

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP
ESCOLA PAULISTA DE POLÍTICA ECONOMIA E NEGÓCIOS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ATUARIAIS**

YASMINE IAZDI DERCOLES

**O SUS E AS DIFICULDADES DA MANUTENÇÃO EM UM SISTEMA IGUALITÁRIO,
UNIVERSAL E GRATUITO**

**OSASCO
2020**

YASMINE IAZDI DERCOLES

**O SUS E AS DIFICULDADES DA MANUTENÇÃO EM UM SISTEMA IGUALITÁRIO,
UNIVERSAL E GRATUITO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Ciências Atuariais da Universidade Federal de São Paulo como requisito para a conclusão da unidade curricular Produção Técnica em Atuária.

Orientador: Professor Dr. Celso T. Yokomiso

**OSASCO
2020**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Unifesp Osasco
e Departamento de Tecnologia da Informação Unifesp
Osasco, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

D429s DERCOLES, Yasmine Iazdi

O SUS e as dificuldades da manutenção em um sistema
igualitário, universal e gratuito / Yasmine Iazdi Dercoles. - 2020.
42 f.

Trabalho de conclusão de curso (Ciências Atuariais)
Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Política,
Economia e Negócios, Osasco, 2020.

Orientador: Prof. Dr. Celso T. Yokomiso.

1. SUS. 2. Saúde Pública. 3. Envelhecimento da população.
4. Emenda Constitucional. 5. Desemprego. I. Yokomiso, Prof.
Dr. Celso T. , II. TCC - Unifesp/EPPEN. III. Título.

CDD: 336.20981

YASMINE IAZDI DERCOLES

**O SUS E AS DIFICULDADES DA MANUTENÇÃO EM UM SISTEMA IGUALITÁRIO,
UNIVERSAL E GRATUITO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Ciências Atuariais da Universidade Federal de São Paulo como requisito para a conclusão da unidade curricular Produção Técnica em Atuária.

Orientador: Professor Dr. Celso T. Yokomiso.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Celso Takashi Yokomiso

Prof. Dr. Cristiano da Silveira Longo

**OSASCO
2020**

Dedico este trabalho a minha avó Antonia, quem sempre me apoiou e ajudou a conquistar meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda minha família por todo o suporte e incentivo em ir atrás dos meus sonhos e objetivos. Meus amigos, principalmente aos que conheci durante a graduação, que me acompanharam durante toda a minha trajetória. E aos meus professores, principalmente o meu orientador Celso Takashi Yokomiso, por toda dedicação em me ensinar e incentivar a contribuir para a sociedade.

RESUMO

Esta pesquisa busca analisar os desafios enfrentados pelo Sistema único de Saúde para tornar realidade seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. Para tanto, foram organizados dados disponíveis no DataSUS, assim como materiais diversos que abarcam o tema. O estudo identificou problemas que estão sendo enfrentados como o envelhecimento populacional, redução do número de beneficiários de planos de saúde suplementar, desemprego e a emenda constitucional nº 95, que impõe o novo regime fiscal, congelando o valor a ser financiado a saúde pública pela União. Como conclusão, reforça-se a importância do incremento orçamentário para a saúde e um aprimoramento de sua gestão, que deve entender o SUS como um dos mais eficazes investimentos sociais para a população.

Palavras-chave: SUS. Saúde Pública. Envelhecimento populacional. Saúde Suplementar. Emenda Constitucional. Desemprego.

ABSTRACT

This research seeks to analyze the challenges faced by the Unified Health System to make its principles of universality, equity and integrality a reality. To this end, data available on DataSUS were organized, as well as different materials covering the theme. The study identified problems that are being faced, such as population aging, reduction in the number of beneficiaries of supplementary health plans, unemployment and constitutional amendment No. 95, which imposes the new tax regime, freezing the amount to be financed by the Union for public health. In conclusion, the importance of increasing budget for health and improving management is reinforced, which should understand SUS as one of the most effective social investments for the population.

Keywords: SUS. Public health. Population-ageing. Supplementary Health. Constitutional amendment. Unemployment.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 Objetivos.....	8
1.2 Hipóteses	8
1.3 Delimitação do estudo	8
1.4 Relevância do estudo.....	8
2. METODOLOGIA	10
2.1 Tipo de pesquisa	10
2.2 Dados.....	10
3. SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E O SURGIMENTO DO SUS	11
3.1 Antes da criação do SUS	11
3.2 Conferência Nacional da Saúde e o SUS.....	12
3.3 Regulamentação do SUS	13
3.4 O SUS atual	15
4. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	23
5. SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	26
5.1 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.....	26
5.2 Dados da Saúde Suplementar	27
6. DESEMPREGO	31
7. LIMITE DE INVESTIMENTOS	32
7.1 Aplicação de recursos ao SUS antes do Novo Regime Fiscal	32
7.2 Aplicação de recursos ao SUS pós o Novo Regime Fiscal.....	33
7.3 Impactos do Novo Regime Fiscal no SUS	34
8. CONCLUSÃO	36
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro é dividido em três modalidades. O público, no qual qualquer pessoa é assistida através do sistema único de saúde (SUS) que é universal, gratuito e igualitário. O particular, cujo o atendimento é mediante um pagamento. E o suplementar, conduzido através das operadoras que ofertam planos de assistência à saúde.

