

## **GASTO E POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL, CHILE E CUBA ENTRE OS ANOS 1960 E 2010**

Lauren Fernandes de Siqueira\*  
Murilo Fahel\*\*

**Resumo:** A transição epidemiológica é um fenômeno que expressa mudanças de longo prazo nos indicadores de saúde que caracterizam diferentes populações. Levando em conta as mudanças dos altos níveis de mortalidade e fecundidade para os baixos níveis dessas variáveis, é importante enfatizar que esse é um processo diretamente relacionado com as mudanças sociais e econômicas as quais são, geralmente, associadas às melhorias no acesso aos serviços de saúde, uso de medicamentos mais eficazes, além de melhorias nas estruturas de saneamento básico e maiores níveis educacionais. Considerando a forma como as políticas públicas são ofertadas para promover o acesso aos serviços de saúde, vale compreender o papel do Estado e Mercado nesse contexto, pois isso pode ser significativo para qualquer país ter bons indicadores de saúde. Com base no conceito de transição epidemiológica este estudo apresenta as mudanças nos indicadores de saúde de 1960 a 2010 em três países da América Latina: Brasil, Chile e Cuba. Fazendo menção à saúde no contexto das políticas públicas e discutindo o papel do Estado e mercado esse estudo visa comparar as mudanças nos indicadores desses países considerando as responsabilidades assumidas pelo Estado. Será apresentada as mudanças na expectativa de vida, taxa de fecundidade, imunização contra doenças contagiosas com base nos dados da Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial. O principal objetivo desse trabalho é apresentar as diferentes formas de provisão dos serviços de saúde mostrando como isso pode afetar os indicadores de saúde.

---

\* Mestranda em Administração Pública na Escola de Governo da Fundação João Pinheiro, Minas Gerais.

\*\* Pós-doutor pela Universidade de Oxford, Doutor em Sociologia pela UFMG, Professor e Pesquisador da Escola de Governo/Fundação João Pinheiro.

**Palavras-chave:** Estado, gastos, análise comparada, transição epidemiológica, indicadores de saúde

## **STATE AND PUBLIC POLICY FOR HEALTH: AN ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGIC TRANSITION IN BRAZIL, CHILE AND CUBA FROM 1960 TO 2010**

**Abstract:** Epidemiologic transition is a phenomenon that express long term changes in health indicators that characterize different populations. Besides, considering the shifts from high levels of mortality or fecundity to low levels of those figures it is important to emphasize that it is a process directly related to social and economic changes that it is, often, associated do improvements in the accessibility to healthcare, use of more effective remedies, as well as improvements in basic sanitation, and better levels of education of a specific population. Considering the means that public policy are provided to offer healthcare services, it is important to understand the role played by State and market since it can be significant for any country to have good health indicators. Based on the concept of epidemiologic transition this paper presents the development of some health indicators since 1960 until 2010 in three countries of Latin America: Brazil, Chile and Cuba. Mentioning heath in the context of public policy and discussing the role played by State and market in this process, this paper aims to compare the changes in health indicators in those countries by considering the duties take on by each State. It will be presented the changes in life expectancy, fertility rate, contagious diseases immunization and death causes in those countries based on the data provided by World Health Organization and the World Bank. The main objective of this study is to point out different ways of providing such services for population showing how it may affect health indicators.

**Keywords:** State, expenditure, comparative analysis, epidemiologic transition and health indicators

### **INTRODUÇÃO**

Tendo como base a teoria da transição epidemiológica este artigo se propõe a apresentar, de forma comparada, a evolução dos indicadores sociais de saúde entre os anos de 1960 e 2010 em três países da América Latina: Brasil, Chile e Cuba. A escolha destes se deve, principalmente à diferença que pode ser atribuída aos papéis assumidos pelo Estado na provisão dos serviços de saúde. No que diz respeito às políticas de saúde esse

estudo irá fazer referência ao tamanho e funções assumidas pelo Estado observando como a provisão dos serviços de saúde pode afetar os indicadores demográficos e epidemiológicos populacionais.

A comparação entre países pode apresentar limitações metodológicas, pois trata-se de lugares que apresentam condições econômicas e demográficas diversas em contextos sociais diferentes. Por outro lado, são justamente esses estudos comparativos que fornecem embasamento para se compreender os resultados de diferentes trajetórias percorridas, seja na institucionalização da oferta de serviços, concepções sobre saúde como direito, as quais influenciam nos processos saúde-doença e nos perfis epidemiológicos de diferentes populações.

Nesse sentido, para abordar a transição epidemiológica no Brasil, Chile e Cuba serão delineadas as mudanças observadas na expectativa de vida, taxa de fecundidade, imunização da população contra doenças contagiosas e as causas de morte utilizando-se os dados da Organização Mundial de Saúde e do Banco Mundial. O perfil epidemiológico de uma população além de ser influenciado pelo acesso a assistência médica é também resultante do perfil demográfico, hábitos alimentares e estilo de vida de uma população. A comparação entre diferentes países pode se tornar importante na tentativa de apreender as peculiaridades que influenciam no sucesso das ações que dizem respeito a saúde pública pois, alguns sistemas de saúde produzem melhores serviços e condições de acesso à população não apenas devido aos gastos públicos destinados ao setor.

## **1 OS DIFERENTES TIPOS DE ESTADO E IMPLICAÇÕES NA PROVISÃO DE SAÚDE**

Inicialmente, com o intuito de tecer considerações sobre as questões atinentes a intervenção do poder público na provisão de assistência médica e demais serviços relacionados à saúde, vale refletir sobre qual é a função do poder público na oferta desses serviços. É dever do Estado ofertar serviços de saúde a sociedade? Se sim, até que ponto isso deve ser feito?

Para estas questões as respostas variam, pois em diferentes países os Estados assumem responsabilidades distintas as quais são determinadas pelo processo histórico. Em tese é a sociedade de cada país que decide se o

poder público deve ofertar, por exemplo, os serviços de saúde e o quanto deve fazer. Naturalmente estas são questões relacionadas à política e aos valores adotados em cada nação, questões que ultrapassam o escopo deste trabalho.

Pode se afirmar, no entanto, que as diferentes orientações ideológicas sobre o papel e responsabilidades conferidas a um Estado são refletidos no arranjo das instituições políticas, públicas e privadas as quais, por sua vez, influenciam no resultado das políticas públicas adotadas em um país. Entender a essência de um Estado pode ser fundamental para identificar os determinantes de seus gastos (Oliveira, 2009).

