamente, até em 2010 atingir uma taxa de fecundidade de 1,8, média inferior ao nível de reposição da população (2,1). No mesmo sentido, a taxa bruta de natalidade atingiu um valor de 15,8 filhos por mil habitantes em 2010, reduzindo durante o período estudado, sobretudo a partir de 1999.

A taxa bruta de mortalidade diminuiu em média 0,1 óbitos por mil habitantes ao ano, enquanto a mortalidade infantil apresentou redução média anual de 1,2 chegando em 2010, a 16,0 óbitos em menores de um ano de idade para cada mil nascidos vivos. Já a esperança de vida ao nascer, aumentou continuamente ao longo dos anos avaliados, passando de 68,5 em 1995 para 73,4 anos em 2010, um acréscimo de quase cinco anos.

A redução das taxas de fecundidade, natalidade, mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer refletem o processo de transição demográfica iniciado no país na década de 1950 e mais veloz a partir de 1980. Esse processo resultou na diminuição da população abaixo de 15 anos e aumento significativo da população idosa. As baixas taxas de fecundidade e natalidade reduzem o ritmo de crescimento da população e nesta fase há um aumento substantivo da população em idade ativa, como reflexo dos níveis de fecundidade do passado.

Segundo Alves (2014) a redução das taxas de mortalidade é uma conquista da humanidade. Observou que a esperança de vida ao nascer no Brasil duplicou no período de um século, fato sem precedentes no passado do país e, provavelmente, também não previsto para o futuro da nossa história. Isso porque a esperança de vida deve continuar crescendo, mas em ritmo mais lento, jamais dobrando novamente.

Mesmo com a transição demográfica, o Brasil ainda apresenta um crescimento da população, embora com uma tendência de redução das taxas de crescimentos anuais. Caso seja mantida a tendência, no início da década de 2040 o crescimento será negativo, iniciando um processo de redução da população brasileira (MENDES et al., 2012), aspecto que desafia os gestores públicos.

Essas mudanças favorecem o crescimento econômico. É o chamado “bônus demográfico” que representa uma “janela de oportunidade” decorrente da mudança da estrutura etária da pirâmide populacional, quando a redução da população menor de 15 anos, o pequeno crescimento da população idosa e um grande crescimento da população produtiva traz como consequência um maior contingente de pessoas disponível para trabalhar e gerar

renda para família e para o país. Assim como acontece na história dos outros países do mundo, a transição demográfica ocorre apenas uma vez e com ela a janela de oportunidade demográfica. Sendo assim, os benefícios podem ser muitos se as políticas públicas forem capazes de garantir acesso universal à educação, à saúde e ao emprego (ALVES, 2008).

As taxas de mortalidade são indicadores clássicos que refletem, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e ambiental, bem como o acesso e a qualidade da atenção à saúde. A redução da mortalidade observada no país reflete a melhoria nas condições de vida, nas áreas de saúde, saneamento e educação, verificadas.

Tabela 2 – Evolução das características demográficas no Brasil no período de 1995 a 2010

Variável	1995	1998	2001	2004	2007	2010	$\beta$	$R^2$	p
Taxa de Fecundidade Total	2,49	2,36	2,22	2,05	1,9	1,82	-0,05	0,98	<0,05
Taxa bruta de natalidade	22,0	21,8	20,1	18,5	16,6	15,8	-0,49	0,96	<0,05
Esperança de vida ao nascer	68,5	69,7	70,8	71,7	72,5	73,4	0,32	0,99	<0,05
Taxa de Mortalidade Neonatal	19,8	17,5	16,2	14,3	12,7	11,1	-0,60	0,99	<0,05
Taxa de Mortalidade Pós-neonatal	15,2	11,9	8,7	7,2	6,0	4,9	-0,63	0,93	<0,05
Taxa de Mortalidade Infantil	35,1	29,4	24,9	21,5	18,6	16,0	-1,24	0,97	<0,05
Taxa de Bruta de Mortalidade	7,2	7,0	6,1	6,1	6,1	6,3	-0,06	0,51	<0,05

Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2014)

Os indicadores socioeconômicos apresentaram tendências significativas de crescimento, acompanhado da redução da taxa de pobreza (tabela 3). A média de anos de estudo entre as pessoas com 25 anos ou mais de idade apresentou um crescimento significativo em todo período, com uma evolução média anual de 0,1 anos, aumentado 37,1%, evoluindo de 5,2 em 1995 para 7,2 anos em 2009. Em relação à pobreza, a partir de 2003 assistiu-se a uma redução significativa ( $p < 0,05$ ) da taxa no país, com um decréscimo médio anual de 2,5%. Em 2003, 35,7% da população tinha renda domiciliar per capita inferior à linha de pobreza, passando em 2009, para 21,4%.

Entre os indicadores que refletem as condições de saneamento, observou-se maior crescimento médio (1,1%) da coleta de lixo, quando em 2010, 85,8% da população era atendida, direta ou indiretamente, pelo serviço regular de coleta domiciliar. Menores crescimentos médios foram percebidos em relação ao esgotamento sanitário (0,8%) e abastecimento de água (0,5%).

Como observado neste estudo, houve melhorias significativas nas condições de vida e educação da população brasileira entre 1995 e 2010, e esse comportamento tem importante influência nas mudanças ocorridas nas características demográficas do país. Como afirma Brito (2008), a transição demográfica do Brasil é um processo social que não está restrito às características demográficas e suas implicações, mas é uma das causas e um dos efeitos das mudanças sociais e econômicas ocorridas no país.

Em relação à educação, os resultados apresentados demonstraram um acréscimo na média de anos de estudo entre 1995 e 2009, muito em virtude de políticas públicas que ampliaram o acesso à educação, movimento fortalecido desde 2007. Neste ano, houve a implantação do Plano de Desenvolvimento da Educação (BRASIL, 2007a) do Ministério da Educação com aumento dos investimentos públicos na educação básica, profissional e superior.

Segundo o IBGE o aumento da média de anos de estudo pode ser usado como um indicador quantitativo do processo de democratização escolar, isto é, do aumento das oportunidades de acesso ao ensino (IBGE, 2012). Mas, apesar do crescimento observado, dados do Relatório de Desenvolvimento Humano, elaborado pelo Programa das Nações Unidas (2011), demonstram que a média de anos de estudo do Brasil em 2010 estava à frente apenas do valor apresentado pela Índia, quando analisados os indicadores dos países que compõem os BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul).



Além disso, os resultados referem-se apenas ao acesso ao ensino. A qualidade da educação, que também deve ser objetivo das políticas educacionais, não foi avaliada e a democratização do acesso à educação de qualidade é a oportunidade para construção de uma sociedade mais igualitária.

O acesso à educação de qualidade é fundamental para que as pessoas desenvolvam suas potencialidades. É essencial que a educação (CASTRO, 2009) represente o núcleo do sistema de promoção social em virtude da possibilidade de potencializar as oportunidades para os indivíduos, além de ser um elemento estratégico para o desenvolvimento humano e econômico.

O Brasil, no período avaliado, apresentou significativa redução da pobreza, sobretudo após 2003, o que pode estar relacionado à implantação de políticas de transferência de renda. Este indicador de pobreza representa, segundo o Ipea (2014a), “o percentual da população com renda domiciliar per capita inferior à linha de pobreza, neste caso, considerada o dobro da linha de extrema pobreza (estimativa do valor de uma cesta de alimentos com o mínimo de calorias necessárias para suprir adequadamente uma pessoa)”.

Implantado em 2003, o Programa Bolsa Família (PBF) não apenas racionalizou o provimento de um mecanismo de transferência de renda no país, como também consolidou uma forma de benefício não vinculado aos riscos inerentes às flutuações do mercado de trabalho, uma forma de enfrentar o problema da pobreza. Os critérios de elegibilidade do PBF dependiam da condição de renda das famílias e, entre as condicionalidades para sua permanência no programa, estava o cumprimento de certas tarefas relacionadas à frequência escolar e aos cuidados com a saúde de seus membros (CASTRO; MODESTO, 2010).

Principal programa de transferência direta de renda do país, o PBF, tem como base três dimensões: promoção do alívio imediato da pobreza, reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação; e articulação com programas complementares (BRASIL, 2007b; MARQUES, 2008). O Programa possui o maior efeito multiplicador dentre todos os programas de Transferências Sociais do país, pois a cada real adicional gasto há um crescimento de R\$ 1,78 no Produto Interno Bruto (PIB), apesar de custar apenas 0,4% do PIB do Brasil (NERI; VAZ; SOUZA, 2013).

Os autores apontam que as transferências sociais voltadas para os mais pobres cumprem papel positivo importante para a dinâmica macroeconômica brasileira, além de contribuir para a redução da pobreza e desigualdade.

Apesar de todas as críticas apontadas, é possível dizer que os programas de transferência de renda afirmam-se cada vez mais como política de Estado. Seu propósito foi ampliado, enfocando nas famílias em suas estratégias de sobrevivência (BICHIR, 2010).

Apesar disto, em 2012, 30,3 milhões de brasileiros ainda viviam abaixo da linha da pobreza (IPEA, 2014b) e a média de anos de estudo da população ainda era baixa. Em um país caracterizado pela alta concentração de renda, a superação deste quadro é um desafio ainda maior.

Com a adoção do conceito ampliado de saúde e com a proposta da integralidade do sistema de saúde, a análise dos sistemas de saúde deve considerar, na lógica da determinação social, o dinamismo dos fatores sociais, ambientais e não somente, biológicos.

As informações referentes às condições de saneamento apontam para uma evolução positiva no período analisado. Os dados relativos às condições ambientais apresentaram o aumento da cobertura de abastecimento de água, coleta de lixo e esgotamento sanitário das famílias brasileiras, havendo um maior acesso ao abastecimento de água e coleta de lixo.

Em relação ao esgotamento sanitário, segundo a Organização Mundial da Saúde (2013), o país apresentava em 2011 a maior cobertura de saneamento adequado quando comparado aos países dos BRICS, mas atrás da Argentina e Chile, países sul-americanos.

Apesar dos avanços, ainda em 2010, mais de 35,0% da população brasileira não tinha acesso ao esgotamento sanitário adequado. Além disso, os indicadores ambientais refletem apenas a presença ou ausência do serviço, não avaliam sua qualidade, nem tão pouco a sua disponibilidade e periodicidade.

A garantia adequada dos serviços de saneamento reduz os efeitos da ação humana sobre a salubridade ambiental. Quando não, causam efeitos negativos sobre o meio ambiente, a saúde pública e, conseqüentemente, o desenvolvimento econômico sustentável. Assim, o ideal seria que suas coberturas fossem universais, o que não se verifica no país (SAIANI; GALVÃO, 2011).

Entre os fatores mais importantes ligados à redução das desigualdades na saúde, o acesso universal à água de qualidade e ao serviço de saneamento básico se destacam como pontos indispensáveis na melhoria da qualidade de vida e de saúde da população (BARACHO, 2013).

Tabela 3 – Indicadores socioeconômicos no Brasil no período de 1995 a 2010

Variável	1995	1998	2001	2004	2007	2010	$\beta$	$R^2$	p
Média de anos de estudo	5,2	5,6	6,0	6,4	6,9	7,2*	0,14	0,99	<0,05
% da população abaixo da linha da pobreza	35,1	34,0	35,1				-0,04	-0,15	0,65
				33,7	25,4	21,4*	-2,52	0,98	<0,05
% da população servida pela rede geral água	74,52	77,31	79,66	80,56	81,83	81,48	0,53	0,85	<0,05
% da população servida pela coleta lixo	69,46	76,18	81,49	82,81	85,83	85,84	1,14	0,89	<0,05
% da população servida pela rede esgoto	56,97	61,36	64,23	66,12	71,28	64,54	0,79	0,72	<0,05

Fonte: IPEADATA (2014) e Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2014)

Nota: \* 2009

Os resultados quanto às causas de óbitos (tabela 4) demonstraram uma tendência de redução significativa ( $p < 0,05$ ) nas mortes por insuficiência cardíaca, doenças isquêmicas do coração, doenças infecciosas intestinais, aterosclerose, doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), tuberculose, gravidez, parto e puerpério, tétano e causas mal definidas, estas últimas, apresentando decréscimo médio de 6,0 óbitos por cem mil habitantes ao ano.

Em contrapartida, observou-se uma tendência crescente e significativa ( $p < 0,05$ ) dos óbitos por infecções respiratórias, diabetes e doenças hipertensivas. Além disso, apesar do crescimento, não houve significância estatística na análise das mortes por agressões e neoplasias.

A melhoria das informações relativas às causas dos óbitos, com conseqüente redução das causas mal definidas, permite avaliar a situação de saúde da população e orientar a formulação das políticas de saúde, além de refletir a melhoria na assistência e a qualidade da informação sobre os óbitos no país. A redução das mortes por tétano, doenças infecciosas intestinais, doenças pelo vírus da imunodeficiência humana e tuberculose acompanham a melhoria das condições de vida e também, da melhoria da cobertura vacinal, acesso a ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamentos oportunos na rede de saúde durante o período estudado.

O crescimento dos óbitos por doenças não transmissíveis também representa um grande desafio ao país. Embora tenha havido uma melhoria na assistência à saúde e de condições de vida, percebeu-se o aumento das mortes por hipertensão, diabetes e infecções respiratórias, grande desafio atual de nosso sistema de saúde, além do aumento esperado da mortalidade por neoplasia.

No Brasil não se observa uma transição “típica”, mas sim uma transição “atípica”, decorrente não só da reemergência e “permanência” de doenças infecciosas e parasitárias, como também, pela importância crescente das causas externas, expressão da violência social em suas mais diversas formas (CARMO; BARRETO; SILVA JUNIOR, 2003).

Tabela 4 – Taxas de mortalidade por causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde no Brasil no período de 1996 a 2010

Causas de óbitos	1996	1998	2001	2004	2007	2010	B	R <sup>2</sup>	p
Insuficiência cardíaca	29,5	27,7	20,3	19,7	16,4	14,4	-1,02	0,90	<0,05
Doenças isquêmicas do coração	64,7	64,9	58,3	61,7	54,0	52,3	-0,83	0,69	<0,05
Doenças infecciosas intestinais	5,6	5,2	3,4	3,1	2,7	2,4	-0,20	0,81	<0,05
Aterosclerose	3,4	2,7	1,7	1,4	0,9	0,7	-0,18	0,92	<0,05
Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	10,3	7,2	6,8	6,7	6,3	6,3	-0,16	0,48	<0,05
Tuberculose	4,6	4,9	4,0	3,6	2,9	2,6	-0,16	0,94	<0,05
Acidentes de transporte	24,0	20,6	19,0	21,1	20,8	22,9	-0,03	-0,07	0,766
Gravidez, parto e puerpério	1,8	2,4	1,8	1,8	1,7	1,8	-0,02	0,22	<0,05
Tétano	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	-0,01	0,77	<0,05
Causas mal definidas	112,7	113,5	95,5	87,1	45,7	41,3	-6,03	0,92	<0,05
Agressões	24,4	25,5	27,5	26,7	25,0	26,8	0,07	0,01	0,301
Neoplasias	48,9	51,1	49,1	53,8	50,2	50,1	0,14	0,00	0,341
Infecções respiratórias, inclusive pneumonia e influenza	27,0	25,6	21,3	26,0	26,0	29,3	0,33	0,26	<0,05
Diabetes Mellitus	23,0	24,2	25,8	28,0	27,9	28,8	0,42	0,74	<0,05
Doenças hipertensivas, exceto hipertensão secundária	17,1	17,9	17,9	22,0	23,0	23,6	0,63	0,84	<0,05

Fonte: Autora, a partir do banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade/Ministério da Saúde

Taxas de mortalidade por 100 mil habitantes

Gravidez, Parto e Puerpério: Taxa de mortalidade por 100 mil mulheres em idade fértil

Em relação à assistência à saúde (tabela 5), percebeu-se uma tendência crescente ( $p < 0,05$ ) da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com crescimento médio anual de 4,0%, cobrindo 6,6% da população brasileira em 1998 e 51,8% em 2010. Já a relação entre consultas médicas e habitantes, exames e consultas médicas e o número de médicos por habitantes foi estacionária no período avaliado, apresentando significância estatística.

As mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas exigiram da organização do sistema de saúde transformações que nem sempre foram feitas de forma planejada para garantir o acesso universal e equânime.

As ações e serviços de saúde devem ser planejados para garantir a universalidade, integralidade e equidade, princípios que norteiam o SUS. Com o objetivo de reorganizar a atenção à saúde, a ESF reorienta as ações da atenção básica através da expansão e qualificação das práticas de equipes multiprofissionais de saúde. Principal política de reordenamento e de universalização da assistência à saúde, a ESF expandiu no país entre 1998 e 2010, cobrindo 51,8% da população em 2010 em 95,1% dos municípios brasileiros.

Apesar disto, 46 milhões de brasileiros ainda não eram assistidos pela principal estratégia de saúde do país, mesmo levando-se em consideração que 23,4% da população era coberta por planos de saúde em 2010 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014). Além disso, não representa necessariamente qualidade e continuidade das ações, assim como, uma organização e preparação das equipes para o atendimento a uma população majoritariamente adulta e cada vez mais idosa, o que requer maior capacitação dos profissionais, maior investimento tecnológico e estrutural e uma grande retaguarda de serviços especializados de referência.

Várias pesquisas têm analisado os aspectos relacionados às práticas de saúde, aos processos de trabalho e à qualidade da atenção, e tem demonstrado que a associação entre quantidade e qualidade é fundamental para consolidação da ESF como instrumento que busca universalizar o acesso à atenção básica (COSTA et al., 2009; MEDINA; HARTZ, 2009; SANTIAGO et al., 2013).

Outro dado que chama atenção é a relação entre número de profissionais e o crescimento da população: enquanto a população cresceu 22,4% entre 1995 e 2010, o número de médicos por habitantes aumentou 46,5% e o número de consultas médicas por habitantes ampliou em 22,6%, com aumento da retaguarda de exames complementares, embora os resultados não discutam a sua distribuição, nem tampouco, a qualidade dos serviços prestados.

Tabela 5 – Assistência ambulatorial no SUS no Brasil no período de 1995 a 2010

Variável	1995	1998	2001	2004	2007	2010	$\beta$	$R^2$	p
Cobertura da Estratégia de Saúde da Família		6,6	21,4	37,8	46,0	51,8	4,03	0,93	<0,05
Consultas médicas por habitante	2,21	2,21	2,35	2,35	2,43	2,71	0,03	0,82	<0,05
Proc. diagnósticos/Consultas médicas	0,50	0,58	0,66	0,74	0,88	1,06	0,03	0,97	<0,05
Procedimentos ambulatoriais por habitante	7,9	7,7	9,7	10,2	11,9	14,4	0,42	0,92	<0,05
Procedimentos ambulatoriais de AC/100 habitante	7,3	23,4	68,1	125,7	271,3	340,9	24,75	0,92	<0,05
Médicos/1.000 habitante	1,27	1,34	1,43	1,61	1,74	1,86	0,04	0,96	<0,05

Fonte: IBGE (2014); Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2014); Autora a partir dos bancos de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais e Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde,  
 Nota: AC: Alta Complexidade

Em relação à assistência hospitalar verificou-se variação significativa ( $p < 0,05$ ) das internações, percebendo-se tendência crescente na clínica cirúrgica e de redução nas demais especialidades médicas analisadas ao longo dos anos (tabela 6).

Quanto aos leitos totais e internações observou-se redução em todo período, com significância estatística. O número total de leitos reduziu 33,3% entre 1995 e 2010, assim como, houve um decréscimo de 11,7% nas internações, período em que houve um crescimento populacional de 22,4% (aproximadamente 35 milhões de habitantes). A exceção fica com o crescimento dos leitos de UTI (69,6%) e internações em clínica cirúrgica.

Na clínica médica percebeu-se uma redução de 13,5% no número de internações e queda de 30,5% no número de leitos, embora a população acima de 15 anos tenha crescido em 42,9% e a população idosa em 82,3% entre 1995 e 2010.

O número de internações cirúrgicas cresceu em todo o período 34,0%, acompanhando o crescimento de 22,4% da população, embora tenha havido uma redução de 21,0% no número de leitos.

Em relação à assistência pediátrica e obstétrica, percebeu-se uma redução de 11,5% das internações pediátricas e 31,7% no número de leitos entre 1995 e 2010, enquanto a redução da população menor de 15 anos foi de 14,9%. Assim como, a clínica obstétrica reduziu 38,7% no número de leitos e 34,5% das internações, embora a população feminina acima de 10 anos de idade tenha crescido 36,6% entre 1995 e 2010.

Apesar do crescimento populacional entre 1995 e 2010, o estudo apontou para uma redução dos leitos e das internações. Estes dados apontam para duas explicações: a redução das internações pode estar relacionada ao desenvolvimento tecnológico levando à substituição de procedimentos hospitalares por ambulatoriais e à redução do número de dias de internamentos; e/ou uma desassistência, em virtude do crescimento e complexificação da assistência frente ao crescimento e envelhecimento da população, e o consequente aumento da necessidade de internações.

A redução das internações na clínica médica se opõe ao crescimento de 42,9% da população acima de 15 anos e crescimento da população idosa de 11,3 milhões em 1995 para 20,6 milhões em 2010, num cenário de crescimento da prevalência das doenças crônicas degenerativas e aumento de acidentes e violência no país.

Na assistência ao idoso, a situação é ainda mais grave, o descompasso entre a redução das internações e o crescimento vertiginoso da população acima de 60 anos, demonstra inadequação do sistema de saúde no cuidado aos idosos.



As demandas por assistência à saúde vêm crescendo e já são tão significativas que o atendimento hospitalar à população idosa correspondeu a 30,3% dos gastos públicos com internações hospitalares em 2012 e 32,5% em 2014 (BRASIL, 2015). A população idosa aumenta anualmente e a maior parte dela carrega consigo doenças crônicas e/ou limitações funcionais, que duram por anos e que exigem assistência permanente, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

Por outro lado, apesar da redução dos leitos cirúrgicos, houve aumento no número de cirurgias maior que o crescimento da população (22,4%), demonstrando coerência com o crescimento da população adulta e idosa, assim como, com o crescimento das doenças crônico degenerativas, o aumento da violência e sua demanda por assistência cirúrgica.

A redução das internações pediátricas proporcional à redução da população menor de 15 anos evidencia um acompanhamento às novas necessidades, com priorização da assistência pediátrica, através de programas preventivos e assistenciais, além da melhoria das condições sociais, que resultaram na redução da mortalidade infantil.

Apesar do crescimento de 36,6% da população feminina acima de dez anos, observou-se uma grande redução no número internações obstétricas, redução também percebida no número de partos de 2,8 milhões para 1,97 milhões no período, o que deve ser decorrente do acesso a meios contraceptivos e a conseqüente redução das taxas de fecundidade e natalidade, como observado anteriormente.

Tabela 6 – Grupos populacionais, leitos e internações por grupos populacionais no SUS no Brasil no período de 1995 a 2010

Variável	1995	1998	2001	2004	2007	2010	$\beta$	R <sup>2</sup>	p
População total	155.822.296	161.790.182	172.385.776	179.108.134	189.335.191	190.755.799			
População de 0 a 14 anos	53.948.077	51.052.725	51.052.745	53.087.921	50.223.090	45.932.295			
População de 15 anos ou mais	101.356.551	110.313.099	121.333.031	126.020.213	139.112.101	144.823.504			
População de 60 anos e mais	11.296.701	12.704.310	14.721.832	15.212.532	18.204.829	20.590.599			
População feminina com 10 anos e mais	60.936.408	65.547.058	71.087.349	73.832.188	79.850.378	83.224.406			
Leitos totais	504,3	490,4	486,5				-6,96	0,75	<0,05
				362,0	349,2	336,5	-4,08	0,98	<0,05
Leitos de UTI	9,3	10,1	11,1				0,27	0,86	<0,05
				13,5	11,8	15,8	0,37	0,22	0,161
Internações totais	13.275,1	12.248,6	12.227,2	11.953,9	11.739,3	11.724,8	-93,50	0,78	<0,05
Leitos em clínica médica	151,8	147,3	146,8				-1,99	0,71	<0,05
				103,3	108,2	105,6	-0,14	-0,18	0,78
Internações em clínica médica	4.736,5	4.216,5	4.123,1	3.878,1	3.806,9	4.097,1	-41,39	0,58	<0,05
Leitos em clínica cirúrgica	96,8	93,1	95,3				-0,91	0,53	<0,05
				77,1	75,8	76,5	-0,06	-0,12	0,576
Internações em clínica cirúrgica	2.486,0	2.398,7	2.644,0	3.021,8	3.214,3	3.330,3	68,06	0,93	<0,05
Leitos em pediatria	75,9	80,9	81,4				-0,32	-0,04	0,42
				62,4	55,4	51,8	-1,53	0,88	<0,05
Internações em pediatria	1.630,9	1.655,3	1.780,2	1.645,6	1.543,0	1.443,8	-14,79	0,27	<0,05
Leitos em obstetrícia	75,7	71,9	72,1				-1,15	0,77	<0,05
				51,3	49,0	46,4	-0,81	1,00	<0,05
Internações em obstetrícia	3.271,5	2.958,9	2.782,1	2.624,7	2.450,8	2.142,8	-74,36	0,95	<0,05

Fonte: IBGE (2014); Autora a partir dos bancos de dados do Sistema de Informações Hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Nota: Internações e Leitos por mil

A análise da tendência das informações relativas ao financiamento de ações e serviços de saúde (tabela 7) não apresentou tendência significativa ( $p > 0,05$ ) apenas para os gastos totais com saúde como percentual do Produto Interno Bruto (PIB).

O gasto público total com saúde por habitante apresentou tendência crescente, com um aumento médio anual de R\$ 52,08, aproximadamente 12,0% do valor médio aplicado no período; e o gasto federal com saúde cresceu em média 4,2 bilhões ao ano. Já o gasto total com ações e serviços públicos de saúde como percentual do PIB, aumentou em média 0,1%, estando no último ano em 3,67%.

Para gerar ações de saúde eficientes que enfrentem as desigualdades sociais é preciso conhecer não apenas o comportamento socioeconômico, demográfico e assistencial. A priorização da política de saúde deve se expressar através de um financiamento que consiga responder às necessidades de saúde da população, reconhecendo a saúde como direito social.

O fato do estado e municípios em sua maioria já ter atingido ou superado o limite constitucional de gastos com a saúde (SAIANI; GALVÃO, 2011), reforça o desafio do financiamento do sistema público de saúde, em virtude da complexificação da assistência frente às novas necessidades de saúde e da transferência de responsabilidade.

Em 2010, os municípios brasileiros gastaram em média 20,3% de seu orçamento com saúde, acima dos 15% definidos na Emenda Constitucional 29, ultrapassaram este limite neste ano, 99,7% dos municípios (BRASIL, 2014a). Além disso, estudo (SAKURAI, 2013) com base em um painel de municípios brasileiros entre os anos de 1989 e 2005, demonstrou que os gastos públicos municipais são mais sensíveis a aumentos das transferências governamentais, do que a aumentos da renda local.

Os problemas relacionados ao financiamento existem desde a implantação do SUS. Como a Constituição de 1988 não esclareceu as regras de financiamento, surgiram desde 1993, Propostas de Emendas Constitucionais (PECs) que vinculavam responsabilidades e recursos para a saúde, mas somente em 2011, a Emenda Constitucional 29 foi regulamentada (FORTES, 2012), porém até hoje não foi definida a participação federal no financiamento da saúde, permanecendo em 1,7% do PIB ao longo dos últimos anos.

