

Efeitos das políticas econômicas restritivas sobre a condição de saúde dos brasileiros

Milton Aparecido de Souza Júnior* e Áquilas Nogueira Mendes**

* Especialista em Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP.

**Docente do curso de Pós-Graduação em Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar a descrição na literatura nacional dos efeitos das políticas econômicas restritivas adotadas pelo Brasil, especialmente a partir de 2015, sobre os principais indicadores das condições de saúde dos brasileiros. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada com base em pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde Pública (BVS). A busca baseou-se na técnica de funil, combinando-se diversos descritores relacionados ao tema. No total, obteve-se 19 publicações incluídas nesta revisão, disponíveis gratuitamente e que atingiram os critérios estabelecidos. Os principais temas trabalhados no material bibliográfico dizem respeito a análises relacionadas ao contexto de crise econômica e restrições e suas implicações na saúde bucal dos brasileiros e em taxas de mortalidade geral, materna, infantil, precoce, tardia e pós-neonatal. Juntas, as temáticas relacionadas a problemas odontológicos e à mortalidade figuram em 79% dos artigos analisados. As principais variáveis explicativas associadas aos indicadores de saúde foram renda familiar (citada em 42% das publicações) e gasto público per capita e/ou como proporção ao Produto Interno Bruto – PIB (26%). Em um momento em que o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ser ameaçado pela adoção de ajustes recessivos, há que se compreender, pelas lições depreendidas da experiência de outros países, que o Brasil tende a assumir o risco de se tornar mais um exemplo de como a escolha pela redução ou corte de gastos na área da saúde pode comprometer a saúde e até a vida dos brasileiros. Este artigo conclui pela necessidade de mais estudos sobre os possíveis efeitos a médio e longo prazos da adoção de políticas econômicas restritivas nas condições de vida e saúde da população, partindo da visão de que é preciso fomentar discussões sobre respostas alternativas à crise, que não apenas garantam a sustentabilidade das finanças públicas, mas principalmente o bem-estar e a saúde dos brasileiros.

Descritores: Política de Saúde. Gastos em Saúde. Recessão Econômica. Indicadores de Morbimortalidade. Nível de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Em 2015, o Brasil tornou mais agudo a implementação de uma política fiscal restritiva – um ajuste recessivo –, seguindo o caminho adotado por países europeus após a crise capitalista internacional de 2008¹. As políticas econômicas restritivas caracterizam-se por escolhas que exigem grandes sacrifícios da população, seja porque aumentam a carga tributária, seja pela implementação de medidas que restringem a oferta de benefícios, bens e serviços públicos em razão de cortes de despesas públicas ou da realização de contrarreformas estruturais. Além de preconizarem a redução do gasto público, estes modelos promovem ainda a diminuição do investimento social, a retração da máquina pública e o incentivo do Estado na provisão de serviços vinculados às políticas sociais pelo setor privado.

A partir da experiência de países da União Europeia, onde o corte de gastos sociais e a realização de reformas econômicas estruturais diminuíram a capacidade de responder efetivamente à demanda por serviços públicos, Vieira *et al*² revelaram que a redução do gasto do governo com proteção social tem sido também associada ao aumento da pobreza e da desigualdade, com importantes consequências para a saúde das populações.

Com base na literatura científica internacional, as consequências das crises econômicas para as condições sociais e de saúde das populações afetadas já podem ser relacionadas, por exemplo, à piora da saúde mental, aumentando a prevalência de depressão e ansiedade, aumento das taxas de suicídio, aumento de doenças crônicas não transmissíveis e de algumas doenças infectocontagiosas, piora no acesso aos serviços de saúde, entre outros problemas.

Stuckler e Basu³ também enfatizam que as políticas econômicas restritivas têm ainda efeito devastador sobre a saúde das populações, particularmente não só em indicadores de impacto, como o reaparecimento de certas doenças, tais como a desnutrição e algumas doenças infecciosas, mas igualmente em indicadores de estrutura e processo, como a razão médico/população e o tempo interconsultas.

No Brasil, Schramm *et al*⁴ também apontam para alguns efeitos negativos das restrições econômicas em políticas públicas, principalmente a partir do ajuste adotado pelo governo federal em 2015, como o aumento da taxa de desocupação da força de trabalho, a queda do número de beneficiários de planos de saúde, a redução do gasto em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), a queda do número de leito

de internação no Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros.

Segundo esses autores, países que optaram por responder aos desafios postos pela crise econômica global com a implementação de políticas de austeridade, com grande restrição do gasto social, são considerados como o composto crise/austeridade. Em outros termos, tal opção culminou em maior impacto restritivo sobre a renda das famílias, aumentando por consequência as barreiras de acesso aos bens e serviços dos mais pobres. Karanikolos⁵ exemplifica muito bem essa situação: *“Embora as recessões representem riscos para a saúde, a interação da austeridade fiscal com as crises econômicas e a frágil proteção social é o que, em última instância, parece agravar as crises sanitárias e sociais na Europa. As decisões políticas sobre como responder às crises econômicas têm efeitos pronunciados e não intencionais sobre a saúde pública, mas as vozes da saúde pública permaneceram em grande parte silenciosas durante a crise econômica”* (tradução nossa).

Nesse quadro, trata-se, portanto, de uma reflexão pertinente e oportuna a respeito dos efeitos das políticas restritivas sobre a saúde dos brasileiros à luz da conjuntura atual, isto é, em um momento de crise econômica e política; inclusive, de

aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que congelou as despesas primárias da União, em termos reais, por 20 anos. Além disso, tal discussão torna-se essencial em um cenário de reemergência de doenças consideradas erradicadas, como sarampo, poliomelite e difteria e de aumento na taxa de mortalidade infantil⁶, que interrompe um ciclo de queda contínua que já durava 26 anos. Sob essa perspectiva, o objetivo deste artigo é identificar a descrição na literatura nacional a respeito dos efeitos das políticas econômicas restritivas adotadas pelo Brasil, especialmente a partir de 2015, sobre os principais indicadores das condições de saúde dos brasileiros.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre os possíveis efeitos das políticas econômicas restritivas no Brasil a partir dos indicadores das condições de saúde dos brasileiros. Foi realizada uma pesquisa a partir das bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde Pública (BVS), tais como a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline).

A definição de descritores para a busca foi realizada a partir da pergunta de pesquisa, permitindo a formulação das sintaxes para

encontrar a literatura adequada para a revisão proposta. A pergunta de pesquisa utilizada para guiar esta revisão foi: O que a literatura científica apresenta acerca dos impactos das **políticas econômicas restritivas** sobre os **indicadores das condições de saúde** dos brasileiros?