Tanto o Estado quanto o mercado podem desempenhar importante papel na provisão dos serviços de saúde num país. Nessa perspectiva é válido compreender a forma como os mesmos são ofertados, pois o alcance das ações em termos da universalização da assistência médica pode ser determinado segundo a prevalência da instância pública ou da privada na provisão desses serviços.

Para os adeptos da ideia de eficiência de mercado, com base na doutrina liberal, vigora a crença de que o Estado deve atuar apenas quando for necessário, deixando para o mercado solucionar as questões alocativas de bens e serviços na sociedade sempre que for possível. No limite, essa visão remete ao conceito de um Estado mínimo que deve ofertar estritamente os bens e serviços necessários a sociedade os quais não podem ser ofertados pelo mercado. Ao Estado mínimo é atribuída geralmente a função de garantia da ordem, da obediência a lei e a prestação de serviços mínimos à sociedade tal como segurança pública. Em nome da liberdade dos indivíduos e da liberdade dos agentes na economia é conferido ao Estado um papel de mínima intervenção na provisão de serviços à sociedade da mesma forma que este de impor poucas restrições ao funcionamento da economia (Oliveira, 2009).

Por outro lado, dentre os Estados que assumem muitas funções têm-se como seus maiores expoentes os Estados de Bem-Estar Social cuja sustentação teórica se deu graças as ideias keynesianas disseminadas principalmente ao final da II Guerra Mundial (Oliveira, 2009). A ideia básica contida nesse tipo de Estado é a de que o poder público deve garantir um mínimo de certos bens e serviços essenciais à sociedade tal como assistência médica, moradia, educação e uma renda mínima de modo que possa

reduzir o risco e a insegurança social. Nesta categoria de análise, existem diferentes tipos de Estados de Bem-Estar Social os quais em maior ou menor grau ofertam serviços à sociedade. Dentre as diferentes teorias que explicam esse tipo de Estado um dos enfoques recai sobre o gasto social e a garantia de padrões mínimos de vida em países industrializados.

Certamente a amplitude das ações atribuídas ao Estado é resultado da forma como a população se relaciona com este ente, e essa relação Sociedade-Estado ao fim e a cabo determina como se delineia a noção de cidadania, direitos e obrigações num determinado país. Independentemente do tamanho do Estado, ressalta-se que em países de economia capitalista o mercado tem papel central no processo de alocação de bens e serviços. E, tanto em Estados menores quanto em países onde o poder público assume muitas funções, é este ente que tem poder político soberano para disciplinar a ação do mercado. Vale observar que o mercado, por sua vez, atua alocando recursos onde há possibilidade de obtenção de lucros.

Todas essas considerações são significantes também para o setor da saúde; o Estado tem papel importante na criação das condições institucionais para que um sistema de saúde possa operar, ainda que estes sejam ofertados apenas via mercado.

De modo geral, a provisão de saúde é uma atividade revestida de externalidades positivas para toda a sociedade e pode ser incluída no rol das políticas sociais. De acordo com Lobato (2006), para que as políticas sejam legitimadas e tomadas como tal pelo Estado é necessário que os bens sociais sejam direitos reconhecidos pela sociedade. “O Estado intermedeia e institui o direito via políticas sociais, mas é no plano societário que elas alcançam o *status* de direito e, portanto, o Estado só o fará como tal se assim for definido pelas relações políticas que se estabelecem entre ele e a sociedade” (LOBATO, 2006 p. 25).

Em muitos países, quando a saúde é considerada um direito social, o Estado tende a se mobilizar para garantir o acesso a serviços dessa natureza à sociedade independentemente dos indivíduos terem renda para pagar pelo mesmo. Enquanto formulador de políticas públicas, o Estado pode desmercadorizar tais serviços para garantir acesso universal a população se essas ações forem legitimadas por seus cidadãos. “Decisões políticas podem tanto promover o bem-estar, como se tornarem um fator de agravamento das más condições de vida e saúde do cidadão, em especial das

classes menos favorecidas” (MARTINS, 1996 p.55). Sem a pretensão de esgotar o tema estas são questões que assinalam o fato de que existem diferentes formas de organização do poder público que implicam em distintas formas de visão sobre as políticas e serviços ofertados a sociedade. Tais condicionantes irão determinar, no caso da saúde, como serão os serviços dessa natureza e a cobertura do mesmo. A forma como as políticas desse setor são concebidas pelo Estado e sociedade produz efeitos sobre os resultados no sistema de saúde de um país e, conseqüentemente, tem implicações sobre o padrão epidemiológico de uma população.

Os estudos nessa linha de análise colocam-se no interior de marcos teóricos que, para além de um raciocínio técnico-instrumental das atividades sanitárias, apontam aquelas determinações originadas do campo político, capazes de afetar os processos de saúde doença-morte da população do País (MARTINS, 1996 p.56).

É importante ressaltar, no entanto, que o processo saúde-enfermidade é multideterminado e, embora o poder público possa ter papel fundamental na oferta da assistência médica, isso por si só não garante o alcance de bons indicadores de saúde em uma população, ou seja, os fatores que determinam os indicadores de saúde de um país não são exclusivamente gerados pela política de saúde adotada por um Estado.

Da mesma forma é importante destacar que as variáveis explicativas dos bons indicadores de saúde não se devem a pujança econômica de um país. Embora o desenvolvimento econômico influencie nas mudanças dos padrões de doenças em uma população, esta condição não é suficiente para determinar os indicadores de saúde de um país, a combinação das políticas de saúde ofertadas, junto às condições socioeconômicas que, somadas ao estilo de vida da sociedade, interagem de modo a determinar os padrões de doenças observadas num país.

No contexto das políticas de saúde o Estado deve decidir de alguma maneira, o quanto ofertar de serviços considerando as circunstâncias que são, geralmente, de recursos escassos. A seguir serão apresentados os conceitos básicos que definem a transição epidemiológica para, em seguida, serem apresentadas as distintas formas de provisão de serviços de atenção a saúde observados numa perspectiva comparada entre Brasil, Chile e Cuba.

## **2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA: CONCEITOS BÁSICOS E PRINCIPAIS INDICADORES**

A transição epidemiológica é um fenômeno que, devido à urbanização, industrialização e às melhores condições de higiene, reflete em mudanças, num longo período de tempo, no perfil da saúde de uma população; isto é, denota alterações nos padrões de mortalidade, fecundidade, expectativa de vida e causas de morte. Reconhecidamente a transição epidemiológica é um processo que ocorre concomitantemente a outro processo denominado transição demográfica tal como aponta grande parte da literatura. A transição demográfica se refere à passagem de altos para baixos níveis de mortalidade e de fecundidade; interpretada como um processo social irreversível de acordo com a proposição de Thompson (1929).