Tabela 7 – Gastos públicos com saúde no Brasil no período de 2000 a 2010

Variáveis	2001*	2004	2007	2010	$\beta$	$R^2$	p
Gasto total com ações e serviços públicos de saúde per capita <sup>a</sup>	238,91	365,80	510,76	725,83	52,08	0,98	<0,05
Gasto federal com ações e serviços públicos de saúde per capita	130,37	180,10	234,00	324,84	20,59	0,97	<0,05
Gasto estadual com ações e serviços públicos de saúde per capita	54,64	95,37	137,16	195,35	15,28	0,99	<0,05
Gasto municipal com ações e serviços públicos de saúde per capita	53,89	90,37	139,60	205,64	16,21	0,98	<0,05
Proporção dos gastos totais com saúde como % do PIB	3,16	3,42	3,63	3,67	0,08	0,86	<0,05
Proporção dos gastos federais com saúde como % do PIB	1,73	1,68	1,66	1,64	-0,002	-0,10	0,78
Proporção dos gastos estaduais com saúde como % do PIB	0,72	0,89	0,98	0,99	0,04	0,87	<0,05
Proporção dos gastos municipais com saúde como % do PIB	0,71	0,85	0,99	1,04	0,04	0,92	<0,05
Gasto federal com saúde <sup>b</sup>	22,5	32,7	44,3	62,0	4,23	0,97	<0,05

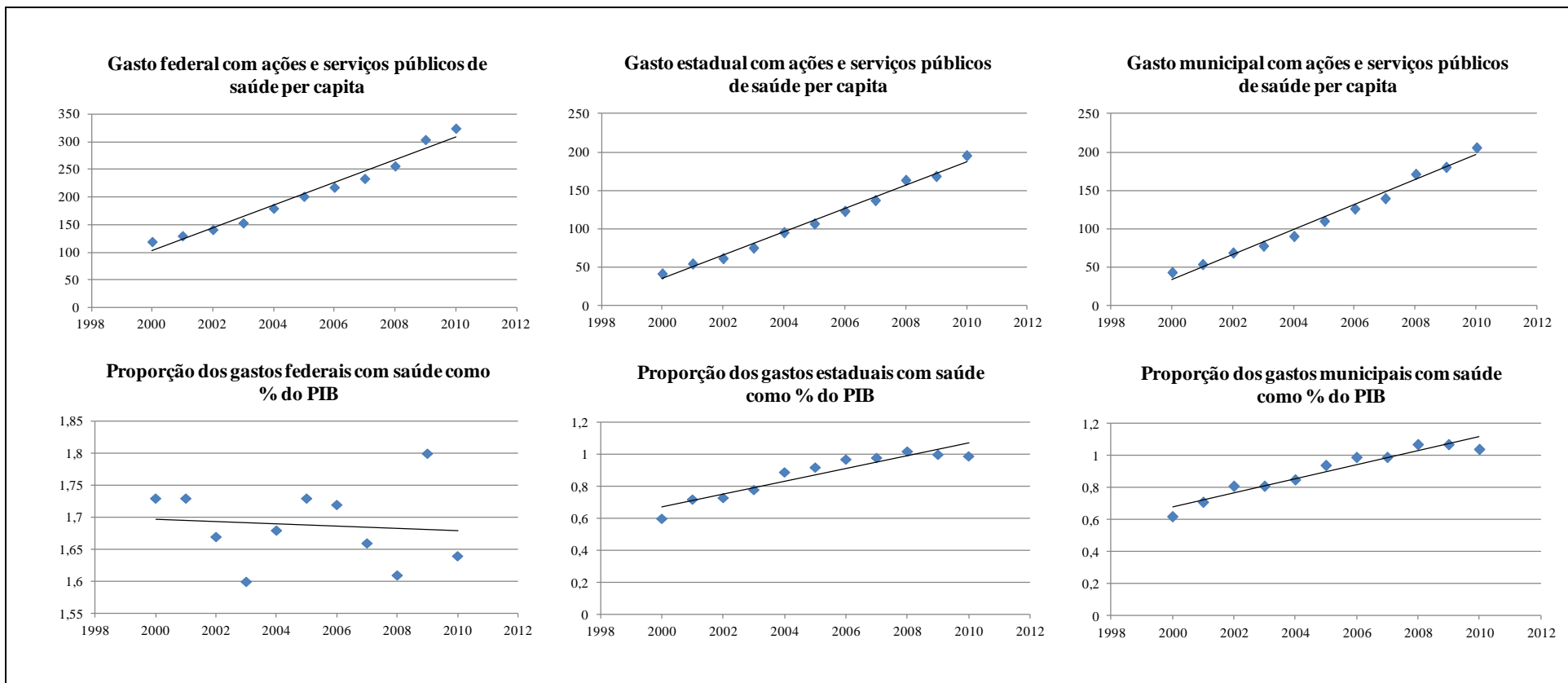
Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2014)

Nota: <sup>a</sup> Gasto per capita em reais

<sup>b</sup> Gasto federal com saúde em bilhões

\* Dados disponíveis a partir de 2000

Figura 5 – Gastos públicos com saúde no Brasil no período de 2000 a 2010



Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2014)

Nota: Gastos per capita em reais

## 5.2 O contexto das transformações e a percepção dos atores sociais: uma reflexão sobre as necessidades de saúde

### 5.2.1 *Como avançar nas transformações sociais*

O sociólogo Octavio Ianni (1989) em artigo sobre a desigualdade social relata que um ou mais aspectos da questão social estão presentes na história da sociedade brasileira. Essa questão é reflexo de disparidades econômicas, políticas e culturais, que envolvem a população brasileira e que desafiam os diferentes setores da sociedade.

No início do século XXI, crescem as evidências, segundo Garcia (2003) e, talvez, a consciência de que o Brasil era um dos países mais socialmente desiguais e injustos. Chegou-se até a falar que o país já não seria subdesenvolvido, mas apenas injusto. No entanto, segundo o autor, não havia um único país considerado desenvolvido que fosse tão marcado pela injustiça social como o Brasil.

Os dados analisados nesse estudo apontam que entre 1995 e 2010 observaram-se avanços importantes nas condições de vida e de saúde da população brasileira, entretanto, há ainda desafios importantes a serem superados.

Segundo o entrevistado Mário somente nos últimos anos as disparidades existentes no país foram enfrentadas de forma permanente.

[...] mesmo tendo vivenciado essas expressivas taxas de crescimento do Produto Interno Bruto, o Nordeste se valeu disso para enfrentar e superar as suas crônicas debilidades, que só foram de fato enfrentadas de uma maneira permanente, a partir da consolidação das políticas de transferência de renda unificadas no Programa Bolsa Família, da manutenção do vínculo dos benefícios da previdência ao valor do salário mínimo e de uma política desenvolvida pelo governo do presidente Lula. Uma política deliberada de recuperação do salário mínimo acima dos índices de correção da inflação. [...] fazendo com que um grande percentual dessas famílias saísse de uma situação de miséria e subisse na chamada pirâmide [...]

Destaque também realizado por Gilson, que em sua entrevista apontou a contribuição da política adotada pelo país para redução das desigualdades existentes na sociedade brasileira.

[...] é inegável o que o Brasil tem feito com a estabilização da economia. Uma política ativa do governo de redução da pobreza, quer dizer, o

desenvolvimento econômico do país tem propiciado duas coisas boas, não só o aumento, da renda, a melhoria da atividade econômica, mas também a redução das desigualdades [...]

Segundo Bichir (2010), no Brasil, a história das políticas sociais passa de um padrão de proteção social relacionado ao trabalho; chegando a um padrão de políticas sociais de caráter regressivo no período autoritário; até a universalização no período de redemocratização.

Nas entrevistas realizadas ficou evidente que é preciso expandir e manter as políticas sociais, expressas particularmente pelo Programa Bolsa Família, para que o país possa continuar avançando nas transformações sociais.

[...] [para que os avanços continuem é preciso] garantir a manutenção dos programas sociais, me refiro particularmente ao Programa Bolsa Família, é fundamental não é? (Entrevistado Sérgio)

Segundo Silva e Silva (2009) os programas de transferência de renda têm sido adotados como alternativa privilegiada de política para o enfrentamento da pobreza e da desigualdade econômico-social que marcam a sociedade latina americana. A autora cita os programas realizados no México, Argentina, Chile, Costa Rica, Uruguai, Honduras, Nicarágua e Brasil, destacando o Programa Bolsa Família, instituído no país em 2003, como o maior programa de transferência de renda do mundo.

De acordo com Marques e Mendes (2007), o próprio Governo Federal reconhece o Programa Bolsa Família como principal programa de sua política social, tendo sido criado para combater a miséria e a exclusão social e para promover a emancipação das famílias mais pobres, a partir da unificação, ampliação da cobertura e do benefício concedido pelos programas criados no governo de Fernando Henrique Cardoso.

Inicialmente contra o Programa, Fábio reconhece, assim como os demais entrevistados a importância da sua manutenção, no entanto, destaca a necessidade do seu aprimoramento e do monitoramento das suas condicionalidades.

[...] quando você lida com quem tem fome [...] você precisa comer agora, você não vai comer daqui há dez anos depois que se educar, então, eu mudei meu ponto de vista do bolsa família. Eu acho que ele tem que ser mantido, tem que ser aprimorado e tem que fazer o cruzamento como vem sendo feito nos últimos anos, das famílias que saíram da linha da miséria, vieram para linha de pobreza e que estão saindo da linha de pobreza. Porque aí tem que

fazer um cruzamento correto para que deixem de receber o Bolsa Família. Mas eu acho que ele tem que ser mantido.

Bichir (2010) cita que há dissensos em torno do Programa Bolsa Família. Além da clivagem mais ampla entre políticas sociais universais e políticas focalizadas, há divergências em torno da eficácia e mesmo da necessidade das condicionalidades associadas ao programa, em torno de seus impactos, sua utilização político eleitoral, além de dúvidas em relação à sua sustentabilidade política e econômica no longo prazo e à discussão das portas de saída para os beneficiários.

No entanto, documento da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (2011) destaca o papel das transferências diretas de renda aos mais pobres como um instrumento, que inclusive, combate a infantilização da pobreza e reduz as desigualdades nas primeiras etapas da vida.

Por sua vez, um dos entrevistados destacou a necessidade de que o Programa Bolsa Família torne-se um programa de renda básica, perdendo seu cunho assistencialista, para que, enquanto política de Estado contribua ainda mais para redução da desigualdade social no país.

[...] é necessário que nós possamos dar continuidade a várias políticas, entre elas as políticas de transferência de renda, especialmente o programa Bolsa Família, que à medida que for incorporando novos e novos segmentos excluídos da sociedade, precisa mudar um pouco o seu perfil, para sair de uma condição meramente de um programa de transferência de renda para um programa de garantia de renda básica, em que se busca o atingimento de uma renda per capita aceitável para um país com as características demográficas, econômicas e sociais da maneira com que o Brasil tem. (Entrevistado David)

Segundo Silva (2011) a renda básica é, conceitualmente, um programa que transfere a indivíduos, a maior quantidade possível de renda de forma universal, incondicional e permanente, garantindo um valor capaz de, por si só, garantir condições básicas e aceitáveis de vida. Assim, segundo o autor, qualquer ação que intencione caminhar do PBF à renda básica deve encarar a possibilidade de abandonar as condicionalidades em favor da incondicionalidade e de sair das políticas focadas e caminhar para universalização, incorporando a totalidade dos cidadãos e cidadãs.

De acordo com Buss (2007), assegurar uma renda mínima a todos os habitantes de um país é uma estratégia ousada em busca de alguma equidade econômica e da erradicação da pobreza. De acordo com Suplicy (2002) trata-se da renda de cidadania, desenvolvida em



países como Dinamarca, Reino Unido, França, Portugal e outros, desde a década de 30 do século passado, sob a forma de garantia de rendas e com resultados positivos.

Mais que a necessidade de manutenção dos programas de transferência de renda, a maioria dos entrevistados compreende que a qualificação dos beneficiários do PBF é fundamental para que consigam buscar alternativas próprias de inserção no mercado de trabalho.

[...] eu acho que é um programa importante, é uma estratégia importante, tirou as pessoas de uma situação de emergência, mas a gente tem que ter políticas de não permanência desse tipo de intervenção. Então, a gente vê relato de pessoas que estão deixando o Bolsa Família porque a partir daí conseguiram conquistas, mas eu acho que tem que ter outros incentivos, voltados para essa população. De qualificação profissional, de acesso (Entrevistada Luci).

Para Lavinás e Varsano (1997) é preciso que sejam instituídas políticas complementares de educação e de geração autônoma de renda, para que as famílias contempladas pelos programas de transferência de renda não retornem à condição de pobreza com o seu término.

A maioria dos entrevistados concorda, entretanto, que o aumento da renda familiar não é por si só, suficiente para superar as desigualdades existentes no país. Na sua entrevista Elisa refletiu que esse não é o único componente da pobreza a ser enfrentado, segundo ela, faltam ainda os outros elementos a serem atingidos e há ainda uma parcela das populações mais pobres não atendidas pelos principais instrumentos de melhoria de renda.

[...] ainda faltam os outros componentes da pobreza que não são só renda e ainda falta um pedaço da população que você não conseguiu atingir com esses dois instrumentos e exatamente são os mais difíceis de atingir, geralmente são os mais pobres, as comunidades mais distantes, as grandes periferias urbanas onde as pessoas não conseguem nem ter acesso ao Estado e o Estado também não consegue ter acesso a eles [...]  
Então eu acho que de um lado era preciso continuar com essas políticas, porque elas mostraram resultados, não é? E é preciso insistir em chegar nessa porção da população que ainda não foi acessada pelas políticas públicas e é preciso atacar os outros componentes da pobreza [...]

A compreensão da pobreza como um fenômeno complexo e multifatorial, torna essencial a articulação da transferência do benefício a outras políticas estruturantes (SANTOS; MAGALHÃES, 2012). Medeiros, Britto e Soares (2007) identificam a existência

de políticas de transferência de renda em praticamente todos os países que conseguiram erradicar a pobreza absoluta e reduzir consideravelmente seus níveis de desigualdade.

Bichir (2010) acredita que a reversão dos problemas históricos do país cada vez mais apontará para a necessidade de articulação do programa com outras políticas públicas como a saúde, educação, emprego, moradia, transporte e renda, entre outras. Afinal, conforme Pochmann (2010) o grau de mudança social de um país, é resultado, geralmente, de transformações mais amplas da economia e das políticas públicas.

Assim, a importância da educação como política estruturante para o alcance das transformações sociais foi evidenciada nos depoimentos de todos os entrevistados.

Essas transformações estruturais, elas só serão atingidas com políticas estruturais e aí um dos grandes sustentáculos dessa política é a política educacional [...] (Entrevistado Mário)

Naturalmente que a educação sempre é um fator fundamental de promoção de desenvolvimento humano, então combater o que nos resta ainda de analfabetismo, fortalecer a política do ensino técnico e também do ensino de graduação universitário [...] (Entrevistado David)

Isso significa que o país, mais que transferir renda, precisa investir fortemente em políticas estruturais que produzam resultados positivos e permanentes nas condições de vida da população.

[...] investimento em infraestrutura, ser capaz de dotar o país de condições de ir adiante [...] Então esse eu acho que esse é o grande desafio, é de como esses anos de crescimento com diminuição da desigualdade, de ampliação de acesso eles podem ser sustentáveis para os próximos anos. Manter essa perspectiva de desenvolvimento econômico também voltado para redução da pobreza, aumento da renda e de continuar nesse processo de universalizar o acesso à água tratada, ao esgoto, melhorar a condição de moradia [...] (Entrevistado Gilson)

[...] é a garantia de uma política permanente de investimento na infraestrutura social. É você universalizar o abastecimento d'água, [...] o saneamento, é você universalizar e dar qualidade à coleta, tratamento e disposição final aos resíduos sólidos, é priorizar uma política de transporte público, [...] ter uma política nacional de habitação que possa equacionar o déficit habitacional [...] (Entrevistado Mário)

Ruy, em seu discurso, acrescentou ainda que para garantir os avanços observados, além da ampliação e criação das políticas, é preciso aprimorar a capacidade de gestão do país.

Então na verdade, esse processo dos últimos 15 anos que você identificou, de melhoria da renda, da educação, redução da mortalidade, aumento da esperança de vida, para ser sustentável tem que avançar nas políticas públicas. E a gente tem um problema no Brasil que é a capacidade de gestão, de desempenho do estado brasileiro. [...] o que eu estou dizendo é que nós temos que ter uma reforma política, para melhorar a capacidade de gestão, inclusive de políticas públicas, inclusive para população poder confiar que o imposto vai ser transformado em bem estar público.

A promoção do desenvolvimento e a redução da injustiça social estão relacionadas com a existência, em um país, de uma sociedade ativa, onde o debate público tem um papel principal de formar a opinião pública (PEREIRA, 2002).

Fábio compreende, conforme observado em seu relato, que essas políticas devem priorizar a população, independente dos governos, tornando-se políticas de Estado, instrumentos permanentes de transformação.

Eu defenderia ainda o [Programa] Mãe Coruja, ainda que eu tenha algumas críticas sobre isso, mas em Pernambuco eu acho que foi interessante, [...] que é um programa estadual. Eu estou misturando, os estaduais e os federais. Mas eu acho que o que tem resultado positivo tem que ser mantido e aprimorado sempre, seja de que governo for, entendeu?

No campo da saúde, Gilson destacou, ao ser entrevistado, a contribuição da área como resultado e também como indutora das transformações sociais ocorridas no país.

Sem dúvida nenhuma tem um aspecto importante que é a contribuição que a saúde dá como resultado do desenvolvimento sustentável, mas também como causa do desenvolvimento sustentável, ou seja, o fato do Brasil ter um sistema universal de saúde [...] também jogou um papel muito grande na melhoria desses indicadores. Países no nível de desenvolvimento econômicos semelhante ao nosso que tem sistemas de saúde com cobertura parcial da população, que não conseguem dar acesso a toda a população, tiveram um desempenho menor que o nosso durante esses anos [...]

Nesse contexto, o entrevistado David destacou a importância do sistema de saúde universal e o seu papel no enfrentamento de doenças e agravos que acometem a população brasileira e que repercutem na sua qualidade de vida.

[...] as políticas de saúde não somente precisam ter continuidade, mas tem que consolidar todo esse objetivo de universalização da atenção básica. Ainda há o que se fazer para enfrentar problemas como mortalidade infantil, como as doenças mais comuns. Então a questão da atenção básica eu entendo que é importante e também o atendimento especializado,

especialmente no que diz respeito às doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, enfim.

Isso aponta para importância de se ampliar a capacidade de investimento do Estado promovendo um sistema de saúde que, segundo o entrevistado Mário, através de ações intensas, respondam aos desafios e às necessidades da população, contribuindo para promoção das mudanças sociais.

Ora, se você soma a lentidão com que você enfrenta a concentração de renda no país, se você soma a disparidade de uma política de incentivo ao transporte privado gerador de acidentes, de despesas nas emergências, encargos sobre a previdência, e ao mesmo tempo, você vê uma redução da taxa de natalidade, significa que você vai ter uma população aumentando a taxa de envelhecimento, uma população mais exposta às causas externas, aos homicídios, aos acidentes de trânsito. Consequentemente uma população que num determinado momento vai começar a gerar novos indicadores epidemiológicos [...] que só poderão ser revertidos com políticas intensas e preventivas [...]

De acordo com Gadelha et al. (2011), a saúde constitui-se como um campo de particular relevância para a coesão social e econômica do país. Os autores citam que há diferentes vertentes de análise que incorporam a saúde na sua relação com o desenvolvimento, compreendendo-a, dentre diversos aspectos, como um componente essencial de qualidade de vida e de intervenção pública na área social; campo indutor do crescimento econômico e de investimentos; política fundamental na conformação de sistemas de proteção social modernos; atividade que envolve um arranjo político-institucional rico e complexo; área importante e crítica para a geopolítica internacional.

Segundo Victora et al. (2011) percebe-se um progresso em alguns aspectos das condições de saúde da população e do sistema de saúde brasileiro, em contraste com a manutenção ou mesmo piora de outros indicadores. Considerado um dos países mais ricos do mundo, ainda há um longo caminho a percorrer até que alcance níveis de saúde semelhantes aos dos países mais prósperas do mundo.

É, por isso, fundamental compreender e defender a saúde no sentido amplo e como recurso para a vida digna, conforme defendido pela OMS desde a sua criação e no Brasil, desde a 8ª Conferência Nacional da Saúde que estabeleceu uma definição ampliada de saúde, incorporada nas bases legais do Sistema Único de Saúde (ALVES; ESCOREL, 2013).

### 5.2.2 As oportunidades e os desafios do bônus demográfico

Uma população com maiores expectativas de vida e menores taxas de fecundidade tem mudanças na estrutura etária, favorecendo a ampliação da parcela da população em idade economicamente ativa e reduzindo a razão de dependência demográfica, caracterizando o *bônus demográfico*, uma situação especial, ao longo da transição demográfica que, se devidamente aproveitada, pode favorecer o desenvolvimento econômico (ALVES; VASCONCELOS; CARVALHO, 2010).

Conforme Carvalho e Wong (2010), o processo de envelhecimento populacional causará profundas mudanças nas relações intergeracionais (menores de 15 anos, 15 a 64 anos e acima de 65 anos), gerando uma *janela de oportunidades*.

Em alguns países da América Latina o bônus demográfico já entrou ou está prestes a entrar numa fase terminal, enquanto em outros ainda está em um estágio inicial, com perspectiva alargada para os próximos cinco ou seis décadas. Estima-se que o Brasil encerre esse período por volta de 2040 (SAAD; MILLER; MARTÍNEZ, 2009).

Nas entrevistas realizadas ficou evidente que todos os entrevistados defendem a educação como o elemento fundamental para que o Brasil aproveite o bônus demográfico que vivencia, com destaque, principalmente, para a importância da educação técnica no desenvolvimento econômico do país.

[...] nós precisamos de um forte investimento em educação, não somente na educação regular, mas particularmente a educação profissional. [...] nós precisamos qualificar a nossa mão de obra, especialmente dos mais jovens, fortalecer o ensino técnico e sem dúvida investir fortemente nessa área educacional. (Entrevistado David)

[...] fazer com que esse trabalho seja um trabalho de maior valor agregado, de maior qualidade, [...] que consiga transformar mais em riqueza [...] então é exatamente o momento de se aproveitar [o bônus demográfico] com investimento muito forte de qualificação na mão de obra, investimentos de longo prazo, para que o país possa aproveitar ao máximo esse momento. (Entrevistado Gilson)

Enfatizando também o papel da educação, Fábio citou em sua entrevista as experiências de qualificação realizadas pelo Estado nos últimos anos como elemento propulsor da inserção e do desempenho da população no cenário econômico.

[...] acho que a gente tem várias medidas de geração de emprego e renda, de cursos técnicos, e aí eu não consigo não fazer a defesa do PRONATEC

[Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego] [...] Primeiro você aumentou o ingresso de pessoas em curso superior com o Prouni [Programa Universidade para Todos], o Fies [Programa de Financiamento Estudantil], [...] a expansão das universidades, [...] tem acontecido a expansão dos cursos técnicos, que acho que são formas da gente fazer com que, aumentando a capacitação da população economicamente ativa, ela melhore seu desempenho no mercado de trabalho [...]

Nonato et al. (2012) também reconhecem o investimento do governo federal à qualificação profissional, materializada tanto por iniciativas como o PRONATEC; o acordo entre o MEC e o Sistema S; a expansão da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica; e o contínuo crescimento dos gastos públicos federais com essa modalidade da educação em anos recentes; contribuindo possivelmente para avanços perceptíveis no nível de qualificação dos trabalhadores brasileiros nas décadas que estão por vir.

Percebe-se, a partir do discurso dos entrevistados, que não somente a garantia de um maior acesso à educação, mas a reversão de indicadores educacionais e a sua qualificação são fundamentais para que a população possa se incorporar ao desenvolvimento do país.

Em primeiro lugar, para que essa população possa ser incorporada à participação na riqueza, precisa ter uma melhor qualificação profissional, uma maior taxa de anos de escolaridade [...] então não basta ter qualquer escolaridade, erradicar o analfabetismo é essencial, porque é o ponto de partida para aumentar os anos de escolaridade. Aumentar a taxa de escolaridade é essencial para que você possa colocar a população no campo do conhecimento, da inovação tecnológica, da incorporação dos fatores de produtividade [...] (Entrevistado Mário)

Segundo Alves, Vasconcelos e Carvalho (2010) para que o país possa conciliar seu desenvolvimento econômico com as estruturas de sua população é preciso enfrentar o problema não somente do ponto de vista de universalização do acesso à educação, mas também garantir um ensino de maior qualidade, pois universalizar o acesso é apenas um lado da moeda, o outro é preparar melhor aqueles que, egressos das escolas e das universidades, vão entrar em um mercado de trabalho cada vez mais dinâmico e moderno.

Em qualquer país do mundo a transição demográfica só acontece uma vez e com ela, somente uma vez se pode utilizar o bônus demográfico. Mas, se não forem desenvolvidas ações para qualificação da população, a janela não contribuirá para solução dos problemas sociais do país (ALVES, 2008).

Ademais, o nível de informação em geral, o qual está relacionado com o nível educacional dos indivíduos, determina, de forma significativa, o acesso individual aos

recursos sociais e, portanto, aos cuidados com a saúde. O problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde, precisa ser confrontado através políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações relacionadas aos sistemas de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Afinal, o conceito de saúde não se limita à ausência de doença ou enfermidade, mas é entendido como um conjunto de elementos que proporcionam o bem estar físico, mental e social.

Segundo Elisa, conforme identificado durante sua entrevista, o país avançou na educação técnica e superior, mas, ao contrário, a entrevistada percebe o pouco investimento que tem sido feito na educação básica dos jovens que garantirão o suporte à população idosa do futuro.

Quem é que vai segurar a população idosa no futuro. É esse pessoal que está chegando agora [...] Então para eles, qual é o investimento estratégico, sem dúvida que é a educação. E aí é a creche, e a educação fundamental, que eu acho que é onde a gente andou menos. [...] Aí você entra com toda a defasagem nos outros níveis. [...] só que a base vem comprometida e na base a gente tem um, eu chamo de máquina de gerar desigualdade, porque o acesso à creche, todos os estudos também mostram que ele é muito importante, porque pega a criança numa idade onde ela tem um desenvolvimento mental e motor, que ela precisa desenvolver logo ali.

A geração que nasceu na primeira década deste século estará entrando no mercado de trabalho entre 2025 e 2030, anos limites do período de possível ocorrência do bônus demográfico no Brasil. Será a primeira geração a enfrentar a mudança demográfica e sobre ela recairá, nas décadas seguintes, a responsabilidade sobre a crescente a população idosa. Realizar ações que preparem esse contingente de pessoas de forma adequada é um desafio, e o tempo para responder a ele é relativamente curto (ALVES; VASCONCELOS; CARVALHO, 2010).

É preciso investir na atual geração de crianças, principalmente nas áreas de saúde e educação. Isso significa melhorar a qualidade de vida dessas gerações, e manter, de forma equilibrada, a vida de toda a sociedade, pois caberá às novas gerações, no médio prazo, a responsabilidade por um bom desempenho da economia, como também a garantia de uma vida digna às gerações de idosos (WONG; CARVALHO, 2006).

Como estabelecido na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em seu artigo 22, a educação básica tem como fins, assegurar ao jovem uma formação indispensável para o

exercício da cidadania e fornecer-lhe meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores (BRASIL, 1996). Logo, uma boa educação básica, desde os primeiros anos de vida, garante ao jovem capacidade para enfrentar os desafios futuros e para auxiliar no desenvolvimento do país.

Por isso, Elisa continua em seu discurso, citando o exemplo da Coreia do Sul, que ao investir na educação aproveitou a janela de oportunidade, destacando a importância do investimento na educação básica.

Alguns países fizeram isso, a Coreia do Sul fez isso, aproveitou a janela demográfica para apostar com força em educação e a gente está fazendo meia boca, não pode dizer que não está fazendo, porque está, mas num patamar muito aquém do que seria importante. [...] e depois você pega a educação básica, que é nosso lastro, quem tem uma educação básica boa, depois consegue avançar, quem não tem, para dar o salto seguinte, alguns conseguem, outros não conseguem. Porque o esforço adicional que você tem que fazer é muito grande. Então onde se avançou mais, foi onde se apostou nesse lastro, que são os anos iniciais da vida das pessoas. E aí, você ter uma educação de qualidade nessa fase faz a diferença.

A expansão do acesso ao ensino fundamental nos anos 1990, a redução da evasão escolar e o aumento da cobertura da rede de ensino no país tem possibilitado um aumento do fluxo entre os níveis fundamental e médio, o que também permitiu a expansão de demanda pelo ensino superior (CASTRO; CASTRO; LEITE, 2006). Essa expansão da cobertura, contudo, ainda não causou a universalização da conclusão da educação básica, e também não resultou em um acesso mais robusto ao ensino superior (NONATO et al., 2012).