A busca bibliográfica baseou-se na técnica de funil, combinando-se diversos descritores relacionados ao tema e utilizando-se as sintaxes necessárias para refinar a busca. A composição sintática realizada do tema parte da compreensão de três eixos temáticos de interesse, identificados a partir da pergunta da pesquisa, quais sejam:

i. POLÍTICAS ECONÔMICAS RESTRITIVAS

ii. INDICADORES

iii. CONDIÇÕES DE SAÚDE

Para cada um deles foram buscados descritores específicos na plataforma <http://decs.bvs.br/> - *Descritores em ciências da saúde*, verificando a aplicabilidade a partir das respectivas definições e utilizando pré-buscas. Para que as buscas abrangessem tanto um quanto outros descritores relevantes foram compostas sintaxes com o operador booleano “OR”, conforme detalhado a seguir.

i. POLÍTICA ECONÔMICAS RESTRITIVAS

O primeiro eixo é composto de descritores relacionados ao contexto deste trabalho e que tangenciam a abordagem econômica e financeira do setor saúde. A sintaxe, após a identificação dos diversos descritores e cruzamentos exploratórios realizados para este grupo, está expressa a seguir:

(mh:("Politica Fiscal" OR "Politica Financeira" OR "Politica de Saude" OR "Políticas Publicas de Saude" OR "Sistema Unico de Saude" OR "Recessão Econômica" OR "Economia da Saude" OR "Recursos Financeiros em Saude" OR "Financiamento da Assistencia a Saude" OR "Gastos em Saude" OR "Setor Público"))

Esta sintaxe registrou 118.396 estudos identificados até 05/01/2019.

ii. INDICADORES

O segundo eixo é composto de artigos que tratam de indicadores que, segundo a literatura referenciada preliminarmente neste trabalho, tendem a ser mais suscetíveis às políticas econômicas e de saúde. A sintaxe, após a identificação dos diversos descritores e cruzamentos exploratórios realizados para este grupo, está expressa conforme a seguir:

(mh:("Indicadores Basicos de Saude" OR "Indicadores de Morbimortalidade" OR "Determinantes Sociais da Saude" OR "Indicadores Economicos"))

Esta sintaxe registrou 32.633 estudos identificados até 05/01/2019.

iii. CONDIÇÕES DE SAÚDE

O terceiro e último eixo é composto por artigos que envolvem a situação de saúde das populações. A sintaxe, após a identificação dos diversos descritores e cruzamentos exploratórios realizados para este grupo, está expressa de acordo com:

(mh:("Impactos na Saúde" OR "Nivel de Saude" OR "Condicoes Sociais" OR "Disparidades nos Niveis de Saude"))

Esta sintaxe registrou 103.186 estudos identificados até 05/01/2019.

A estratégia de busca prosseguiu utilizando o conector "AND" na sintaxe para explorar os diferentes eixos de onde a busca parte, impondo que os referidos assuntos estivessem necessariamente contemplados na indexação dos resultados.

Combinando-se os aspectos políticos com os indicadores, obtemos:

(i) AND (ii) = 1.896 resultados.

Acrescentando-se ainda os aspectos relacionados às condições de saúde, obtemos:

(i) AND (ii) AND (iii) = 365 resultados.

Após a conexão dos três eixos temáticos, optou-se por unir os conjuntos de descritores relacionados a *indicadores e condições de saúde* (ii OR iii), visto que, notadamente, ambos são influenciados pelo contexto político e econômico, conforme indica a literatura preliminarmente avaliada. Sendo assim, atende a esse requisito a busca **(i) AND (ii OR iii)**:

(mh:("Politica Fiscal" OR "Politica Financeira" OR "Politica de Saude" OR "Políticas Publicas de Saude" OR "Sistema Unico de Saude" OR "Recessão Econômica" OR "Economia da Saude" OR "Recursos Financeiros em Saude" OR "Financiamento da Assistencia a Saude" OR "Gastos em Saude" OR "Setor Público")) AND (mh:("Indicadores Basicos de Saude" OR "Indicadores de Morbimortalidade" OR "Determinantes Sociais da Saude" OR "Indicadores Economicos" OR "Impactos na Saúde" OR "Nivel de Saude" OR "Condicoes Sociais" OR "Disparidades nos Niveis de Saude"))

A busca inicial resultou em um total de 5.911 estudos identificados até 05/01/2019, sobre os quais foram aplicados três filtros de identificação para a leitura exploratória das obras bibliográficas: Texto Completo, País/Região como assunto e Ano de

publicação. Aplicados em conjunto, estes permitiram estabelecer o perfil das publicações de interesse. Foram consideradas, portanto, obras cujo texto encontrava-se disponível integralmente na BVS, que tivessem o Brasil como assunto e que foram publicados no período de 2009 a 2018, na medida em que este abrange os dez anos subsequentes à crise econômica global, deflagrada em 2008 pela falência do banco de investimentos Lehman Brothers. Após este procedimento, a busca resultou em **135 publicações elegíveis**, conforme sintaxe apresentada a seguir:

(mh:("Politica Fiscal" OR "Politica Financeira" OR "Politica de Saude" OR "Políticas Publicas de Saude" OR "Sistema Unico de Saude" OR "Recessão Econômica" OR "Economia da Saude" OR "Recursos Financeiros em Saude" OR "Financiamento da Assistencia a Saude" OR "Gastos em Saude" OR "Setor Público")) AND (mh:("Indicadores Basicos de Saude" OR "Indicadores de Morbimortalidade" OR "Determinantes Sociais da Saude" OR "Indicadores Economicos" OR "Impactos na Saúde" OR "Nivel de Saude" OR "Condicoes Sociais" OR "Disparidades nos Niveis de Saude")) AND (instance:"regional") AND (fulltext:"1") AND pais_assunto:("brasil") AND year_cluster:("2014" OR "2012" OR "2011" OR "2015" OR "2013" OR "2016"

OR "2010" OR "2009" OR "2017" OR "2018"))

Para verificar quais artigos consultados têm relação com o objetivo geral desta pesquisa, foram aplicados ainda critérios de inclusão e exclusão. Deste modo, foram excluídas 20 publicações por repetição; 5 por não estarem disponíveis para acesso público nas bases de dados; e 91 por não apresentarem referência direta ao objeto da pesquisa no resumo. No total, obteve-se 19 publicações incluídas nesta revisão narrativa, disponíveis gratuitamente e que atingiram os critérios estabelecidos.

3 RESULTADOS

As 19 publicações desta revisão narrativa, das quais 15 são artigos e 4 são teses, foram coletadas por meio do portal Bireme e apresentaram a seguinte distribuição por banco de dados de indexação (Tabela 1). A maior parte dos estudos (11) se encontra indexada na base de dados Lilacs (58%), seguido da Medline (32%) e Pahoiris (11%).

Tabela 1. Bases de dados do portal Bireme nas quais se encontravam as publicações incluídas na revisão integrativa.

Bases de	n	%
LILACS	11	58%
MEDLINE	6	32%
PAHOIRIS	2	11%
Total	19	100%

Segundo o quadro 1, a seguir, os anos 2014 e 2017 apresentaram maior número de publicações, tendo sido identificados três trabalhos em cada um deles. A língua portuguesa foi utilizada em 13 artigos e em outros seis prevaleceu a língua inglesa.

Houve grande diversidade no percurso metodológico dos estudos, tendo sido identificados 25 diferentes tipos (tabela 2), sendo que em alguns casos foi empregada mais de uma metodologia. A metodologia descritiva foi a mais frequente entre os trabalhos analisados (5 trabalhos), seguido dos estudos ecológicos (4), estudos analíticos (3), do tipo transversal (3) e de abordagem qualitativa (3). Dois artigos basearam-se em método quantitativo e outros dois em revisões integrativas. Apenas um trabalho utilizou-se de ensaio comunitário, bem como de revisão narrativa para avaliação das evidências científicas.

Tabela 2. Tipos de estudo identificados na revisão de literatura

Tipo	n
Descritiva	5
Estudo Ecológico	4
Analítica	3
Estudo Transversal	3
Qualitativa	3
Quantitativa	2
Revisão Integrativa	2
Ensaio Comunitário	1
Análise por Envoltória de	1
Revisão Narrativa	1
Total	25

Os principais temas trabalhados no material bibliográfico dizem respeito a análises relacionadas ao contexto de crise econômica e restrições e suas implicações na saúde bucal dos brasileiros e em taxas de mortalidade geral, materna, infantil, precoce, tardia e pós-neonatal. Juntas, as temáticas relacionadas a problemas odontológicos e à mortalidade figuram em 79% dos artigos analisados. Em menor proporção, outros contextos relacionados à saúde individual e coletiva também foram abordados, como a incidência de doença infectocontagiosas e de doenças crônicas; a utilização de serviços de saúde; expectativa de vida; condições de saneamento; razão de procedimentos ambulatoriais e internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente; causas externas (violência e acidentes); e tendências de consumo de tabaco e de álcool.