A busca por um sistema de saúde eficiente que contemplasse a todos os cidadãos de forma igualitária e que possuísse como doutrina a universalidade, equidade e integralidade, deu origem ao SUS, que “resultou de um processo de intensa participação social em torno da defesa da saúde como direito de cidadania” (BAHIA, 2005, pg.10).

O SUS surgiu com uma função que vai além da prestação de um serviço de saúde hospitalar ou ambulatorial. Representa um serviço de assistência que busca a prevenção e o bem estar social, moldando políticas públicas que vão além do puro âmbito curativo, como era anteriormente.

Com caráter suplementar ao Sistema Único de Saúde, temos as operadoras que ofertam planos de assistência à saúde, que começaram a ser regulamentadas dez anos após a criação do SUS com o surgimento da Lei 9656/98, e fiscalizado nos anos 2000 pela ANS, com a criação da Lei 9961/2000.

Segundo dados da ANS (2020), em 2019, haviam cerca de 47 milhões de beneficiários de planos de saúde, o que representa menos de 25% da população, ou seja, mais de 75% da população brasileira acaba dependendo SUS.

Contudo, o sistema público de saúde enfrenta problemas relacionados ao desemprego e ao envelhecimento populacional atrelado ao aumento da expectativa de vida, visto que estes fatores aumentam a demanda do sistema. O primeiro por conta da redução dos usuários da saúde suplementar, e o segundo, devido ao aumento de doenças crônicas.

Outro fator que impacta diretamente para que o SUS possa cumprir os seus princípios, é o valor investido na saúde e sua forma de aplicação; e como a Emenda Constitucional 95, que estabelece novos piso e teto para os gastos públicos, pode influenciar nesta questão.

Sendo assim, uma reflexão sobre a real situação da saúde no Brasil se torna relevante para que se possa entender como está sendo cumprido o direito dos cidadãos, de que forma o sistema público e suplementar estão correlacionados e como o SUS está preparado para atender as necessidades da população.

1.1 Objetivos

Este estudo tem como objetivo a análise dos impactos que o SUS pode enfrentar em decorrência de alguns fatores como: o envelhecimento populacional, o desemprego, a diminuição de beneficiários de planos de saúde que ajudam a desafogar o sistema público, e a falta de investimento.

Busca compreender o que é o SUS, seus princípios e funções; analisar sua situação atual e as dificuldades que já ocorrem; refletir sobre a relação entre a saúde suplementar e o sistema público; e levantar os impactos sociais que a falta, e/ou ineficiência, de um sistema de saúde público pode ocasionar na realidade brasileira.

1.2 Hipóteses

Levanta-se a hipótese de que o Sistema Único de Saúde está com dificuldades de conseguir manter suas atividades e proporcionar o que a Constituição Federal preconiza como sua função.

Com base nisto, pode-se considerar que o desemprego, o envelhecimento populacional, o investimento da União e a diminuição dos usuários de saúde suplementar, estão diretamente relacionados com esta situação. E que o SUS não está preparado para enfrentar as mudanças que podem ocorrer.

1.3 Delimitação do estudo

A pesquisa irá se basear em estudos efetuados relacionados a saúde pública e suplementar. Com dados divulgados pela ANS, DataSUS e TabNet, tem como foco as informações do período de 2009 a 2019, que busquem mostrar as informações necessárias para a compreensão do sistema de saúde brasileiro, como os gastos, quantidade de atendimentos e situação financeira.

1.4 Relevância do estudo

A saúde é referenciada na Constituição Federal de 1988, em seu Art. 6º, como um “Direito Social”, e se reforça como tal no Art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
(BRASIL,1988)

Portanto, no Brasil, o tema saúde é apresentado, perante a Constituição Federal, como uma questão de suma importância para o Estado e, conseqüentemente, para os seus destinatários, a população, visto a evidência de ser um direito garantido a todos de forma igualitária.

Entretanto, o sistema público de saúde enfrenta dificuldades advindas tanto da falta de recursos para um investimento eficaz, quanto para “determinar como os recursos destinados exclusivamente à saúde devem ser alocados para atender às diversas necessidades de saúde da população”. (FERRAZ E VIEIRA, 2009, pg. 238).