Segundo Meza (2003) a transição epidemiológica é um conceito complementar à transição demográfica, ambas evoluem em fases que coincidem com as mudanças na estrutura demográfica trazendo implicações para prevalência de enfermidades de uma população. Schramm *et al* (2004) explicam o processo da seguinte forma:

O processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (p. 898).

Para Armas (2008) a transição epidemiológica está relacionada com mudanças complexas de modelos de saúde e doença e está pautada por determinantes econômicos, sociológicos e demográficos. Nesse sentido a autora, com base em Omram (1971) e Horiuchi (1999), ao considerar as causas de morte afirma que existem cinco etapas nesse processo de transição epidemiológica: 1) as alterações nas causas de mortalidade de causas externas para doenças infecciosas, 2) posteriormente a mudança desse tipo de morte para aquelas causadas por doenças degenerativas, 3) seguida da prevalência de mortes devido aos problemas cardiovasculares. Além dessas, com a mudança do perfil populacional, uma outra etapa ocorreria com a 4) diminuição de mortes causadas por câncer e por fim, 5) haveria queda das mortes causadas por “doenças de velhice” (In Armas, 2008).

Embora haja diferentes enfoques sobre as etapas desse tipo de transição, de modo geral os autores concordam que este é um processo que está estreitamente relacionado com mudanças nos padrões de urbanização associadas, muitas vezes, ao desenvolvimento socioeconômico de um país. Os avanços das políticas de saúde, a maior acessibilidade a serviços médicos, a utilização de medicamentos mais eficazes, além da melhoria da infraestrutura urbana de provisão de saneamento básico e a elevação do nível de escolaridade de uma população são fatores que impactam diretamente na melhoria dos indicadores de saúde e conseqüentemente alteraram as causas de morte de uma determinada população.

No entanto, é importante observar que esse processo não segue exatamente as mesmas etapas obedecendo a um único fluxo de estágios a serem percorridos em distintos países. “Tanto a Transição Demográfica quanto a Transição Epidemiológica afetam os países de maneira diferentes” (MEZA, 2003). A transição epidemiológica pode apresentar peculiaridades que estão profundamente associadas às condições socioeconômicas de uma população (Armas, 2008). Especialmente em países em desenvolvimento, onde a urbanização pode ser precária, a infraestrutura urbana de saneamento básico deficiente impacta diretamente nas condições de saúde pública trazendo conseqüências para a taxa de mortalidade infantil e altura das crianças principalmente.

Neste contexto, a América Latina apresenta algumas peculiaridades no que diz respeito ao processo de transição epidemiológica, pois em muitos países persistem a existência de doenças infectocontagiosas ao mesmo tempo em que se elevam doenças crônico-degenerativas acompanhada de altas taxas de mortes devido a homicídios (Viana e Poz, 2005). Pode-se afirmar que na região há uma grande diversidade de trajetórias no processo de transição epidemiológica (Armas, 2008), as quais se manifestam de acordo com as circunstâncias socioeconômicas, demográficas e de políticas de saúde em diferentes países.

Em países com sistemas de saúde ainda frágeis, o avanço da transição epidemiológica nem sempre significou a erradicação das doenças evitáveis. Desta maneira, sobretudo em países mais pobres, se produz a existência concomitante de doenças endógenas com patologias contagiosas e causas externas, vinculadas a estilos de vida não saudáveis e que poderiam ser evitáveis (ARMAS, 2008 p. 63).

Quanto a essas diferenças na América Latina, Meza (2013) observa que Argentina, Uruguai, Chile e Cuba estão em fase avançadas do processo enquanto que Honduras, Guatemala e Bolívia estão nas etapas iniciais. No que tange o Brasil, Schramm *et al* (2004, p.898) afirma esse processo não tem ocorrido tal como nos países industrializados tampouco como no Chile, Cuba ou Costa Rica.

Há uma superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; a reintrodução de doenças como dengue e cólera ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses indicam uma natureza não-unidirecional denominada contra-transição; o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbi-mortalidade persiste elevada para ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada [...] (SCHRAMM *et al*, 2004, p.898).

Todas essas especificidades causam grandes impactos nas demandas por serviços de saúde em cada país. A estruturação dos sistemas de saúde para responder às necessidades sociais irá depender concepção vigente sobre o papel do Estado. De modo geral, as diferenças nos tipos e quantidade de serviços ofertados num país por meio do sistema público de saúde se devem ao tamanho do Estado.

### **3 OS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL, CHILE E CUBA**

No Brasil, de acordo com a Constituição Federal (1988) o acesso a saúde é considerado um direito social e a universalização é um princípio do Sistema Único de Saúde - SUS o qual é organizado sob o comando do Ministério da Saúde. A provisão de serviços é descentralizada por meio de uma rede hierarquizada e regionalizada na oferta de serviços. Cabe ao governo federal à formulação e condução da Política Nacional de Saúde, as estruturas estaduais prestam serviços de média e alta complexidade e os municípios ofertam ações básicas (Arretche, 2000).

O sistema de saúde do país é formado por uma rede complexa de agentes do setor público e privado que ofertam serviços, remédios, desenvolvem pesquisa e treinamento dos recursos humanos envolvidos com a provisão de saúde no país. Na Constituição Federal fica estabelecido que “o setor

privado é complementar ao setor público na oferta de serviços, devendo, estar, portanto, sob sua regulamentação, fiscalização e controle” (ARRETCHE, 2000 p.203). O SUS é responsável pela cobertura exclusiva de 78,8% da população brasileira enquanto que os 21,2% restantes são cobertos pela estrutura complementar/privada (Organização Mundial de Saúde, 2013).

No âmbito dos SUS os serviços abrangem de atendimento ambulatorial até transplantes de órgãos. “Paralelamente à realização de consultas, exames e internações, o SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos” (FIOCRUZ, 2015). Atualmente existem 273.079 estabelecimentos de saúde no país (<http://tabnet.datasus.gov.br>). Salienta-se que o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito pelas três esferas de governo. De acordo com lei federal foram definidas as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde onde a união deve destinar valor anual usando como base os gastos efetuados no ano anterior, os estados devem destinar 12% de suas arrecadações com impostos e os municípios 15% das mesmas (Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012).