As principais variáveis explicativas associadas aos indicadores de saúde e de acesso aos serviços de saúde foram renda familiar (citada em 42% das publicações) e gasto público per capita e/ou como proporção ao Produto Interno Bruto – PIB (26%). Empregabilidade (16%), escolaridade (16%) e cobertura do Programa Bolsa Família (11%) também tiveram destaque nos estudos analisados, com citação em pelo menos duas publicações. Em menor proporção, outros

contextos também foram abordados, tais como a proporção de médicos, enfermeiros e leitos por habitante.

4 DISCUSSÃO

A revisão narrativa foi realizada por meio da coleta, organização e sistematização da produção científica publicada ao longo da última década (2009 a 2018). Buscou-se identificar e analisar esses possíveis efeitos da restrição de oferta de benefícios, bens e serviços públicos em razão de cortes de despesas públicas em saúde ou da realização de reformas estruturais.

No mundo contemporâneo a crise já se prolonga por mais de dez anos, desde o “crash” da grande recessão de 2007/2008. As economias capitalistas entraram em um quadro de colapso e ainda estão buscando se recuperar, especialmente no tocante à produtividade e ao comportamento da produção. Há quem descreva a situação dos últimos 30 anos como o de uma “longa depressão”⁷.

Nesse turbulento período, um novo momento de ascensão das políticas econômicas restritivas alastrou-se pelo mundo, causando impactos sobretudo em países como Grécia, Espanha, Irlanda, Islândia e Portugal. Em uma revisão sobre a crise na Grécia, no período de 2009 a 2013, por exemplo, Simou e Koutsogeorgou⁸ observaram que, entre

outros efeitos sobre o sistema de saúde daquele país, houve forte redução do gasto público em saúde, redução da força de trabalho em saúde, redução na oferta de serviços de saúde, além de correlação entre a crise econômica e doenças mentais (mais especificamente depressão e suicídio) e infecciosas.

Segundo os pesquisadores, a qualidade dos serviços de saúde na Grécia foi afetada tanto pela restrição da oferta de serviços como pela disposição dos profissionais de saúde, que tiveram seu desempenho comprometido pelo estresse vivenciado nas dimensões privada e profissional. Embora as políticas econômicas restritivas em resposta à crise tenham resultado em distintas implicações nos países que optaram por esta estratégia, seja pelo desemprego ou pela redução do investimento público em políticas de proteção social, em praticamente todos eles houve notificação de restrição à renda das famílias, com conseqüente imposição de barreiras de acesso aos bens e serviços, especialmente entre os mais pobres⁴.

Renda e Saúde Bucal

Neste contexto, constatou-se, a partir de oito publicações analisadas nesta revisão, que o Brasil também seguiu essa tendência. Ao analisarem os dados das Pesquisas Nacionais de Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008,

Quadro 1 - Artigos selecionados para a revisão narrativa da literatura, nas bases de dados on-line, entre 2009-2018

Autores - Ano	Metodologia	Título	Abordagem político-econômica	Principais Indicadores Relacionados	Principais Resultados
Celeste, Roger Keller - 2009	Estudo Transversal	Desigualdades socioeconômicas e saúde bucal.	Esta tese analisa os efeitos da desigualdade de renda na saúde bucal e correlaciona as tendências em desigualdades socioeconômicas em saúde bucal, sobretudo quanto à prevalência de cárie dental. Destaca que o tamanho das desigualdades entre países seria determinado pelo nível de renda e pela heterogeneidade regional de um país, caracterizada, dentre outros atributos, por seu tamanho geográfico e populacional. Afirma ainda que esta desigualdade estaria relacionada ainda à condução das políticas públicas, que por sua vez influenciam o percentual de empregados no setor estatal, onde as diferenças salariais são menores do que no setor privado, e pela extensão de transferências de renda. Para esse último aspecto ter influência forte na redução das desigualdades de renda, seria necessário que houvesse direcionamento aos mais pobres, sendo que, na ausência de políticas específicas de transferência de renda aos mais pobres, é possível que a classe média, que paga mais impostos, capture a maior parte das transferências.	Índice de GINI, renda e prevalência de cárie dental, de doenças periodontais e de perda dental.	As análises indicam que as políticas públicas parecem ser a melhor explicação para essa associação, dado que municípios mais injustos na distribuição de renda possuem piores políticas públicas nas suas áreas de responsabilidade, como saneamento, educação e acesso a serviços de saúde. Os resultados mostraram que há uma relação não espúria entre o tamanho das desigualdades de renda e as doenças bucais, que são determinadas por fatores socioeconômicos, isto é, a cárie e a perda dental. Mesmo que essa relação não seja causal, ao considerá-la não espúria implica na necessidade desta relação ser explicada.
Volpe <i>et al.</i> - 2009	Estudo Ecológico	The impact of changing health indicators on infant mortality rates in Brazil, 2000 and 2005	Analisa a evolução do gasto público total em saúde como proporção do Produto Interno Bruto (PIB nos anos de 2000 e 2005, com o objetivo de correlacioná-lo às variações na taxa de mortalidade infantil, precoce, tardia e pós-neonatal.	Gasto público total em saúde como proporção ao PIB, taxas de mortalidade infantil, precoce, tardia e pós-neonatal.	Ressalta que aumentar os gastos com saúde pública na saúde correlaciona-se independentemente a outros indicadores com o declínio das taxas de mortalidade infantil nos estados brasileiros. Para um aumento de 1% na despesa pública em saúde como proporção do PIB, ocorreu uma redução de 0,72 por 1000 na taxa de mortalidade infantil. Além disso, um aumento de 1,3% no gasto público com saúde foi relacionado a uma redução de 1 por 1000 na mortalidade precoce, tardia e pós-neonatal.