A reflexão sobre como o sistema público se encontra atualmente e a observação de fatores como o envelhecimento populacional, limite de gastos, desemprego e diminuição dos beneficiários de planos de saúde suplementar, se torna importante para que seja possível entender o quanto o SUS é capaz para cumprir o disposto na Constituição Federal.

Sendo assim, torna-se fundamental que a saúde brasileira seja estudada com o propósito de investigar estes problemas para que seja possível analisá-los de forma construtiva em prol da melhoria do sistema.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa tem abordagem quantitativa e qualitativa, ou seja, debruça-se tanto na investigação de elementos numéricos quanto nos significados depreendidos dos dados. Possui ainda natureza exploratória que “tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GIL, 2007, pg.41); e toma como procedimento a pesquisa bibliográfica que “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL,2007, pg. 440).

2.2 Dados

Este projeto utilizará como base os dados disponibilizados pelos sistemas responsáveis pelas divulgações de informações referentes:

- à saúde pública, como o DataSus e o TabNet;
- à saúde suplementar, como ANS e IESS;
- à população brasileira, como o IBGE e IPEA data.

Considera as informações de cada categoria acima como:

- Saúde Pública: valor dos gastos, valor e quantidade de atendimentos realizados, quantidade de usuários, entre outros.
- Saúde Suplementar: quantidade de operadoras ativas, quantidade de beneficiários, valor dos gastos com os atendimentos, entre outros.
- População Brasileira: expectativa de vida, projeção populacional, nível de desemprego, nível econômico, entre outros.

As limitações serão decorrentes da qualidade e quantidade das informações divulgadas.

3. SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E O SURGIMENTO DO SUS

3.1 Antes da criação do SUS

Antes de ser instaurado o SUS, a saúde pública não possuía o caráter universal e igualitário, não era de acesso a todos. A assistência à saúde estava sob coordenação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e quem conseguia acesso ao sistema de saúde eram somente as pessoas que possuíam carteira assinada e seus dependentes.

Para o restante da população, como diz SOUZA (2002), o Ministério da Saúde desenvolvia ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias, prestando assistência médico-hospitalar para população considerada indigente como forma de caridade.

Essa desigualdade no atendimento à saúde não advinha somente do fato de só possuir atendimento quem contribuía para o INAMPS. Dentro do grupo dos contribuintes também existiam evidentes desigualdades regionais, como diz Menicucci (2014, p. 80):

No caso da assistência à saúde, há igualmente grande diferenciação entre trabalhadores, de acordo com a região, porque esses se desenvolverão mais nas grandes empresas, tanto nacionais quanto multinacionais, e no eixo Sul-Sudeste, onde estão as maiores empresas e se verificam as melhores condições salariais e de emprego, bem como o acesso diferenciado à assistência à saúde.

Contudo, conforme Souza (2002), na década de 70 começou a haver uma crise no financiamento da previdência, gerando uma associação entre o INAMPS e o sistema público de saúde. Segundo Paiva e Teixeira (2014), o Ministério da Saúde ampliou o repasse de verbas para o estado e passou a desenvolver projetos direcionados ao controle de doenças, instituindo, em 1975, através da Lei 6229/75, o Sistema Nacional de Saúde. Consolidando, assim, a separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária.

Ainda segundo os autores, esta lei proporcionou uma base na gestão do SUS sobre a separação entre os sistemas formadores de recursos humanos e as necessidades do sistema de saúde, graças a definição de que caberia ao Ministério da Educação e Cultura as políticas de formação e habilitação de profissionais de nível superior, técnico e auxiliar para o sistema de saúde, a manutenção dos hospitais universitários e de ensino, bem como a produção de diretrizes para a formação de pessoal de saúde.

Em 1986, o INAMPS começou a adotar medidas que buscavam a universalidade da saúde extinguindo a necessidade de apresentação da Carteira de Identidade de Beneficiário do INAMPS para o atendimento, tanto ambulatorial quanto hospitalar, efetuados pelas unidades próprias do INAMPS ou pelas unidades públicas. Sendo assim, é possível verificar uma tendência a um modelo descentralizado e universal, motivado não só pela crise financeira do modelo de assistência médica da Previdência Social, como também pela mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade.

3.2 Conferência Nacional da Saúde e o SUS

A implantação do SUS começou a ser desenhada através da Reforma Sanitária Brasileira que tomou força e começou a ser projetada através da 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), realizada em 1986. Estas conferências, como diz Rocard et al (2017), buscam avaliar a situação da saúde no país e criar diretrizes para a formulação de uma política pública que atenda a real necessidade da população, portanto estas conferências contam com forte apoio social.