Além disso, Mário revela haver ainda um déficit educacional no país que reforça a necessidade de investimento na qualificação da educação infantil, fundamental e do ensino médio, mesmo diante de um quadro de transição demográfica com redução da demanda.

[...] se você tem hoje uma menor taxa de natalidade, você vai sofrer uma menor pressão do ponto de vista da escolarização, da educação infantil, do ensino fundamental e do ensino médio, mas se você se submeter apenas a lei da inércia, você não vai mudar nada [...] Então, talvez o seu investimento não vá se dirigir para uma expansão de vagas na mesma velocidade que era necessária há 20 anos para educação infantil ou para o ensino fundamental [...] esse investimento é fundamental para que se produza a qualidade da educação, porque não adianta dizer que não tem que investir porque diminuiu a população, porque a população mesmo em menor grau de natalidade, ela vai continuar chegando a escola e que escola ela vai encontrar?



A redução da fecundidade levou a reduções na relação entre a população em idade escolar e aqueles em idade de trabalhar, o que poderia resultar em uma liberação de recursos financeiros a serem investidos na cobertura e da qualidade da educação (SAAD; MILLER; MARTÍNEZ, 2009).

O investimento é essencial. O desempenho do Brasil no Programa Internacional de Avaliação de Estudantes (PISA), organizada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), na avaliação do desempenho de adolescentes nas áreas de Leitura, Matemática e Ciências, foi inferior à maioria dos países mais desenvolvidos e mesmo de alguns vizinhos latino-americanos (RIGOTTI, 2012).

Assim, o desafio está não somente em garantir o acesso, mas também em oferecer aos jovens uma base educacional sólida e de qualidade. Segundo Brito (2007), com uma menor demanda, os investimentos podem ser melhor aproveitados, universalizando a cobertura e promovendo o aumento da qualidade do sistema de ensino.

Mário enfatiza, desta forma, durante a sua entrevista, a importância do financiamento da política educacional.

Quando nós definimos agora que temos que duplicar os investimentos em educação, já começam a vir aos poucos, vozes que consideram um investimento de 10% do PIB em educação uma burrice, que o problema não é financiamento, que o problema é gestão. Primeiro que aqueles que colocam gestão e financiamento como antítese, cometem um erro brutal, tem problema de gestão tem, mas você tem déficits brutais no financiamento da educação, de formação de professores, de manutenção de escolas, de compra e manutenção de insumos e equipamentos [...]

É preciso aumentar o investimento de capital humano por criança na fase atual da transição demográfica, possibilitando o suporte aos desafios impostos pelo envelhecimento populacional (RIGOTTI, 2012). Para que o país possa aproveitar o bônus demográfico é preciso que tenha capacidade de prevê-lo e, com isso, conduzir políticas que permitam o aproveitamento dessa oportunidade (ALVES; VASCONCELOS; CARVALHO, 2010).

Outro elemento importante destacado por David em seu discurso, é o desafio a ser enfrentado pela previdência social ao final do período do bônus demográfico. É essencial investir ainda durante o bônus, garantindo recursos financeiros que atendam às demandas geradas pelo aumento da população dependente.

Outra coisa importante é aproveitarmos essa condição para podermos enfrentar os problemas futuros, especialmente no que diz respeito à

previdência social. Então é estimular o máximo possível o surgimento de empregos formais com carteira assinada, o estímulo à formalização dos empreendimentos individuais, o fortalecimento do empreendedorismo.

Do ponto de vista do financiamento da previdência social o que importa é a população que está realmente participando no mercado formal de trabalho, que por sua vez, depende também da dinâmica do mercado de trabalho e da economia (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013).

Por outro lado, Sérgio acredita que o país deverá, no futuro, garantir uma previdência social básica universal, a ser associada a uma previdência complementar, paga pelo trabalhador.

[...] isso também aponta para um futuro, numa tendência do ponto de vista de previdência social de uma previdência cada vez mais universal, porém muito básica [...] incentivando a população a buscar satisfazer as suas expectativas de consumo futuras pós-aposentadoria ou numa maturidade, numa senectude mesmo, em diversas modalidades de previdência privada, essa é uma tendência mais ou menos universal e que deve se impor no Brasil.

As transformações demográficas ocorridas no Brasil e as que virão nos próximos anos representam um desafio para o sistema previdenciário (TAFNER; GIAMBIAGI, 2011). Costa et al. (2011) acreditam que a maior demanda por serviços de saúde pública e benefícios previdenciários gerada pelo envelhecimento, associado à desaceleração do crescimento econômico, provocará uma elevação progressiva do custo da saúde e da previdência como percentual do PIB. Dessa forma, para que se garanta a sustentabilidade da seguridade social é necessário a sua reforma, adaptando-a a nova realidade demográfica.

Segundo Saad, Miller e Martínez (2009), em muitos países da América Latina, a preocupação com a sustentabilidade orçamental a longo prazo da previdência social tem conduzido a sua reforma.

A entrevistada Luci aponta, na área da saúde, para o desafio do sistema se organizar para atender às necessidades geradas pela demanda futura.

A saúde tem clareza desse bônus demográfico, que a gente está vivendo. Então é o momento do sistema de saúde se estruturar para essa demanda crescente da população idosa, e aí é uma demanda altamente especializada [...] porque você passa a demandar, você passa a ter o crescimento de uma série de doenças degenerativas que exigem, não ações pontuais, mas ações coordenadas, em grande parte dos profissionais. Então a preparação do sistema de saúde como um todo para atender a esta demanda crescente, esse é um grande desafio.

Nesse contexto, Mário destaca em seu discurso a importância que deve ser dada aos determinantes sociais do processo saúde-doença, enfatizando a realização de ações de promoção e prevenção direcionadas à população.

[...] a saúde é uma política pública extremamente inteligente, o Sistema Único de Saúde é uma política pública extremamente construída, articulada e envolve todas as dimensões, todas as etapas, desde a infraestrutura social e sanitária, o trabalho, a renda, o lazer, envolve a educação para manutenção de padrões saudáveis de alimentação, de vida, de atividade física, a redução dos hábitos que são nefastos à saúde como o alcoolismo, o tabagismo [...] mas isso implica em você também ter política para essas dimensões [...]

As mudanças populacionais em curso exigem dos agentes públicos capacidade de previsão e reação às novas necessidades que a população deverá demandar. É preciso investir nas atuais gerações de crianças e jovens, particularmente nas áreas de saúde e educação. O desempenho da economia brasileira dependerá dessa intervenção. Não atuar considerando este panorama, será perder a janela de oportunidade (CARVALHO; WONG, 2010).

Na lógica da determinação social da saúde é preciso lutar pela responsabilidade estatal com os direitos sociais para promover o desenvolvimento social, tendo como base a coesão social e as políticas universais de proteção social (COSTA et al.; 2009).

Para que o país possa aproveitar essa inédita janela de oportunidade, percebeu-se que é preciso investir em políticas sociais que ofereçam à população condições para superar os desafios atuais e futuros, contribuindo para o desenvolvimento social e econômico do país.

Com base nos padrões etários de consumo e renda, Saad, Miller e Martínez (2009) examinaram o impacto das mudanças demográficas, em especial do bônus demográfico, sobre setores diretamente relacionados com o bem-estar da população e o desenvolvimento econômico regional, como a educação e a saúde.

As análises revelam que, na área da educação, está previsto um aumento dos recursos disponíveis para a próxima década, estimulando a ampliação da cobertura nos diferentes níveis educativos. No campo da saúde, enquanto em alguns países se prevê um aumento dos recursos disponíveis, nos países mais avançados na transição demográfica, projeta-se uma desvantagem demográfica para o próximo decênio. Os efeitos do envelhecimento da população nestes sistemas estão patentes em quase todos os países da América Latina (SAAD; MILLER; MARTÍNEZ, 2009).

Isso significa que este é o momento para se investir no sistema de saúde, compreendendo na lógica da determinação social, o seu papel enquanto indutor do

desenvolvimento econômico e, principalmente, enquanto resposta às novas necessidades criadas pelas transformações demográficas.

Afinal, segundo Brito (2008), a transição demográfica é influenciada pelas profundas mudanças sociais e econômicas pelas quais tem passado o Brasil. E assim está longe de ser neutra: pode, por um lado, criar possibilidades demográficas que potencializem o crescimento da economia, aumentando o bem-estar social, ou por outro lado, podem fortalecer as adversidades econômicas e sociais, ampliando as graves desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira.

Para aproveitar a janela de oportunidades e preparar a sociedade para os desafios consequentes, é extremamente importante que a sociedade se conscientize do pouco tempo disponível para se definir e implementar os planos e políticas adequados (WONG: CARVALHO, 2006).

### 5.2.3 A superação das desigualdades sociais nas próximas décadas

As desigualdades sociais são tão antigas e persistentes que nos remetem ao *Discurso sobre a Origem e os Fundamentos da Desigualdade entre os Homens*, publicado por Rousseau em 1753. Um dos princípios desenvolvidos na obra indica que as desigualdades tendem a se acumular (BANDEIRA, 2011).

Rousseau (MORES, 2001) concluiu seu discurso afirmando que é contra a lei da natureza que uma criança mande num velho, que um imbecil conduza um homem sábio, ou que um punhado de pessoas nade no supérfluo, enquanto à multidão esfomeada falta o necessário.

No Brasil, a ênfase dada, no século passado, ao crescimento econômico como o maior objetivo do desenvolvimento, teve como resultado uma sociedade profundamente desigual, com uma grande distância entre os que possuem e os despossuídos, uma profunda desigualdade no desenvolvimento regional e na distribuição da renda e riqueza resultante deste crescimento (PRATA, 1994).

De acordo com Barros, Henriques e Mendonça (2000), a desigualdade que existe no país expõe o desafio de enfrentar disparidades que são herança de injustiça social e que excluem parte significativa da população.

Nos últimos anos, o país vem passando por grandes transformações econômicas, sociais e demográficas, com significativas repercussões nas condições de vida da população, entretanto, ainda persistem desigualdades importantes.

Para os entrevistados, a desigualdade social tem reduzido no país, no entanto, observou-se uma discordância quanto ao tempo para superação das iniquidades que ainda atingem a sociedade brasileira.

Segundo Gilson e David, em suas entrevistas, o país, em um futuro breve, terá superado a desigualdade, alcançando níveis aceitáveis de diferenças sociais.

[...] eu creio que pelo grau de desenvolvimento [...], nós já estamos às vésperas de eliminar de forma definitiva a miséria, a extrema pobreza no nosso país. Eu creio que em 2040 deveremos ter um padrão de diferenças sociais perfeitamente aceitáveis [...] (Entrevistado David)

[...] então acho que onde a gente vai chegar em 30 anos, se a gente mantém essas políticas, provavelmente a pobreza extrema vai estar erradicada. Praticamente em breve, muito em breve. (Entrevistado Gilson)

Gilson acredita, inclusive, que essas transformações estão associadas não somente à manutenção das políticas de Estado para redução das desigualdades, mas também ao empenho da sociedade, que cada vez mais, luta por seus direitos.

[...] além de a gente ter uma política de governo, vamos dizer assim, voltada para redução dessas desigualdades, eu acho que cresce, não só no Brasil, mas em países da América Latina também, [...] um anseio muito grande da sociedade de ter mais acesso à educação, à saúde, a uma condição melhor de vida, à moradia.

O controle social representa o controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, principalmente no campo das políticas públicas sociais, implantado desde o período da redemocratização dos anos de 1980 (BRAVO; CORREIA, 2012).

De acordo com Corbari (2004) a construção da cidadania requer, do lado da sociedade, a existência de cidadãos conscientes e organizados em torno de reivindicações, cuja realização pelo poder público significará a melhoria das condições da coletividade. Afinal, segundo Misoczky (2003) a participação social apresenta-se como estratégia da sociedade para alterar as relações de poder e assim alcançar uma maior equidade e justiça social.

Opinião diferente foi apresentada por quatro entrevistados que acreditam que, em virtude de sua história e característica, a desigualdade não será revertida em um curto espaço de tempo no país.

A desigualdade social no Brasil ela tem uma origem histórica. Uma origem que vem da colonização do Brasil. Então é algo que não se reverte a curto prazo. (Entrevistado Sérgio)

Eu acho que a desigualdade no Brasil é tão profunda que a superação dela só teria dois caminhos, ou um processo lento ou uma ruptura radical. Não é? Quase revolucionária. Então como não é isso que se avizinha, a gente vai levar ainda muito tempo para poder ter um quadro maior de superação das desigualdades profundas. (Entrevistada Luci)

Apesar das mudanças sociais ocorridas na primeira década desse século, ainda se observam no país importantes desigualdades, consequências de uma dívida social, e que exigem o forte investimento do Estado para que sejam superadas.

Segundo Barros et al. (2010), mesmo após o acentuado declínio no grau de desigualdade assistido no país, no cenário internacional, o Brasil ainda continua ocupando uma posição negativa, detendo um dos mais elevados graus de concentração de renda.

É uma desigualdade fruto de séculos de exploração e opressão, segundo Siqueira-Batista e Schramm (2005). Para os autores para que se alcance uma sociedade mais justa é preciso tratar diferente os distintos grupos e pessoas.

Além disso, os entrevistados Luci e Fábio acreditam que a continuidade das transformações no padrão social do país dependerá da manutenção das ações que vem sendo realizadas nos últimos anos e que promoveram mudanças importantes no cenário das desigualdades.

O que gente verificou nos últimos anos é que houve uma diminuição dessa desigualdade. Não deixamos de ser desiguais, mas nós somos menos desiguais do que antes. O quê que pode acontecer? Eu acho que sempre tem mais de um cenário. Se forem mantidas as ações e os programas que foram desenvolvidos nos últimos dez anos, eu acredito que a tendência é a diminuição da desigualdade. [...] Se não forem mantidas [...] você vai ter o outro lado acontecendo, o aumento das desigualdades. Vai depender muito do tipo de defesa de economia e de desenvolvimento da sociedade dos grupos que ocuparem o governo federal. (Entrevistado Fábio)

Ruy reforça em sua entrevista que a continuação dessas mudanças estará associada à capacidade futura de defesa de um projeto social, direcionado à redução das desigualdades.

A gente vem melhorando, houve uma piora dos dados em relação à violência, causas externas, diabetes, mas enfim, em geral, a tendência histórica, se continuar como nos últimos 15 anos, mas isso depende de quê? Depende por exemplo da capacidade de defesa dos direitos sociais, humanos da sociedade. Será que os movimentos sociais, os partidos políticos, a

opinião pública, os formadores de opinião, vão defender modelos econômicos sociais, vão defender estilos de governo que continuem distribuindo renda?

Em seu artigo “Participação e planejamento: arranjo preliminar”, Pedro Demo (1991) reflete que do ponto de vista da desigualdade social, toda política social, para ser social, necessita atingir a condição concreta de redução da desigualdade. Nesse sentido, precisa favorecer a emancipação e ser fundada na cidadania organizada dos seus interessados.

Para que a sociedade seja mais justa, é preciso desenvolver mecanismos compensatórios capazes de se contrapor à iniquidade, miséria e exclusão que marcaram a sociedade brasileira (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Segundo Amartya Sen (2011) a promoção da equidade na justiça é o caminho político a ser seguido para a que se possa reduzir as brutais desigualdades sociais e econômicas do mundo contemporâneo.

A redução da desigualdade a níveis aceitáveis é realmente um desafio. Segundo Elisa, os avanços observados no país estiveram relacionados, sobretudo à redistribuição da renda, apenas um dos componentes da desigualdade social.

Eu acho difícil. Eu acho assim, que a gente conseguiu pelo mais fácil. É fácil mexer com a renda, é relativamente fácil, não vou dizer que é fácil porque por exemplo, aumentar o salário mínimo era um tabu no Brasil, e a gente conseguiu aumentar e mostrar que o salário mínimo mais alto era melhor para o país, do que um salário mínimo mais baixo. [...] é difícil politicamente, você conseguiu fazer e teve efeitos muito positivos na redução da desigualdade de renda, que é uma das desigualdades, não é?

De acordo com Sen (2012), um problema importante e frequentemente encontrado surge da concentração da discussão na desigualdade de rendas como o foco primário da análise da desigualdade. A extensão da desigualdade real de oportunidades com que as pessoas se defrontam não pode ser deduzida da desigualdade de rendas, pois o que o que pode ser feito depende também da variedade de características físicas e sociais que afetam nossas vidas e fazem de nós o que somos.

Elisa continua seu argumento refletindo que há outros elementos importantes, geradores de iniquidades, e que se configuram como importantes desafios a serem enfrentados no país.

Agora tem outras estruturas no Brasil que a gente não consegue mexer, por exemplo a estrutura tributária, é um mecanismo no Brasil de concentrar

renda [...] E você não consegue mudar isso [...] Então o Brasil tem estruturas como a precariedade da educação, também, são estruturas muito sólidas que resistem à mudança, entendeu? Para quebrar isso, não é uma coisa fácil.

Em seu trabalho, Soares e Costa (2011) demonstraram que a desigualdade de renda do país só passou a reduzir a partir de 2004, quando foram associadas às políticas sociais (focais e universais), políticas macroeconômicas de crescimento econômico.

Além disso, conforme Barros, Franco e Mendonça (2007) a expansão educacional contribui para a queda na desigualdade. Segundo Marinho, Linhares e Campelo (2011) o acesso à educação de boa qualidade contribui para romper o círculo da pobreza. Já dizia Paulo Freire (2013) graças ao seu poder de transformação, a educação é indispensável para a ação política.

Em relação ao sistema tributário do país, Zauli (2005) considera, também, que a redução da pobreza e da desigualdade social no Brasil exige uma combinação de políticas voltadas, inclusive, para um maior avanço dos gastos públicos e da arrecadação de recursos.

Outro aspecto importante percebido nas entrevistas esteve relacionado à importância de consolidar as ações realizadas nos últimos anos e a sua associação a políticas sociais amplas e permanentes, enfrentando as deficiências que insistem em tornar o país ainda um dos mais desiguais do mundo.

[...] Então eu acredito que essa combinação que foi muito vitoriosa nesses anos, ela de maneira criativa, sendo fortalecidas novas políticas, novas ações [...] não só do ponto de vista econômico saindo da linha da pobreza, mas também garantindo um acesso com mais qualidade nesse conjunto de educação, saúde, esgoto, moradia, água tratada. (Entrevistado Gilson)

Tem que ter uma política permanente [...] um plano nacional de desenvolvimento urbano [...] Você tem que ter uma política de infraestrutura social sanitária avançada [...], políticas urbanas que possam fazer com que as cidades possam se prevenir das catástrofes, dos desastres naturais, por exemplo. (Entrevistado Mário)

Além disso, percebeu-se que um dos maiores desafios reside na realização de ações que acelerem as conquistas alcançadas nos últimos anos no país.

[...] o desafio qual é agora? É aumentar a velocidade da redução. Vários desses indicadores nossos, a redução da pobreza tem reduzido, então é não se contentar com a redução que a gente tem tido. Mas é, que políticas a gente pode colocar para acelerar essa redução? Então eu acho que esse é o grande desafio para que a gente consiga acelerar esse movimento que já nitidamente existe no Brasil. (Entrevistado Gilson)



Também se identificou a importância do apoio do governo federal para que Estados e Municípios superem as iniquidades sociais, principalmente considerando o padrão de desigualdade existente entre as regiões do país, característica que exige a realização de ações específicas e prioritárias.

[...] para qualquer indicador social que a gente coloca no mapa do Brasil existem pelo menos dois grandes padrões, o padrão Norte-Nordeste e o padrão Sul-Sudeste-Centro-Oeste. Então, qualquer discussão dessa no Brasil, também teria que passar pela clivagem das regiões [...]. E portanto, o esforço para mudar é muito mais forte. Por isso que precisa da União, porque estado e município não dá conta, porque também são mais frágeis, então, se não tiver o reforço das políticas federais nessas duas regiões, não vai. (Entrevistado Elisa)

Apesar das limitações identificadas, o estudo realizado por Duarte et al. (2002) identificou no país um padrão de desigualdade marcadamente assimétrico, apresentando diferenciais de saúde nos níveis nacional e intra-regional, evidenciando a dualidade de um Brasil que conta tanto com indicadores próximos aos dos países desenvolvidos, quanto com indicadores de países pouco desenvolvidos.

E como possível explicação os autores apontam três macrodeterminantes: a urbanização, a pobreza e aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde.

De acordo com Victora et al. (2011) países de grande extensão tendem a ser complexos e difíceis de administrar. Com quase 200 milhões de habitantes, há diferenças regionais marcantes no Brasil. Regiões mais ricas, como o Sul e o Sudeste convivem com as mais pobres, como o Norte, o Nordeste e a fronteira do Centro-Oeste, que se expande com rapidez.

Para Sen (2011) o que nos move, com muita sensatez, não é a compreensão de que o mundo é privado de uma justiça completa, mas a de que a nossa volta existem injustiças claramente remediáveis que queremos eliminar.

A desigualdade demonstra as principais diferenças evitáveis entre os membros de uma população (WHITEHEAD, 1992), quando desnecessárias, injustas, configuram-se como inequidades. Quando relacionada à saúde, a dimensão da desigualdade constitui uma questão bioética fundamental (ALMEIDA FILHO, 2009).

Isso porque, na ótica da determinação social, as diferenças no estado de saúde de grupos são resultantes de processos biológicos e sociais. A sua superação requer a formulação de políticas públicas equânimes, que reconheçam a saúde como direito e priorizem as

necessidades como categoria essencial para justiça (VIEIRA DA SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Segundo Paim (2013), em entrevista sobre os 20 anos do SUS, o sistema é apenas a dimensão institucional e setorial da Reforma Sanitária Brasileira, que ainda não esgotou a sua agenda. Mesmo que o Sistema possa absorver certos problemas vinculados ao modo de vida da população, a partir de propostas alternativas de modelos de atenção ou novos modos tecnológicos de intervenção, para o autor, parece impossível que seja eficiente e efetivo numa sociedade com níveis de desigualdade, pobreza e violência como a do Brasil. Por isso defende a necessidade de revisitar a Reforma Sanitária Brasileira e de ampliar suas bases a fim de radicalizar a democracia e lutar pelas mudanças prometidas por seu projeto.

Reconhecer as necessidades de saúde dos grupos sociais mediante políticas universais e redistributivas é assumir, portanto, a noção de equidade defendida pela reforma sanitária brasileira (ALBUQUERQUE et al., 2011) e essa perspectiva implica tratar as iniquidades como reflexo da injustiça, como defendido por Whitehead (1992).

#### *5.2.4 A organização do sistema de saúde frente ao complexo perfil epidemiológico brasileiro*

Segundo Araújo (2012) a análise sobre o comportamento dos indicadores de saúde nas diferentes regiões do país demonstra uma polarização epidemiológica com a coexistência de elevadas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônicas e de presença de doenças infecciosas e parasitárias, cuja mortalidade ainda é elevada em comparação com as taxas de países desenvolvidos e de outros países da América Latina.

O país ainda vive um momento de transição, caracterizado pela convivência das doenças transmissíveis e doenças crônicas, além da associação das causas externas, como identificado na entrevista de Fábio.

[...] caíram as doenças infecto-parasitárias e subiram as [doenças] crônico-degenerativas, não é verdade? Então a gente teve essa mudança. Depois a gente saiu das doenças crônico-degenerativas e agregou as causas externas, então a gente ficou com o perfil das doenças crônicas não transmissíveis sendo prioritárias, mas não acabamos com as transmissíveis.

Segundo o entrevistado David, o sistema de saúde tem se adaptado às importantes mudanças ocorridas no perfil sanitário do país, caracterizado atualmente como um quadro característico de sociedades em desenvolvimento.

[...] eu entendo que nós temos melhorado significativamente os nossos indicadores de saúde e temos progressivamente transformado o nosso quadro sanitário, que já foi até não muito tempo atrás um quadro bem típico de países subdesenvolvidos, para um desenho de uma sociedade onde nós temos em grande parte um quadro mais adaptado às sociedades industriais as sociedades em desenvolvimento e o sistema de saúde eu creio que vem se adaptando de modo gradual e permanente a essas necessidades.

Ruy considera, conforme identificado em sua entrevista, que o modelo de atenção está organizado para atender à complexidade do perfil sanitário, mas utilizando a metáfora do copo, reconhece as dificuldades do SUS no enfrentamento das necessidades geradas pelo quadro de saúde da população brasileira.

[...] eu acho que a nossa política e o nosso modelo está voltado para essa complexidade das nossas necessidades, mas como o SUS é uma reforma incompleta, a metáfora da Radis, que é um copo com água pela metade, você pode dizer que está meio cheio ou meio vazio, não é? [...] Enfim, então, eu acho que falta a gente conseguir completar a construção do SUS.

Os entrevistados Sérgio e Luci, no entanto, não acreditam que o sistema de saúde do país esteja conseguindo se organizar para responder ao complexo perfil epidemiológico da sua população.

A gente não pode dizer que a saúde está conseguindo dar resposta plena a essa questão. (Entrevistada Luci)

Não, acho que o sistema de saúde ele está confuso no momento, você vê que o grau de planejamento não obedece muito à demanda, à necessidade da população [...] (Entrevistado Sérgio)

Os entrevistados preocuparam-se em analisar a organização do sistema de saúde a partir de cada grupo de doenças e agravos que acomete a sociedade brasileira. Alguns deles (Luci, Fábio e David) destacaram os avanços obtidos no enfrentamento das doenças transmissíveis, sendo, por exemplo, identificado o papel do Programa Nacional de Imunização na redução das doenças.

Com as doenças transmissíveis, o Brasil teve algumas conquistas importantes. A gente tem um Programa Nacional de Imunização, que é exemplar. [...] Qualquer pessoa terá acesso ao cartão do Programa Nacional de Imunização, que dá conta de uma série de doenças transmissíveis, então para essas doenças o Brasil conseguiu um impacto significativo. [...] (Entrevistada Luci)

Apesar dos avanços sociais e sanitários observados anteriormente, ainda persistem algumas doenças transmissíveis no perfil epidemiológico do país e que, segundo Luci, configuram-se como grandes desafios a serem enfrentados pelo Estado.

Por outro lado existem algumas doenças transmissíveis que a gente ainda tem uma dívida grande como é o caso da tuberculose, da hanseníase, que são doenças para quais existe um tratamento, mas há toda uma dificuldade e está relacionada a problemas da própria atenção básica [...]

A Organização Mundial de Saúde (2013) reconhece uma lista de 17 doenças tropicais que afetam ainda milhões de pessoas no mundo, normalmente acometendo as comunidades mais pobres, causando dor, incapacidade permanente e mortes.

No Brasil, por meio de dados epidemiológicos, demográficos e o impacto da doença, foram definidas, sete prioridades relacionadas às doenças negligenciadas. “Doenças negligenciadas não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países” (BRASIL, 2010).

Segundo Barreto et al. (2011), o Brasil se destaca no controle de doenças preveníveis por imunização e do HIV/AIDS, mas outras enfermidades, como a dengue, tem sido pouco afetadas pelos esforços de controle.

Para os autores as doenças infecciosas ainda são um problema de saúde pública no Brasil, sendo preciso investir em novos tratamentos e vacinas. Além disso, o apoio dos governos federal e estaduais aos municípios é fundamental para o efetivo controle das doenças, assim como, é essencial harmonizar as políticas sociais e econômicas mais amplas e as demandas e necessidades específicas para o seu controle (BARRETO et al., 2011).

As recentes ações realizadas pelo Estado, relacionadas à melhoria da infraestrutura urbana, foram apontadas como fundamentais para gerar impactos positivos no perfil de doenças transmissíveis do país.

[...] nesse ano nós estamos dando enorme salto, especialmente para o enfrentamento de problemas como as doenças transmissíveis. De um lado nós melhoramos a qualidade de moradia de boa parte da população, melhorando a infraestrutura urbana, com abastecimento de água, com esgotamento sanitário, com novas habitações especialmente pelo Programa Minha Casa Minha Vida, pela urbanização de assentamentos precários e isso tudo tem uma importante incidência para mudar os indicadores dessas doenças transmissíveis. (Entrevistado Mário)

Mário destacou ainda, ações realizadas recentemente pelo sistema de saúde, enfatizando o papel da universalização da atenção básica no enfrentamento das doenças transmissíveis.