No Chile a rede de saúde de saúde está baseada num Plano de Saúde Padrão o qual conta com 7% de copagamento imposto, o qual é financiado de acordo com a capacidade de pagamento da sociedade que está dividida em quatro grupos distintos: a, b, c e d. A cada um destes grupos<sup>1</sup> é atribuída uma modalidade de participação e pagamento por parte dos usuários. Paralelamente ao sistema público, o sistema privado de provisão de saúde formado pelas Instituições de Saúde Previsional (Isapres) comercializa no país mais de 12 mil tipos de planos com modalidades e preços variados que irão depender do perfil do usuário (STROODY, 2011).

---

<sup>1</sup> A modalidade de livre eleição atende ao grupo “d”, ou seja, é endereçado aos cidadãos que aderiram ao sistema público de saúde e tem renda superior a 251.120 (US\$ 540); existe neste caso um copagamento de 20%. A segunda modalidade, de atenção institucional, é dividida em dois subgrupos voltados respectivamente ao atendimento dos grupos “b” e “c”. O grupo c abrange aos cidadãos cuja renda está entre \$ 265.720 e \$182.000 do qual 10% representa o copagamento voltado para o sistema. O grupo “b” se refere aos cidadãos com renda inferior a \$182.000 (US\$ 391) os quais recebem atenção gratuita. Por fim o grupo “a”, também atendido pelo sistema público de saúde, é composto pelos indivíduos carentes de recursos ou indigentes. Para este público-alvo o governo desenhou o Plano Auge Ges que sugere um acesso universal à parte da população credenciada para tanto.

De acordo com Labra (2001), o atual modelo de sistema de saúde chileno é fortemente marcado pelas mudanças instituídas durante a ditadura pinochetista ao final dos anos 1970. Dentre seus traços distintivos a “refundação” do setor saúde é marcado por um Sistema Nacional de Serviços de Saúde - SNSS o qual tem separação entre as funções executivas (SNSS), financeiras (Fundo Nacional de Saúde) e política normativas (Ministério da Saúde). É importante destacar, segundo a perspectiva da autora, dentre as mudanças estabelecidas nesse período houve a estratificação do acesso aos serviços estatais segundo faixa de renda do usuário. Devido a “isenção de contribuição para o Fundo Nacional de Saúde para as pessoas que optam por uma Isapre, rompeu-se a solidariedade no financiamento da saúde<sup>2</sup>” (LABRA, 2001 p. 362).

Por fim, em Cuba, onde vigora um Estado socialista, a política social do país define o Estado como responsável pela provisão dos serviços de saúde e todos os cidadãos são considerados beneficiários. Opera um sistema de saúde o qual alcançou altos níveis de equidade e distribuição dos serviços com total cobertura da população (Organização Mundial da Saúde, 2014).

O sistema de saúde é dividido em quatro níveis. Na atenção primária se enquadram os serviços de baixa complexidade que são ofertados em 452 policlínicas do país. No nível secundário encontram-se os serviços com maior complexidade, com menor cobertura no qual fazem parte os hospitais regionais e municipais os quais contam com meios complementares de diagnósticos mais específicos e sofisticados. Os níveis Terciário e Quaternário, de cobertura mínima e complexidade máxima, atendem aos serviços de internamento (o terciário para diagnóstico e/ou tratamento; e o quaternário quando o paciente requer cuidados intensivos). O país conta com um número expressivo de médicos de família e profissional de enfermagens responsáveis pelos serviços básicos, para cada 1095 habitantes existe um grupo de profissionais da saúde (OMS, 2014).

---

<sup>2</sup> Isso fez com que o setor público deixasse de receber considerável volume de recursos além de estratificar o acesso pois o país passou a contar com dois tipos de medicina: “uma para ricos e outra para pobres” (LABRA, 2001). Ainda de acordo com a autora as Isapres cobrem (em 2001) menos de 24% da população e se concentram em serviços de consultas médicas e maternidades, enquanto que o sistema público atende 70% da população (Labra, 2001).

Apresentada as principais características dos sistemas de saúde do Brasil, Chile e Cuba, para ilustrar as diferenças decorrentes da forma como o serviço de saúde é concebido, vale observar os dados referentes aos leitos hospitalares e clínicos gerais nesses países considerando o período de tempo de 1960 a 2010.

Tabela 1 – Número de leitos de hospital e médicos clínicos geral no Brasil, Chile e Cuba (1960 – 2010)

<b>Tabela 1: Número de Leitos de Hospital e Médicos Clínicos Geral no Brasil, Chile e Cuba 1960 - 2010</b>						
<b>Número de Leitos de Hospital (para cada 1.000 pessoas)</b>						
<b>País/Ano</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Brasil	3,2	3,7	3,7	3,3	3,3	2,4
Chile	3,7	3,8	3,4	3,2	3,2	2,0
Cuba	4,4	4,6	4,6	5,4	5,4	5,9
<b>Número de Médicos Clínicos Geral ( para cada 1.000 pessoas)</b>						
<b>País/Ano</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Brasil	0,37	0,49	0,49	1,36	1,15	1,76
Chile	0,56	0,46	0,46	1,10	1,10	1,03
Cuba	0,95	0,82	0,82	3,64	5,90	6,72

No que diz respeito ao número de leitos em hospitais o Brasil apresenta um número crescente do equipamento entre 1960 até 1980 quando a disponibilidade de leitos para cada 1000 habitantes começa a se reduzir atingindo em 2010 o número de 2,4 leitos. Da mesma forma no Chile houve redução de leitos quando se considera o período inicial e final. Vale notar que essa redução pode ser atribuída, dentre outros fatores, ao crescimento populacional não acompanhado pelo crescimento do número de equipamentos de saúde.

Por outro lado quando se observa os dados referentes à Cuba o número de leitos cresceu ao longo dessas décadas sendo que para qualquer ano em análise o número de leitos para cada 1.000 habitantes nesse país é superior ao número tanto no Brasil como no Chile.

Considerando o número de clínico-geral nesses países é possível notar que, de modo geral, houve crescimento do número desses profissionais nos

três países, sendo que em Cuba ao final do período o número desse tipo de médico é bem superior aos demais países. Esse é um traço que pode denotar o tipo de desenho e focalização da assistência médica, em certos países os profissionais especialistas são privilegiados enquanto em outros o clínico geral, e a atenção primária são mais demandados. Esses são alguns aspectos que podem influenciar no padrão de saúde-enfermidade populacional.