Na 8ª CNS foram abordados três temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor. Em seu relatório, no item 3 do primeiro tema, é possível identificar os princípios básicos do SUS de integralidade, equidade e universalidade:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno de ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1986, p.04)

Em seu item 11, do mesmo tema, são tratadas as responsabilidades do Estado quanto ao direito à saúde. Uma delas consistia na adoção de políticas sociais que propiciem melhores condições de vida principalmente para a população mais vulnerável (BRASIL, 1986). Este ponto propunha uma mudança significativa do sistema de saúde, quando havia necessidade de ser contribuinte do INAMPS para obter atendimento.

Como diz Minayo (2008), a 8ª CNS trouxe como base transformações que olham para o perfil demográfico e epidemiológico da população, enfatizando ações de promoção e proteção de saúde, acessibilidade, integridade e universalidade dos cuidados, sem distinção da capacidade

financeira do usuário, organizando um Sistema que primasse por um processo decisório participativo.

Frente a estas discussões levantadas pela Conferência Nacional da Saúde de 1986, o próximo passo seria colocá-lo em prática e criar este sistema. E isso foi feito através da Constituição Federal de 1988, que institucionalizou o Sistema Único da Saúde (SUS).

Assim, depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde pública brasileira deixa de ter um caráter contributivo e passa a ter um caráter social. Como complementa Ferraz e Vieira (2009), a universalidade trouxe para o SUS a noção de cidadania como elemento norteador da política de saúde. Tornava o SUS uma das maiores políticas de inclusão social do país, permitindo acesso à saúde para todos, independente de classe social, contribuições ou quaisquer outros requisitos.

A Constituição Federal traz ainda em seu Artigo 198, inciso II, da Seção II, referente à Saúde, que uma das diretrizes do SUS é o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). Outro elemento que mostra a mudança da visão da saúde pública de um caráter curativo para outro de caráter preventivo.

3.3 Regulamentação do SUS

O SUS foi finalmente consolidado através das leis 8.080/90 e 8.142/90. A primeira, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Define em seu artigo 5º quais são os objetivos do SUS: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, as ações e serviços de saúde como direito fundamental, bem como o dever do Estado de prover condições para seu pleno exercício; e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Dispõe em seu artigo 7º os princípios do SUS, entre eles estão: universalidade; integralidade; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde; direito à informação; a participação da comunidade; descentralização político-administrativa; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; capacidade de

resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; organização dos serviços públicos; e organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral (BRASIL, 1990).

Essas informações permitem traçar um perfil do que é o SUS e como sua proposta traz a reforma sanitária, que muda de maneira significativa o sistema que estava vigente. O SUS visa algo além de uma simples assistência à saúde, e possui um forte cunho social que busca ter o usuário como participante da constituição do mesmo. Entender esta diferença é fundamental para perceber o quão importante o SUS é para a população e como ele deve ser organizado para que cumpra com os seus objetivos e princípios.

Como salientado pela Lei 8.142/90, que trata sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, em seu artigo primeiro é dito que o SUS contará com uma Conferência de Saúde a ocorrer “[...]a cada quatro anos com representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes[...]” (BRASIL, 1990).

Ainda no mesmo artigo é definido que haverá também um Conselho de Saúde, “[...]composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários” e que “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros[...]” (BRASIL, 1990).

Este ponto destaca o fator social do SUS, visto que há uma preocupação em se criar políticas públicas com um objetivo de que haja participação tanto por quem acompanha e atua no sistema de saúde, quanto pelo próprio usuário, buscando assim um investimento que seja realmente eficiente para o bem estar para a população.

Para poder cumprir com as propostas e diretrizes do SUS é necessário também que haja a participação de todas as esferas do governo, desde o Federal ao Municipal, no controle efetivo dos investimentos e compreensão da realidade de cada região. Como exposto no artigo 35 da Lei 8.080/90, que trata do valor transferido aos Estados, Distrito Federal e os Municípios, o montante a ser estabelecido considera variáveis como: perfil demográfico e epidemiológico, características da rede de saúde na área, desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano

quinquenal de investimentos da rede e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990).

Sendo assim, o valor investido em saúde deve ser alocado de acordo com a necessidade de cada região, para que seja suprida quaisquer possíveis desigualdades na forma como são ofertados os serviços de saúde, fortalecendo os princípios de universalidade, equidade e integralidade.

3.4 O SUS atual

Manter um sistema como o SUS é uma tarefa difícil e complexa. Com sua ampla cobertura social, não depende apenas de investimentos, sendo necessário também uma administração capaz de entender cada detalhe do que a população precisa e está passando. Não há como agir da mesma forma para todas as regiões do país, uma vez que cada uma tem suas particularidades, assim como cada estado e cidade. O SUS exige uma atuação que precisa abarcar contextos mais amplos, como a distribuição de recursos do poder federal para os Estados, até aspectos mais específicos, como a abrangência da vacinação nos bairros.