Ocké-Reis <i>et al.</i> - 2010	Quantitativa e Descritiva	The Brazilian national health system: an unfulfilled promise?	Descreve algumas contradições na política de reforma do Sistema Único de Saúde (SUS), explica as principais características do sistema de saúde paralelo no Brasil (o Sistema de Saúde Suplementar) e apresenta o contexto em debate sobre o financiamento do sistema de saúde brasileiro. Destaca a necessidade de o Brasil estabelecer uma fonte estável de financiamento para o SUS, para compensar a baixa despesa pública, o baixo número de leito de internação e os inadequados "resultados de saúde".	Gasto per capita em relação ao PIB, proporção de médicos, enfermeiros e leitos por habitante, taxa de mortalidade infantil e expectativa de vida.	A partir de comparações transnacionais de indicadores socioeconômicos e de saúde, os autores descrevem as contradição entre o modelo redistributivo estabelecido na Constituição brasileira e os níveis de gastos com saúde pública no Brasil. Ao comparar o estado de saúde dos brasileiros com outras nações, fazem associação entre a pobreza ou a desigualdade e a necessidade de saúde, apontando para a alocação de mais recursos públicos no setor como forma de melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos.
Jacinto <i>et al.</i> - 2010	Quantitativa e Descritiva	Effects of macroeconomic conditions on health in Brazil.	Parte de duas hipóteses antagônicas para dar explicação à relação entre saúde e instabilidade econômica. Uma das vertentes analisadas (Brenner) corrobora a hipótese de que os períodos de recessão impactam negativamente o estado de saúde das pessoas, aumentando índices de mortalidade e morbidade por doenças associadas ao consumo e dependência de álcool e drogas, estresse e depressão, ou causas externas. Outra hipótese (Ruhm), porém, postula recentemente que as recessões econômicas com maior desemprego favorecem uma melhoria na saúde e consequente redução na mortalidade, dado que indivíduos desempregados têm mais tempo para o lazer e desenvolvem hábitos saudáveis.	Taxa de mortalidade geral, taxa de desemprego e renda.	Os resultados dos modelos estáticos e dinâmicos aplicados fornecem evidências que apoiam a hipótese de que as recessões econômicas tendem a causar um aumento nas taxas de mortalidade. No Brasil, no entanto, as evidências encontradas não sugerem que as recessões econômicas possam reduzir a taxa de mortalidade no curto prazo. A longo prazo, sugerem, porém, que mudanças positivas no emprego estão associadas à maior taxa de mortalidade, dado que os efeitos positivos do aumento do emprego (melhor acesso à saúde, seguro saúde, alimentação, etc.) podem contrabalançar potenciais efeitos negativos (aumento consumo de álcool, acidentes de trânsito, falta de tempo para práticas desportivas, etc.).
Carreno, Ioná - 2012	Estudo Ecológico	Mortalidade materna no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1999 a 2008.	Caracteriza as razões da mortalidade materna no Estado do Rio Grande do Sul, no período de dez anos (1999 a 2008), de acordo com as variáveis sociodemográficas, de ocorrência e obstétricas dos óbitos maternos. Pontua que as condições de vida e as condições socioeconômicas são determinantes para o controle e redução da morte materna. Um dos indicativos desse fenômeno nas macrorregiões, neste estudo, pode ter sido o aumento do valor do Produto Interno Bruto	Razão de Mortalidade Materna, Razão de Mortalidade Materna Específica e PIB per capita.	Quando comparado o PIB per capita municipal de 2002 e 2007 do RS, constatou-se que as macrorregiões em que houve um crescimento econômico favorável foram as mesmas regiões que apresentaram aumento da morte materna. Esse crescimento econômico refletiu-se nas mudanças das condições de saúde das pessoas, possibilitando a adesão a planos de saúde privados ou atendimentos particulares na rede de saúde suplementar. Essa mudança pode ter influenciado nos indicadores da morte materna

			(PIB) estadual e municipal.		pela relação com o aumento do número de cesarianas em mulheres na saúde suplementar.
Chaves, Sônia Cristina Lima - 2012	Descritiva e analítica	Oral health in Brazil: the challenges for dental health care models	Ao analisar os modelos de atenção odontológica, a autora aponta que mudanças no perfil de saúde bucal da população são provocadas com muito mais frequência como resultado de mudanças estruturais, como mais escolaridade, riqueza nacional e posição socioeconômica, do que como resultado do próprio modelo de prática odontológica. Segundo ela, a introdução de políticas de redução da pobreza ou de transferência direta de renda, como o Bolsa Família, por exemplo, tem sido crucial na redução das desigualdades sociais e de saúde bucal.	Renda e prevalência de cárie dental, de doenças periodontais e de perda dental.	A maior cobertura do serviço público de saúde bucal no Brasil é inegável e é resultado de uma série de esforços dos movimentos sociais e da Reforma Sanitária Brasileira. No entanto, pontua que diferentes grupos de perspectivas ideológicas políticas conhecidas como "saúde bucal coletiva" e "odontologia de mercado" buscam influenciar o curso da Política Nacional de Saúde Bucal, a fim de defender seus respectivos interesses. Assim, embora o efeito dos modelos de atenção à saúde bucal seja de importância relativa apenas para influenciar os indicadores de saúde bucal, defende que esses modelos não devem ser negligenciados.
Almeida <i>et al.</i> - 2013	Descritiva e analítica	Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008	Estudo elaborado com base nos dados das Pesquisas Nacionais de Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008. A partir de 1998, a PNAD é acompanhada por um módulo temático, projetado para reunir informações sobre as condições de saúde da população. Neste estudo a informação é utilizada sobre a situação demográfica e socioeconômica, bem como sobre o estado da saúde e do uso do cuidado indicados nos inquéritos que incluíram um módulo de saúde.	Renda, emprego, escolaridade, prevalência de doenças crônicas e utilização de serviços de saúde.	Os autores mostraram que, nos três períodos, os pobres (menores rendas) relataram pior estado geral de saúde, enquanto os ricos (maiores rendas) relataram mais doenças crônicas. A utilização de cuidados de saúde foi pró-ricos para serviços médicos e odontológicos. Ao longo da série, verificou-se declínio gradual na desigualdade relacionada ao rendimento e à utilização dos serviços de saúde, o que pode estar associado à implementação de políticas públicas e programas específicos, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Saúde da Família (PSF).

Bueno <i>et al.</i> - 2014	Estudo Ecológico	Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil.	No presente estudo, pesquisou-se como a saúde bucal é influenciada por condições sociais (determinantes sociais estruturais) e políticas públicas, como a Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB (determinantes sociais intermediários). Ao agrupar em um único componente de equidade social os indicadores proporção de pessoas abaixo da linha de pobreza, proporção de pessoas indigentes, IDH-M, tempo de fluoretação da água de abastecimento, proporção de domicílios com banheiro e proporção de domicílios com água encanada, os autores relataram evidência de forte correlação com os desfechos em saúde bucal — perda dentária, dentes restaurados e Índice de Cuidados Odontológicos (ICO).	Renda, Índice de Cuidados Odontológicos (ICO) e prevalência de perda dental e de dentes restaurados.	O trabalho demonstrou que o índice Determinantes Sociais de Saúde Bucal (DSSB), que demonstra o desempenho das capitais brasileiras, e seu componente equidade social têm correlação significativa com desfechos em saúde bucal de adultos. Conclui que políticas equitativas devem priorizar ações direcionadas aos determinantes sociais de saúde bucal relevantes para esse índice, tais como: ampliação da cobertura de saneamento e de água fluoretada de abastecimento e redução da pobreza e das iniquidades regionais.
Pizzo <i>et al.</i> - 2014	Qualitativa	Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil.	Analisa a percepção de gestores e profissionais da saúde de Londrina (PR) sobre os determinantes para o declínio da mortalidade infantil nas últimas décadas, bem como os desafios para a continuidade da redução dos valores desse indicador naquele município. Os determinantes para a redução da mortalidade infantil foram as melhorias das condições de vida e medidas implantadas por políticas públicas e ações setoriais e extrasetoriais. O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi apontado como um dos atuais desafios para a continuidade da redução do indicador.	Taxa de mortalidade geral e gasto público per capita em saúde com recurso municipal.	À medida que a mortalidade infantil se reduz, aumenta a proporção de mortes neonatais e se tornam mais complexas as ações necessárias ao seu enfrentamento, que passam a depender não só de melhorias nas condições de vida, mas também de maior investimento na infraestrutura dos serviços de saúde. Entre outras questões mais afetas ao setor saúde, destacou-se que o investimento em atenção primária à saúde precisa aumentar. O subfinanciamento do SUS é consenso entre pesquisadores da área, com destaque para a atenção básica.