### 3.2 Gastos Públicos com Saúde

Dentre as diversas possibilidades de abordagem do tema é razoável pensar sobre o tamanho do Estado considerando-se os gastos públicos totais em relação ao Produto Interno Bruto - PIB dos países. Da mesma forma, pode-se entender o papel do Estado na provisão de políticas de saúde observando-se os gastos públicos totais destinados ao setor. A participação do Estado no Produto Interno Bruto - PIB revela a importância que tem este ente na vida econômica de um país, esta relação diz sobre a participação do Estado na alocação de recursos além de delinear a extensão e papéis que são conferidos ao poder público. “A dimensão dos recursos de que necessita varia, assim, em função da dimensão e da amplitude do papel que desempenha nessa realidade” (OLIVEIRA 2009, p. 23). A tabela a seguir aponta para os diferentes gastos públicos com saúde sobre diferentes perspectivas de análise.

Tabela 2 – Gasto público com saúde no Brasil, Chile e Cuba (2000, 2010)

<b>2000</b>			
	<b>Brasil</b>	<b>Chile</b>	<b>Cuba</b>
% do PIB	2,89	2,60	5,51
Gasto Público Per Capita (em dólares)	264,69	363,65	166,33
% do Gastos Públicos	4,08	10,98	10,80
<b>2010</b>			
	<b>Brasil</b>	<b>Chile</b>	<b>Cuba</b>
% do PIB	4,24	3,31	10,06
Gasto Público Per Capita (em dólares)	988,93	892,32	583,37
% do Gastos Públicos	10,74	15,01	13,87

Fonte: Elaboração própria. Dados primários Banco Mundial, 2015

Os dados acima mostram que os gastos com saúde tem crescido nos três países em análise. Em 2000 o Chile era o país onde os gastos públicos per capita com saúde eram os mais altos em comparação dos demais países. Em Cuba os gastos tem aumentado de forma regular, exibindo valores de U\$ 166,33 em 2000 alcançando a cifra de U\$ 583,37 em 2010. Comparadamente os gastos com saúde por habitante neste país estiveram sempre abaixo dos valores gastos no Brasil e Chile no período em análise.

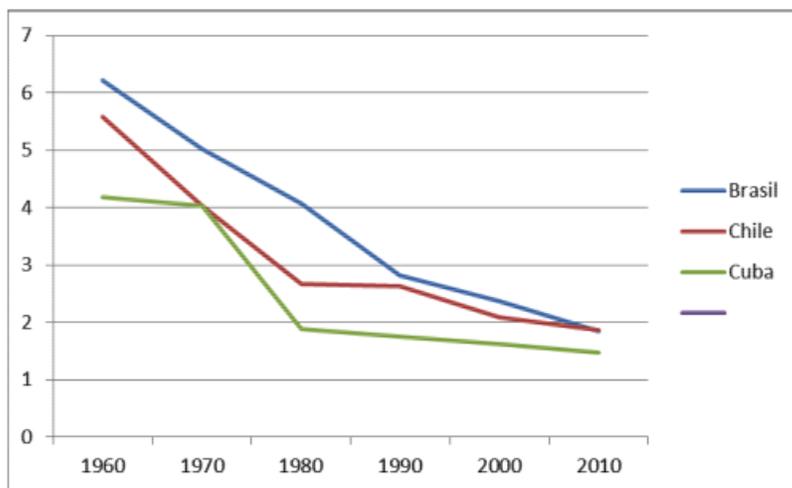
Sob uma diferente ótica de apreciação, quando se considera os gastos públicos destinados ao setor de saúde em relação ao Produto Interno Bruto de cada país nota-se que Cuba é o país onde os gastos representam a maior proporção do PIB do país. Por outro lado é possível notar que em relação aos gastos públicos totais, no Chile a saúde representa o maior percentual dos gastos públicos em relação aos demais países seja no ano de 2000 ou no ano de 2010.

As questões apontadas nessa seção servem para contextualizar, sem exaurir essa temática, a forma e a quantidade dos gastos públicos que esses três países destinam à saúde. A analogia sobre gasto público com saúde pode dizer muito sobre a rede de seguridade social estruturada em cada país, revelando assim o quanto o acesso a saúde promovida pela rede pública é priorizada em diferentes Estados, além de sinalizar importantes aspectos sobre a eficiência do gasto.

#### **4 ANÁLISE DOS INDICADORES DE TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA**

No que tange a Taxa de Fecundidade da mulher, isto é, o número de filhos que nasceriam de uma mulher até o final de seus período reprodutivo, o gráfico aponta que os três países passaram por um longo período de decrescimento da taxa.

Gráfico 1: Taxa de Fecundidade no Brasil, Chile e Cuba (1960-2010)



Fonte: Elaboração própria. Dados primários: Banco Mundial (2015)

Observa-se que os três países passaram por um longo período de decrescimento das taxas de fecundidade, onde se pode destacar Cuba por apresentar a menor taxa ao final do período com uma média de 1,467 filhos por mulher.

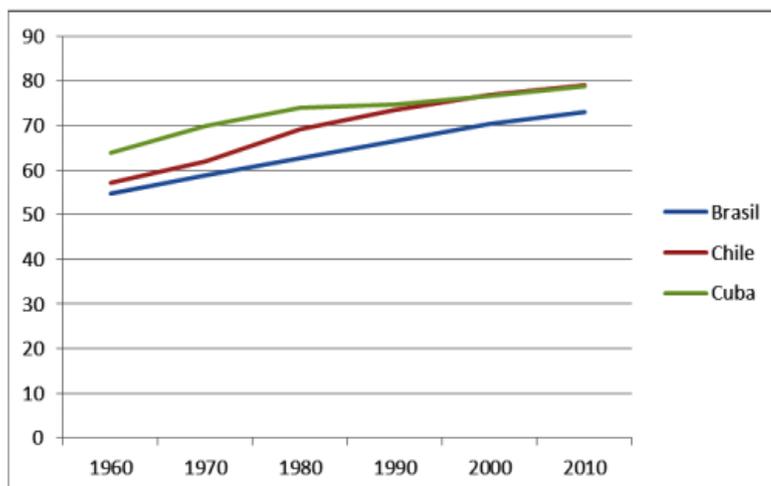
No que diz respeito à taxa de fecundidade, vale ressaltar que tanto no Chile quanto em Cuba foram promovidas medidas para a redução da mesma. “A considerável diminuição da Taxa de Natalidade no Chile obedece, por um lado à instauração, em meados da década de 60, da Política Nacional de Regulação da Fecundidade, e por outro lado a redução da Taxa Global de Fecundidade” (MEZA, 2003, p.18,19).