Analisando dados do SUS, disponíveis no site do DataSUS através do sistema TABNET, por exemplo, é possível chegar à conclusão de que a quantidade aprovada de atendimentos ambulatoriais varia muito de acordo com cada região do país, conforme apresentado na tabela abaixo, a partir dos dados dos últimos dez anos:

Tabela 1 – Quantidade aprovada de atendimentos ambulatoriais por região

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2009	7,8%	24,8%	47,0%	13,4%	7,1%
2010	7,8%	24,9%	46,7%	13,8%	6,8%
2011	7,6%	24,5%	46,5%	14,4%	7,0%
2012	7,8%	24,0%	46,9%	14,4%	6,9%
2013	7,7%	23,5%	47,7%	14,2%	6,9%
2014	7,8%	22,8%	47,3%	14,6%	7,5%
2015	7,9%	22,6%	48,1%	14,3%	7,2%
2016	7,5%	22,0%	48,6%	14,8%	7,1%
2017	6,9%	21,9%	49,0%	15,1%	7,2%
2018	6,1%	20,3%	51,1%	15,6%	7,0%
2019	6,0%	20,3%	50,5%	16,0%	7,3%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

A maior discrepância que podemos observar é que a região Sudeste apresenta aproximadamente metade da quantidade de atendimentos do país, e cada ano aumenta mais a sua representatividade, chegando a 50,5% em 2019, enquanto a região Norte apresenta somente 6,0%. Se analisarmos a quantidade de internações é possível observar um cenário parecido, mas com uma dominância menor do Sudeste:

Tabela 2 – Quantidade de internações por região

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2009	8,7%	28,2%	38,5%	16,8%	7,9%
2010	8,7%	28,2%	38,7%	16,5%	7,9%
2011	8,7%	28,0%	39,2%	16,4%	7,7%
2012	8,6%	27,2%	39,6%	17,0%	7,7%
2013	8,7%	27,1%	39,4%	16,9%	7,8%
2014	8,5%	27,0%	39,7%	17,1%	7,7%
2015	8,3%	27,0%	39,7%	17,3%	7,6%
2016	8,2%	26,7%	39,5%	17,9%	7,7%
2017	8,3%	26,8%	39,3%	17,9%	7,7%
2018	8,3%	27,0%	39,3%	17,8%	7,5%
2019	8,2%	26,8%	39,7%	17,6%	7,7%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O que poderia justificar isso seria a concentração populacional de cada região em relação ao total do país, se analisarmos os dados do IBGE (2019) da população residente enviada ao Tribunal de Contas da União, temos que:

Tabela 3 – Concentração populacional por região

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2009	8,0%	28,0%	42,3%	14,5%	7,3%
2010	8,3%	27,8%	42,1%	14,4%	7,4%
2011	8,4%	27,8%	42,1%	14,3%	7,4%
2012	8,4%	27,8%	42,1%	14,3%	7,4%
2013	8,4%	27,8%	42,0%	14,3%	7,5%
2014	8,5%	27,7%	42,0%	14,3%	7,5%
2015	8,5%	27,7%	41,9%	14,3%	7,6%
2016	8,6%	27,6%	41,9%	14,3%	7,6%
2017	8,6%	27,6%	41,9%	14,3%	7,6%
2018	8,7%	27,2%	42,1%	14,3%	7,7%
2019	8,8%	27,2%	42,1%	14,3%	7,8%

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

É possível observar que os números de internações e procedimentos ambulatoriais tem forte relação com a concentração populacional de cada região. No entanto, é importante notar que houve manutenção proporcional da população do Sudeste, mas um aumento de 3,5% na quantidade de atendimentos destinado a esta região. Na região Norte, por outro lado, houve um aumento proporcional da população e uma redução de atendimento em 1,8%

Agora analisando os valores cobrados, temos que o valor médio de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), que corresponde à quantidade total de autorizações dividida pelo valor total cobrado, segue a seguinte distribuição por região perante a média total do país:

Tabela 4 – Valor médio de autorização de internação hospitalar por região

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2009	-30,4%	-17,7%	14,2%	17,1%	-9,1%
2010	-31,3%	-18,3%	14,3%	18,9%	-10,1%
2011	-32,4%	-18,4%	13,4%	20,1%	-7,7%
2012	-34,3%	-16,5%	12,4%	18,4%	-7,7%
2013	-36,6%	-14,7%	11,5%	20,3%	-10,1%
2014	-36,0%	-13,8%	10,7%	19,3%	-9,4%
2015	-33,3%	-13,6%	9,4%	19,2%	-8,5%
2016	-32,3%	-12,3%	8,1%	19,0%	-8,7%
2017	-32,7%	-12,1%	8,4%	19,1%	-9,5%
2018	-31,9%	-12,8%	7,6%	21,5%	-9,1%
2019	-31,8%	-12,0%	7,0%	22,2%	-11,3%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Ou seja, a região Sul é a que possui o valor médio mais caro de internações, tendo em 2019, um valor 22,2% acima da média total do ano, enquanto a região Norte possui o valor de, aproximadamente, 32% abaixo da média do ano de 2019. Mais um fato que demonstra as particularidades de cada região, além de possíveis diferenças entre a qualidade do atendimento oferecido.