Roncalli <i>et al.</i> - 2014	Estudo Transversal	Social determinants of dental treatment needs in Brazilian adults.	Avalia os determinantes sociais das necessidades de tratamento odontológico em adultos brasileiros de 35 a 44 anos. Os indicadores utilizados, ou seja, a prevalência de necessidades de tratamento para obturações dentárias, extração dentária e prótese dentária, representam níveis de acesso aos serviços de saúde bucal essencialmente graduais, bem como a qualidade de tais serviços. A distribuição dos três desfechos é altamente influenciada pela posição socioeconômica no nível individual, que se manteve significativa mesmo após contabilizar os efeitos contextuais.	Renda, escolaridade, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e prevalência de perda dental, de dentes restaurados e de tratamentos protéticos.	As necessidades de tratamento odontológico relacionadas à atenção primária (restauração e extração dentária) e secundária (prótese) foram fortemente associadas à posição socioeconômica individual, principalmente renda e educação. Também foi observado um efeito contextual no nível da cidade, representado pelo IDH. Concluem os autores que os achados têm importantes implicações para a política de saúde, especialmente para financiamento e planejamento, uma vez que a existência de desigualdades na necessidade de tratamento, expressas tanto no nível individual quanto no nível da cidade, requer mais esforços para reorganizar o modelo de financiamento da saúde.
Moura, Núbia Vieira de - 2015	Estudo Transversal e Estudo Ecológico	Contexto legal brasileiro, políticas públicas e cárie precoce da infância: um estudo com crianças de cinco anos de idade.	Avalia a prevalência de cárie dentária da criança de cinco anos, em dois momentos, 2003 e 2010, associando-a a políticas públicas, condições de vida, condições socioeconômicas e oferta de serviços de saúde nas macrorregiões brasileiras. A tese, disposta em três artigos transversais, sendo o último ecológico e composto, aborda ainda aspectos relativos às políticas públicas que refletem na proteção da criança, com destaque para a evolução da política de saúde, assim como, para as políticas de saúde bucal, educacional e nutricional.	Renda, cobertura do Programa Bolsa Família (PBF), Índice de Cuidados Odontológicos (ICO) e prevalência de cárie dental, outros.	A autora mostra que a renda familiar mais baixa permanece associada à maior prevalência de cárie dentária (variável individual). No nível contextual, há maior prevalência de cárie nas regiões com menor cobertura de equipe de saúde bucal e maior percentual de crianças inseridas em famílias de baixa renda, por exemplo. Também se identificou correlação negativa moderada entre o percentual de crianças em situação familiar de baixa renda e o ICO, reforçando que o perfil socioeconômico impacta no índice de cuidados e que as privações econômico-sociais estão intimamente atreladas à cárie dentária.

Mazon <i>et al.</i> - 2015	Análise por Envoltória de Dados	Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil.	Pesquisa realizada com os sete municípios que compõem a 25ª Região de Saúde de Santa Catarina (SC), região que se destaca por apresentar os valores mais baixos de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado. Foi aplicada a metodologia de Análise Envoltória de Dados e calculado o Índice de eficiência Técnica em Saúde (IETS), que demonstra, a partir dos gastos em saúde, o desempenho de cada município em relação à estrutura de saúde e seus resultados.	Taxa de mortalidade geral e gasto público per capita em saúde com recursos municipais.	O estudo mostrou que a maioria dos municípios que compõem a região analisada contrariam a premissa de que o crescimento do gasto total per capita em saúde contribui para a melhoria dos indicadores de estrutura e de resultado. Embora a região tenha investido percentuais de sua receita em saúde superior às médias do estado de Santa Catarina, não obteve redução nos indicadores de mortalidade geral, comportamento que pode refletir a ineficiência técnica observada nos municípios. Observou-se ainda que nenhum dos municípios alcançou um IETS adequado e apenas um apresentou eficiência compatível com o recomendado pelo modelo DEA.
Lesser <i>et al.</i> - 2016	Descritiva e analítica	A geografia social do zika no Brasil.	Ao utilizarem um conjunto multidisciplinar de métodos baseados em história, antropologia e ecoepidemiologia, os autores mostram como a crise do zika (2015) é parte do histórico de saúde no Brasil. Argumentam que doenças transmitidas por mosquitos afetam desproporcionalmente a maioria menos privilegiada da população brasileira e que, no caso do vírus do zika, os estados mais afetados no início da crise foram a Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Norte, onde uma percentagem maior da população é pobre e as condições climáticas são mais favoráveis à propagação de vírus transmitidos por mosquitos.	Renda, saneamento, incidência do vírus zika	Os desafios elencados pelos autores refletem a persistência e a geografia social da desigualdade no Brasil, em que os menos favorecidos não só são mais suscetíveis a serem expostos ao vírus como também contam com menos alternativas de tratamento, tendo diante de si uma gama limitada de opções de saúde reprodutiva e precisando suportar o fardo de custos econômicos de longo prazo para si e suas famílias.

Teston, LM - 2016	Qualitativa e quantitativa	Avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre no contexto do capitalismo contemporâneo: limites e desafios para sua perspectiva emancipatória.	Por meio de uma abordagem quantitativa, analisa a correlação entre 31 indicadores de saúde (nas categorias “resultado” ou “gestão”) dos municípios do Estado do Acre, no sentido de observar se são estabelecidas conexões ou relações entre os indicadores municipais de saúde e, destes, com os indicadores financeiros que medem as receitas e as despesas em saúde. Da mesma forma, utiliza a análise fatorial para verificar se é possível relacionar os indicadores com dimensões.	Despesa total com saúde em R\$ por habitante, proporção de exodontia em relação aos procedimentos, razão de procedimentos ambulatoriais/ internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente, outros.	Observou-se correlações negativas, mas sem relevância estatística, entre a despesa total com saúde em R\$ por habitante e os indicadores de “resultado” analisados. Segundo a autora, isso pode indicar uma tendência no sentido de que quanto maior a despesa total com saúde per capita menores são: o percentual de exodontia; a quantidade de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade; as internações de alta complexidade; dentre outros indicadores com tendência à correlação negativa.
Velasques <i>et al.</i> - 2017	Revistão Integrativa	Análise comparativa das políticas de assistência farmacêutica entre Brasil e Cuba: uma revisão integrativa.	Compara os sistemas nacionais de saúde de Cuba e Brasil, com foco nas respectivas Políticas de Assistência Farmacêutica, a fim de investigar se há possibilidades de melhoria não exploradas no modelo brasileiro, e por que razão Cuba apresenta um desempenho superior em alguns indicadores relacionados à saúde da população. Isso poderia ser explicado, segundo os autores, pela opção política de priorizar investimentos em cuidados primários na saúde.	Gasto público per capita em saúde, gasto público total em saúde como proporção ao PIB, expectativa de vida, taxa de mortalidade infantil, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), outros.	Conclui que, apesar de Cuba apresentar um PIB baixo, seu IDH é médio, possui taxas de mortalidade baixas e expectativa de vida ao nascer alta em comparação com o Brasil. Índices elevados de qualidade em saúde seriam resultado da priorização das ações aos cuidados primários em saúde e de boas estratégias de saúde pública associada a investimentos estratégicos em infraestrutura e em saúde primária, no controle de doenças infecciosas, na redução da mortalidade infantil e na criação de indústria de pesquisa.
Fonseca <i>et al.</i> - 2017	Revistão Integrativa	Análise do acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil.	Faz uma revisão da literatura quanto ao acesso à saúde bucal entre os anos de 2007 e 2014. Para os autores, o tema abrange fatores políticos, organizacionais, contextuais e simbólicos. Nesse contexto, identificam que questões vinculadas a porte populacional, políticas de saúde bucal, estrutura do serviço, contexto social, fatores econômicos, aspectos demográficos e comportamentos coletivo e individual têm forte influência sobre o modelo político, organizacional e de assistência à saúde bucal.	Renda, emprego, escolaridade e utilização de serviços de saúde.	Conclui que as iniquidades no acesso à saúde bucal são resultantes de condições socioeconômicas. A partir desta revisão, identificou-se que os principais fatores associados ao acesso à saúde e à utilização dos serviços odontológicos foram, entre outros, a escolaridade, empregabilidade, renda, localização geográfica e acesso à informação em saúde.