No caso de Cuba, Carvalho e Brito afirmam que o país conseguiu implementar a política de controle de fecundidade com êxito indiscutível. “Comandada pelo Estado, houve uma ampla mobilização popular, utilizando, inclusive, o sistema educacional, com o objetivo de implementar políticas de planejamento familiar, associadas a políticas de saúde materno-infantil” (CARVALHO E BRITTO, p.354 2005).

É importante lembrar que a queda da taxa de fecundidade é um processo em curso em todo o mundo e está atrelada a diversos fatores relacionados ao desenvolvimento dos países; as mulheres passam a ter maior

autonomia para postergar o momento de reprodução, além de terem maior poder de decisão sobre ter ou não filhos. Esses fatores tem implicações sobre a mudança do perfil demográfico e epidemiológico populacional. O gráfico abaixo complementa a informação que diz respeito às alterações no perfil da população apresentando as expectativas de vida nos três países.

Gráfico 2: Expectativa de Vida no Brasil, Chile e Cuba (1960-2010)



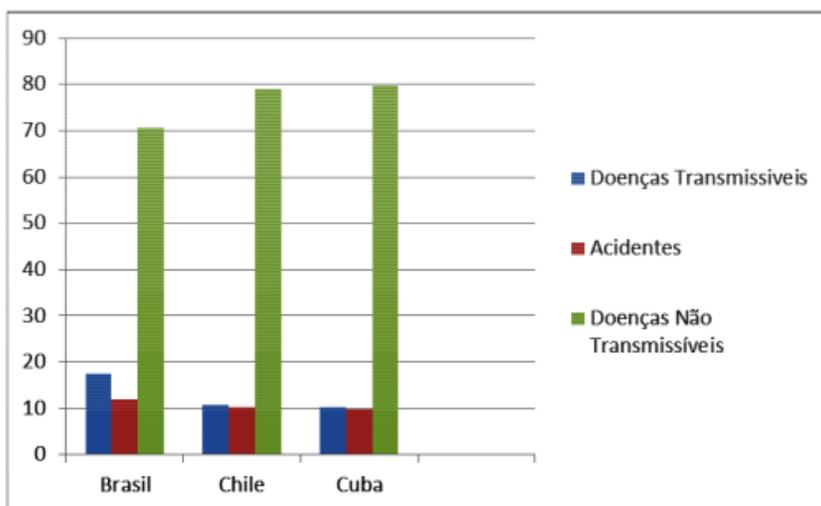
Fonte: Elaboração própria. Dados primários: Banco Mundial (2015)

O aumento da expectativa de vida é um indicador que reflete diretamente os avanços no desenvolvimento socioeconômico e na medicina. Os três países em análise apresentaram aumento desse indicador sendo que em 2010, o Chile apresentava a maior expectativa de vida 79,1 anos, seguindo por Cuba com 78,7 anos e por fim o Brasil com 73,1 anos.

Vale destacar que a redução da taxa de fecundidade junto ao aumento da expectativa de vida tem diversas implicações para as políticas públicas de um país, pois, devido a profunda alteração da pirâmide etária de uma população altera-se, conseqüentemente, as demandas por serviços de saúde, educação e seguridade social. Nos três países a população de jovens e adultos tem aumentado enquanto que a proporção de crianças tem diminuído. Em países onde a proporção dos grupos de crianças e idosos ainda representa uma minoria, havendo, portanto predomínio na população de pessoas que estão em idade ativa (trabalhando e fazendo as contribuições sociais) pode se falar na existência do que os demógrafos chamam de bô-

nus demográfico, representado pela produção de recursos a mais (bens, serviços, pagamento de tributos) viabilizando o financiamento de políticas públicas num país. Entretanto com o envelhecimento populacional há que se planejar as mudanças das políticas públicas que deverão atender às novas demandas sociais. O gráfico a seguir aponta as causas de morte no ano de 2010, distinguindo as diferenças nos padrões observados nos três países.

Gráfico 3: Causas de Morte em 2010 - Brasil, Chile e Cuba (%)



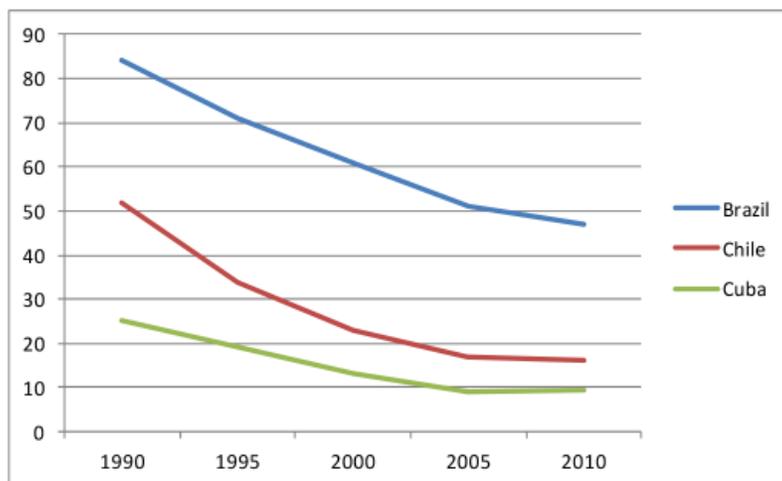
Fonte: Elaboração própria. Dados primários: Banco Mundial (2015)

No que tange às causas de morte, pode-se dizer que Chile e Cuba apresentam um perfil muito semelhante no qual aproximadamente 80% das mortes são causadas por doenças crônicas ou degenerativas enquanto que no Brasil as mortes devido a estas causas representam 70% do total. Por outro lado, o percentual de mortes devido a infecções, doenças transmissíveis problemas relacionados ao pré-natal e condições nutricionais representam uma proporção maior no Brasil, 17,5%, enquanto que no Chile e em Cuba estas são de 10% aproximadamente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013) o Brasil está passando por um processo de transição epidemiológica na qual há um aumento das doenças crônicas e das mortes devido às causas externas, especialmente violência.

Para elucidar essa questão, vale destacar as mudanças ocorridas na incidência de Tuberculose, doença infecto contagiosa a qual causa cerca de

um milhão de óbitos no mundo (<http://portalsaude.saude.gov.br>). A doença é de transmissão aérea e se estabelece mais facilmente em pessoas que têm baixa resistência orgânica.