Sabido que cada região segue um comportamento, é interessante observar como está o volume de atendimentos ambulatoriais e internações do SUS atualmente. A tabela abaixo mostra a variação da quantidade de atendimentos ambulatoriais aprovados nos últimos dez anos:

Tabela 5 – Variação da quantidade de atendimentos ambulatoriais aprovados por região

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
2010-2009	3,8%	3,7%	2,8%	7,2%	-1,5%	3,4%
2011-2010	3,1%	4,9%	6,2%	10,8%	11,1%	6,6%
2012-2011	6,1%	0,8%	3,5%	2,9%	0,7%	2,7%
2013-2012	2,1%	1,0%	5,1%	1,8%	3,5%	3,3%
2014-2013	8,4%	4,7%	6,8%	10,7%	16,1%	7,6%
2015-2014	1,7%	-0,4%	2,2%	-1,8%	-3,5%	0,6%
2016-2015	-7,6%	-5,9%	-1,9%	0,4%	-3,9%	-3,1%
2017-2016	-8,4%	-0,7%	0,5%	2,2%	0,7%	-0,2%
2018-2017	-18,7%	-14,8%	-4,1%	-5,4%	-10,7%	-8,1%
2019-2018	0,0%	2,5%	1,1%	4,6%	6,3%	2,2%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Observamos que o número de atendimentos de 2009 a 2015 vinha em crescimento, porém entre 2016 a 2018 foram anos de queda, tendo a variação de 2017 para 2018 uma diminuição superior a qualquer outra do período analisado. No entanto, quando observado o valor monetário dos procedimentos ambulatoriais aprovado para pagamento nesses períodos, identificamos um aumento constante em todos os anos. Como demonstrado a seguir:

Tabela 6 – Variação dos valores de atendimentos ambulatoriais aprovados para pagamento

Ano	2010- 2009	2011- 2010	2012- 2011	2013- 2012	2014- 2013	2015- 2014	2016- 2015	2017- 2016	2018- 2017	2019- 2018
Variação do valor aprovado	6,3%	3,5%	2,9%	2,8%	7,6%	2,2%	2,4%	4,6%	6,4%	4,9%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Chama a atenção o fato de que o período que possui a maior queda na quantidade de atendimentos ambulatoriais (2018-2017) é o mesmo que apresenta a segunda maior alta do valor aprovado para pagamento. Agora, tendo foco nas internações, com os dados de quantidade de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) solicitadas, observa-se a seguinte situação:

Tabela 7 – Variação da quantidade de autorização de internação hospitalar solicitadas

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
2010-2009	2,0%	2,2%	3,0%	0,7%	2,5%	2,3%
2011-2010	-1,4%	-1,7%	0,1%	-1,8%	-3,6%	-1,1%
2012-2011	-2,8%	-4,4%	-0,7%	1,7%	-1,7%	-1,6%
2013-2012	2,1%	0,3%	0,2%	0,6%	2,6%	0,7%
2014-2013	-0,8%	0,8%	1,9%	2,0%	-0,6%	1,2%
2015-2014	-3,3%	-0,7%	-0,6%	0,8%	-1,2%	-0,7%
2016-2015	-2,1%	-1,8%	-1,2%	2,5%	0,1%	-0,7%
2017-2016	4,2%	2,4%	1,6%	2,1%	1,6%	2,1%
2018-2017	2,6%	3,7%	2,6%	2,3%	1,1%	2,7%
2019-2018	-5,4%	-4,4%	-2,4%	-4,3%	-1,6%	-3,5%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Os dados apresentam um cenário diferente do ambulatorial, tendo a maior diferença ocorrida nos anos de 2018 para 2019. Porém, não há tanta discrepância na variação dos valores, se comparado ao ambulatorial, visto que o ano que apresenta a maior queda na quantidade de AIH, também apresenta uma queda significativa do valor pago:

Tabela 8 – Variação dos valores de autorização de internação hospitalar

Ano	2010- 2009	2011- 2010	2012- 2011	2013- 2012	2014- 2013	2015- 2014	2016- 2015	2017- 2016	2018- 2017	2019- 2018
Varição do valor das AIH ⁽¹⁾	6,9%	4,4%	3,5%	8,8%	5,3%	2,1%	1,9%	4,4%	4,2%	-4,9%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