Sousa <i>et al.</i> - 2017	Ensaio Comunitário	Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social.	Pesquisa que contextualiza uma comunidade em situação de vulnerabilidade social, em Fortaleza (CE), com intuito de compreender como essa comunidade mobiliza-se diante das situações de exclusão e iniquidades. Para tanto, os pesquisadores apresentaram, por meio do diagnóstico participativo, as seguintes questões aos participantes: quais problemas identificados pelos moradores da comunidade em estudo impactam nas condições de saúde? Quais estratégias são utilizadas para enfrentar os problemas identificados e produzir saúde?	Saneamento, iluminação pública, não recolhimento do lixo e insegurança pública.	Identifica como principais problemas a convivência dos moradores com a falta de saneamento, iluminação pública, não recolhimento do lixo e insegurança pública, os quais resultam de uma condição de disparidades sociais e de saúde. Verifica-se que o conhecimento das condições de vida e de saúde dessa comunidade favorece reflexões sobre o território e a saúde, valorizando a visão dos moradores, o que facilita a busca de mudanças do modelo atual, o enfrentamento das iniquidades e a implementação de melhorias.
Teixeira <i>et al.</i> - 2018	Qualitativa	Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis.	Analisa a evolução da situação epidemiológica de algumas das principais Doenças transmissíveis no Brasil, assinalando as intervenções proporcionadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e outras políticas sociais, como o Programa Bolsa Família (PBF)	Incidência de doenças transmissíveis e cobertura do Programa Bolsa Família (PBF)	Enfatiza que a universalização do acesso aos serviços de atenção à saúde, aliada à ampliação e aperfeiçoamento do escopo das ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e riscos à saúde pelo SUS, desempenhou papel fundamental na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população brasileira. De forma superficial, avalia que é “evidente” que outros programas sociais e econômicos, como o PBF, também contribuíram para a melhoria dos indicadores de saúde analisados.
Malta <i>et al.</i> - 2018	Revisão Narrativa	O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise.	Analisa os avanços da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), os esforços para sua implementação e destaca que os recursos disponibilizados dizem muito sobre os valores que pautam os conceitos de saúde, cidadania, desenvolvimento sustentável e qualidade de vida no Brasil. Pontua, entretanto, que os avanços da PNPS estão seriamente ameaçados frente à grave crise política, econômica e institucional que abateu o país, marcadas por cortes orçamentários, austeridade econômica, dentre outros aspectos.	Tendências de fumantes, consumo de álcool, taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre, notificações de violência, outros.	Conclui que a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 e do Novo Regime Fiscal resultará em retração significativa da oferta de ações e serviços do SUS, incluindo-se os previstos na PNPS. Sem confirmar correlações, reforça que a austeridade econômica causa iniquidades e é injusta, pelo que recomenda a elaboração e novos estudos para medir o impacto da austeridade fiscal sobre as condições de vida e saúde da população brasileira.

Almeida *et al* (2013)⁹ mostraram que, nos três períodos avaliados, os pobres (público de menor renda) relataram pior estado geral de saúde em relação aos ricos (maior renda). De certa forma, esses estudos relacionam as condições socioeconômicas com a situação de saúde bucal. Pode-se inferir, a partir de estudos conduzidos na Europa, que numa situação de crise econômica o quadro de saúde bucal tende a piorar.

Foi na boca das crianças da Grécia, por exemplo, onde as feridas deixadas pela recessão econômica que impactou fortemente aquela país se mostraram mais evidentes nos últimos anos. Entre 2004 e 2014, 60% dos problemas dentários em adolescentes gregos de 15 anos passaram pelo menos um ano sem ser tratados, contra 44% na década anterior¹⁰. Isto porque os problemas financeiros na renda familiar teriam motivado a redução do número de consultas com dentistas e causado, ainda, aumento no consumo de alimentos baratos, com alto teor de açúcar.

No Brasil, Moura¹¹, que avaliou a prevalência de cárie dentária da criança de cinco anos, em dois momentos, 2003 e 2010, também identificou correlação inversamente proporcional entre o percentual de crianças em situação familiar de baixa renda e o Índice de Cuidados Odontológicos (ICO),

reforçando que o perfil socioeconômico impacta nos cuidados e que as privações econômico-sociais estão intimamente atreladas à cárie dentária. As análises de Celeste¹², Roncalli *et al*¹³ e Fonseca¹⁴ corroboraram a relação entre as desigualdades de renda e as doenças bucais, as quais seriam determinadas por fatores socioeconômicos.

À propósito da associação da crise à saúde bucal, é importante destacar a preocupação e dedicação dos profissionais desta área com as condições socioeconômicas e iniquidades sociais e seus efeitos sobre a saúde dos indivíduos e da coletividade. Sete das 19 publicações analisadas nesta revisão partiram de estudos desta área do conhecimento em saúde. Um deles foi a revisão bibliográfica elaborada por Pereira¹⁵, que revelou que localidades com níveis mais altos de prevalência de cárie no Brasil também tendem a apresentar um perfil com renda insuficiente; adultos com baixa escolaridade; menor renda familiar, além de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Ao analisar os modelos brasileiros de atenção odontológica, Chaves¹⁶ também apontou que as mudanças no perfil de saúde bucal da população são provocadas com muito mais frequência como resultado de mudanças estruturais, como riqueza nacional e posição

socioeconômica, do que como resultado do próprio modelo de prática odontológica. Bueno *et al*¹⁷ destacaram ainda que muitas doenças sistêmicas têm suas primeiras manifestações na boca e também sofrem consequências da condição de saúde bucal. Assim, as doenças bucais são importantes sinais de diagnóstico precoce para problemas de saúde geral.

Gasto Público e Mortalidade

É, no entanto, pela redução do gasto público com a proteção social que a pobreza e da desigualdade ganham fôlego, com consequências em indicadores de acesso, morbidade e mortalidade. A partir de comparações transnacionais de indicadores socioeconômicos e de saúde, Ocké-Reis *et al*¹⁸ descrevem a contradição entre o modelo redistributivo estabelecido na Constituição Federal de 1988 e os níveis de gastos com saúde pública no Brasil. Ao comparar o estado de saúde dos brasileiros com outras nações, fazem associação entre a pobreza ou a desigualdade e a necessidade de saúde, apontando para a alocação de mais recursos públicos no setor como forma de melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos.

Por meio de uma abordagem quantitativa, Teston¹⁹ também analisou 31 indicadores de saúde dos municípios do Estado do

Acre, a fim de observar se poderiam ser estabelecidas conexões entre estes e os indicadores financeiros que medem as receitas e as despesas em saúde. Segundo a autora, verificou-se tendência no sentido de que, quanto maior a despesa total com saúde per capita, menores são o percentual de exodontia, a quantidade de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, as internações de alta complexidade, dentre outros indicadores com tendência à correlação negativa.

No mesmo diapasão, Volpe *et al*²⁰ confirmou em estudo ecológico que aumentar os gastos com saúde pública na saúde correlaciona-se independentemente a outros indicadores com o declínio das taxas de mortalidade infantil nos estados brasileiros. Para um aumento de 1% na despesa pública em saúde como proporção do PIB, ocorreu uma redução de 0,72 por 1000 na taxa de mortalidade infantil. Além disso, um aumento de 1,3% no gasto público com saúde foi relacionado a uma redução de 1 por 1000 na mortalidade precoce, tardia e pós-neonatal.

A inferência de que a melhoria das condições socioeconômicas implica aumento da qualidade dos indicadores de saúde não prevalece, no entanto, como perspectiva unanime. Ao buscar as razões para o aumento da mortalidade materna no Estado do Rio Grande do Sul, Carreno²¹

constatou que as macrorregiões em que houve um crescimento econômico favorável entre os anos de 2002 e 2007 foram as mesmas regiões que apresentaram aumento de mortalidade materna. De acordo com a autora, esse crescimento econômico refletiu-se nas mudanças das condições de saúde das pessoas, possibilitando a adesão a planos de saúde privados ou atendimentos particulares na rede de saúde suplementar. Essas transformações podem ter influenciado nos indicadores da morte materna pela relação com o aumento do número de cesarianas em mulheres na saúde suplementar.