Gráfico 4: Incidência de Tuberculose para cada 100.000 pessoas no Brasil, Chile e Cuba (1960-2010)

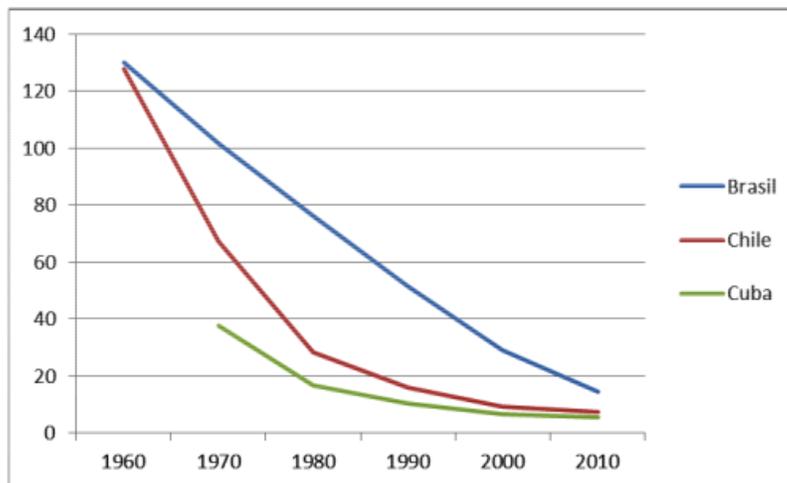


Fonte: Elaboração própria. Dados primários: Organização Mundial da Saúde (2015)

O gráfico acima apresenta as transições da incidência de tuberculose (considerando todos os tipos da doença) no Brasil, Chile e Cuba o qual aponta que embora em fase de redução, no Brasil a mesma apresenta-se, ainda em 2010, com valores bem superiores aos demais países em torno de 47, enquanto que no Chile essa taxa é de 16 e em Cuba 9,3 para cada 100.000 pessoas. Ressalta-se que no Brasil esta doença é considerada um problema sério de saúde pública, visto que a doença causa a morte de 4,6 mil pessoas anualmente (<http://portalsaude.saude.gov.br>).

Considerando as causas de morte salienta-se os principais fatores apontados para explicar a sua transição: a melhoria no padrão de vida da população devido ao desenvolvimento econômico e as inovações médicas, aprimoramento das políticas de saúde bem como maior acesso ao saneamento básico. Esses fatores influenciam, portanto, as taxas de mortalidade infantil que são apontadas no gráfico a seguir.

Gráfico 5: Taxa de Mortalidade Infantil (para 1000 nascimentos) no Brasil, Chile e Cuba (1960-2010)



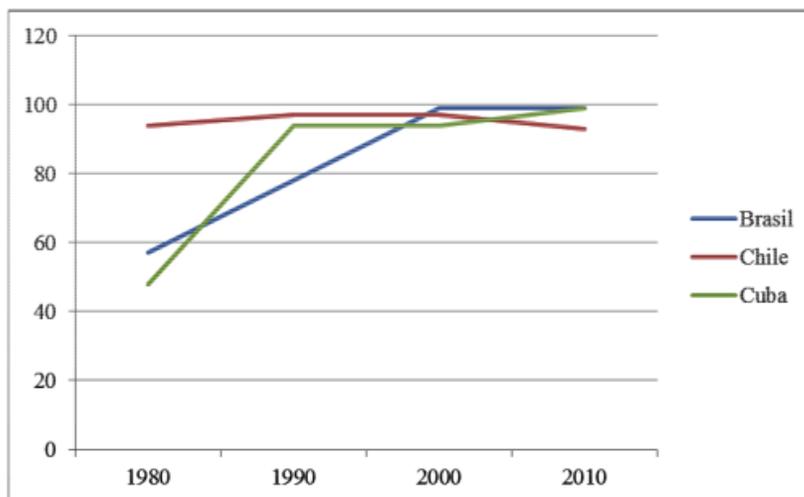
Fonte: Elaboração própria. Dados primários do Banco Mundial (2015)

A taxa de mortalidade infantil informa sobre a quantidade de mortes de crianças antes dessas alcançarem um ano de idade em relação aos nascidos vivos. Os três países em análise apresentam um decréscimo contínuo dessa taxa. Embora não exista o dado sobre Cuba para o período de 1960 a 1970, pode-se notar que este país durante os anos subsequentes apresenta em todas as décadas consideradas as menores taxas de mortalidade. Observa-se que em 2010 os melhores índices são referentes a Cuba, com uma taxa de 4,5 mortes em cada 1000 crianças nascidas, seguidos do Chile e Brasil com as respectivas taxas de 7,5 e 14,6.

De acordo com Meza (2003) o Chile apresentava uma das maiores taxas de mortalidade infantil na década de 1960 em comparação aos demais países de América Latina. Esse autor ressalta que graças as melhores condições de vida e ao maior nível de instrução das mães essa taxa foi diminuída. Para, além disso, o autor aponta uma mudança das causas da mortalidade infantil no país que nos anos 60 estavam ligadas a causas infecciosas, no entanto em 1999 tais mortes eram devidas a malformação congênita, cromossômica e problemas associados à prematuridade extrema (MEZA, 2003).

No que diz respeito à imunização contra doenças contagiosas que acometem principalmente as crianças o gráfico abaixo apresentam dados sobre a imunização contra o sarampo.

Gráfico 6: Imunização contra o Sarampo no Brasil, Chile e Cuba (1980-2010)



Fonte: Elaboração própria. Dados primários do Banco Mundial (2015)

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral e “uma das principais causas de morbimortalidade entre crianças menores de cinco anos de idade, sobretudo as desnutridas e as que vivem nos países em desenvolvimento” (<http://portalsaude.saude.gov.br>).

O gráfico denota uma baixa imunização contra esta doença tanto no Brasil quanto em Cuba em 1980 enquanto que no Chile a taxa de imunização estava em torno de 94%. No entanto, em 2010 o Brasil e Cuba melhoraram substantivamente a cobertura da imunização a qual passou a atingir 99% da população; no mesmo ano a imunização contra o sarampo no Chile era de 93%. Ressalta-se que os serviços voltados para a imunização de populações contra a propagação de doenças contagiosas é essencialmente público, dependendo efetivamente da responsabilidade do Estado para promoção de campanhas que possam induzir a cobertura total da população para que as mesmas tenham os efeitos esperados. Nesse sentido, é possível que as maiores taxas de imunização observadas serem em Cuba e no Brasil devido ao caráter público que tem os serviços de saúde no país.