Além do próprio sistema de saúde que ampliou fortemente a atenção básica, agora bastante reforçada e consolidada pela presença do Programa Mais Médicos e o desenvolvimento de atividades de prevenção, de promoção da saúde em áreas que até recentemente sequer tinha profissionais de saúde. Então eu creio que a política de universalização, de aumento da resolutividade das ações da atenção básica, vai cuidar desse quadro que ainda persiste de doenças transmissíveis.

Programa polêmico instituído pelo governo federal em 2013, segundo Campos (2013), a iniciativa levantou temas que merecem apoio, mas, ao mesmo tempo, trouxe aspectos que não deverão, para o autor, ser apoiados por aqueles interessados no bem-estar dos brasileiros.

Entre os aspectos positivos, o autor destacou a expansão da atenção básica, particularmente, em postos localizados em regiões de grande vulnerabilidade social e sanitária; a ampliação das vagas para graduação médica; a preocupação com a formação dos profissionais. Dentre as questões negativas, apontou a forma de contratação dos profissionais, a extensão da graduação em medicina e o número de vagas a serem ampliadas para graduação (CAMPOS, 2013).

Ademais às críticas, desde a sua implantação, em dezembro de 2014, 14.462 médicos integravam o programa, distribuídos em 3.785 cidades e 32 distritos indígenas, atingindo quase 50 milhões de brasileiros e contemplando 68,0% dos municípios do país (BRASIL, 2014b).

Qualquer que seja a intervenção realizada pelo Estado, o fundamental é a realização de políticas permanentes, que garantam a universalização da atenção à saúde no país, direito garantido pela Constituição Federal de 1988.

Outro aspecto citado pelos entrevistados diz respeito ao enfrentamento da violência, desafio que ultrapassa o campo da saúde pública, destacando-se a necessidade de atuação do Estado, realizando ações intersetoriais.

A temática da violência precisa ser enfrentada pelo Estado como um todo e aí vão desde ações do ponto de vista de mudança da cultura da população, passando por mudanças nas leis que combatam a impunidade, melhorem a condição da violência, por regras cada vez mais rígidas em relação ao trânsito, por um atendimento especial aos nossos jovens que são as principais vítimas da violência. (Entrevistado Mário)

Foi evidenciada ainda, a relação entre a violência e as condições sociais da população, consequência de um modelo político, social e desigual.

Mas este problema da violência, por exemplo, ele está além do que eu coloquei, ele está ligado às conquistas sociais. Então na hora em que conseguir reduzir a desigualdade, que a gente conseguir mais acesso da população, eu não tenho dúvida de que essa violência vai cair também. (Entrevistada Luci)

Luci apontou em sua conversa, os avanços obtidos pelo sistema de saúde no enfrentamento da violência, sobretudo na redução da mortalidade das vítimas, foco de atuação do sistema.

[...] a violência é um problema de grande complexidade. [...] o que a saúde enfrenta é o produto final, digamos assim, da violência, é aquele paciente que foi vítima de um tiro, de uma facada, de uma queda acidental, de um atropelamento, de uma agressão interpessoal de outra ordem, então eu acho que nesse sentido a saúde também conseguiu avanços. Por exemplo, na hora em que a gente encontra um SAMU [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência], teve um impacto importante da mortalidade por causas violentas, porque o atendimento pré-hospitalar estava sendo feito imediatamente. [...]

Percebeu-se a necessidade de se organizar a rede especializada e de alta complexidade para atender às demandas geradas pelas vítimas da violência.

[...] não cabe só à saúde, isoladamente, buscar intervenções, embora tenha ações específicas estruturantes, por exemplo a rede de atendimento, a alta complexidade cirúrgica, traumática, as UTI's, a reabilitação, a fisioterapia das pessoas lesadas, não é? [...] (Entrevistada Luci)

Reichenheim et al. (2011) identificaram que apesar de se observar a redução das taxas de homicídios e mortes por acidentes de trânsito no país, muito ainda deve ser feito para controlar essas duas epidemias. São importantes problemas de saúde pública que levam a enormes custos individuais e coletivos. Homens jovens, negros e pobres são as principais vítimas e os principais agressores na comunidade, ao passo que mulheres e crianças negras desfavorecidas são as principais vítimas da violência doméstica.

Segundo Minayo (2007) a violência e os acidentes, ao lado de enfermidades crônicas e degenerativas, formam, na atualidade, um novo perfil de problemas de saúde do Brasil e do mundo. Nesse novo perfil, ressalta-se o peso dos comportamentos, hábitos de vida, condições

sociais e ambientais e outros aspectos que exigem novas abordagens com as quais o sistema de saúde geralmente não está acostumado.

Ficou evidente entre os entrevistados que o enfrentamento das doenças crônicas é um grande desafio a ser assumido pelo Estado, sendo fundamental que o país invista mais nas ações de maior complexidade para responder às necessidades geradas pelas doenças não transmissíveis.

[...] creio que também temos melhorado significativamente as condições do Brasil para enfrentar as doenças crônicas, especialmente no que diz respeito, a atividade de maior complexidade. O que precisamos resolver nesse momento de forma mais rápida e de forma que alivie o sistema de saúde nos seus gargalos é exatamente a área da média complexidade, do atendimento de urgência, do atendimento especializado. (Entrevistado David)

Projeções para o ano de 2020 estimam que as doenças crônicas serão mantidas como as principais causas de mortalidade e incapacidade, sendo que a maior parte do incremento ocorrerá nos países em desenvolvimento (LOPEZ; MURRAY, 1996).

Mundialmente, a carga de doença relacionada aos agravos não transmissíveis tem se elevado rapidamente e sua prevenção tem sido o maior desafio para a saúde pública. A predominância das doenças crônicas e suas complicações resultam em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento dos gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o seu tratamento. Estes aspectos ocasionam importantes desafios e a necessidade de uma agenda para as políticas de saúde que possam dar conta das várias transições em curso (SCHRAMM et al., 2004).

Alguns entrevistados reconhecem os avanços obtidos na redução da mortalidade precoce causada por algumas doenças crônicas, mas destacam a necessidade de consolidação da rede de cuidados a esse grupo de doenças.

[...] as doenças crônicas a gente vem tendo uma redução perto de 1,8% da mortalidade precoce. Mortalidade [de pessoas com] menos de 65 anos por doenças crônicas no Brasil [...] mas quando a gente olha a tendência global, a redução das mortes por doenças isquêmicas do coração é muito maior do que doença cérebro vascular, porque doença isquêmica do coração a gente já conseguiu, vamos dizer assim, integrar os vários pontos de contatos das pessoas no sistema de saúde, cuidados capazes de fazer a pessoa sobreviver [...] (Entrevistado Gilson)

Do ponto de vista das doenças crônico-degenerativas eu também acho que a gente teve conquistas importantes [...] Então, se a gente for ver, as doenças coronarianas ainda respondem pela principal causa de morte, mas a gente tem conseguido algumas conquistas de redução da mortalidade, por

exemplo, de infarto agudo do miocárdio. Porque tem se capilarizado mais a distribuição dessa rede [...] (Entrevistada Luci)

Apesar disso, Fábio considera que o país não está se preparando para enfrentar as necessidades geradas pelas doenças crônicas e que as ações realizadas tem sido implantadas tardiamente.

O que eu acho que a gente não está se preparando suficiente é para aquilo que a gente já sabe, que são as doenças crônicas não transmissíveis. Porque elas não vão sair nem tão cedo do nosso cenário. [...] Não vai deixar de ter a mortalidade pela crônica não transmissível, mas vai deslocar a faixa etária do óbito e isso significa anos de vida ganhos pela população, eu acho que isso é importante. Só que, o que está em curso, poderia ser mais acelerado e melhor se a gente tivesse se preparado um pouco mais antes, por exemplo, toda discussão do [Programa] Mais Médicos hoje, toda discussão do apoio ao envelhecimento, toda discussão do [Programa] Viver Sem Limites, são discussões que são de dez anos, ou cinco anos, oito anos para cá, quando elas tinham que ser mais atrás [...]

Segundo Schimdt et al. (2011), atualmente as doenças crônicas não transmissíveis são principal prioridade na área da saúde no Brasil. O país tem realizado importantes políticas de prevenção, mas em virtude do comportamento e da história da maioria dos fatores de risco, persiste um enorme desafio para realização de ações e políticas adicionais e oportunas.

Para os autores existem dois grandes desafios: a eliminação das longas listas de espera para assistência ambulatorial especializada, serviços de diagnóstico e cirurgias; e a transferência do tratamento da maioria das complicações de condições crônicas das emergências hospitalares para tratamento ambulatorial (SCHIMDT et al., 2011).

Omram (2005) identificou a ocorrência de três estágios na transição epidemiológica. No terceiro estágio, as principais causas de morte são as doenças crônicas não transmissíveis, tais como as doenças cardíacas, cerebrovasculares e neoplasias que tendem a matar em idades próximas do que se acreditava ser o fim do limite biológico da vida.

Nesse contexto, os entrevistados Luci e Ruy destacam o desafio que o sistema de saúde terá para se organizar a fim de garantir a atenção necessária e oportuna às pessoas com neoplasias.

[...] a neoplasia que desponta cada vez mais, por exemplo, é um grande nó. Porque com o processo de envelhecimento provavelmente a gente vai ter um crescimento também das neoplasias. (Entrevistada Luci)



[...] a gente tem uma capacidade de tratamento de câncer, e o Brasil está chegando tarde. O SUS, nós temos já em investigação, a nossa sobrevida, por exemplo, de câncer de mama, um estudo que fizeram agora na Inglaterra, de dez países que tem sistemas nacionais públicos, o Brasil e Argélia são os piores. A gente tem uma sobrevida para o câncer de mama de mais de 5 anos de 90% na Inglaterra, em Portugal, na Espanha; no Brasil com média entre 48% e 50%, em algumas regiões nós temos 60%. (Entrevistado Ruy)

Segundo Lima-Costa, Loyola Filho e Matos (2007), apesar das tendências em relação ao comportamento das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e de seus fatores de risco, é possível que as neoplasias assumam cada vez mais importância, em termos de carga de doença, nas faixas etárias mais avançadas.

As dificuldades no cuidado oportuno aos pacientes é um grande desafio. As taxas de sobrevivência para pacientes com neoplasia de mama, de próstata e de pulmão em duas cidades brasileiras foram inferiores aquelas de países de alta renda, o que sugere dificuldades ou desigualdades de acesso a procedimentos diagnósticos e tratamento no Brasil (REICHENHEIM et al., 2011; REICHENHEIM; PATRICIO; MORAES, 2008). Acesso que precisa ser oportuno, contribuindo para garantia do sucesso terapêutico e a consequente redução da mortalidade.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2014) as neoplasias continuarão aumentando nos países em desenvolvimento e crescerão ainda mais em países desenvolvidos se não houver o forte investimento nas ações preventivas. A prevenção e o seu controle precisam adquirir o mesmo foco e a mesma atenção que é dada à área de serviços assistenciais, pois o crescente aumento do número de casos novos fará com que não haja recursos suficientes para atender às necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. As consequências serão mortes prematuras e desnecessárias.

Percebeu-se que é fundamental fortalecer o sistema de saúde, para que as ações e serviços de saúde possam responder ao complexo perfil de saúde da população brasileira. E nesse contexto é fundamental consolidar e expandir a atenção básica para fortalecer as ações de enfrentamento das necessidades geradas pelo quadro epidemiológico.

A atenção primária, a atenção básica no começo era muito saúde materno-infantil [...] Hoje, seguramente a gente tem que ter uma atenção primária capaz de resolver diabetes, hipertensão, diagnóstico precoce de câncer, quer dizer, prestar um conjunto de cuidados integrados, com outros pontos da rede assistencial capazes de resolver esse problema. [...] Então eu acho que também esse é um desafio cada vez maior, ou seja, como qualificar bem a atenção primária que [...] deve ser uma espécie de organizadora de toda a rede, exceto quem entra pela porta da urgência e da emergência. Mas o

acesso prioritário deveria ser pela atenção primária e essa atenção primária ela cada vez mais vai ter que ter capacidade de dar, de prestar um cuidado qualificado para esses quadros que tem uma tendência de crescimento [...] (Entrevistado Gilson)

A ampliação e consolidação da atenção básica, consolidada pela Estratégia de Saúde da Família, enquanto principal porta de entrada do sistema de saúde, podem ajudar a vencer esse desafio, desde que também se fortaleça os demais níveis de atenção, numa rede de saúde solidária e resolutiva.

Foi ainda identificada a necessidade de realização de iniciativas inovadoras para enfrentar o novo perfil das doenças crônicas e do envelhecimento populacional, observados anteriormente. Ações específicas que contribuirão para atenção às novas demandas geradas pelo perfil epidemiológico da sociedade brasileira.

[...] algumas dessas mudanças feitas nos últimos anos, na última década elas precisam ser nitidamente aceleradas [...]. Internação domiciliar, que é algo ainda incipiente. Seguramente com aumento da expectativa de vida [...], você vai ter cada vez mais que ter alternativas de cuidados que não sejam o cuidado tradicional no hospital [...] a formação de cuidadores, que é algo que já começa em alguns municípios que tem experiências interessantes de formar cuidadores comunitários, digamos assim, não só porque está envelhecendo a população idosa, mas também pela sobrevivência de situações que antes as pessoas não sobreviviam. [...] Então isso precisa logicamente ter um rebatimento dentro do sistema de saúde e que essas iniciativas que estão iniciando, elas tem que ser muito aceleradas nos próximos anos. (Entrevistado Gilson)

Ruy reforçou, na sua entrevista, a necessidade de consolidação do Sistema Único de Saúde, destacando o desafio da gestão de pessoas.

Enfim, então, eu acho que falta a gente conseguir completar a construção do SUS. Expandir a cobertura de atenção de média e alta complexidade, de atenção básica, qualificar a vigilância em saúde, a promoção à saúde, ter mais recursos financeiros e resolver o grande problema que a gente tem no SUS que é a política de pessoal.

Carvalho, Santos e Campos (2013) reconhecem que os problemas relacionados à força de trabalho da saúde persistem desde a década de 1970, principalmente aqueles relacionados aos desequilíbrios na distribuição geográfica dos profissionais; a centralidade no profissional médico e no desenvolvimento limitado das outras categorias profissionais; e a tendência à formação médica especializada, hospitalocêntrica e desvinculada das necessidades do sistema de saúde.

Além disso, Luci e David destacaram a importância do financiamento do sistema de saúde, para que o sistema tenha condições para atender às necessidades que se configuram no perfil de necessidades da população.

E para que possamos fazer isso, sem dúvida, nós precisamos melhorar o financiamento. Acho que esse é o principal ponto, tivemos pequenos incrementos agora, recentemente, mas precisamos o mais rapidamente possível debater o incremento desse recurso, seja direcionando recurso do orçamento, seja direcionando recursos de novas riquezas, como o pré-sal, ou seja mesmo, e é o que eu acho mais plausível, que é o de instituir novas fontes para o financiamento da área da saúde. (Entrevistado David)

Segundo Mendes (2013) os dados sobre o subfinanciamento do SUS não têm sensibilizado os atores políticos da necessidade urgente de promoção de um aumento do financiamento que permita tornar realidade o princípio da cobertura universal em saúde.

De acordo com Victora et al. (2011), desde a sua criação, o SUS tem contado com orçamentos inferiores ao que seria necessário, apesar de recomendações específicas sobre seu financiamento terem sido incorporadas à Constituição de 1988. O desafio é, em última análise, político e requer o engajamento ativo e contínuo da sociedade, na perspectiva de assegurar o direito à saúde para toda a população brasileira.

Além disso, conforme Carmo, Barreto e Silva Junior (2003) a falta de solução para alguns problemas estruturais e básicos, a manutenção de condições e modo de vida inadequados, a insuficiência nos mecanismos que regulam os danos ao meio ambiente, contribuem para superposição dos riscos aos quais está exposta a população. A superposição de problemas de saúde implica a manutenção de uma carga de magnitude semelhante, de morbidade e mortalidade na população, ao longo dos anos. A redução dessa carga, dentro dos limites biológicos estabelecidos, representa um desafio para a definição de políticas de saúde.

A resposta a esse desafio está em restabelecer a coerência entre a situação de saúde e a forma de organização do sistema de saúde no plano microeconômico, acelerando as mudanças necessárias que favoreçam à conformação de um sistema integrado que opere de forma contínua e proativa e que seja capaz de responder, com eficiência, efetividade, qualidade e de modo equilibrado às condições agudas e crônicas, estruturado em redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária à saúde (MENDES, 2013).

### 5.2.5 O sistema de saúde e os desafios do envelhecimento populacional

A OMS considera idoso todo o indivíduo de 60 anos ou mais, se ele residir em países em desenvolvimento; para os países desenvolvidos, esse limite é de 65 anos (CAMARANO; PASNINATO, 2004). Seguindo o mesmo critério de idade cronológica, o Estatuto do Idoso no Brasil define a população idosa como aquela com 60 anos ou mais (BRASIL, 2003).

O país envelhece a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras e irreversíveis, desde a década de 1940, é na população idosa que se observam as taxas mais altas de crescimento populacional (KÜCHEMANN, 2012).

Esse crescimento da população idosa gera uma série de alterações na sociedade, relacionadas ao setor econômico, ao mercado de trabalho, aos sistemas e serviços de saúde e às relações familiares (VERAS, 2009; VERAS; CALDAS, 2004).

Nas entrevistas realizadas percebeu-se que o país não está preparado para responder às necessidades geradas pelo envelhecimento populacional. Inclusive, Luci acredita que existem ações sendo realizadas, mas não identifica a articulação entre as iniciativas.

[...] Uma população que vive mais longamente e com pouca qualidade de vida ela tende a pressionar o sistema de saúde por serviços mais caros, mais especializados, e a gente não está se preparando. (Entrevistado Sérgio)

[...] como enfrentar esse desafio? [...] estrutura de apoio, assistência social mesmo, de apoio às famílias das pessoas que estão envelhecendo. [...] Eu acho que assim, tem um alerta, tem a clareza de que estamos num momento, mas eu ainda não vi iniciativas articuladas, focadas nisso não. [...] existem iniciativas, acho que existe um alerta, mas eu não vejo iniciativas mais estruturantes nesse sentido [...] (Entrevistada Luci)

Por outro lado, David destaca que somente nos últimos anos o país passou a direcionar seus esforços para políticas de longo prazo, embora tenha enfrentado, ao mesmo tempo, demandas emergenciais.

Na verdade o Brasil passou a ter uma visão e uma preocupação de se pensar a mais longo prazo, de se planejar, a partir do governo do presidente Lula, que por outro lado se viu na contingência de uma ação emergencial que era de promover a inclusão social [...]

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios. No século XXI, o envelhecimento global causará um aumento das demandas sociais e

econômicas em todo o mundo. No entanto, apesar de na maioria das vezes serem ignorados, os idosos deveriam ser considerados como recurso importante para a estrutura das sociedades.

Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, adquirem doenças, sequelas, incapacidades e diminuem a sua autonomia e qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997). O peso de modelos assistenciais orientados pelo imediatismo, com ênfase no cuidado agudo e não na prevenção e no cuidado crônico (KALACHE, 2008; VERAS et al., 2008), comprometem a realização de políticas públicas direcionadas ao perfil de saúde da população.

Por sua vez, Gilson considera que o país tem se preparado para responder às necessidades de saúde, embora aponte que é fundamental enfrentar os desafios de forma mais rápida. Destaca, inclusive, que assim como tem ocorrido em outros países, talvez o Brasil tenha que repensar o conceito de idoso.

Eu acho que é um processo de preparação [para o novo perfil de necessidades], mas sem dúvida nenhuma quanto mais o tempo passa, mais ele tem que ser acelerado. Primeiro que até esse conceito de idoso eu creio que vai mudar, já tem países da Europa agora defendendo que só se considerem a partir de 75 [anos], [...] porque reflete um pouco a realidade [...]

Segundo Minayo (2012), a menor proporção de crianças no país requer investimentos em sua educação. A autora acredita que o tempo da juventude deverá ser estendido, como ocorre hoje em vários países europeus, por causa das exigências do mundo do trabalho, retardando o momento da aposentadoria, na medida em que cresce o número de pessoas acima dos 70, 80, 90 e até 100 anos.

Segundo Batista, Jaccoud e El-Moor (2008), diferentemente das sociedades que foram envelhecendo em ritmo mais lento e que se adaptaram paulatinamente a essa situação, o Brasil enfrenta a exigência de, com certa urgência, ampliar o entendimento das implicações do processo de envelhecimento e com isso, organizar políticas para enfrentá-las.

Em seu relatório sobre o envelhecimento no século XXI, o Fundo de População das Nações Unidas (2012) destacou que embora muitos países tenham feito significativos progressos na adaptação das suas políticas e leis direcionadas ao envelhecimento, é necessário mais esforços para assegurar que pessoas mais velhas possam alcançar seu potencial.

Houve um consenso entre os entrevistados de que o envelhecimento populacional exigirá a realização de políticas adequadas às suas necessidades. Alguns entrevistados

destacam, por exemplo, o desafio a ser enfrentado pela previdência social para adequar-se à nova realidade demográfica.

[...] provavelmente nós seremos chamados para promover mais algumas reformas importantes na estrutura do estado brasileiro, especialmente nessa área da previdência social, na área da saúde, para o sistema se adaptar melhor a esse processo de envelhecimento da população. (Entrevistado David)

[...] seguramente que vai exigir da sociedade mudanças em termos de previdência, algumas até o Brasil já fez e são objetos de grandes debates políticos, mas seguramente que você não mantém o mesmo sistema de previdência social para uma sociedade em que a expectativa de vida era de 55 anos, igual para uma sociedade que é de 75 anos [...] (Entrevistado Gilson)

As implicações sociais e econômicas do envelhecimento populacional são profundas, estendendo-se para muito além da pessoa do idoso e sua família imediata, alcançando a sociedade mais ampla e a comunidade global (KI-MOON, 2012).

O novo cenário vem gerando considerável pressão sobre os sistemas previdenciários, estruturados para atender a uma demanda caracterizada pela expansão do emprego assalariado e pela brevidade do período da aposentadoria. A mudança demográfica aumentou a pressão sobre os sistemas de proteção social, ao final da década de 1970, principalmente em virtude da queda da relação entre o número de contribuintes e o aumento crescente de aposentados (BATISTA; JACCOUD; EL-MOOR, 2008).

Segundo Costa et al. (2011) é imprescindível reestruturar o sistema previdenciário, a fim de assegurar a sua sustentabilidade diante das tendências de aumento da população beneficiária e de envelhecimento e desaceleração do crescimento da força de trabalho.

Os entrevistados também destacaram a importância do sistema de saúde se organizar para responder às demandas atuais e futuras, relacionadas ao crescimento da população idosa. Gilson cita em sua entrevista o exemplo do Japão, que já em 1995 orientava as ações de saúde para reabilitação e fortalecimento da autonomia dos seus idosos.

O setor saúde também tem um processo de preparação importante. Eu visitei o Japão em 1995 e o que me surpreendeu é que Centro de Saúde aqui [no Brasil] naquela época era só para criança e grávida. Lá, você quase não via criança, você via muito idoso, você tinha do mesmo jeito que a gente tem aqui, a sala de vacinação, a sala de exames para grávida, eles tinham as salas para ensinar as pessoas sequeladas de AVC [acidente vascular cerebral] a ter autonomia na cozinha e no banheiro, que são os lugares mais arriscados da casa, além da reabilitação. De alguma maneira aquilo foi uma forma de

dizer: - Olha, isso é o futuro que a gente vai ter no Brasil. Então as próprias unidades de saúde nossas vão ter que ir sendo adaptadas para esse tipo de perspectiva que a gente tem aí adiante.

Já se passaram 20 anos que Gilson visitou o Japão, e o que se percebe, é que no Brasil há ainda, uma grande distância a ser percorrida pelo sistema de saúde para que possa responder às necessidades geradas pelo envelhecimento populacional. As políticas de saúde ainda priorizam a saúde da mulher e da criança, com pouco investimento na saúde do trabalhador, futuro idoso do amanhã, assim como, para atenção aos idosos de hoje.

Esse despreparo foi identificado também no discurso de Luci, que reconhece que as unidades de saúde não estão organizadas para atender à demanda gerada pelo envelhecimento.

As unidades não tem barra de segurança, o banheiro não permite acesso a um cadeirante, nas salas de espera não cabe uma cadeira de roda, você não tem rampa de acesso com antiderrapante [...]. Então veja, a população está envelhecendo e nem as unidades de saúde estão incorporando esse processo de envelhecimento no cotidiano delas, é complexo.

Os entrevistados destacaram a associação entre o envelhecimento populacional e o aumento da demanda por uma assistência especializada e de alto custo.

É o momento do sistema de saúde se estruturar para essa demanda crescente da população idosa, e aí é uma demanda altamente especializada, porque você passa a demandar, você passa a ter o crescimento de uma série de doenças degenerativas que exigem, não ações pontuais, mas ações coordenadas, em grande parte dos profissionais. Então a preparação do sistema de saúde como um todo para atender a esta demanda crescente, é um grande desafio. (Entrevistada Luci)

A atuação sobre o complexo perfil de necessidades requer do sistema de saúde uma organização assistencial contínua e multidisciplinar, que renove o processo de trabalho, assegurando a realização de ações e serviços de saúde que promovam a saúde e o bem estar dessa população de forma permanente.

Segundo Veras (2009), anualmente são adicionados 650 mil idosos à população brasileira, sendo que grande parte destes, apresentam doenças crônicas e algumas limitações funcionais.

Entre os idosos, embora existam aqueles que são saudáveis, muitos outros apresentam alguma doença crônica e/ou deficiência, observando-se um aumento das demandas por atenção à saúde (BERGMARK; PARKER; THORSLUND, 2000), que por suas necessidades, torna-se mais custosa e especializada (RIBEIRO; SCHRAMM, 2004). A população idosa

requer cuidados específicos e direcionados às peculiaridades advindas com o processo do envelhecimento sem segregá-los da sociedade (MENDES et al., 2005).

A presença crescente de pessoas idosas na sociedade impôs o desafio de incorporar o tema do envelhecimento populacional às políticas públicas e de implementar ações de cuidado para esse contingente populacional, exigindo a organização da oferta de serviços e de atendimentos especiais no âmbito da proteção social (BATISTA; JACCOUD; EL-MOOR, 2008).

Além disso, os entrevistados enfocaram a importância das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, a fim de evitar ou retardar as doenças crônicas e as incapacidades. Sérgio destaca, inclusive, a fragilidade das ações de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde, resgatando o conceito de cidades saudáveis, enquanto promotoras da qualidade de vida da população.

A gente não tem, por exemplo, campanha de saúde pública, ou elas são insuficientes ainda, que estimulem fortemente a população a buscarem estilos de vida saudáveis, aderir a políticas de saúde pública saudáveis, políticas de promoção da saúde, como por exemplo, os municípios ou cidades saudáveis, que é um conceito que eu gosto muito, porque trabalha com a ideia de promoção em todos os sentidos [...] A promoção da saúde há alguns anos, sete ou oito anos atrás, tinha mais força dentro das políticas de saúde no país do que hoje.

A importância de realização das ações de promoção da saúde, individuais e coletivas, não somente direcionadas aos idosos do presente, mas aos jovens de hoje, que se tornarão idosos saudáveis no futuro, também foi apontada por Mário.

[...] como é que a gente vai fazer para que os jovens que serão os idosos de amanhã, não sejam como os idosos de hoje? Você vai ter que trabalhar as duas pontas, vai ter que trabalhar o atendimento à população idosa que envelhece hoje, [...] mas ao mesmo tempo você tem promover a saúde. [...] investir na prevenção e na promoção [...]

Sérgio reforça, inclusive, que o investimento nas ações de promoção da saúde tem importante contribuição na redução dos custos do sistema de saúde.

[...] a forma como a gente tratar essa população do ponto de vista da saúde pública vai depender muito de acrescentar custos pesados para cima do sistema [...] Então parece que a gente está apontando para um caminho de querer medicalizar esta população que envelhece, de certa forma,



aceleradamente. E se for por esse caminho, a gente vai jogar muito peso nos custos do sistema de saúde.