Estudo que avaliou o desempenho da estrutura de saúde e resultados em sete municípios que compõem a 25ª Região de Saúde de Santa Catarina, mostrou ainda que a maioria dos municípios que compõem a região analisada contrariam a premissa de que o crescimento do gasto total per capita em saúde contribui para a melhoria dos indicadores²². Embora a região tenha investido percentuais de sua receita em saúde superior às médias do estado de Santa Catarina, não obteve redução nos indicadores de mortalidade geral, comportamento que pode refletir a ineficiência técnica observada nos municípios.

Hipótese ainda mais conflitante com o senso pré-estabelecido em grande parte das pesquisas neste campo foi apresentada por Jacinto *et al*²³. Seu artigo parte de duas hipóteses antagônicas para dar explicação à relação entre saúde e instabilidade econômica. Uma das vertentes analisadas (Brenner) corrobora a hipótese de que os períodos de recessão impactam negativamente o estado de saúde das pessoas, aumentando índices de morbidade e mortalidade, especialmente por doenças associadas ao consumo e dependência de álcool e drogas, estresse, depressão ou causas externas. Outra hipótese (Ruhm), porém, postula que as recessões econômicas com maior desemprego favorecem uma melhoria na saúde e consequente redução na mortalidade, dado que indivíduos desempregados teriam mais tempo para o lazer e desenvolvem hábitos saudáveis.

Os resultados de modelos estáticos e dinâmicos aplicados pelos pesquisadores fornecem evidências que apoiam a hipótese de que, no mundo, as recessões econômicas tendem a causar um aumento nas taxas de mortalidade. No Brasil as evidências encontradas não sugerem que as recessões econômicas possam reduzir a taxa de mortalidade no curto prazo. A longo prazo, porém, indicam que mudanças positivas no emprego estão

associadas à maior taxa de mortalidade, dado que os efeitos positivos do aumento do emprego (melhor acesso à saúde, seguro saúde, alimentação, etc.) podem contrabalançar potenciais efeitos negativos (aumento consumo de álcool, acidentes de trânsito, falta de tempo para práticas desportivas, etc.).

Brasil pós EC n° 95/2016

Apesar do curto intervalo de tempo para a realização de análises robustas sobre os impactos das políticas econômicas restritivas implementadas no Brasil, sobretudo a partir de 2015, e seus resultados sobre a saúde da população, alguns indicadores podem ser acompanhados para esta finalidade em estudos futuros.

Vale lembrar que, a partir da aprovação da Emenda Constitucional n° 95 (EC 95), em dezembro de 2016 – que limita até 2036 o crescimento das despesas primárias federais à inflação – o País já passou a observar reflexos em alguns indicadores sociais que denotam os efeitos da crise econômica. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua mensal mostram que a taxa de desocupação da força de trabalho nacional segue acima de 10% desde o fim daquele ano. No trimestre encerrado em fevereiro de 2019, a taxa verificada pelo Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi de 12,4%, atingindo mais de 13 milhões de brasileiros²⁴.

O aumento do desemprego parece ainda ter impactado o número de beneficiários de planos médico-hospitalares no país. Considerando todos os tipos de contratação, observa-se uma queda de 6,2% no número total de beneficiários desde dezembro de 2014, mês em que se registrou o maior número absoluto de brasileiros que aderiram a algum tipo de plano de saúde médico hospitalar²⁵. Quatro anos depois, isto é, em dezembro de 2018, verificou-se uma redução de aproximadamente 3,1 milhões de beneficiários no período. Este, portanto, pode ser o número aproximado de pessoas que passaram a depender exclusivamente do SUS em relação à assistência à saúde, aumentando a demanda no curto prazo.

Análises sobre os gastos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) também já apontam para uma redução, em termos reais (descontada a inflação), nos anos de 2015 e 2016. Levantamento do Conselho Federal de Medicina (CFM), divulgado em novembro de 2018, mostrou que as despesas totais declaradas pela União, Estados e Municípios em ASPS foi de R\$ 262,6 bilhões em 2014, cifra que baixou para R\$ 258,6 bilhões no ano seguinte e R\$ 253,8 bilhões em 2017²⁶.

Dados levantados também pelo CFM sobre a disponibilidade de leitos de internação no SUS mostraram ainda o fechamento de mais de 34 mil leitos entre os anos de 2010 e 2018²⁷.

Levantamento produzido pela ONG Contas Abertas também revelou um dado alarmante sobre os investimentos (recursos aplicados em realização de obras e compra de equipamentos) do Ministério da Saúde²⁸. Segundo a organização, apenas R\$ 2,9 bilhões foram efetivamente investidos pela pasta em 2017. O montante representou 35,8% dos R\$ 8,2 bilhões autorizados em orçamento para o exercício e também o menor valor aplicado em investimentos na área nos últimos oito anos. Os números apurados junto ao Sistema Integrado de Administração Federal (Siafi) também mostraram que a retração também aconteceu no orçamento geral do Ministério da Saúde. Dessa forma, incluindo despesas com pessoal e encargos sociais e despesas correntes, os valores desembolsados somaram R\$ 115,8 bilhões, o menor desde 2014.

No tocante ao aumento de riscos epidemiológicos, vale lembrar que, após registrar sucessivo casos de sarampo desde 2018, o Brasil perdeu a certificação de país livre da doença, conferido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Conforme as mais recentes

atualizações da OPAS, 12 países das Américas notificaram 17.361 casos confirmados de sarampo entre 2018 e janeiro de 2019, tendo sido registrados no Brasil 10.302 casos (60%), incluindo 12 mortes, até 9 de janeiro de 2019²⁹.

Além disso, vale frisar a pertinência do alerta de Schramm *et al*⁴, de que a redução das taxas de detecção como possível expressão do não acesso terá impacto em um conjunto de doenças, como no caso dos cânceres implicando em diagnósticos tardios e em muitas situações fora de possibilidade terapêutica; reduzindo ainda mais as taxas de sobrevivência que já são consideradas menores quando comparadas com outros países desenvolvidos. A sentença converge para os resultados de recente estudo descritivo analítico elaborado pelo Observatório de Oncologia do movimento Todos Juntos Contra o Câncer (TJCC). Em 516 dos 5.570 municípios brasileiros o câncer já era – em 2015 – a principal causa de morte³⁰. Com a manutenção dessa trajetória, em pouco mais de uma década as neoplasias serão as responsáveis pela maioria dos óbitos no Brasil.

Além das mudanças já mensuráveis através de alguns indicadores, Rasella *et al*³¹ calcularam, baseados em um cenário hipotético, que os cortes decorrentes da emenda constitucional 95/2016 nos gastos

federais podem levar a 27,6 mil mortes evitáveis no Brasil até 2030, um aumento de 5,8 % na mortalidade em comparação com o cenário atual.

É neste recente e conturbado cenário de transições epidemiológicas e de imposição de políticas econômicas restritivas, portanto, que se impõe a necessidade de um olhar dedicado da academia sobre o futuro da saúde dos brasileiros.

5 CONCLUSÃO

Conforme apresentamos, diversos estudos internacionais têm demonstrado que as políticas econômicas restritivas – adotadas como resposta às crises econômicas –, são responsáveis por uma série de consequências negativas à saúde das populações.

Em um momento em que o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ser ameaçado pela adoção desses ajustes recessivos, há que se compreender, pelas lições apreendidas da experiência de outros países, que o Brasil tende a assumir o risco de se tornar mais um exemplo de como a escolha pela redução ou corte de gastos na área da saúde pode comprometer a saúde e até a vida dos brasileiros.