(1) Autorização de Internação Hospitalar

Um ponto importante para se observar em conjunto com a informação da diminuição da quantidade de internações, é a quantidade de leitos de internação disponíveis pelo SUS durante o período, como descrito na tabela abaixo, considerando a quantidade de leitos em dezembro de cada ano:

Tabela 9 – Variação da quantidade de leitos de internação por região

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
2010-2009	1,1%	-1,7%	-1,0%	-0,2%	-0,1%	-0,9%
2011-2010	-0,5%	-1,4%	-1,9%	-0,7%	-1,3%	-1,4%
2012-2011	-1,0%	-1,1%	-1,8%	-0,8%	-2,4%	-1,4%
2013-2012	-0,8%	-1,0%	-2,7%	0,6%	-1,7%	-1,4%
2014-2013	0,8%	-1,1%	-1,4%	0,8%	0,3%	-0,7%
2015-2014	-0,6%	-2,4%	-2,6%	-2,3%	-2,1%	-2,3%
2016-2015	0,7%	-0,4%	-2,7%	-1,2%	-0,3%	-1,3%
2017-2016	-0,6%	-0,2%	-3,1%	-0,2%	-2,7%	-1,5%
2018-2017	1,5%	-1,2%	-2,0%	-0,6%	1,6%	-1,0%
2019-2018	-0,8%	-1,0%	-2,2%	-2,6%	-1,9%	-1,8%

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Um fato interessante é que não apenas do ano de 2018 para 2019 houve uma queda, mas sim durante todo o período analisado. Se olharmos em números absolutos, temos em 2009 o total de 338.461 leitos de internação disponíveis e, em 2019, temos apenas 294.968, o que representa uma diferença de mais de 43 mil, ou de 12,9%, leitos de internação a menos em dez anos.

É possível observar que um dos anos que apresenta a maior variação negativa de leitos (2019-2018), é o mesmo ano que apresenta a maior queda do número de internações hospitalares, bem como, o único ano com queda no valor pago de internações, e coincidentemente também é o ano que apresenta uma queda considerável do valor financiado pela União, em decorrência do Novo Regime Fiscal, que iremos explicar posteriormente. O que levanta a hipótese de que a redução de internações e leitos, está relacionada com a falta de investimento em cuidados com a saúde.

Um sistema de saúde como o SUS apresentar uma redução na quantidade de leitos sendo que a população continua aumentando, principalmente os idosos (60 anos ou mais), cria uma insegurança ainda maior sobre como o sistema está preparado para cumprir com o que promete.

Uma redução no número de internações seria algo positivo para se considerar se pensarmos que isto ocorre por conta da melhoria dos programas preventivos e que esteja relacionado com a diminuição de enfermos, porém se isto está atrelado à diminuição da capacidade de atendimento, é algo que deve ser analisado com muita seriedade.

Em nota técnica informativa disponibilizada pelo DataSUS, o Ministério da Saúde discorre sobre a redução de alguns tipos de leitos no período de 2005 a 2013, e é alegado que:

“ [...] há uma tendência à “ambulatorização” da atenção à saúde. Esse é um processo que consiste na redução da necessidade de internação para a execução de diversos procedimentos clínicos, cirúrgicos e de diagnóstico [...] o que, no mundo todo, tem conduzido a um processo de redução do número de leitos e aumento do número de procedimentos realizados em ambulatorios (consultórios) e Hospitais dia. Desta forma, nos últimos anos, houve um aumento progressivo do número de leitos em Hospitais-dia no SUS. ”

Analisando que o número de internações nunca esteve em constante queda ou alta, considerando que os anos de 2017 e 2018 foram de aumento e o de 2019 de decréscimo, não é possível afirmar que o número de internações irá diminuir com o passar do tempo, nem que irá aumentar. Mas observando o fato de que a nota técnica se refere ao período de 2005 a 2013, é possível afirmar que o número de internações hospitalares não esteve em constante queda da mesma forma que a redução de leitos, ou seja, a redução de leitos não é justificada pela redução no número de internações.