Os dados apresentados nesta seção não esgotam o tema, servem entretanto para assinalar algumas questões que tangem às diferentes trajetórias percorridas pelo Brasil, Chile e Cuba na transição epidemiológica. De modo geral é possível notar que Cuba e Chile estão numa fase mais avançada

da da transição epidemiológica, considerando-se os principais indicadores associados a esse processo: taxa de fecundidade, expectativa de vida, causas de morte e taxa de mortalidade infantil. Por sua vez, entende-se que o Brasil ainda tem um percurso maior a trilhar para que seus indicadores de saúde sejam melhorados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As informações expostas nesse estudo exploratório permitem afirmar que não necessariamente são os maiores gastos com saúde que determinam a existência dos melhores indicadores de saúde nos países analisados. Essa observação é relevante na medida em que pode auxiliar na concepção e desenho de políticas públicas para ampliação à assistência médica e demais serviços de saúde no setor público.

As razões que explicam a superioridade dos indicadores de saúde do Chile e de Cuba encontram diferentes explicações. Especialmente no que diz respeito aos indicadores de Cuba, a experiência do desenvolvimento do sistema de saúde neste país levanta questões importantes sobre as estratégias adotadas no país, a focalização na atenção primária e a forma como estão dispostos os equipamentos de saúde, visto que apesar dos recursos financeiros *per capita* não serem altos, o país apresenta notável desempenho no serviços de saúde se comparados ao Brasil e ao Chile. As menores taxas de fecundidade, mortalidade infantil, incidência de tuberculose assim como as maiores taxas de imunização contra sarampo (estas semelhantes às do Brasil) foram observadas em Cuba. Este país parece estar, dentre os analisados, na fase mais avançada do processo de transição epidemiológica. No entanto, é interessante notar que se por um lado Cuba tem os melhores indicadores de saúde, para a maioria dos dados analisados, este é o país que tem o menor gasto total com saúde. A experiência do país é peculiar visto que as políticas direcionadas a universalização e elevação da qualidade da saúde foram determinantes para tanto.

O Chile também apresenta bons indicadores de saúde, embora o Estado não tenha um papel tão importante na provisão de assistência médica quanto nos demais países. Dentre os indicadores apresentados, a maior expectativa de vida é observada no país enquanto que os menores

percentuais do PIB são direcionados ao setor pelo poder público. Ressalta-se que o PIB per capita do Chile é o maior dentre os três países analisados, isso pode denotar maior capacidade da população de custear privadamente os gastos com saúde, ressalta-se, no entanto, que esse indicador não tem poder explicativo sobre a distribuição de renda no país.

No que tange o Brasil, o país parece estar num estágio mais distante do final da transição epidemiológica, uma vez que em comparação com Cuba e o Chile seus indicadores ainda precisam avançar mais nesse processo de transição. A expectativa de vida da população foi a menor observada, e mortalidade infantil e incidência de tuberculose tiveram as maiores taxas. Esse contexto pode parecer contraditório uma vez que no Brasil foram observados o maiores gastos com saúde. Por outro lado, este é o país que tem o menor PIB per capita o que pode sinalizar para uma menor capacidade de custeio privado dos gastos com saúde. Vale observar que o Brasil tem população e extensão territorial significativamente maior do que o Chile e Cuba e por esta razão a superação de problemas quanto a iniquidade das instituições de saúde, e universalização efetiva e de qualidade do acesso a tais serviços é uma questão mais desafiadora no país.

Especialmente em países onde existe grande incidência de pobreza e desigualdades socioeconômicas, a presença do Estado na implementação de políticas públicas de saúde é elemento fundamental para a redução das taxas de mortalidade infantil, redução de doenças contagiosas e garantia de assistência médica para os casos de doenças crônica, de modo a obter bons resultados epidemiológicos em sua sociedade. Por sua relevância social, o acesso a saúde é garantido a todos os cidadãos apenas quando o poder público assume responsabilidade na provisão desses serviços, adensando o conteúdo e a prestação dos mesmo para garantia efetiva de sua universalização.

## **REFERÊNCIAS**

ARMAS, Marisol Alfonso de. *No es lo mismo pero es igual: A singularidade da segunda transição demográfica em Cuba*. Tese de doutorado. UFMG/ Cedeplar. Belo Horizonte, 2008.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. *Estado Federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

BANCO MUNDIAL (2015). Acesso em: 15 de janeiro de 2015. Disponível em: <<http://databank.worldbank.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators#>>.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Acesso em: 17/01/2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/02/basedecalculoeplicacao-021013.pdf>

CARVALHO, José Alberto Magno; BRITO, Fausto. *A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios (2005)*. Acesso em 23 de janeiro de 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982005000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982005000200011&script=sci_arttext)

COOPER, KENNELLY E GARCIA (2006). *Health in Cuba*. Department of Preventive Medicine and Epidemiology, Loyola University Stritch School of Medicine. Acesso em 20 de outubro de 2014. disponível em <http://ije.oxfordjournals.org/content/35/4/817.full>

LABRA, Maria Eliana. *Política e saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):361-376, 2001.

LOBATO, Lenaura. *Algumas considerações sobre a representação de interesses no processo de formulação de políticas públicas*. IN *Políticas públicas; coletânea* / Organizadores: Enrique Saravia e Elisabete Ferrarezi. – Brasília: ENAP, 2006.

MARTINS, Ana Adelaide. *Relações Estado-Sociedade e Políticas de Saúde*. *Saúde e Sociedade*. 5(1):55-79,1996.

MEZA, Jorge Szot. *La Transición Demográfico-Epidemiológica en Chile, 1960-2001*. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 605-613.N.º 5 - Septiembre-October, Santiago de Chile 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. Estabelecimentos de saúde no país. (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>).

OLIVEIRA, Fabrício Augusto. *Economia e política das finanças públicas no Brasil*. Campinas, Hucitec, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Country Cooperation Strategy at a Glance*. Acesso em: 10 de novembro de 2014. Disponível em: <http://www.who.int/countries/en/>

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade; OLIVEIRA, Andreia Ferreira de; LEITE, Iúri da Costa; VALENTE, Joaquim Gonçalves; GADELHA, Ângela Maria Jourdan; PORTELA, Margareth Crisóstomo; CAMPOS, Mônica Rodrigues. *Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil*. Caderno de Saúde Coletiva p.897-908 (2004). Acesso em 20 de janeiro de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; POZ, Mario Roberto Dal. *A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225- 264, 2005.