Do ponto de vista da política de saúde, é fundamental que o sistema de saúde realize ações que contemplem todos os níveis de cuidado, considerando a prevenção e o tratamento das doenças crônicas que afetam os idosos. Desta forma, é preciso que o modelo de saúde ultrapasse as características biológicas e sob o olhar da determinação social, considere a atenção numa perspectiva mais abrangente, incluindo os fatores emocionais, psicológicos e sociais envolvidos no perfil de saúde das pessoas.

Ações de prevenção são efetivas em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Por isso, um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda apresentar efetividade e eficiência precisa fortalecer todos os níveis da prevenção (VERAS, 2009).

Segundo Queiroz, Ruiz e Ferreira (2009) o idoso deve ser respeitado em sua individualidade e em seus direitos como cidadão, por meio do desenvolvimento de ações de educação para o envelhecimento que deveriam ser iniciadas na infância, em ação conjunta da família e da escola, estendendo-se às demais etapas da vida.

A necessidade de organização da atenção à saúde também foi enfatizada por Luci, que mencionou o exemplo do alto custo da atenção domiciliar.

Eu vou fazer um paralelo com a experiência que eu estou vivendo em minha casa, que minha mãe tem uma doença degenerativa grave, vive em *home care*, [...] Então, que estrutura o Estado vai garantir de hospital-dia, de sei lá, de um esquema tipo uma creche, aonde o idoso vá, passe o dia e a noite retorne para dormir em casa. Então, que estruturas vão ser ofertadas para dar conta a esse problema que está crescendo na população [...]

Ficou evidente que o país precisará, não somente reorganizar os níveis de cuidado para atender às necessidades, mas também, inovar e tomar por base, experiências de outros países que já vivenciaram o processo de envelhecimento. A atuação do Estado será fundamental para o financiamento de estruturas de apoio, bem como no monitoramento das suas atividades.

Todo esse processo reforça a necessidade de reestruturação de um modelo assistencial que contemple a saúde do idoso de forma integral, em respeito aos princípios e diretrizes do SUS. Emerge, então, a elaboração de novas concepções da assistência à saúde do idoso, abrangendo a diversidade das condições de saúde dessa população e considerando ao mesmo tempo suas características e peculiaridades (VERAS, 2009).

Segundo Küchermann (2012), apesar de o Estado prover alguns serviços básicos de saúde para a população da terceira idade, a cobertura é ainda insuficiente, sobretudo, em relação aos serviços e alojamentos para cuidados de longa duração. Além disso, espaços de atenção integral, como, residências ou centros de recreação, são poucos e restritos a setores de nível socioeconômico mais alto, capazes de custear tais serviços.

Ficou evidente ainda, a importância do investimento na força de trabalho e inclusive, na formação de profissionais que tenham habilidades para atuar na prevenção, no cuidado e na atenção integral à saúde da população idosa.

O cuidado desses idosos depende de cuidado humano, na saúde depende de profissionais da saúde, na educação depende, enfim, na reabilitação depende de equipamentos, mas depende de pessoas. Então, nós vamos ter que ter política de pessoal adequada, temos que ter desempenho desses profissionais adequado, que não sejam burocratas, agressivos, que invistam na autonomia dos idosos [...]. (Entrevistado Ruy)

Para isso a gente teria que priorizar os estudos de geriatria, de gerontologia nas instituições de ensino superior e isso não é priorizado. Então tem muita coisa para fazer, antes que a realidade venha e se imponha esmagadora e a gente saia correndo atrás. (Entrevistado Fábio)

Queiroz, Ruiz e Ferreira (2009) reconhecem a falta de recursos humanos especializados para o adequado atendimento das demandas dessa população emergente, tornando essenciais os projetos de formação e capacitação voltados aos profissionais que atuam em programas de atenção aos idosos. Lembram ainda que, na formação dos profissionais de saúde, em nível de graduação de um modo geral, os aspectos relacionados ao processo de envelhecimento não são contemplados nos projetos pedagógicos dos cursos.

O investimento na formação quantitativa e qualitativa de profissionais capazes de atender essa parcela da população é uma questão fundamental para a consolidação das políticas de saúde que contemplam a pessoa idosa. A formação dos profissionais de saúde deve considerar a integralidade, a interdisciplinaridade e o cuidado, de forma integrada com as demais práticas da rede de cuidado social (MOTTA; AGUIAR, 2007; MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008).

Essa questão é urgente. Pois, de acordo com Wong e Carvalho (2006), os investimentos para formação de recursos humanos para serviços geriátricos e gerontológicos, levam considerável tempo para frutificar.

A importância do controle social para efetivação dessas políticas públicas foi destacada por dois entrevistados.

A sociedade civil tem que controlar, tem que deliberar, tem que participar na definição de prioridades, tem que ter o direito de fiscalizar que é o que está proposto no SUS [...]. Então eu penso em políticas públicas cada vez menos dependentes do presidente, dos governadores, dos prefeitos e cada vez mais com gestão participativa, com co-gestão [...]. (Entrevistado Ruy)

Cabe à sociedade ampliar o debate sobre a transição demográfica e suas consequências para o sistema de saúde, avaliando alternativas que possibilitem minimizar seu impacto sobre a qualidade de vida da população, e cobrar do Estado o cumprimento de seu papel na implementação de políticas públicas direcionadas à manutenção da saúde da população idosa (CHAIMOWICZ, 1997).

Enfrentar esse desafio é urgente. Em pouco tempo o país terá um importante percentual de idosos que demandará por serviços públicos e que será reflexo das atuais políticas públicas sociais. É, portanto mister, que essas políticas tenham intervenções integradas, que assegurem o cuidado às doenças crônicas, mas que fortaleçam a promoção do envelhecimento saudável.

Em vez de ser tratado como um problema, o aumento da longevidade humana deve ser uma causa de celebração. Além disso, o envelhecimento oferece oportunidades para repensar a política de saúde para o benefício de todos, idosos e jovens (LLOYD-SHERLOCK et al., 2012)

Os dados demonstram que a revolução demográfica brasileira representa uma conquista e uma responsabilidade para os gestores públicos e a sociedade. É essencial investir na promoção da autonomia e da vida saudável dos idosos, assim como garantir uma atenção adequada às suas necessidades, o que requer planejamento e sensibilidade para saber que de agora em diante a população idosa aumentará até os anos 2050 (MINAYO, 2012).

A questão, portanto, não estará relacionada à interpretação de qual é a idade a partir do qual o sistema de saúde deve intensificar sua intervenção, mas sim, que tipo de vida o sistema de saúde deve proteger (DINIZ; MEDEIROS, 2004). Afinal, o envelhecimento é motivo de celebração, o aumento da esperança de vida é um triunfo do desenvolvimento (HELP AGE INTERNATIONAL, 2013).

### *5.2.6 A universalidade do sistema público de saúde no cenário de transformações sociais e demográficas*

Na década de 1970, a concessão de privilégios ao setor privado e a mercantilização da medicina sob o comando da previdência social foram duramente criticados pelo movimento sanitário brasileiro (MSB). O movimento buscava a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e Ministério da Saúde em um mesmo sistema e a integralidade das ações. A partir desse momento, ampliava-se o debate sobre o direito à saúde no Brasil, a começar pela própria concepção de saúde (BAPTISTA, 2007).

Fruto da reforma sanitária brasileira (RSB), o Sistema Único de Saúde, foi instituído pela Constituição de 1988, baseando-se no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (PAIM et al., 2011), assumindo e consagrando os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira (TEIXEIRA, 2011).

A igualdade de acesso a serviços de saúde está intimamente relacionada com a garantia dos princípios da solidariedade, universalidade e equidade (SOJO, 2011).

Nas entrevistas realizadas foi possível perceber a importância da garantia da universalidade na história do sistema de saúde do país, representando o resgate de uma dívida social e a consolidação da reforma do setor saúde. Foi uma conquista alcançada pela sociedade brasileira e que segundo Luci não será questionada.

[...] eu acho que a universalidade foi uma conquista muito grande para voltar atrás, então eu acho que a universalidade do sistema está dada.

Não havia sido estabelecido no país, até então, uma política de Estado cidadã no sentido mais amplo; uma cidadania substantiva que desobrigasse qualquer espécie de vínculo com o processo produtivo e que reconhecesse o cidadão pelo valor que tem como membro da comunidade. Até então, regia no país a lógica da cidadania regulada, em que cidadão era aquele que se encontrava localizado em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei (BAPTISTA, 2007).

A universalização de direitos e a participação da comunidade na definição das políticas sociais foram animadas pelo propósito da superação do caráter meritocrático e da adoção da cidadania como critério de acesso (MARQUES; MENDES, 2005).

Na década de 1980, entre as bases da discussão e elaboração da nova Constituição, a questão social assumia importância singular, pois era necessário resgatar a enorme dívida social herdada do período militar. Com esse objetivo, os constituintes escreveram na Constituição de 1988, a garantia de direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo entre eles, o direito à saúde pública (MARQUES; MENDES, 2007).

Nesse contexto, Gilson defendeu, em sua entrevista, a importância do princípio para garantia do acesso da população às ações e serviços de saúde, principalmente no cenário atual e futuro de necessidades e desenvolvimento tecnológico.

Eu creio que não há melhor sistema de saúde do que o sistema universal, porque se já era verdade no passado, agora com o processo que a gente está passando de envelhecimento da população e desenvolvimento de tecnologias... Por outro lado, a saúde cada vez mais vai se tornar inacessível, do ponto de vista individual para grande maioria das pessoas, ou seja, os sistemas que não são universais. Aí tem o exemplo clássico dos Estados Unidos da América, que tiveram que criar no meio de um debate político tremendo, algum apoio governamental para uma parte da população que estava desassistida e sem condições de acessar alguns procedimentos.

Os sistemas de saúde universais foram considerados como aqueles que melhor respondem às necessidades da população, bem como, os que mais contribuem para o desenvolvimento econômico de um país. Como exemplo, o entrevistado citou o sistema de saúde dos Estados Unidos, reconhecidamente liberal, mas que vem apresentando nos últimos anos uma reforma do setor, para atender, inclusive, às necessidades do Estado.

Apesar do direito universal à saúde ter sido assegurado pela Constituição Federal de 1988, três entrevistados não reconhecem a cobertura universal da assistência pública no Sistema Único de Saúde, em virtude, inclusive da sua atual e cada vez mais presente, segmentação.

Mas a gente sabe que essa universalidade ela não é tão universal assim. Não é? Então a gente tem uma parcela importante da população que é usuária dos planos de saúde. (Entrevistada Luci)

Tem uma parte da sociedade brasileira que [...] não se sente segura e satisfeita de ser atendida no Sistema Único de Saúde. [...] Então eu acho que é uma tendência, como eu falei, de aumento, da cobertura no setor privado. [...] Eu estou querendo dizer que essa população, que hoje é em torno de 30, 35%, que se cuida no sistema privado, pode aumentar ao longo do tempo [...] (Entrevistado Sérgio)

[...] ele não é para todos. Não, é? Como é que ele vai continuar, se ele não é? Nós não conseguimos fazer ele para todos e ao contrário do que a gente vê,

uma parte da população quando melhora a renda, entra nos planos de saúde [...] (Entrevistada Elisa)

Movimento crescente desde a sua criação, o SUS tem incorporado os segmentos mais carentes e o subsistema privado atraído as camadas médias e o operariado mais qualificado. Essa dualidade se naturalizou na sociedade, tornando o plano de saúde um sonho de consumo e reforçando a imagem de que o SUS é destinado aqueles que não podem pagar um plano privado. Nos 20 anos do sistema, o estado brasileiro estimulou e reforçou essa concepção em decorrência da restrição imposta ao financiamento público da saúde e pelo subsídio ao subsistema privado (SILVA, 2011).

Em contrapartida, Luci acredita que a melhoria observada nas condições financeiras da população brasileira, não significará a sua migração para o sistema privado de saúde, mas sim a permanência enquanto usuária do sistema público de saúde, o que subsidiará a sua qualificação.

[...] a gente tem uma tendência, eu posso estar muito enganada, mas acho que existe uma tendência, a uma parcela dessa classe que está ascendendo, esse contingente da população permanecer como SUS dependente e a meu ver, isso pode de certa forma, impulsionar uma qualificação do próprio sistema em algum sentido.

Embora as evidências apontem para um aumento da cobertura da assistência suplementar, uma parte da população que apresentou melhorias nas suas condições de vida tende a se manter usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, o que aumenta o caráter reivindicatório do sistema.

Segundo Paim et al. (2011) o sistema de saúde brasileiro tem três subsetores: o subsetor público, financiado e mantido pelo Estado; o privado (com fins lucrativos ou não), financiado de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com os planos privados de saúde e apólices de seguro, além de subsídios fiscais.

Essa segmentação do sistema de saúde foi considerada um dos principais desafios para garantia da universalidade. Principalmente em virtude do SUS responder pelas necessidades de saúde geradas pela população coberta pelo sistema de saúde suplementar, sobretudo as demandas de alto custo, gerando efeitos negativos sobre o sistema público de saúde.

[...] na medida em que setores que dependem, por exemplo, do pagamento pelos serviços de saúde do próprio bolso, que usam o sistema chamado

suplementar, terminam se beneficiando fortemente daquilo que tem maior peso para o Sistema Único de Saúde, que é exatamente a área da alta complexidade, dos medicamentos de alto custo, os tratamentos, os programas estratégicos, enfim. [...] (Entrevistado David)

Ao analisar como o setor privado afeta os sistemas públicos no contexto da estrutura do mix público-privado, Santos (2011) revela que estudos internacionais evidenciam que a cobertura duplicada contribui para a iniquidade, incentiva o desenvolvimento do setor privado, não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, no financiamento desse sistema e não contribui para a preservação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Segundo Mendes (2013) a concepção constitucional que assegurou um sistema de saúde de cobertura universal, ao longo dos anos, vem caminhando num sentido diverso, expresso na segmentação do sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, o sonho da universalização vem se transformando no pesadelo da segmentação.

Além da complexa relação público e privada, tem crescido no país, outro fenômeno relacionado à garantia das ações e serviços de saúde por meio de mandatos judiciais. Nesse contexto, a judicialização foi citada nas entrevistas, como fenômeno crescente e que onera cada vez mais o sistema de saúde, sendo fundamental discutir o seu impacto e o seu papel na assistência pública à saúde.

[...] seguramente que a judicialização está crescendo no SUS e a judicialização às vezes é a dificuldade de acesso que as pessoas tem. Mas muitas vezes é algo para você fazer uma incorporação sem nenhuma racionalidade de tecnologias que são caríssimas, beneficiam um número muito pequeno de pessoas. (Entrevistado Gilson)

No contexto democrático contemporâneo, a judicialização da saúde expressa reivindicações de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania que foram assegurados na Constituição Federal. O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos (VENTURA et al., 2010).

O maior número de decisões favoráveis aos usuários pode interferir e modificar o Sistema Único de Saúde. O poder judiciário atuando como guardião, com base na Constituição tem possibilitado essas mudanças, que precisam, no entanto, ser refletidas criticamente, e o princípio da equidade deve permear essas reflexões (TRAVASSOS et al., 2013).

De acordo com Santos (2011), a classificação dos sistemas de saúde a partir do mix público-privado elaborada pela OCDE define que o sistema do tipo duplicado, ocorre sempre que serviços semelhantes são cobertos pelo seguro privado e pelo sistema público (seja esse sistema nacional de saúde ou seguro social), como por exemplo, no caso de consultas médicas especializadas e serviços de apoio ao diagnóstico. Quando os serviços ofertados pela rede privada não são oferecidos pelo sistema público, tem-se um sistema complementar.

Para solucionar alguns desses desafios, David propõe que o sistema de saúde complementar torne-se complementar, de forma a compensar o financiamento do sistema público de saúde do país.

Por isso a única saída que eu vejo é [...] nós darmos ao sistema complementar que é duplamente beneficiado pelo setor público, é beneficiado porque as pessoas podem abater do imposto de renda os gastos com o plano de saúde e é beneficiado também porque a cobertura que esses setores oferecem se dão exatamente naqueles atendimentos, naquela área onde o custo é menor, restando ao setor público o atendimento de mais alto custo para todos os brasileiros e todas as brasileiras. [...] Então eu entendo que o que pode acontecer é nós tornarmos esse sistema que é entendido hoje como complementar e entendê-lo como complementar, onde o acesso a essas políticas de mais alto custo que os associados dos planos de saúde tem no SUS possa ser compensada por uma contrapartida dos planos de saúde em atendimentos nas áreas em que o SUS necessita. Assim nós teríamos uma possibilidade de compatibilizar um pouco melhor o financiamento público do SUS, não é? Com a realidade dos recursos que o nosso país dispõe.

A reforma que estabeleceu o sistema universal e público não incorporou todos os cidadãos à assistência pública e não rompeu com o padrão segmentado. A duplicidade se expressa no texto constitucional e se consolida no final da década de 1990 com o estabelecimento da política regulatória, voltada para o setor privado e que formalizou essa dualidade do ponto de vista legal, normativo e institucional, paralelamente ao processo de implementação do SUS (MENICUCCI, 2009).

Outra questão relevante apontou como desafio importante a relação entre a universalidade e os outros dois princípios basilares do SUS, a integralidade e a equidade.

Lógico que o debate que a gente vai fazer sempre, é o equilíbrio entre universalidade, integralidade e equidade [...] isso seguramente é um debate para o SUS fazer hoje. Porque não é um debate fácil, em uma sociedade muito emocional como é a sociedade latina. Os anglo-saxões, os nórdicos fazem isso com uma certa tranquilidade, [...] o desafio é, a combinação da universalidade com integralidade, mas universalidade sempre e para sempre! (Entrevistado Gilson)



Na organização do sistema de saúde, a questão da universalidade estaria relacionada à sua racionalidade, ou seja, à capacidade do sistema de combinar as ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, assistência à saúde e reabilitação.

A questão da universalidade está ligada à questão da racionalidade do nosso modelo de atenção, ou seja, em a gente conseguir combinar reabilitação, clínica e promoção da saúde. Da gente cuidar dos idosos principalmente na atenção básica e não no serviço especializado, não através da internação. Então a mudança de modelo do SUS, o uso racional de medicamentos e não o consumismo, o uso racional de equipamentos médicos e de reabilitação [...]. (Entrevistado Ruy)

Em entrevista sobre os vinte anos do SUS, Paim aponta que em termos relativos, foram dados passos importantes voltados para a participação social e a universalidade e outros, em menor grau, para a equidade e a integralidade, reconheceu esta última como o princípio mais negligenciado no âmbito do SUS (VAITSMAN; MOREIRA; COSTA, 2009).

Efetivar a integralidade em todo o sistema de saúde deve ultrapassar o desejo individual. Assim, a organização tecnológica que tem como eixo norteador a integralidade da atenção é uma decisão política que deve ser institucionalizada (BONFADA et al., 2012).

O grande esforço do sistema de saúde deve ser direcionado, segundo Gilson, à garantia de acesso a serviços efetivos, em tempo oportuno, assegurando os cuidados necessários à população.

[...] o que é inaceitável para mim? É que ainda tenha mulher que não tenha acesso à mamografia, e ao exame de Papanicolau, que uma pessoa que tem um diagnóstico de câncer leve seis meses para começar a quimioterapia. Eu acho que isso tem que ser o grande esforço financeiro do SUS. Tem que ser para fazer com que tudo que é efetivo, esteja acessível no mundo, num tempo razoável para as pessoas [...] isso seguramente é um debate para o SUS fazer hoje, porque não é um debate fácil, numa sociedade muito emocional como é a sociedade latina.

Outro aspecto abordado nas entrevistas esteve relacionado à possibilidade de adoção de novas formas de complementação do sistema público de saúde, por meio, inclusive da ampliação do sistema de copagamento, como citado por Sérgio, que mencionou o exemplo do Programa Farmácia Popular.

Outra questão curiosa, é que há alguns anos atrás, foi introduzido sem discussão no Sistema Único de Saúde, um Programa de Farmácia Popular. A Farmácia Popular, evidentemente dispensa medicamentos, medicamento é parte do tratamento, se é parte do tratamento deveria estar sendo olhado pelo

olhar da integralidade. Integralidade diz respeito a isso, o tratamento completo, mas a farmácia popular não distribui medicamento, ela vende medicamento, vende mais barato, mas vende. Então é uma possibilidade também que determinados procedimentos dentro do Sistema Único de Saúde comecem a ser cobrados. Cobrado pouquinho, mas sendo cobrado, cobrado para quem pode pagar, enfim. Diversas modalidades de cobrança tendem a se instalar dentro do Sistema Único de Saúde.

Apesar de críticos à forma de copagamento, Machado, Baptista e Nogueira (2011), identificaram que o programa Farmácia Popular compreende uma das inovações mais substantivas, se considerada a trajetória da política de assistência farmacêutica no país. Apesar de na prática ter introduzido o copagamento na aquisição de medicamentos no país, os autores citam que em pesquisa realizada em 2009 foi o programa federal com maior aprovação da população brasileira.

É preciso fortalecer o movimento em defesa do SUS, consolidando-o enquanto sistema universal de saúde, público e solidário. Percebeu-se que a universalidade representou o resgate de uma dívida histórica, de um passado de exclusão. Representou a vitória da cidadania. Mas muitos têm sido os desafios para consolidação do sistema e de seus preceitos.

A luta será árdua, mas a causa é mais que nobre. Trata-se de fortalecer o Movimento Sanitário Brasileiro, lutar contra as iniquidades em saúde, defender os direitos sociais da população brasileira e fortalecer o Sistema Público de Saúde, humano, solidário e universal.

### *5.2.7 O desafio do financiamento do sistema de saúde*

Na época em que o Sistema Único de Saúde era implantado, com base na universalidade, integralidade e equidade, o país enfrentava uma crise econômica que associada à postura liberal do Estado, reduzia a atuação estatal nas políticas públicas, o que impactou negativamente no financiamento do sistema de saúde.

Na verdade você tem uma precariedade de recursos, infelizmente, a Constituição coincidiu com um momento de crise financeira do Estado brasileiro, não era quando o Estado brasileiro estava nadando em dinheiro. A gente fez isso quando o Estado brasileiro estava endividado, tendo que pagar sua dívida como continua até hoje. Então, você tem um problema de financiamento, até hoje você gasta muito mais todo ano com o serviço da dívida pública do que com o SUS, certo? (Entrevistada Elisa)

Foi em um ambiente de crise para a economia brasileira que a Constituição de 1988 definiu a saúde pública como um direito de todos e um dever do Estado. Ao contrário do que

ocorreu nos países desenvolvidos europeus, o Brasil não mais crescia de forma duradoura (MARQUES; MENDES, 2005).

Segundo Menicucci (2009) a conjuntura de crise fiscal, associada ao fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, dificultou a implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde para garantir a universalização.

O financiamento tem sido, portanto, desde a implantação do SUS, nesse contexto de endividamento do Estado e de sua reduzida capacidade de atuação, um dos principais desafios para que o sistema de saúde assegure o acesso universal, integral e equitativo as ações e serviços de saúde.

O subfinanciamento do sistema é reconhecido por todo mundo. Inclusive o próprio governo reconhece que o sistema precisa de maior volume de recurso para funcionar de acordo com as diretrizes [...] Então, a minha leitura é que o SUS não foi consolidado, de acordo com seus princípios e diretrizes, inclusive por isso. Eu acho que a base de todos os problemas do Sistema Único de Saúde está no subfinanciamento. Não tenho dúvida disso. (Entrevistado Sérgio)

O financiamento, eu acredito, que é um dos grandes desafios que a gente tem hoje no SUS. O financiamento do SUS, em qualquer parâmetro que a gente olhe ele é insuficiente [...] (Entrevistado Gilson)

Sendo assim, Elisa destaca que o subfinanciamento impõe-se como um grande desafio a ser enfrentado para implantação de uma política de cunho universal em um país em desenvolvimento como o Brasil.

Eu acho que o financiamento é o grande gargalo. Não é simples, nem é barato, você ter um sistema universal de assistência pública. Só países muito sólidos economicamente conseguiram, mas é uma ousadia brasileira. Eu acho que ter construído o sistema, ter proposto isso, ter escrito na Constituição que deve ser assim, foi uma conquista. Agora até que isso seja de fato verdade, é muito caminho para percorrer.

O sistema de saúde brasileiro é financiado por receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são privadas, oriundas de gastos por desembolso direto e aqueles realizados por empregadores. Como as contribuições sociais têm sido maiores que os recursos advindos de impostos, que são divididos entre os governos federal, estadual e municipal, o SUS tem sido subfinanciado, não dispendo de recursos públicos suficientes para atender às necessidades de saúde da

população, conforme previsto quando o sistema foi criado, com o objetivo de se tornar universal e equitativo no Brasil (PAIM et al., 2011).

A contextualização do subfinanciamento do SUS não parece romper com o passado. Embora definidos por lei, os recursos são insuficientes para atender às necessidades da população e à efetivação dos seus princípios e diretrizes. Prevalecem, ainda, impasses de antes da constituinte: desregulamentação, interesse político, falta de governança e irregularidades dos aportes financeiros à saúde (SILVA; ROTTA, 2012).

A análise dos dados de 2013 da Organização Mundial da Saúde sobre financiamento dos sistemas de saúde demonstra que o Brasil gasta em saúde 9,0% do PIB, um valor total muito adequado, próximo à média dos gastos em saúde dos países desenvolvidos. Entretanto, a análise do percentual do gasto público em saúde demonstra que ele é muito baixo e incapaz de garantir o princípio da universalidade do SUS (MENDES, 2013).

Essa disparidade foi citada nas entrevistas. O maior investimento nos serviços privados inviabiliza a garantia constitucional da universalidade e pode aumentar as desigualdades que marcam a sociedade brasileira.

Quando você olha o gasto público com saúde [...], ele não se assemelha aos países que tem sistemas universais [...]. Então essa é a contradição inicial, eu faço uma opção política [...] num sistema de saúde, mas do ponto de vista do funcionamento dele, ele ainda é basicamente assistencial privatista e conseqüentemente, seu modelo de financiamento é pautado assim. [...], quando você olha o modelo do Canadá, do Reino Unido, da Holanda, então você vê que é um padrão de gasto onde o público é priorizado. (Entrevistado Fábio)

O gasto público brasileiro é baixo em relação ao dos demais países que têm um sistema público universal. Para que o Brasil atingisse o nível de tais países, precisaria dobrar a participação do SUS em relação ao PIB. Além disso, segundo a OMS, a participação do gasto público no total da despesa com saúde também é baixo no país, aproximadamente 44,0% (MARQUES; MENDES, 2012).

É significativo o incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma benefícios concedidos às pessoas física ou jurídica (PIOLA, 2009). Embora a hipótese da eliminação dos subsídios não represente o aumento de recursos para o SUS, a sua permanência, em um quadro de insuficiência de financiamento do sistema público, reafirma a segmentação do sistema (MENICUCCI, 2009).

A resistência da sociedade brasileira frente ao reconhecimento do Sistema Único de Saúde, como sistema nacional, foi citada como uma das causas do subfinanciamento do sistema de saúde.

[...] eu creio que isso se deve muito, muito a larga medida, eu acho que ainda é uma percepção de parte da nossa elite, no sentido correto da palavra não pejorativo, a elite política, cultural brasileira que ainda vê o SUS, em grande parte, como um sistema para os pobres. [...] mas não há ainda uma percepção, assim, forte de que esse é o sistema nacional de saúde, não é sistema dos pobres. Primeiro que todos os brasileiros usam ele de alguma maneira, para medicamentos de alto custo, gente de alta classe média usa o SUS, além das ações coletivas, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária [...] (Entrevistado Gilson)

Nesse contexto, citando o exemplo da Inglaterra, Elisa aponta a necessidade de que a população reconheça o SUS como sistema de saúde nacional.

A Inglaterra comprou a ideia de que o sistema público de saúde bom é um patrimônio do país [...]. Margaret Thatcher [...] quando disse, eu não consigo financiar, para financiar tem que onerar, a população disse então a gente topa onerar, porque confia que aquilo é um bom serviço. Nós estamos muito longe disso, do ponto de vista da população, porque a gente partiu de um patamar também muito baixo [...] Eu acho que isso é uma discussão que a gente precisa fazer. [...] O que é que a sociedade brasileira está disposta a pagar para ter um bom serviço de saúde?