Ao longo dos últimos dez anos, as possíveis consequências da adoção de políticas econômicas restritivas já têm sido

mensuradas no Brasil, ainda que de maneira tímida. A partir desta revisão narrativa da bibliografia nacional, observa-se que poucos estudos buscaram essa correlação com o contexto econômico, sendo que os existentes, em sua maioria, tiveram como ponto focal problemas odontológicos dos brasileiros e taxas de mortalidade (geral, materna, infantil, precoce, tardia e pós-neonatal). Apesar da vasta descrição na literatura internacional, não foram identificados trabalhos dedicados a avaliar temas como depressão, suicídio, desnutrição, doenças crônicas não transmissíveis e indicadores de estrutura e processo.

Assim, este artigo conclui pela necessidade de se incorporar à agenda de pesquisas no Brasil o monitoramento permanente dos possíveis efeitos a médio e longo prazos da adoção de políticas econômicas restritivas nas condições de vida e saúde da população, partindo da visão de que é preciso fomentar discussões sobre respostas alternativas à crise, que não apenas garantam a sustentabilidade das finanças públicas, mas principalmente o bem-estar e a saúde dos brasileiros.

ABSTRACT

Effects of restrictive economic policies on the health status of Brazilians

This study aimed to identify the description in the national literature of the effects of the restrictive economic policies adopted by Brazil, especially from 2015, on the main indicators of Brazilians health conditions. This is a narrative review of the literature, carried out based on a research made in the Virtual Health Library (known in Brazil by the Portuguese acronym, BVS). The search was based on the funnel technique, combining several descriptors related to the theme. In total, 19 publications included in this review were obtained, which were available free of charge and met the established criteria. The main themes in the bibliographical material are related to the analysis of the economic crisis context and restrictions and their implications on the Brazilians oral health and on general, maternal, child, premature, late and post-neonatal mortality rates. Collectively, the issues concerning dental problems and mortality appear in 79% of the articles analyzed. The main explanatory variables associated with health indicators were family income (cited in 42% of publications) and public expenditure per capita and/or as a proportion of Brazil's Gross Domestic

Product - GDP (26%). At a time when Brazil's Unified Health System is threatened by the adoption of recessive adjustments, it is must be understood, from the lessons learned from the experience of other countries, that Brazil tends to take the risk of becoming an example of how the choice of reducing or cutting health expenditures can compromise health and even the lives of the Brazilians. This article concludes with the need for further studies on the possible medium and long-term effects of the adoption of restrictive economic policies on the living and health conditions of the population, starting from the view that it is necessary to instigate discussions about alternative responses to the crisis, which not only guarantee the sustainability of public finances but especially the well-being and health of Brazilians.

Keywords: Health Policy. Health Expenditures. Economic Recession. Morbimortality Indicators. Health Status.

REFERÊNCIAS

1. Mendes A. A Saúde Pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do Capitalismo? *Saúde Soc.* 2015;24(Suppl 1):66-81.
2. Vieira FS, Santos IS, Ocké-Reis C, Rodrigues PHA. Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); 2018.
3. Stuckler D, Basu S. A economia desumana: porque mata a austeridade. Lisboa: Editorial Bizâncio; 2014.
4. Schramm JMA, Paes-Souza R, Mendes LVP. Políticas de austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crise. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 40.
5. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D *et al.* Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet.* 13 abr 2013;381(9874):1323-31.
6. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study [Internet]. *PLOS Med.* 2018;15(5):e1002570. Disponível: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>
7. Mendes A, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde Soc.* 2018;27(4):1105-19.
8. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Policy.* Abr 2014;115(2-3):111-19.
9. Almeida G, Sarti FM, Ferreira FF, Diaz MDM, Campino AC. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998-2008. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(2):90-7.
10. Tagaris K. Deterioração da saúde bucal das crianças evidencia crise na Grécia [Internet]. *Jornal Folha de São Paulo.* 2015[acesso em 2 mai 2019]. Disponível: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2015/11/1703922-deterioracao-da-saude-bucal-das-criancas-evidencia-crise-na-grecia.shtml>
11. Moura RNV. Contexto legal brasileiro, políticas públicas e cárie precoce da infância: um estudo com crianças de cinco anos de idade [tese]. Belo Horizonte: UFMG; 2015.
12. Celeste RK. Desigualdades socioeconômicas e saúde bucal [tese]. Rio de Janeiro: UERJ; 2009. p. 330.
13. Roncalli AG, Tsakos G, Sheiham A, de Souza GC, Watt RG. Social determinants of dental treatment needs in Brazilian adults. *BMC Public Health.* 2014;14:1097.
14. Fonseca EP, Fonseca SGO, Meneghim MC. Análise do acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil. *ABCS Health Sci.* 2017;42(2):85-92.
15. Pereira AL. Influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos [monografia]. Campos Gerais: UFMG; 2010. p. 77.
16. Chaves SCL. Oral health in Brazil: the challenges for dental health care models. *Braz Oral Res.* 2012;26(Suppl 1):71-80.
17. Bueno RE, Moysés ST, Bueno PAR, Moysés SJ. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2014;36(1):17-23.
18. Ocké-Reis CO, Marmor TR. The Brazilian national health system: an unfulfilled promise? *Int J Health Plann Manage.* 2010;25(4):318-29.
19. Teston LM. Avaliação em saúde no SUS do Estado do Acre no contexto do capitalismo contemporâneo: limites e desafios para sua perspectiva emancipatória [tese]. São Paulo: USP; 2016.
20. Volpe FM, Abrantes MM, Capanema FD, Chaves JG. The impact of changing health indicators on infant mortality rates in

- Brazil, 2000 and 2005. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(6):478-84.
21. Carreno I. Mortalidade materna no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1999 a 2008 [tese]. Porto Alegre: UFRS; 2012. p. 110.
 22. Mazon LM, Mascarenhas LPG, Dalabrida VR. Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil. *Saude Soc*. 2015;24(1):23-33.
 23. Jacinto P de A, Tejada CA, Sousa TR. Effects of macroeconomic conditions on health in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2010;44(2):310-7.
 24. SIDRA. Banco de tabelas estatísticas. [Internet]. [acesso 15 abr 2019]. Disponível: <https://sidra.ibge.gov.br/home/pms/brasil>
 25. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Informações em saúde suplementar. [Internet]. [acesso 15 abr 2019]. Disponível: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/>
 26. Brasil gasta R\$ 3,48 ao dia com a saúde de cada habitante. Conselho Federal de Medicina. [Internet]. 2018 [acesso 15 abr 2019]. Disponível: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27961:2018-11-12-17-57-13&catid=3
 27. Em oito anos, Brasil perde 34,2 mil leitos de internação no SUS. Conselho Federal de Medicina. [Internet]. 2018 [acesso 15 abr 2019]. Disponível: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27721:2018-07-12-14-05-59&catid=3
 28. Investimentos em saúde foram os menores em oito anos. Agência Contas Abertas. [Internet]. 2018 [acesso 15 abr 2019]. Disponível: <http://www.agenciacontasabertas.com.br/noticia/investimentos-em-saude-foram-os-menores-em-oito-anos>
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Informe nº 36, 24 de janeiro de 2019. Situação do Sarampo no Brasil – 2019. Disponível: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/Informe-Sarampo-n36-24jan19aed.pdf>
 30. Observatório de Oncologia. Câncer como a primeira causa de morte nos municípios brasileiros. [Internet]. 18 abr 2018 [acesso 15 abr 2019]. Disponível: <https://observatoriodeoncologia.com.br/cancer-como-a-primeira-causa-de-morte-nos-municipios-brasileiros-em-2015/>
 31. Rasella D, Hone T, de Souza LE, Tasca R, Basu S, Millett C. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil [Internet]. *BMC Med*. 2019;17(1):82. Disponível: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1316-7>