A definição das políticas públicas reflete os interesses que existem nas instituições do Estado e da sociedade como um todo. Sem dúvidas, a atuação da sociedade, mediante organização, pressão e articulação de diferentes grupos sociais são fatores fundamentais na conquista de novos e mais amplos direitos sociais, incorporados ao exercício da cidadania (HÖFLING, 2001).

O alcance dos objetivos do SUS passa pela politização da questão da saúde, o que de início tem implicações para a definição do financiamento e para a resposta à questão: quanto a sociedade está disposta a pagar para o SUS? Mas que também aponta para a necessidade de promover uma resignificação do SUS para que ele não continue sendo o SUS para os pobres (MENICUCCI, 2009).

A garantia dos princípios que norteiam o SUS perpassa, portanto, por uma reforma no financiamento do sistema. Muitos foram os desafios identificados, dentre eles a necessidade de redução dos benefícios fiscais concedidos ao financiamento privado em saúde, como visto anteriormente.

Eu acho que também ao longo do tempo, vai haver uma tendência de redução da renúncia fiscal, porque o Estado vai ser pressionado por custos crescentes do setor saúde e a renda da população vai crescer um pouco mais. (Entrevistado Sérgio)

Uma reformulação que implique não somente no aumento do repasse financeiro, mas na relação do financiamento público e privado, tornando prioritário o investimento público, essencial para garantia da universalidade.

[...] por isso que a gente diz que vai ter que gastar 8,0 a 10,0% do Produto Interno Bruto com Saúde, não tem jeito, é caro. 10% da nossa riqueza tem que ir para esse modelo, mesmo ele sendo mais racional. Nós conseguimos 10,0% para educação daqui a cinco anos, já foi uma vitória. É a vitória social mais importante dos últimos anos do ponto de vista da lei [...] Nós temos que conseguir isso para saúde, tem que pressionar os candidatos agora, ou seja, é caro. [...] A gente gasta 3,7, tem que aumentar o quê? Duas vezes isso. (Entrevistado Ruy)

[...] quando a gente olha o financiamento parece bom, 8% do PIB, mas desses 8,0%, só 3,5% são gastos públicos, 4,5% são gastos privados, famílias, empresas, ou seja, é um nível muito baixo. A gente tem que tentar chegar aí paulatinamente, porque isso não se faz do dia para noite, mas de pensar em um país que gaste 7,0% - 8,0% do PIB como gasto público, ou seja, para financiar o SUS. (Entrevistado Gilson)

David destaca não somente a priorização do investimento público, mas também a adoção de novas fontes de financiamento, apontando inclusive discussões recentes que tem sido realizadas no cenário político do país.

[...] nós precisamos melhorar o financiamento. Acho que esse é o principal ponto, tivemos pequenos incrementos agora, recentemente, mas precisamos o mais rapidamente possível debater o incremento desse recurso, seja direcionando recurso do orçamento, seja direcionando recursos de novas riquezas, como o Pré-Sal, ou seja, e é o que eu acho mais plausível que é o de instituir novas fontes para o financiamento da área da saúde.

Marques e Mendes (2012) reconhecem o subfinanciamento do sistema e apontam que a sua superação poderia estar relacionada à manutenção do financiamento da Seguridade Social como na Constituição, estabelecendo um percentual de alocação para a saúde e definindo uma responsabilidade de aplicação dos impostos para as três esferas de governo, em especial à União e aos Estados, que atualmente não seguem o disposto na Emenda Constitucional 29, além da criação de novas fontes de recursos.

A análise sobre o financiamento do sistema de saúde no Brasil na primeira década do século XXI demonstrou, entre outros resultados, que a saúde não conseguiu acompanhar o aumento da receita fiscal do país, o que indica baixa prioridade fiscal para o setor de saúde. A dificuldade de definir fontes de financiamento estáveis para a saúde perduraram até a primeira década do século (MACHADO; LIMA; ANDRADE, 2014).

Elisa relembra em sua entrevista, dentre as diversas fontes de financiamento do sistema de saúde, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1996, mas revogada em 2007 pelo Congresso Nacional com o apoio de parte da elite da sociedade brasileira.

[...] eu acho que a CPMF era um ótimo tributo, porque ia na circulação do dinheiro. Você vê que hoje, nos debates sobre o mundo, onde a esfera financeira ganhou muito, um livro recente sobre a desigualdade mundial, termina propondo um imposto muito parecido com a CPMF, então vamos taxar o circuito financeiro, não é lá que está acumulando? A CPMF taxava a movimentação financeira, não era um imposto indireto que quem pagava mais era quem ganhava menos, ele era um imposto de quem movimentava mais, paga mais. E mesmo assim, os poderosos não quiseram pagar.

Ainda há uma disputa política na questão do financiamento do SUS. Isso reflete na instabilidade e insuficiência dos recursos alocados, colocando constrangimentos para a sua consolidação (MENICUCCI, 2009). Várias dificuldades estavam relacionadas ao financiamento do sistema de saúde, como o voto do Senado de não prorrogar a CPMF no final de 2007, justamente quando o governo lançou um novo plano para a reorientação estratégica do setor, chamado Mais Saúde (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2010).

A defesa do direito à saúde depende do projeto político assumido pelo Estado. Depende da ação direcionada ao bem estar da população, mediante políticas públicas universais e solidárias.

Isso depende da dinâmica política. E a sociedade tem os dois projetos. Inclusive disputando a eleição. A gente tem um projeto tipo padrão liberal, que predomina nos Estados Unidos, em que cada família, cada pessoa deve cuidar de si mesma [...]. E a gente tem o outro projeto, que é esse Sueco, da social democracia, que é o da solidariedade, que o SUS depende disso [...] (Entrevistado Ruy)

Isso significa que estão em disputa dois projetos: um baseado na reforma sanitária que atribui ao Estado democrático de direito a responsabilidade e o dever de constituir respostas às necessidades da população; e o outro baseado na concepção da democracia restrita, que

restringe os direitos sociais e políticos com a concepção de Estado mínimo (MENDES et al., 2011).

O subfinanciamento do sistema de saúde persiste desde a sua implantação. Os esforços devem, portanto, direcionar-se não somente para o aumento do aporte de recursos, mas também para equalização da relação entre os gastos públicos e privados e da implantação de novas fontes, consolidando os princípios que o norteiam e as diretrizes que regem a sua organização.

Segundo Paim (2013) ainda há um longo caminho a ser percorrido para que se possa tornar o SUS universal e público, conforme foi estabelecido na Constituição de 1988. Seus maiores desafios são políticos, pois supõem a garantia do seu financiamento, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde.

#### *5.2.8 O controle social e a garantia do direito à saúde*

Resultantes das lutas contra a ditadura militar e do processo de redemocratização do país, as leis 8.080 e 8.142 de 1990 produziram importantes mudanças no Estado brasileiro, resgatando tradicionais espaços e criando novos campos de participação da sociedade (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

A participação da sociedade foi incorporada como diretriz do sistema de saúde na Constituição Federal de 1988 e assegurado na forma de conselhos e conferências de saúde em todas as esferas de governo (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2014).

Nas entrevistas realizadas foi possível perceber que o controle social foi uma das principais conquistas asseguradas pela Constituição Cidadã, garantindo a participação da sociedade nas políticas de saúde, da sua formulação à avaliação, no sentido de que atendam às necessidades da população.

O controle social eu creio que é uma conquista importante para o SUS [...] (Entrevistado Gilson)

[...] a gente foi muito ousado de propor a participação popular na saúde [...] (Entrevistado Fábio)

[...] veja, saindo a não sei quantos anos de uma ditadura. Botar um modelo com participação. É um avanço muito grande. (Entrevistada Elisa)



Não é um exercício fácil, principalmente pelo contexto em que foi implantado num período de lutas sociais pelo resgate da democracia no país, conforme destacado por Fábio em sua entrevista.

Eu sou a favor da participação popular. E do exercício do controle social. [...] só passa a viver um processo de possibilidade de participação social a partir da Constituição de 1988. Então pela própria história do país [...] é um país que está engatinhando no controle social [...]

Desde a época da redemocratização, a expressão controle social tem sido usada como sinônimo de controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, no campo das políticas sociais. Foi resultado das lutas políticas pela democratização do país frente a um Estado autoritário, implantado a partir da ditadura militar (BRAVO; CORREIA, 2012).

Segundo Cotta et al. (2011), a participação política na gestão do sistema de saúde fortaleceu o direito à saúde como expressão da cidadania plena. O controle social torna-se, então, como uma condição e um instrumento indispensável para a construção do direito à saúde em uma sociedade democrática.

Percebeu-se nas entrevistas realizadas que o papel do controle social para o sistema de saúde é inquestionável, mas Gilson acredita, por exemplo, que a atuação politizada dos conselhos de saúde muitas vezes não reflete as reais necessidades da população.

Eu creio que se tem boas experiências. Boas experiências de conselhos que funcionam, acredito que em uma parte, mas em uma grande parte, os conselhos são muitas vezes tomados por um debate que não é muito o debate da agenda real [...] Então eu acredito que esse debate relativamente ideologizado, no mal sentido da palavra, eu creio que ele termina colocando os conselhos muito numa atitude mais reativa, mais retrógrada, do que participar mesmo de um debate em que você veja quais mecanismos o Estado precisa ter para garantir que o Estado seja efetivamente o gestor, que a população tenha cada vez mais acesso.

Sérgio e Luci aprofundam a crítica à atual atuação do controle social, evidenciando a cooptação que os conselhos e as conferências vem sofrendo por parte do Estado e destacando que a participação de movimentos sociais independentes tem sido mais importante para garantia do acesso às ações e serviços de saúde.

Uma questão que se colocou muita expectativa no início do Sistema Único de Saúde foi a questão do Controle Social, como se chama, na verdade os Conselhos e as Conferências de Saúde. E eu, particularmente, acho que não foi um grande mecanismo dinamizador do sistema, ou que tenha sido uma força importante para resolver problemas do sistema. Acho que não foi.

Acho que até movimentos sociais e populares por fora dos conselhos tiveram mais peso na pressão aos serviços de saúde, aos gestores, enfim, para que buscasse se aproximar mais da população. (Entrevistado Sérgio)

Eu acho que o controle social da forma como ele está se dando, ele está muito fragilizado, a gente vê muito, por exemplo, cooptação por parte da gestão [...] (Entrevistada Luci)

O caráter deliberativo dos conselhos de saúde, garantido na lei nº 8.142 conferiu à participação da comunidade um sentido de participação política, com a tomada de decisões sobre a política de saúde. Entretanto, em muitas realidades locais, os conselhos surgem por imposição legal e iniciativa dos gestores, envolvendo sua atuação em um processo contraditório de conquista e outorga (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

A análise realizada por Landerdhal et al. (2010) também sugere que a prática do Conselho Municipal de Saúde estudado parece ser burocratizada, sem a análise de políticas públicas e com a predominância de aprovações de programas ou projetos predominantemente ligados à prestação de serviços assistenciais.

De acordo com Guizardi e Pinheiro (2006) talvez o principal aspecto esteja relacionado à forma como se concretiza a participação, pois a presença quantitativa que é assegurada com o requisito jurídico da paridade, mesmo quando cumprida, não significa uma correspondência direta com a capacidade de intervenção nesse espaço.

Ruy reforça o papel da organização dos movimentos sociais na expressão do controle social. Percebe-se que a participação ativa dos cidadãos na defesa dos direitos sociais é fundamental para efetivação do controle da sociedade. Nesse contexto, a atuação dos movimentos sociais foi apontada enquanto elemento propulsor do controle social.

O controle social sobre o estado, sobre o governo. Portanto sobre o SUS, o elemento mais importante não é o institucionalizado, o que eu estou chamando de institucionalizado, os conselhos, as conferências. É a capacidade de defender direitos humanos, de defender direitos sociais, de defender o direito à saúde, das pessoas que vivem com AIDS, das mulheres, dos afrodescendentes, das crianças, dos idosos. Eu acho que se o movimento social enfraquece, o controle social institucionalizado em conselhos, em conferências e colegiados enfraquece [...]

Exercer, portanto, o papel estabelecido é um desafio diante de um cenário múltiplo, envolvido por diversos atores sociais, forças e interesses. Alguns entrevistados destacaram a existência de interesses que dificultam o exercício do controle social em defesa do sistema público e universal de saúde.

Agora não acredito que é um processo fácil, porque o controle social, a existência de conselhos e conferências, como em qualquer país, é permeado por intenções e atores sociais em disputa o tempo todo, não é só no Brasil [...] (Entrevistado Fábio)

[...] a gente tem pesquisas mostrando, da ENSP [Escola Nacional de Saúde Pública] que 30% dos conselhos tem um certo grau de autonomia do poder executivo, 70% são manipulados [...]. Nós temos é que melhorar e ampliar isso. (Entrevistado Ruy)

Os resultados encontrados por Cotta, Cazal e Martins (2010) em seu estudo informam que, se por um lado, a sociedade tem o direito de participar das decisões políticas do sistema de saúde, por outro a desigualdade que marca as relações sociais no país está presente também nos conselhos de saúde, muitas vezes engessando a participação política dos grupos populares, mesmo onde essa presença encontra-se juridicamente assegurada.

Segundo os autores, a relação assimétrica de poder, em que o espaço de deliberação política torna-se inacessível e fragilizado, pode ter causado uma burocratização dos conselhos, que deve ser combatida para se configure, de fato, como um espaço efetivamente democrático, legitimando os direitos conquistados pelos cidadãos (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

O fortalecimento das representações sociais é, portanto, essencial para a gestão democrática e consolidação dos princípios e das diretrizes do sistema de saúde. Observou-se que é preciso efetivar a organização dos conselhos de saúde, garantindo a representação da população, sobretudo aquela que acessa rotineiramente o sistema de saúde.

[...] eu acho que a dificuldade que a gente tem no SUS é como você organiza a representação dos vários interesses. Então, por exemplo, dentro do Conselho Nacional de Saúde, hoje, você tem uma boa representação dos trabalhadores da saúde, são fortemente organizados em sindicatos, que é uma coisa boa da democracia. Você tem o governo bem organizado e você tem grupos de usuários que são bem organizados presentes [...]. O difícil é como captar a voz, a opinião do usuário (entre aspas) “normal”, do usuário eventual, da pessoa que vai no SUS. (Entrevistado Gilson)

Nesse contexto, percebeu-se no discurso de alguns entrevistados que é fundamental aproximar o controle social da realidade da população, a partir de iniciativas que nos serviços de saúde, no cotidiano da comunidade, assegurem o acesso às políticas de saúde.

Então assim, a discussão da questão da saúde de uma forma mais ampla, eu acho que está frágil. Eu acho que precisa ser retomada e talvez pensar outra forma mesmo, talvez essa mais próxima da atenção básica, que veja mais dentro da realidade daquela comunidade. Como está se dando, como os atores sociais podem estar participando daquele redesenho, não sei, eu acho que vamos ter que ser criativos. (Entrevistada Luci)

Por sua vez, Ruy sugere a criação de novos mecanismos que permitam a discussão efetiva da assistência à saúde e dos resultados obtidos pelas políticas públicas. Trata-se do estabelecimento de espaços ativos de exercício do controle social.

[...] eu acho que a reconstrução dos movimentos sociais é muito importante, [...] minha proposta de reformulação é de ampliação dos mecanismos institucionais de controle social, além de conselho municipal, [...] [com] conselhos locais de saúde, [...] assembleia de usuários para participar da avaliação, para participar do planejamento. [...] e essa rede precisa modificar um pouco a sua agenda, além do financiamento que é fundamental, e se preocupar com avaliação de resultado, com o desempenho, com a diminuição do clientelismo, do patrimonialismo.

Para Baquero (2004) no Brasil, está se tornando evidente que os mecanismos não convencionais de participação política materializados em grupos, associações, clubes, fazem parte da realidade contemporânea e não podem ser mais ignorados pelas autoridades públicas.

Isso significa envolver todos os atores sociais no processo de avaliação, empoderando os movimentos sociais, conferindo-lhes a autonomia necessária para que possam atuar de forma efetiva e permanente na sua relação de controle sobre o Estado.

A avaliação é super importante, desde que seja participativa, desde a construção de indicadores até a interpretação, tem que avaliar resultados, mas precisa ser participativo. Enfim, isso depende da gente recuperar a autonomia da sociedade civil, os movimentos sociais precisam ter autonomia em relação ao governo, em relação aos partidos. Nós precisamos ter essa capacidade de vigilância, a sustentação da solidariedade depende da eterna luta, a construção do bem estar [...] (Entrevistado Ruy)

Para Shimizu et al. (2013) a instituição de práticas de gestão democráticas está sujeita à forma como os conselhos de saúde se organizam para bloquear ou minimizar práticas clientelistas e interesses corporativos; desenvolver práticas e estruturas horizontais de participação, capazes de gerar sujeitos políticos autônomos; e estimular e reforçar os vínculos associativos dos grupos locais.

É possível alcançar resultados positivos na assistência à saúde quando os modelos de gestão permitem o diálogo entre um desenho organizacional eficiente e uma participação

cidadã capaz de construir o capital social. No país, a participação política das pessoas na sociedade tem subsidiado a institucionalização do controle social do SUS e contribuído para a construção de capital social, fortalecendo a democracia e promovendo a cidadania ativa (FRANCO; HERNAEZ, 2013).

Por esse motivo, Vieira e Calvo (2011) consideram o empoderamento uma questão chave para que os preceitos legais referentes às funções dos conselhos de saúde possam ser exercidos.

No cenário de mudanças ocorridas no país, o controle social será ainda mais fundamental para garantia do acesso às ações e serviços de saúde. Será necessário, cada vez mais, estabelecer canais de comunicação que fortaleçam o desempenho de sua função na formulação e fiscalização das políticas públicas.

[...] eu acredito que continuará a ter um papel importantíssimo, eu até me arrisco a dizer que terá um papel muito maior. Hoje há na sociedade brasileira uma consciência crescente de cobrar serviços públicos de qualidade, de cobrar os direitos como consumidor dentro do mercado também. Isso tende a se ampliar com o desenvolvimento das novas formas de informação, de comunicação entre as pessoas, as redes sociais. (Entrevistado David)

É um exercício de cidadania, exercer cidadania é difícil. É uma conquista. Eu estava vendo um dia desses, o conselho de educação, o conselho do Fundeb, o conselho da merenda escolar são todos de 1998, 2000 e pouco, para cá. [...] Agora a gente tem que defender o controle social e apostar que isso pode vir a ser uma boa ferramenta no futuro. (Entrevistado Fábio)

Segundo Soratto, Witt e Faria (2010) a institucionalização não é suficiente se a ela não for associado um diálogo libertador, capaz de motivar as pessoas a lutarem pelos seus direitos de cidadania.

Isso significa promover uma participação social que considera a diversidade de interesses e projetos existentes na sociedade, reconhecendo o Estado como arena de articulação e embate político entre os diferentes interesses que disputam espaço e poder (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

É a possibilidade de uma sociedade mais justa, da materialização dos direitos sociais e de uma gestão solidária e efetiva, constituindo-se um canal de legitimação das políticas públicas de saúde.

[...] a perspectiva de um país mais justo, de um país mais organizado, depende muito dos movimentos sociais e disso se transformar em

governança, se transformar em governo, se transformar em capacidade do governo, em capacidade técnica, capacidade nacional [...] (Entrevistado Ruy)

De acordo com Cavalcanti, Cabral e Antunes (2012), o controle social trata-se de uma marca de identidade do campo da saúde coletiva, entendida como estratégia política de resistência à exclusão social, e com sentido de integrar múltiplas formas de ação coletiva voltadas para a obtenção e a ampliação do acesso a bens e serviços de consumo coletivo.

Sua prática, como visto, está permeada de fragilidades. Mas representa o espaço de luta para atendimento das necessidades da população. É, portanto, uma ferramenta indispensável, não somente para consolidação do sistema de saúde, mas também para redução das iniquidades, à medida que assegura e amplia a luta pelos direitos sociais.

### *5.2.9 O pacto federativo e a organização do sistema de saúde*

Há diferentes formas de organização do Estado (monarquia e república), formas de governo (unitário, federação e confederação) e sistemas de governo (parlamentarismo e presidencialismo). No caso do Estado brasileiro, optou-se por uma República Federativa Presidencialista. Este desenho do Estado não se deu por acaso, mas guarda relação com especificidades históricas da nação e do seu povo, mais precisamente, das elites detentoras do poder nos contextos de mudança (PEREIRA, 2009).

Na sua história, o federalismo brasileiro experimentou períodos de centralização (1930-1945 e 1964-1985) e descentralização (1889-1930 e 1946-1964) relativamente bem definidos, até o estabelecimento do modelo atual, configurando um movimento pendular que estudos relacionam com os regimes autoritários ou com a ordem democrática (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012; VIANA; MACHADO, 2009).

A atual estrutura federativa do país, resultante da promulgação da Constituição de 1988 e que considerou os municípios entes federativos, foi uma resposta à época da ditadura militar, quando predominou o segundo período de centralização no país. Elisa destacou, em seu discurso, os períodos de centralização e descentralização que marcaram a história do federalismo brasileiro.

[...] eu acho que tem vários estudos recentes sobre o federalismo brasileiro, e eles mostram o seguinte, que o Constituinte apostou na descentralização. Que era até uma forma de se contrapor à centralização que predominou no período da ditadura. Então tem esse viés, como a ditadura foi centralizadora, a redemocratização vai ser descentralizadora, como sinaliza o federalismo no

Brasil ao longo do tempo, que tem esses ciclos, tem o ciclo de centralização e tem o ciclo de descentralização [...]

Segundo Dourado, Dallari e Elias (2012) o federalismo é uma forma de organização do Estado que se originou do equilíbrio entre a centralização e a descentralização do poder político. O Estado federal corresponde à necessidade de manutenção da unidade na diversidade, ou seja, o poder não se encontra concentrado em um único núcleo, nem tampouco pulverizado

A organização institucional do SUS reproduz a organização tríplice e legitima a autonomia das três esferas de governo na gestão de ações e serviços de saúde. Representa, assim, o arcabouço do federalismo sanitário brasileiro (DOURADO; ELIAS, 2011).

Na discussão sobre a influência do pacto federativo na organização do sistema de saúde, houve apenas um entrevistado que se declarou “municipalista convicto”, defendendo o município como a base do sistema de saúde, devendo receber o apoio necessário das demais esferas de governo, para que possa, por meio da descentralização, realizar as ações e serviços de saúde. Percebeu-se em seu discurso que enquanto esfera principal do sistema, os municípios se organizariam em regiões para responder os vazios assistenciais.

[...] Então eu acho que assim, o município ele tem que ser considerado a base do sistema, acho que existe um preconceito enorme contra os municípios. [...] como se o nível estadual e o nível federal ao longo dos anos tivessem sido capazes de resolver as questões de saúde, o que não foram. [...] a defesa que eu faço é que teríamos que descentralizar recurso. Sou da parcela que defende a reforma tributária, que a maior parte de recursos fique no eixo do município e aí sou municipalista mesmo [...] Mas nunca mudar o papel do município no sistema. (Entrevistado Fábio)

Contrariamente, a maioria absoluta dos entrevistados apontou que a atual organização política do sistema de saúde é um dos principais aspectos que contribui para fragmentação do sistema e que desafia a consolidação dos princípios e das diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde.

[...] eu acho que tão grave quanto o subfinanciamento, [...] é essa fragmentação federativa [do SUS] [...] (Entrevistado Ruy)

A questão do pacto federativo e da organização do sistema de saúde que tem como base o município é um elemento complicador da organização das redes de saúde [...] (Entrevistado Sérgio)

A particularidade da organização federativa brasileira, estabelecida pela Constituição Federal de 1988, tornou complexa a construção de um sistema nacional de saúde, pois tanto estados quanto municípios representam entes federados, sem relação hierárquica. Essa complexidade é evidenciada pela problemática da fragmentação do sistema, pelo desigual acesso da população às ações de saúde, pela marcante heterogeneidade entre estados e entre municípios (ALMEIDA FILHO, 2009).

Dois entrevistados destacam inclusive, que a organização do sistema de saúde tendo como esfera principal o município inviabiliza a oferta oportuna e resolutiva de ações e serviços de saúde.

O Brasil é o único país do mundo que tem três esferas de governo e que a esfera local não tem nenhuma diferenciação [...] eu não vejo mais ninguém no Brasil, alguém que acha que o município é o ente privilegiado, o único ente (Entrevistado Gilson)

[...] a gente não vai ter um sistema, rede, integralidade, universalidade, com base em município [...] (Entrevistado Ruy)

Essa estrutura federativa brasileira, consagrada pela Constituição Federal de 1988, alçou definitivamente os municípios à condição de entes federados (DOURADO; ELIAS, 2011).

De acordo com Spedo, Tanaka e Silva Pinto (2009) durante o processo de descentralização das responsabilidades sanitárias, foram instituídos sistemas municipais de saúde, com distintos potenciais resolutivos, independentemente da capacidade de governo dos municípios para assumir esse papel. Agravando essa situação, os municípios contavam com precária cooperação e apoio técnicos das esferas estadual e federal.

A esse conjunto de desafios somam-se as dificuldades de tornar o espaço territorial e populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondentes a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços, com todos os níveis de complexidade (ACIOLE, 2012).

Como consequência à transformação do município em ente federado, dotado de autonomia administrativa e financeira, foi necessário redistribuir as responsabilidades entre as três esferas da federação. Porém, os estados e municípios dependem de um poder central e competem por recursos para o exercício de suas responsabilidades (PEPE et al., 1997).

Segundo Ruy, o limite imposto por essa fragmentação foi reconhecido pela gestão pública desde 2002, que tem proposto pactos para superação de suas repercussões na



organização política do SUS, mas que, no entanto, não tem sido suficientes para enfrentar o problema.

[...] de 2002 para cá, a gestão pública reconheceu isso [o problema da fragmentação], o CONASS, o CONASEMS, o Ministério da Saúde começaram a pensar nos pactos de saúde, a partir da NOAS para cá, e agora com esse contrato público, o COAP. Eu acho que são avanços legislativos, mas que não tem demonstrado efetividade [...]

Os princípios que inspiram a forma federativa de governo são a igualdade, a autonomia e a cooperação. O próprio termo federal, derivado do latim, significa pacto. Ao reunir os três princípios pode-se dizer que o federalismo significa o esforço de parceria para o estabelecimento de uma unidade entre os seus entes constituintes, sendo mutuamente reconhecida a igualdade e a integridade de cada um desses entes (PEPE et al., 1997).

Nos últimos vinte anos, foi necessária a adoção de mecanismos de coordenação e acomodação das tensões federativas em saúde no Brasil mediante pactos que em 2006 foram unificados no Pacto pela Saúde. As mudanças decorrentes deste movimento representam, sem dúvida, avanços na política de pactuação do SUS. Mas os avanços, isoladamente, não asseguram que os gestores cumpram suas metas pactuadas, alcancem os indicadores e muito menos usem o pacto de maneira dinamizadora (GUERREIRO; BRANCO, 2011; LIMA et al., 2012).

Outro entrevistado reforça que a disparidade existente entre a capacidade de governança dos municípios, repercute negativamente na organização do sistema de saúde. Segundo Gilson, “nenhum município é autossuficiente e nem deve ser, porque senão a gente vai desperdiçar um recurso que a gente não tem [...]”.

De acordo com Rodrigues (2014) no afã do processo descentralizador, não foi considerada a realidade demográfica dos municípios brasileiros, que não possuíam população suficiente para demandar um sistema de saúde propriamente dito, com diferentes níveis de complexidade da atenção.

Em sua maioria, os municípios brasileiros são considerados de pequeno porte; 70,0% deles têm menos de 20 mil habitantes e 89,0% têm até 50 mil habitantes (IBGE, 2014). Esses dois grupos não tinham população suficiente que justificasse a existência de unidades de saúde de caráter secundário ou terciário (RODRIGUES; 2014).

Segundo Ruy, é importante a conformação de territórios de base populacional e o fortalecimento das redes de saúde, mediante a consolidação dos pactos e mediação dos

conflitos políticos entre as esferas de governo, ações essenciais para organização do sistema e atendimento às demandas de saúde.

São várias cidades, um milhão, três milhões de pessoas. Pensar na rede integral, desde o hospital até a atenção básica, vigilância, enfim, isso a gente sabe como fazer, mas por problemas de conflitos de interesses, de políticos, a gente não tem conseguido [...]

As diversidades que caracterizam as realidades regionais exigem o fortalecimento do território no processo de planejamento e formulação de políticas de saúde. Isso significa que a descentralização e a regionalização, só poderão ter viabilidade se articuladas a políticas de desenvolvimento regional de médio e longo prazo (LIMA et al., 2012).

Esse entendimento reforça a importância das redes de saúde, enquanto mecanismos capazes de organizar, de forma integrada, sob a coordenação da atenção primária em saúde, os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança (MENDES, 2013).

De acordo com Gilson, há um espaço propício para discussão sobre a organização do sistema de saúde resolutivo, integral e equânime. O entrevistado reconhece a importância de debates que fomentem a reformulação das responsabilidades sanitárias, redesenhando o modelo assistencial e consolidando campos permanentes de diálogo e construção do sistema de saúde.

[...] acho que há um ambiente politicamente favorável, que deve ser aproveitado nos próximos anos para pensar mecanismos que mantenham a responsabilização do município, mas que permitam pensar como fazer pactos permanentes de oferta de serviços e de ações de saúde, com racionalidade, com escala, com referência fácil, ou seja, garantindo o acesso das pessoas aos serviços e ações de saúde.

Guerreiro e Branco (2011) apontam para necessidade de realização de estratégias que garantam mecanismos reais de cooperação técnica e financeira entre as instâncias de governo. Segundo Lima et al. (2012) as experiências apontam que é preciso avançar na configuração de estratégias e instrumentos de planejamento, regulação e financiamento que possam apoiar a conformação de sistemas públicos de saúde regionais em diferentes recortes territoriais.

O momento político atual indica que se deve ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, mediante a organização de sistemas de saúde funcionais em todos os

níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais (ACIOLE, 2012).

Diante da crise estabelecida por essa fragmentação, um entrevistado aponta a necessidade urgente de reforma e construção de políticas que superem o modelo de organização do sistema de saúde baseado no município. Formula, inclusive, proposta capaz de otimizar a estrutura existente e assegurar o direito social do cidadão, de acesso universal à saúde.

Eu ando defendendo que a gente tem que fazer uma reforma radical disso. Eu defendo a gente criar um SUS Brasil tripartite, uma autarquia pública do SUS, separar um pouco do poder executivo e que seja montada a partir das regiões e não dos municípios, com a gestão dos municípios na Itália. Os municípios indicando os secretários regionais de saúde, os colegiados, construindo as políticas, a gestão pode ser até municipal da atenção básica, mas eu acho que a gente tem que fazer uma reforma grande, porque é um impasse. [...] a gente tem que pensar novas propostas, nem sei se é essa a minha, eu só estou tensionando o campo [...] (Entrevistado Ruy)

A atual conformação do sistema de saúde foi considerada, nas entrevistas, um dos principais desafios para consolidação do SUS. A heterogeneidade dos municípios brasileiros e de sua capacidade de governança tem limitado a garantia dos princípios e diretrizes que sustentam o sistema nacional de saúde.

As iniciativas propostas para enfrentamento da fragmentação da organização do sistema não tem sido efetivas, o que aponta para necessidade de superação do caráter formal dos pactos estabelecidos, a fim de que se conformem de fato, as relações intergovernamentais e as redes de saúde, efetivas e resolutivas.

Percebe-se que é preciso, além de promover a articulação entre as três esferas de governo para que atuem em um coletivo solidário, considerar, também, as diversidades que afetam a sociedade brasileira. O acesso universal as ações e serviços de saúde é um direito social e esse deve ser o eixo estrutural do sistema de saúde.

### 5.3 Análise Síntese

#### *5.3.1 A continuidade dos avanços sociais. O que é preciso ser feito?*

O país vivenciou, durante os quinze anos estudados, mudanças nas suas estruturas demográfica, social e econômica.

A redução das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade observadas são reflexos do processo de transição demográfica que vem ocorrendo no Brasil desde metade do século passado. Mudanças que refletem sobre a sociedade e que foram discutidas por todos os entrevistados, que apontaram os importantes desafios impostos por essas transformações, a serem enfrentados por um conjunto articulado de políticas estruturais.

Esse perfil proporciona um momento singular, de oportunidades, caracterizado pelo bônus demográfico. A redução da fecundidade e da natalidade, associada à redução da mortalidade e aumento da expectativa de vida, determina o crescimento da população adulta jovem, economicamente ativa.

O país está vivenciando essa janela de oportunidade que se estenderá até a década de 2040. Trata-se de um momento único, que se aproveitado, favorecerá o desenvolvimento do Brasil.

Os entrevistados evidenciaram a necessidade de realização de políticas públicas sociais para que o país possa aproveitar esse momento que vivencia. Um dos grandes sustentáculos é a política educacional. A necessidade de investimento na educação, com ampliação do acesso e sua qualificação, foram aspectos cruciais citados nas entrevistas, para que o país possa aproveitar o bônus demográfico. Houve um consenso sobre os avanços observados na qualificação técnica, destacando-se o seu papel enquanto elemento propulsor do desenvolvimento e redutor das desigualdades sociais.

No entanto, foi evidenciado que apesar desse grande investimento, há ainda uma deficiência na educação básica e fundamental. Destacou-se a importância das políticas públicas direcionadas à população jovem, que no futuro, representará a população economicamente ativa e o apoio aos idosos.

E nesse contexto, a educação não será somente um propulsor do desenvolvimento, mas também fundamental para garantia de uma vida saudável. E como visto, trata-se de um mecanismo de fortalecimento da cidadania que subsidia o maior acesso aos serviços de saúde.

Foi destacado ainda o desafio que o processo de transição demográfica impõe à previdência social do país. A população idosa cresceu, nestes quinze anos, mais de 80,0% e a população adulta, cerca de 43,0%. Essas mudanças exigem uma reforma na previdência social, assegurando os recursos financeiros necessários para atender às demandas atuais e futuras geradas por esse aumento populacional.

Neste caso, evidenciou-se a possibilidade de co-participação do trabalhador, complementando de forma privada a sua renda futura. Uma questão polêmica, mas

considerada na discussão sobre a sustentabilidade da previdência social num cenário de novas demandas.

A transição demográfica também desafia a estruturação do sistema de saúde. A saúde como resultado do desenvolvimento sustentável, mas também como causa desse desenvolvimento. Não somente por meio da organização da rede de atenção que atenderá as demandas geradas pela nova estrutura demográfica, mas também pela realização de ações que promovam a saúde e previnam a ocorrência de doenças.

O modelo de atenção à saúde deve priorizar não somente as demandas atuais, mas preocupar-se em planejar uma estrutura que responda às necessidades geradas pelo futuro perfil demográfico e, conseqüentemente, epidemiológico do país.

Às mudanças demográficas observadas, soma-se no período estudado, a melhoria nas condições sociais da população brasileira. A média de anos de estudo da população brasileira com 25 anos e mais aumentou mais de 37,0% no período, mas como identificado, o país ainda tem uma das menores média, quando comparado aos países do BRICS, por exemplo.

Esse aspecto foi amplamente discutido pelos entrevistados. A educação, como já mencionado, foi apontada como um dos pilares para que as mudanças observadas sejam permanentes. Além disso, a sua universalização por si só não será suficiente para ampliar as conquistas alcançadas, ela deve ser associada à sua qualificação, esse investimento é fundamental para que se produza a qualidade da educação.

Observou-se também uma redução da proporção da população abaixo da linha da pobreza. Em 1995, primeiro ano estudado, 35,1% dos brasileiros tinham uma renda domiciliar per capita inferior à linha de pobreza. Em 2012, esse percentual representava 15,9% da população. Uma redução inquestionável, sobretudo após o ano de 2003.

A melhoria da condição econômica da população brasileira foi relacionada pelos entrevistados, sobretudo, à adoção, por parte do Estado, de uma política econômica voltada para redução da desigualdade.

A mudança observada e a sua continuidade foram associadas nas entrevistas principalmente aos programas de transferência de renda, representados especialmente, pelo Programa Bolsa Família, implantado em 2003. No entanto, ainda segundo as entrevistas realizadas, é preciso expandir e qualificar, bem como investir no monitoramento do programa. Apesar disso, os atores entrevistados reconhecem a sua importância, mas destacam a necessidade de investimento na qualificação dos seus beneficiários.

O entrevistado David propôs mais que isso. Sugeriu a superação do cunho assistencialista, transformando-o em um programa de renda básica, proposição como vista, ousada, mas que pode ser um caminho para equidade econômica e erradicação da pobreza.

A maioria dos entrevistados concorda, entretanto, que o aumento da renda familiar não é por si só, suficiente para superar as desigualdades existentes no país. Elisa, em sua entrevista, aponta que a redistribuição de renda foi apenas um dos componentes da desigualdade atingido pelo Estado. Destaca que há ainda estruturas na sociedade brasileira que representam importantes desafios e que são fontes da acentuada desigualdade que marca o país.

Logo, percebeu-se que além da redistribuição de renda, é essencial que o país promova políticas estruturais que produzam resultados positivos e sólidos nas condições de vida da população.

O sistema de saúde, nesse cenário, foi apontado não somente como resultado das transformações sociais, mas também como propulsor do desenvolvimento observado no país. Sendo assim, evidenciou-se a necessidade de fortalecimento do sistema de saúde, público, universal e efetivo, um elemento fundamental para coesão social e econômica do país.

As conquistas observadas foram responsáveis por significativas transformações nas condições de vida da população, entretanto, ainda persistem desigualdades importantes. Não houve um consenso entre os entrevistados sobre a superação das desigualdades, alguns acreditam que em pouco tempo, a desigualdade no país terá atingido níveis aceitáveis. Outros acreditam que a dívida social é tamanha, que o país ainda terá um longo caminho a percorrer.

Percebeu-se nesse contexto, que a redução das iniquidades dependerá da postura adotada pelo Estado brasileiro, a partir da manutenção e o fortalecimento das ações que vem sendo realizadas nos últimos anos e que promoveram mudanças importantes no cenário das desigualdades. Trata-se, portanto, da defesa de um projeto social que vise assegurar os direitos e as necessidades da população.

E a saúde tem papel fundamental no cenário de redução da desigualdade. Deve ser reconhecida como direito e promover o bem estar social. E num país marcado pela extensão e diferenças inter e intrarregionais, o aprofundamento dos determinantes sociais é fundamental para que essas desigualdades sejam superadas.

### *5.3.2 O perfil epidemiológico brasileiro e as respostas do SUS às necessidades de saúde*

As mudanças observadas no perfil de mortalidade no país durante o período de 1996 a 2010 são reflexos dos avanços identificados nas condições de vida da população brasileira, bem como da qualidade das informações relativas à mortalidade e da ampliação da oferta de ações ambulatoriais, sobretudo a significativa expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família e da oferta de procedimentos ambulatoriais.

Porém, é importante destacar que foram analisadas informações sobre causas de mortes consideradas evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde, portanto, uma situação ainda indesejada. E o quadro encontrado demonstra parte do complexo perfil epidemiológico que caracteriza a transição vivenciada pela sociedade brasileira. Um perfil atípico, polarizado ou desigual, como já discutido, que se caracteriza pela convivência das doenças transmissíveis e doenças crônicas, além da associação das causas externas, e que exige do Estado, ações dinâmicas que atendam às diversas necessidades de saúde.

Como observado, não houve consenso entre os entrevistados sobre a organização do sistema de saúde para responder às demandas geradas por esse perfil epidemiológico. Percebeu-se, nas entrevistas, que há importantes avanços, mas que ainda persistem desafios que precisam ser superados, mediante a organização de políticas articuladas e permanentes. Essa análise foi realizada pelos entrevistados que optaram por discutir as respostas do sistema de saúde enfatizando as diferenças entre as doenças transmissíveis, aquelas não transmissíveis e as causas externas.

Quanto às doenças transmissíveis, em algumas entrevistas, foram evidenciadas as conquistas obtidas pelo sistema de saúde. Nesse contexto, foram citados programas tradicionais como o Programa Nacional de Imunização e outros recentes, e ainda polêmicos, como o Programa Mais Médicos. De fato, observou-se uma redução na mortalidade por doenças transmissíveis, mas a tuberculose, por exemplo, apresentou uma redução média de apenas 0,1 óbitos a cada cem mil habitantes no período estudado.

Trata-se da persistência, como observado nas entrevistas, de doenças arcaicas que representam o perfil de desigualdade da sociedade brasileira e que ainda desafiam o sistema de saúde. O que demonstra, como estudado, que é fundamental consolidar e fortalecer políticas públicas que assegurem a universalização da atenção à saúde no país.

Complexificando o perfil epidemiológico do país, observou-se que associado à persistência de algumas doenças transmissíveis, há o crescimento da mortalidade por doenças

crônicas não transmissíveis, além do acelerado envelhecimento populacional, característica que amplia o desafio a ser enfrentado pelo sistema de saúde. Como observado, houve um crescimento dos óbitos por neoplasias, doenças hipertensivas, diabetes e infecções respiratórias, além disso, a população idosa cresceu em 82,3% no período estudado.

Os entrevistados acreditam que o país não está organizado para responder às necessidades de saúde geradas pelo envelhecimento populacional. Um contingente populacional que cresce a passos vertiginosos e que traz consigo demandas atuais e futuras. Demandas que exigem ações atuais para assistir às doenças crônicas e limitações que exigem cuidados e medicação contínua, além de exames periódicos. E ações futuras, inovadoras, que criem espaços para apoio e acolhimento, promoção da saúde, prevenção de doenças e redução de incapacidades.

A consolidação da rede de saúde, nesse contexto, foi identificada como estratégia essencial para enfrentamento das doenças crônicas, devendo ter a atenção básica como principal porta de entrada, na construção de uma rede de saúde solidária e resolutive.

Outra questão importante, presente nas entrevistas, e identificada como desafiante para o sistema de saúde, foi a assistência às neoplasias, cuja mortalidade ampliou 37,2% no período estudado. As projeções realizadas pelo Instituto Nacional do Câncer apontam o crescimento da incidência e mortalidade por neoplasias, o que exige o fortalecimento não somente da rede de apoio, mas também das ações de prevenção. E mais uma vez, a consolidação da rede de saúde, com garantia de acesso aos cuidados, foi citada como fundamental para redução da mortalidade e aumento da sobrevida.

Nesse contexto, como observado no período estudado, houve o aumento da Estratégia de Saúde da Família, que tem a prevenção e a promoção da saúde como eixos orientadores de sua atuação, bem como se observou a ampliação da atenção ambulatorial, destacando-se um crescimento significativo da assistência de alta complexidade. A assistência hospitalar na clínica cirúrgica também cresceu, mas ainda é insuficiente para atender o perfil complexo e a tripla carga de doença que caracteriza a população brasileira, como identificado nas entrevistas.

Principalmente porque, além das doenças crônicas não transmissíveis e do envelhecimento populacional, percebe-se o aumento das causas externas, importante problema de saúde pública e que exige uma atenção especializada e na maioria das vezes, de alta complexidade.



As entrevistas apontaram importantes avanços na atenção às vítimas de violência, principalmente na redução da mortalidade, foco de atuação do sistema, mediante a implantação da atenção pré-hospitalar, representada, sobretudo pelo SAMU.

No entanto, os entrevistados evidenciaram que a violência é reflexo das desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira e o seu enfrentamento exige uma articulação intersetorial. Apesar dos avanços observados nas condições de vida da população, há diferenças profundas que persistem e que influenciam no perfil de ocorrência da morbidade e mortalidade por causas externas.

Como observado, essa desigualdade influencia o padrão sanitário da população. Há uma forte relação entre os determinantes sociais e a equidade na saúde. É preciso, por isso, estabelecer a coerência entre a situação de saúde e a organização do sistema de saúde, fortalecendo a rede de cuidados, consolidando a atenção básica como principal porta de entrada. Essa organização é urgente. É preciso reestruturar o sistema de saúde para que se consiga atender às necessidades geradas pelos atuais e futuros perfis demográficos e epidemiológicos. Assim, é possível enfrentar não somente a tripla carga de doenças que acomete a população brasileira, mas também, o envelhecimento populacional e suas consequências.

### *5.3.3 A defesa do sistema universal*

A conquista da universalidade representou o resgate de uma dívida do Estado com a população brasileira, assegurando a cidadania substantiva, e não regulada por vínculos produtivos ou caridade, como estudado.

Os entrevistados evidenciaram essa conquista, destacando a sua importância para garantia do acesso às ações e aos serviços de saúde. Além disso, um dos entrevistados apontou a contribuição dos sistemas universais de saúde inclusive para o desenvolvimento econômico de um país.

Entretanto, apesar da inquestionável conquista, três entrevistados não reconhecem a cobertura universal da assistência pública da saúde. Como observado, havia ainda, apesar do direito da universalidade, 46 milhões de brasileiros sem cobertura da principal estratégia de saúde do país (ESF), mesmo não considerando o percentual da população, que já era assistida pela saúde suplementar em 2010.

No entanto percebeu-se, a partir do discurso de um dos entrevistados, que a questão não é, por si só, assegurar o acesso universal, mas enfrentar a desafiante relação deste princípio com os outros dois, a integralidade e a equidade. Assim como estudado, o direito à universalidade, se não associado à equidade e integralidade, pode-se configurar um risco, ampliando as barreiras e as desigualdades históricas existentes na sociedade brasileira.

Isso significa, como apontado em uma entrevista, que na organização do sistema de saúde, a questão da universalidade estaria relacionada à capacidade do sistema de integrar as ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Consolidar redes solidárias e eficientes, capazes de responder oportunamente às diversas demandas geradas pela sociedade.

A segmentação do sistema de saúde brasileiro, dividido pela polaridade público e privado, foi identificada como um dos grandes e cada vez mais crescentes desafios para universalidade. Sobretudo porque o sistema de saúde tem sido responsável, inclusive, pela atenção de alta complexidade gerada pela população beneficiada por planos de saúde, o que tem onerado os cofres públicos, que dispõem de recursos financeiros já escassos.

Outra questão relevante, e apontada nas entrevistas, foi o também crescente fenômeno da judicialização. A garantia às ações e aos serviços de saúde mediante a intervenção do Poder Judiciário tem aumentado em todo território nacional, exigindo a reorganização do sistema e o debate, como identificado, do seu papel na assistência à saúde e do seu impacto no financiamento do sistema.

Essas demandas ampliam o desafio imposto pelo subfinanciamento do SUS. A questão do financiamento foi apontada, inclusive, como um dos principais desafios, desde a sua implantação, para que o sistema assegure o acesso universal, integral e equânime as ações e serviços de saúde.

A atual conjuntura, conforme os dados estudados, aponta para um pequeno crescimento do gasto total per capita e uma redução dos gastos federais com saúde em valores atualizados entre 2000 e 2010. Além disso, estados e municípios apresentaram um avanço maior no financiamento do sistema.

Evidenciou-se nas entrevistas a necessidade de reforma do financiamento do sistema, não somente mediante a discussão da redução dos benefícios fiscais concedidos ao financiamento privado em saúde, mas que também contemple o aumento do repasse financeiro, com priorização do investimento público e criação de novas fontes de recursos.

A tensão existente entre o direito da universalidade e o desafio do financiamento foi permanentemente citada nas entrevistas. A pequena evolução da participação da União,

principal detentor das receitas financeiras, no repasse financeiro ao sistema compromete a defesa do direito à saúde, assumido pelo Estado.

Um dos entrevistados enfocou inclusive que a consolidação do sistema está intimamente relacionada ao reconhecimento da sociedade. Mencionando o exemplo da Inglaterra, relembra a importância da defesa da população, que assumiu maiores encargos financeiros para garantia do sistema de saúde público e universal.

Nesse contexto, houve um consenso de que atualmente, o exercício do controle social, na sua forma institucionalizada, muitas vezes, não representa as necessidades da população. As críticas apontam, também, para os interesses e conflitos que permeiam as relações internas. Em virtude disso, alguns entrevistados destacaram uma maior participação dos movimentos sociais independentes na formulação de políticas públicas e na segurança do direito à saúde.

A participação ativa dos cidadãos na defesa dos direitos sociais é fundamental para efetivação do controle da sociedade. Não somente no controle, mas, sobretudo, na garantia das condições necessárias para o funcionamento desse sistema. Assim, percebeu-se que a máxima aproximação da política de saúde com a realidade vivenciada pelos usuários é fundamental para que se possa garantir a representação da população e o fortalecimento dos mecanismos de planejamento, formulação e monitoramento das políticas de saúde.

Nesse sentido, um dos entrevistados apresentou instrumentos que podem fortalecer a participação da população e consolidar a discussão das políticas de saúde e dos seus resultados. Desta forma, o empoderamento e a autonomia serão essenciais para o exercício do controle social e para defesa de um sistema de saúde que atenda ao complexo perfil epidemiológico e demográfico do país.

Não obstante, a organização institucional do SUS que reproduz a disposição autônoma das três esferas de governo na gestão da saúde também foi apontada como um dos principais aspectos que contribui para fragmentação do sistema.

Apenas um entrevistado declarou-se radicalmente municipalista, defendendo a papel do município enquanto principal organizador do sistema. Os demais entrevistados, consideram, por sua vez, que a fragmentação da organização política do sistema de saúde, tendo como esfera principal o município, inviabiliza a noção de sistema e a consolidação das redes de saúde.

Um dos entrevistados destacou, inclusive, a diversidade entre os municípios brasileiros e sua capacidade de governança. Por isso, em outra entrevista defendeu-se a conformação de territórios de base populacional e enfatizou-se a importância das redes de saúde.

Observou-se que é preciso criar espaços de discussão dos principais aspectos que dificultam a consolidação do SUS. Segundo um dos entrevistados, é preciso estimular os debates sobre as responsabilidades sanitárias e o papel das esferas de governo. Outro entrevistado ousou mais, formulando uma proposta inovadora que aponta para necessidade de otimizar a estrutura existente e assegurar o direito social do cidadão, de acesso universal à saúde.

O que é preciso? Revisitar os ideais que legitimaram o Movimento Sanitário Brasileiro. Assegurar que a garantia da universalidade representa a maior conquista social da população brasileira. Mas para que se torne realidade, é preciso fortalecer o movimento em defesa do SUS.

O desafio do financiamento precisa ser enfrentado e essa questão é urgente. Estados e municípios tem ultrapassado os limites constitucionais e a União tem evoluído pouco no repasse de recursos. Mas essa não é a única luta a ser travada. À ela aliou-se a necessidade de que a sociedade brasileira reconheça o sistema de saúde e participe da sua defesa. Por isso, é preciso qualificar o controle social, fortalecer a comunidade e assegurar a participação social e a fiscalização das políticas públicas.

Além disso, é preciso superar o caráter formal das normas e diretrizes instituídas desde a implantação do SUS, promovendo a articulação entre as três esferas de governo para que atuem em um coletivo capaz de consolidar as redes de saúde e superar as desigualdades que marcam a sociedade brasileira.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos do trabalho e os resultados encontrados nas abordagens quantitativa e qualitativa, evidenciou-se:

- a) O país vivencia a terceira fase da transição demográfica, estando em pleno bônus demográfico. Momento único na história de um país, mas que precisa ser oportunamente aproveitado, para que gere possibilidades ao desenvolvimento. Nesse contexto, percebeu-se nas entrevistas que é preciso ampliar e fortalecer as políticas públicas, sobretudo de educação e saúde, mediante ações permanentes e orientadas para ampliação do acesso e qualificação dos serviços;
- b) Os avanços sociais identificados no período estudado representam o resultado de políticas sociais que objetivaram enfrentar a grande dívida social que marca a sociedade brasileira. Reflexo, sobretudo, das políticas de transferência de renda. Os entrevistados acreditam, que a sua manutenção é essencial para continuidade dos avanços sociais, mas que, além disso, é preciso associar outras políticas estruturais, e mais uma vez, destacaram a educação e a saúde, como campos essenciais para promoção do desenvolvimento sustentável do país;
- c) A tripla carga de doença, que há algum tempo caracteriza o complexo perfil epidemiológico do país, desafia a organização do sistema de saúde. Como observado, este perfil polarizado impõe desafios para o enfrentamento de doenças que ainda representam o atraso do passado, mas também de agravos importantes, que são reflexos da modernidade. Foi possível observar, que o sistema de saúde em parte, acompanha as mudanças e em outra, não se adequa às necessidades atuais e futuras;
- d) O financiamento do sistema de saúde não apresentou crescimento condizente com os desafios e oportunidades oferecidas. A priorização do investimento público é urgente, além da criação de novas fontes de recursos. O desafio do financiamento persiste e precisa ser enfrentado;
- e) A universalidade do sistema foi uma conquista inquestionável. Representou o resgate de uma dívida e garantia da cidadania. Mas a sua continuidade está em risco. O subfinanciamento do sistema, o maior investimento privado em saúde, a crescente judicialização do sistema, tem sido questões que desafiam a garantia do direito universal e que por isso, precisam de medidas urgentes de enfrentamento e reversão;

- f) O controle social, institucionalizado na forma de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde tem apresentado uma organização fragilizada. Nesse sentido, os entrevistados apontaram que os movimentos sociais independentes têm representado melhor os interesses da população. Essa questão levanta a necessidade de qualificação do controle social e implantação de novos mecanismos, mais próximos da população, a fim de fortalecer o planejamento, a fiscalização e a execução das políticas públicas;
- g) A atual forma de organização do sistema de saúde, fragmentada, tem inviabilizado a garantia das ações e serviços de saúde. Percebeu-se que é preciso superar a formalidade que existe nos diversos pactos estabelecidos desde a implantação do SUS, para que se possa estabelecer, de forma concreta, as relações intergovernamentais e as redes de saúde, efetivas e resolutivas.

Este estudo sobre as condições de vida e saúde utilizou informações de bases de dados secundários, oficiais e relevantes do país. A riqueza das discussões realizadas apenas foi possível porque os dados foram relacionados à percepção de importantes atores sociais, que vivenciam em seu cotidiano a luta pela justiça social.

Por mais que o estudo tenha debatido questões fundamentais para consolidação do sistema de saúde, em virtude da profundidade do tema, não é conclusivo, embora tenha contribuído para compreensão da política de saúde do país.

É importante que sejam realizados mais estudos para análise da evolução das condições socioeconômicas e da assistência à saúde, o momento de transição demográfica vivenciado e o novo perfil epidemiológico e suas demandas para o sistema de saúde.

Enfrentar esse processo é um desafio. Frente às mudanças, há a necessidade recolocar a saúde na agenda, tornando-a prioridade política em todos os níveis governamentais, assim como, reorientar o planejamento para estruturar os serviços, programas e sistema de saúde, e assim responder às velhas e novas demandas, orientando investimentos em setores estratégicos e direcionando políticas específicas que visem à melhoria da qualidade da assistência à saúde ofertada à população.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G. Falta um pacto na Saúde: elementos para a construção de um Pacto Ético-Político entre gestores e trabalhadores do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 684-694, 2012.
- ADORNO, R. C. F.; CASTRO, A. L. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 172-185, 1994.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 1, p. 73-82, 2011.
- ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 23-36, 2002. Suplemento.
- ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; VIEIRA, C. A. L. **Distritos Sanitários: Conceção e Organização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 1).
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009.
- ALVES, H.; ESCOREL, S. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington , v. 34, n. 6, p. 429-436, 2013.
- ALVES, J. E. D. **A transição demográfica e a janela de oportunidade**. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial, 2008.
- ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, n. 40, p. 8-15, 2014.
- ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Transições urbanas e da fecundidade e mudanças dos arranjos familiares no Brasil. **Cadernos de Estudos Sociais**, Recife, v. 27, n. 2, p. 91-114, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.fundaj.gov.br/index.php/CAD>>. Acesso em: 6 fev. 2013.
- ALVES, J. E. D.; VASCONCELOS, D. S.; CARVALHO, A. A. **Estrutura etária, bônus demográfico e população economicamente ativa no Brasil: cenários de longo prazo e suas implicações para o mercado de trabalho**. Textos para discussão. Cepal. Brasília, DF: CEPAL, escritório no Brasil: IPEA, 2010.
- AMÂNCIO-FILHO, A. Sobre o Risco Necessário de Apostar no Futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 505-507, 1994.
- ANTUNES, J. L. F. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p.562-567, 2008.

- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.21, n.4, p.533-538, 2012.
- BANDEIRA, L. Introdução. In: BONETTI, A. L.; ABREU, M. A. (Org.). **Faces da desigualdade de gênero e raça no Brasil**. Brasília: Ipea, 2011. p. 9-16.
- BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 615-626, 2007.
- BAQUERO, C. M. J. Formas alternativas de participação política ou naturalização normativa? Cultura política e capital social no Brasil. **Revista Política e Sociedade**, Florianópolis, v. 5, p.165-186, 2004.
- BARACHO, M. **Iniquidades reafirmam urgência por debates sobre um modelo social mais igualitário**. Recife, 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/2013/02/estados-do-nordeste-apresentam-perspectivas-de-ampliacao-do-servico-de-saneamento>>. Acesso em: 6 fev. 2013
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.
- BARATA, R. B. Causalidade e epidemiologia. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701997000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 set 2012.
- BARRETO, L.B. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **The Lancet**, London, v. 377, p. 47-60, 2011.
- BARROS, R. et al. **Determinantes da queda na desigualdade de renda no Brasil**. Brasília: IPEA, 2010. 54p. (Texto para discussão, n. 1460).
- BARROS, R. P.; HENRIQUE, R.; MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 15, n. 42, p. 123-142, 2000.
- BARROS, R.; FRANCO, S.; MENDONÇA, R. **A recente queda na desigualdade de renda e o acelerado progresso educacional brasileiro na última década**. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.uff.br/econ/download/tds/UFF\\_TD220.pdf](http://www.uff.br/econ/download/tds/UFF_TD220.pdf)>. Acesso em: 18 set 2014. (Textos para discussão, n. 220).
- BATISTA, A. S.; JACCOUD, L. B.; EL-MOOR, P. D. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília: MPS, 2008. 162p.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. cap 1, p. 25-49.



BERGMARK, A.; PARKER, M. G.; THORSLUND, M. Priorities in care and services for elderly people: a path without guidelines? **Journal of Medical Ethics**, London, v. 26, p. 312–318, 2000.

BERQUÓ, E. S.; BAENINGER, R. **Os Idosos no Brasil**: considerações demográficas. Campinas: Nepo: Unicamp, 2000. 68p. Disponível em: <[http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/textos\\_nepo/textos\\_nepo\\_37.pdf](http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/textos_nepo/textos_nepo_37.pdf)>. Acesso em: 18 set 2014.

BICHIR, R. M. O Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. **Novos estudos**, São Paulo, v. 87, p. 115-129, 2010.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de Informação em Saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 267-270, 1996.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Brasil**. Brasília, 2015. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **O Plano de Desenvolvimento da Educação**. Razões, princípios e programas. Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa mais médicos. **Diagnóstico da saúde no Brasil**. Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Indicadores municipais. Percentual de Recursos Próprios em Saúde-EC 29. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)>. Acesso em: 28 set. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm)>. Acesso em: 28 set. 2014.

BRASIL. Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação. **Bolsa Família e Assistência Social**. Brasília, 2007b.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 200-202, 2010.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **Journal of epidemiology and community health**, London, v. 57, p. 254–258, 2003.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Brasília, 2001. 24p. Disponível em:

<[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2014.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, 2012.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. 317 p.

BRICEÑO-LEÓN, R. Quatro Modelos de Integração de Técnicas Qualitativas e Quantitativas de Investigação nas Ciências Sociais. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.) **O Clássico e o Novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003. cap. 10, p. 157-186.

BRITO, F. **A reinvenção da transição demográfica**: envelhecer antes de enriquecer? Belo Horizonte: UFMG, Cedeplar, 2010. 21p.

BRITO, F. **A Transição Demográfica e as Políticas Públicas no Brasil**: Crescimento Demográfico, Transição da Estrutura Etária e Migrações Internacionais. Belo Horizonte, 2007. Disponível em: < [www.sae.gov.br/site/wp-content/uploads/07demografia1.pdf](http://www.sae.gov.br/site/wp-content/uploads/07demografia1.pdf)> Acesso em: 16 abr 2013.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.

BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1575-1589, 2007.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMARANO, A. A. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Novo regime demográfico**: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014b. p. 627-654.

CAMARANO, A. A. Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações. In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Novo regime demográfico**: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014a. cap. 5. p. 177-212.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. A população brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Novo regime demográfico**: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014a. cap. 2. p. 81-116

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. **Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011**. Brasília: IPEA, 2013. 39p. (Texto para discussão, n. 1890).

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (Org). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 1-22.

CAMPOS, G. W. S. **A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: < <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na-rede/saude-o-sus-e-o-programa-mais-medicos> >. Acesso em: 28 set. 2014.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.23-33, 2006.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.12, n.2, p.63-75, 2003.

CARVALHO, G. A Saúde Pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. R. **Plano Nacional de Pós Graduação 2011/2020**. Documentos Setoriais. CAPES, v. 2. Brasília: CAPES, 2010. p. 153-174.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.

CASTELLANOS, P.L. **Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales**. Disponível em: <[http://medicina.udea.edu.co/Dependencias/Salud\\_y\\_Sociedad/paginaweb/Documentos%2003/Los%20Modelos%20Explicativos%20del%20Proceso%20Salud%20Enfermedad%20Los%20determinates%20sociales%20-Pedro%20Castellanos.doc](http://medicina.udea.edu.co/Dependencias/Salud_y_Sociedad/paginaweb/Documentos%2003/Los%20Modelos%20Explicativos%20del%20Proceso%20Salud%20Enfermedad%20Los%20determinates%20sociales%20-Pedro%20Castellanos.doc)>. Acesso em: 12 dez. 2014.

CASTRO, C. M.; CASTRO, M. H. M.; LEITE, E. M. Educação no Brasil: atrasos, conquistas e desafios. In: TAFNER, P. (Ed.). **Brasil: o estado de uma nação**. Rio de Janeiro: Ipea, 2006. cap. 3. p. 121-228.

CASTRO, J. A. Evolução e desigualdade na educação brasileira **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 108, p. 673-697, 2009.

CASTRO, J. A.; MODESTO, L. **Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios**. Brasília: Ipea, 2010.

CAVALCANTI, M. L. T.; CABRAL, M. H. P.; ANTUNES, L. R. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1813-1823, 2012.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Diretoria Nacional. Editorial. Revista **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33 n.83, p. 341-342, 2009.

CESSE, E. A. P.; FREESE, E. Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrências das DCNT no século XX. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: UFPE, 2006. v. 1, p. 47-72

CESSE, E. **Epidemiologia e Determinantes Sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezoito anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.171-183, 2010.

COELI, C. M. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.335-336, 2010

COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. Genebra. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde**. Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Genebra, 2005.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Panorama social da América Latina**. Documento informativo. Santiago, 2011. 52 p

COMISSÃO NACIONAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Brasil. **Determinantes sociais da saúde ou por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <[www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br)>. Acesso em: 18 set. 2012.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Brasil, 2008. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

CORBARI, E. C. *Accountability* e controle social: desafio à construção da cidadania. **Cadernos da Escola de Negócios da UniBrasil**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 99-111, 2004.

COSTA, C. K. F. et al. Envelhecimento populacional e a necessidade de reforma da saúde pública e da previdência social brasileiras. **Economia em Revista**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 121-131, 2011.

COSTA, G. D. et al. Saúde da Família: desafios no processo de orientação do modelo assistencial. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 1113-1118, 2009.

COTTA, R. M. M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, 2011.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, 2010.

CRUZ, D. T.; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010.

DEMO, P. Participação e planejamento. Arranjo preliminar. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 31-54, 1991.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Envelhecimento e alocação de recursos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1154-1155, 2004.

DOURADO, D. A.; DALLARI, S. G.; ELIAS, P. E. M. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização no Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 10-34, 2012.

DOURADO, D. A.; ELIAS, S. G. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DRACHLER, M. L. et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n.2, p. 461-470, 2003.

DUARTE, E. C. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil**: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2002. 118p.

ECHEVERRÍA, V. I. Girolamo Fracastoro and the invention of syphilis. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 18 set 2012.

ESPING-ANDERSON, G. As três economias políticas do *Welfare State*. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-150, 1991.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 743-752, 2009.

FLEURY-TEIXEIRA, P. T. F. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 379-386, 2009.

FLEURY-TEIXEIRA, P. T. F.; BRONZO, C. L. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R.P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. cap. 2, p. 37-59.

FORBES, A.; WAINWRIGHT, S. P. On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: a critique. **Social Science & Medicine**, New York, n. 53, p. 801-816, 2001.

FORTES, F. B. A Emenda Constitucional n. 29 de 2000 e os governos estaduais **Lua Nova**, São Paulo, v. 87, p. 167-202, 2012.

FORTES, P. A. C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 696-701, mar, 2008.

FRANCO, S. C.; HERNAEZ, A. M. Capital social e qualidade da atenção à saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1871-1880, 2013.

FREESE, E.; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: Freese, E. (Org). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap 1, p. 17-45.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 57. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014. 253p.

FRENK, J. et al. La transición epidemiológica em América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 111, n. 6, p. 485-496, 1991.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=produ>> Acesso em: 10 abr 2013.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resumo Executivo**. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. New York, 2012.

GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e Territorialização na Perspectiva do Desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.

GARCIA, R. C. **Iniquidade social no Brasil**: uma aproximação e uma tentativa de dimensionamento. Brasília: IPEA, 2003. 41p. (Texto para discussão, n. 971).

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2009.

GOUVEIA, N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.8, n.1, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901999000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901999000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 set 2012.

GRANJA, G. F. et al. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 1, p.72-86, 2010.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.

HELP AGE INTERNATIONAL. **Índice Global del Envejecimiento**: Resumen. 2013. Disponível em: <<http://www.helpage.es/noticias/helpage-international-presenta-el-primern-dice-global-del-envejecimiento/>>. Acesso em: 18 set. 2014.

HÖFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.

IANNI, O. A questão social. **Revista USP**, São Paulo, n. 3, p. 145-153, 1989. Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/03/17-octavio.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

IBGE. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 18 set. 2014.

IBGE. Directoria Geral de Estatística. **População presente**. Rio de Janeiro, 1930. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=cd&o=2&i=P&c=1286>>. Acesso em: 18 set. 2014.

IBGE. **Estimativas populacionais**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 18 set. 2014.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INCA. **Estimativa 2014**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

IPEA. **Indicador Número de Indivíduos Pobres**. Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br>>. Acesso em: 18 set. 2014.

IPEA. **Proporção de Pobres**. Brasília, 2014a. Comentário. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br>>. Acesso em: 18 set. 2014.

IPEADATA. **Indicadores Sociais**. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br>>. Acesso em: 18 set. 2014.

JANNUZZI, P. M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, p.51-72, 2002.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população o mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KI-MOON, B. Preface. In: United Nations Population Fund. **Ageing in the Twenty-First Century**: a Celebration and a Challenge. New York. 2012. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2014. p. 9.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

KVALE, S. **An Introduction to Qualitative Research Interview**. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 1996.

LANDERDHAL, M. C. et al.. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, 2010.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982. Trad. E. D. Nunes.

LAVINAS, L.; VARSANO, R. **Programas de garantia de renda mínima e ação coordenada de combate à pobreza**. Brasília: IPEA, 1997. 43p. (Texto para discussão, n. 534).

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LEONE, E. T.; MAIA, A. G.; BALTAR, P. E. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 59-77, 2010.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N.; MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. d' A. Descentralização e regionalização: dinâmicas e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LIMA-COSTA M F ; LOYOLA FILHO, A.I ; MATOS, D. L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 2467-2478, 2007.

LLOYD-SHERLOCK, P. L. et al. Population ageing and health. **The Lancet**, London, v. 379, n. 9823, p. 1295-1296, 2012.

LOPEZ, A.D; MURRAY;, C. C. J. L. The global burden of disease, 1990–2020. **Nature Medicine**, New York, v. 4, n. 11, p. 1241-1243, 1996.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008.

LUCHESE, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, 2010.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D; ANDRADE, C. L. T. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 187-200, 2014.

MACINKO, J. A.; STARFIELD, B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 1, n. 1, p. 1-20, 2002.

MALTA, D. C. et al. Lista de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 231-242, 2007.



MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 2, n. 1, p.20-24, 2010.

MARINHO, E.; LINHARES, F.; CAMPELO, G. Os Programas de Transferência de Renda do Governo Impactam a Pobreza no Brasil? **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 267–288, 2011.

MARQUES, R. M. Política de transferência de renda no Brasil: a experiência do Bolsa Família. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v.11, n.2, p. 237-243, 2008.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2 (45), p. 345-362, ago. 2012.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.3, p.35-51, 2007.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1 (24), p. 159-175, 2005.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 8-18, 2008.

MARTINS, V. Estado, políticas sociais e os desafios contemporâneos. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 11-28, 2011.

MEDEIROS, M.; BRITTO, T.; SOARES, F. **Programas focalizados de transferência de renda no Brasil**: contribuições para o debate. Brasília: IPEA, 2007. 33p. (Texto para discussão, n. 1283).

MEDINA; M. G.; HARTZ, Z. M. A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1153-1167, 2009.

MENDES, A. C. G. **Delicadeza Esquecida**: avaliação da qualidade das emergências. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010b. 298p.

MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010a.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1999.

- MENDES, E. V. Sistema Nacional de Saúde no Brasil – SUS e Sistema Complementar. **Sanare** – Revista de Políticas Públicas, Sobral, n.1, 2002. Disponível em: <sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/99/91>. Acesso em 18 set. 2014.
- MENDES, J. M. R. et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 331-344, 2011.
- MENDES, M. R. S. S. B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.
- MENICUCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.
- MENICUCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 77-92, 2014.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005
- MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1259-1267, 2007. Suplemento.
- MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, 1993.
- MISOCZKY, M. C. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 336-47, 2003.
- MONTGOMERY, D. C.; JENNINGS, C. L.; KULACHI, M. **Introduction to Time Series Analysis and Forecasting**. New Jersey: John Wiley & Sons; 2008.
- MOONEY, G.; JAN, S. Vertical equity: weighting outcomes? or establishing procedures? **Health Policy**, Amsterdam, v. 39, n. 1, p. 79-87, 1997.
- MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações para a Gestão do SUS: Necessidades e Perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 49-56, 2001.
- MOREIRA, R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009.
- MORES, R. C. (Ed). **Discurso sobre a origem da desigualdade**. Jean-Jaques Rousseau. Versão para eBook. 2001. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/desigualdade.pdf>> Acesso em 28 set. 2014.
- MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução do francês Eliane Lisboa. Porto Alegre: Sulina, 2006. 120 p.

MORRIS, S. A desigualdade e a saúde pública. Editorial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.6, p.543-4, 1997.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. T. Sistemas de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, MZ; ALMEIDA FILHO, N (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap.21, p. 605-628.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI – UNATI/UERJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1143-1151, 2008.

MÜLLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3407-3416, 2012.

MUNNÉ, F. Las teorías de la complejidad y sus implicaciones en las ciencias del comportamiento. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, Austin, v. 29, n. 1, p. 1-12, 1995.

NERI, M. C.; VAZ, F. M.; SOUZA, P. H. G.F. Efeitos macroeconômicos do programa bolsa família: uma análise comparativa das transferências sociais. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Org.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: IPEA; 2013. p. 193-206.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.83, p.397-406, 2009.

NONATO, F. J. A. P. et al. **O perfil da força de trabalho brasileira: trajetórias e perspectivas**. Mercado de Trabalho. Nota técnica nº 51, 13p, 2012.

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2010.

OLIVEIRA, M. A. C; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.34, n.1, p. 9-15, 2000.

OLIVEIRA, M. N. Amartya Sen e as sociedades mais justas como ideia e realidade. **Fundamento** – Revista de Pesquisa em Filosofia, Ouro Preto, n. 5, p. 11-21, 2012.

OLSHANSKY, S. J. et al. Emerging Infectious Diseases: the Fifth Stage of the Epidemiologic Transition? **World Health Statistics Quarterly**, Geneve, v. 51, n. 2-4, p. 207-217, 1998.

OLSHANSKY, S. J.; AULT, A.B. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 64, n. 3, p. 355-391, 1986.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 731-757, 2005.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Memorial Fund Quartely**, Geneve, v.49, n.4, p. 509-538, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. World Health Organization: Geneva, 2010. 76p. Disponível em:

<[http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estadísticas Sanitarias Mudies 2013**.

[internet]. Disponível em:

<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em set 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde.

**Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS, 2005. 60p

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Única de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PAIM, J. S. et al.. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, New York, v. 377, p. 9-28, 2011.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, p. 109-114, 2010.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 15-35, 2014.

PALLONI, A.; AGUIRREA, G. P.; PELAEZB, M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 31, n. 4, p. 762-771, 2002.

PÊGO, R. A.; ALMEIDA, C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 971-989, 2002.

PEPE, A. M. et al. Reflexões sobre a federação brasileira. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 157-182, 1997.

PEREIRA, A. M. M. **Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais**. 2009. 135p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

PEREIRA, L. C. B. Reforma da nova gestão pública: agora na agenda da América Latina, no entanto... **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 53, n. 1, p. 5-27, 2002.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

PIOLA, S. F. **Financiamento da Seguridade Social e do SUS**: desafios e perspectivas. In: Encontro Nacional de Economia da Saúde, 9, 2009, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde, 2009.

POCHMANN, M. Estrutura social no Brasil: mudanças recentes. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.104, p. 637-649, 2010.

PRATA, P. R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 387-391, 1994.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2011**. Sustentabilidade e Equidade: Um Futuro Melhor para Todos. New York: 2011.

QUEIROZ, Z. P. V.; RUIZ, C. R.; FERREIRA, V. M. Reflexões sobre o envelhecimento humano e o futuro: questões de ética, comunicação e educação. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 21-37, 2009.

RAMALHO, W. M.; DUARTE, E. C. **Análise das Desigualdades em Saúde**. Livro Texto. Módulo 4. Curso de Especialização em Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 123-159.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Base de Dados IDB. **Indicadores e dados básicos para a Saúde no Brasil (IDB)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>> Acesso em: 20 nov. 2014.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, New York, v. 377, p. 75-89, 2011.

REICHENHEIM, M. E.; PATRICIO, T. F.; MORAES, C. L. Detecting intimate partner violence during pregnancy: awareness-raising indicators for use by primary healthcare professionals. **Public Health**, London, v. 122, p. 716-724, 2008.

RIBEIRO, C. D. M.; SCHRAMM, F. R. A necessária frugalidade dos idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1141-1159, 2004.

RIGOTTI, J. I. R. Transição demográfica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 467-490, 2012.

RODRIGUES, C. G. **Dinâmica demográfica e internações hospitalares**: uma visão prospectiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2007 a 2050. 2010. 249p. Tese (Doutorado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento

Regional), Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 37-59, 2014.

ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 708p.

RUGER, J. P. Ethics and governance of global health inequalities. **Journal of epidemiology and community health**, London, v. 60, p. 998–1003, 2006.

RUSSELL, E. et al. Health systems in context: a systematic review of the integration of the social determinants of health within health systems frameworks. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 34, n. 6, p. 461–467, 2013.

SAAD, P. M.; MILLER, T.; MARTÍNEZ, C. Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 237-261, 2009.

SABROZA, P. C. **Concepções sobre saúde e doença**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. Texto de apoio EAD.

SAIANI, C. C. S.; GALVÃO, G. C. Evolução das Desigualdades Regionais do Déficit de Acesso a Serviços de Saneamento Básico no Brasil: Evidências de um Incentivo Adverso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio? In: Encontro Nacional de Economia (ANPEC), 39., 2011, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: ANPEC, 2011.

SAKURAI, S. N. Efeitos assimétricos das transferências governamentais sobre os gastos públicos locais: evidências em painel para os municípios brasileiros. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 309-332, 2013.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013.

SANTOS, C. R. B.; MAGALHÃES, R. Pobreza e Política Social: a implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1215-1224, 2012.

SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011.

SAVIGNY, D. Health systems: the challenge of adapting and responding to the accelerating health transition in low income countries. **BMC Health Services Research**, v. 12, suppl. 2, O4, 2014.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.

SCHIMDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, New York, v. 377, p. 61-74, 2011.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.949-956, 2001.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SEN, A. K. **A ideia de justiça**. Tradução de Denise Bottmann e Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. 492p.

SEN, A. K. **Desigualdade reexaminada**. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2012. 301p.

SERAPIONE, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.187-192, 2000

SHIMIZU, H. E.; PEREIRA, M. F.; CARDOSO, A. J. C.; BERMUDEZ, X. P. C. D. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, 2013.

SILVA E., SILVA, M. O. Editorial. Desigualdade, Pobreza e Programas de Transferência de Renda na América Latina. **Revista de Políticas Públicas**, São Luis, v. 13, n. 2, p. 157-159, 2009.

SILVA, C. L.; ROTTA, C. V. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 333-345, 2012.

SILVA, J. B.; BARROS, M. B. A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 12, n. 6, p. 375-383, 2002.

SILVA, J. P. Da Bolsa Família à Renda Básica: Limites e Possibilidades de uma TRANSIÇÃO. **Ideias**, Campinas, n. 3, p. 43-60, 2011.

SILVA, L. M. V. Saúde e espaço social. In: Roberto Passos Nogueira. (Org.). **Determinação social da saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, 2010. Cap. 9. p. 180-200.

SILVA, Z. P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011.

SIQUEIRA-BATISTA, R; SCHRAMM, FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.129-142, 2005.

SOARES, M. A. T.; COSTA, A. B. Contradições acerca da redução da desigualdade social no Brasil. **Argumentum**, Vitória, v. 1, n.3, p.157-170, 2011.

SOJO, A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2673-2685, 2011.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010.

SOUZA JUNIOR, J. R. C.; LEVY, P. M. Impactos do novo regime demográfico brasileiro sobre o crescimento econômico (2010-2050). In: CAMARANO, A. A. (org.) **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. cap. 6. p. 213-240.

SOUZA, E. C. F.; OLIVEIRA, A. G. R. C. O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos. In: Mestrado de Odontologia Social. (Org.). **Textos selecionados de Odontologia Preventiva e Social**. Natal: Ed. da UFRN, 1998. p. 87-92.

SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y.; SILVA PINTO, N. R. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.8, p. 1781-1790, 2009.

SUPLICY, E. M. **Renda de cidadania: a saída é pela porta**. São Paulo: Editora Cortez, 2002.

TAFNER, P.; GIAMBIAGI, G. Previdência Social – uma agenda de reformas. In: BACHA; E.; SCHWARTZMAN, S. (Org) **Brasil: a nova agenda social**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. cap. 4. p. 111-165. Disponível em: < <http://www.schwartzman.org.br/simon/agenda4.pdf>> Acesso em: 7 set 2014.

TAMBELLINI, A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.83, p.371-379, 2009.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 841-843, 2004.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio. Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, 2011.

TEIXEIRA, S. M. Sistema de proteção social brasileiro na contemporaneidade: “novas” relações entre estado e sociedade? **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 1, p. 264-280, 2013.

TOBAR, F. **Modelos equitativos de distribuição de recursos sanitários**. Argentina, 2003. Disponível em <<http://www.opas.org.br/serviços/Arquivos/sala5205.pdf>>. Acesso em: 16 out 2012.

TÔRRES, J. J. M. Teoria da complexidade: uma nova visão de mundo para a estratégia. **Revista Integra Educativa**, La paz, v. 2, n. 2, p. 189-202, 2009.



TRAVASSOS, C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.325-330, 1997.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, s. 2, p. S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, D. V. et al. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3419-3429, 2013.

VAITSMAN, J.; MOREIRA, M. R.; COSTA, N. R. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: “Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 899-901, 2009.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.21, n.4, p.539-548, 2012.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. P. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 497-502, 2008.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIANA, A. L. D’A.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n. 1, p. 58-68, 2003.

VIANA, A. L. D’A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**, New York, v. 377, p. 90-102, 2011.

- VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.
- VIEIRA, M.; CALVO, M.C. M. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.12, p. 2315-2326, 2011.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. S217-S226, 2009.
- WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization, 1992
- WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006
- WOODWARD, A.; KAWACHI, I. Why reduce health inequalities? **Journal of epidemiology and community health**, London, v. 54, n. 12, p. 923–929, 2000.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- ZAULI, E. M. Gastos Sociais, Pobreza e Desigualdade de Renda no Brasil. **Pensar, Política Social**, Belo Horizonte, v. 13, p. 10-16, 2005.
- ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.3, p.26-34, 2007.

## APÊNDICE A – Entrevista

### Data, local e horário da entrevista de realização

1. Entre 1995 e 2010, observou-se no país e estado, o aumento do nível educacional, o decréscimo da pobreza; a redução da mortalidade com aumento da esperança de vida ao nascer. Mas em 2009 ainda existiam no país 40 milhões de pessoas abaixo da linha da pobreza. **O que fazer para avançar nas transformações sociais?**
2. O Brasil está em pleno bônus demográfico, com uma população em idade ativa superior a população dependente. **O que fazer para aproveitar essa janela de oportunidade?**
3. **Com as mudanças demográficas e sociais, você acha que o perfil de desigualdade no país persistirá nas próximas décadas?**
4. O Brasil convive com uma tripla carga de doenças, com predomínio das doenças crônicas, mas com uma agenda não concluída das doenças transmissíveis e forte crescimento da violência. **O sistema de saúde está organizado para responder às necessidades geradas por esse complexo perfil? O que vem sendo feito?**
5. Em 2010, para cada 100 jovens (0 a 14 anos) o país tinha 26 idosos, em 2040 este número passará para 113. **Estamos nos preparando para o novo perfil de necessidades?**
6. Hoje o sistema de saúde é universal.
  - A) **Como você encara a questão da universalidade do sistema público de saúde no cenário atual e futuro das transformações sociais e demográficas?**
  - B) **Como será o financiamento do sistema?**
7. **Qual papel terá o controle social para garantia do direito à saúde?**
  - a. **Você acha que é preciso reformular a função do controle social?**
8. **Nessa perspectiva de necessidades atuais e futuras como você acha que fica o pacto federativo e a organização do sistema de saúde que tem como base o município?**

**APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**

**“Saúde e desigualdade: o desafio brasileiro em um cenário de transição demográfica,  
epidemiológica e mudanças sociais.”**

O (a) Senhor(a) está sendo convidado para participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a relação entre a assistência pública à saúde e as mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais no Brasil, realizada pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Participando, o (a) Senhor(a) contribuirá para o conhecimento sobre como o país tem organizado seu sistema público de saúde para enfrentar os velhos e novos desafios consequentes da transição demográfica e epidemiológica.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista gravada aos pesquisadores, que lhe indagarão sobre o contexto das mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais e a política e o planejamento da assistência pública à saúde.

**É IMPORTANTE SABER QUE:**

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento o Senhor pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Sua recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição;
- Ao participar desta pesquisa não há nenhum risco no sentido de prejudicar o seu trabalho. Existe a possibilidade de o Senhor sentir algum desconforto pelo fato de a entrevista ser gravada. Caso isso aconteça, a gravação será interrompida;
- As informações obtidas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação;
- Os benefícios alcançados representam ganhos para melhoria do planejamento de ações e serviços de saúde para atender às necessidades da população.

Este termo será feito em duas vias, devendo o(a) Senhor(a) receber uma cópia, onde consta o contato do Coordenador da Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Gabriella Morais Duarte Miranda**

Pesquisadora responsável

email: gabymduarte@yahoo.com.br Telefone: (81) 21012608 / (81) 87689763

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife,        /        /20\_\_.

\_\_\_\_\_

## ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



**Título do Projeto:** "A relação entre a assistência pública à saúde e as mudanças demográficas, epidemiológicas, ambientais e sociais no Brasil e em Pernambuco: o cenário para as necessidades futuras do estado de Pernambuco".

**Pesquisador responsável:** Gabriella Morais Duarte Miranda

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 26/08/2013

**Registro no CAAE:** 21258713.0.0000.5190

**Número do Parecer PlatBr:** 442.608

## PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 06 de outubro de 2016.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 27 de maio de 2014.

Vice-Coordenador do CEP/CPqAM

Paul Hindenburg Nobre de V. Silva  
Analista de Gestão em Saúde  
Vice-Coordenador  
Mat. SIAPE 1556906  
CEP/CPqAM/Fiocruz