Já observando como se comporta o volume de internações, temos a tabela abaixo com informações da distribuição de morbidade no período de 2009 a 2019 agrupadas por faixa etária de 10 em 10 anos:

Tabela 10 – Distribuição da morbidade por faixa etária

Ano	0-9 anos	10-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70-79 anos	>= 80 anos
2009	15,0%	10,8%	19,7%	13,3%	10,6%	9,8%	8,8%	7,4%	4,7%
2010	14,6%	10,5%	19,2%	13,3%	10,6%	10,1%	9,0%	7,6%	5,0%
2011	13,8%	10,6%	18,9%	13,5%	10,6%	10,3%	9,3%	7,8%	5,2%
2012	13,6%	10,6%	18,5%	13,7%	10,5%	10,4%	9,6%	7,8%	5,3%
2013	13,3%	10,6%	18,0%	13,6%	10,5%	10,6%	9,9%	8,0%	5,5%
2014	12,9%	10,5%	18,0%	13,7%	10,4%	10,7%	10,1%	8,1%	5,5%
2015	12,5%	10,2%	18,1%	13,8%	10,2%	10,7%	10,4%	8,3%	5,8%
2016	12,7%	9,8%	17,7%	13,8%	10,1%	10,9%	10,8%	8,4%	5,8%
2017	12,6%	9,4%	17,8%	13,9%	10,0%	10,8%	10,9%	8,5%	6,0%
2018	12,5%	9,0%	17,7%	14,1%	10,2%	10,9%	11,1%	8,6%	6,0%
2019	12,5%	8,5%	17,4%	14,1%	10,3%	11,0%	11,4%	8,7%	6,1%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

No decorrer dos anos, há uma diminuição de morbidades nas faixas etárias até 29 anos, mas nas últimas faixas é possível verificar a ocorrência de constantes aumentos, o que mostra que

o volume de internações está ocorrendo com mais frequência na população idosa. Isto chama atenção para dois fatores: o envelhecimento população e a diminuição da taxa de natalidade. Como será observado a seguir.

4. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Segundo a estimativa de projeção da população realizada pelo IBGE em 2018, há uma tendência para a diminuição da população mais jovem e um crescimento da população mais velha. Isso pode decorrer do fato de que estão nascendo menos crianças e as pessoas estão com uma expectativa de vida maior.

Considerando a faixa etária de 0 a 18 anos, é possível observar uma queda no número populacional desde 2010, primeiro ano considerado no estudo, chegando em 2019, aproximadamente, a 4,8 milhões de pessoas a menos. Como exemplificado na tabela abaixo:

Tabela 11 – Proporção da população de 0 a 18 anos em relação ao total populacional

Ano	Projeção da população de 0 a 18 anos	Projeção total da população	Percentual da população de 0 a 18 anos
2010	61.882.108	194.890.682	31,8%
2011	61.325.964	196.603.732	31,2%
2012	60.794.317	198.314.934	30,7%
2013	60.241.773	200.004.188	30,1%
2014	59.701.337	201.717.541	29,6%
2015	59.198.572	203.475.683	29,1%
2016	58.607.783	205.156.587	28,6%
2017	57.999.667	206.804.741	28,0%
2018	57.498.146	208.494.900	27,6%
2019	57.063.591	210.147.125	27,2%

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060

Segundo os dados da projeção do IBGE, temos que a taxa de natalidade em 2010 era de 15,8, e em 2019 esse número caiu para 14,2. Se formos considerar a projeção de nascimentos, temos em 2009 um valor de 3.104.970 e, em 2019, esse número cai para 2.754.779, uma redução de, aproximadamente, 400 mil nascimentos no ano.

Sabendo que a população jovem está diminuindo é interessante verificar o que ocorre com a população idosa. Observando o artigo primeiro da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, temos que: “ Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.” Ou seja, é considerado idoso qualquer pessoa com 60 anos ou mais.

Então, segundo a mesma projeção do IBGE de 2018, temos que o comportamento da população idosa segue o exposto na tabela abaixo:

Tabela 12 – Proporção da população com 60 anos ou mais em relação ao total populacional

Ano	Projeção da população com + 60 anos	Projeção total da população	Percentual em relação ao total
2010	20.867.925	194.890.682	10,7%
2011	21.620.313	196.603.732	11,0%
2012	22.413.980	198.314.934	11,3%
2013	23.247.960	200.004.188	11,6%
2014	24.122.832	201.717.541	12,0%
2015	25.038.352	203.475.683	12,3%
2016	25.994.449	205.156.587	12,7%
2017	26.990.872	206.804.741	13,1%
2018	28.025.302	208.494.900	13,4%
2019	29.095.075	210.147.125	13,8%

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060

Ou seja, o grupo de pessoas com mais de 60 anos tem aumentado nos últimos 10 anos, o que é inversamente proporcional ao grupo dos jovens de 0 a 18 anos. O que significa que os jovens e adultos do passado estão envelhecendo e se tornando os idosos de agora e do futuro.

Sendo assim, nota-se que, atrelado à diminuição dos jovens, a população idosa brasileira tem aumentado consideravelmente e, segundo as mesmas projeções, em 2050, representará 28,45% do total populacional.

Acresce-se ainda que a projeção de expectativa de vida apresentada na tábua de mortalidade de 2018 é de 76,3 anos, aumentando para 80,57 anos em 2050, o que mostra a tendência de que a população se torne maior na faixa de 60 anos para mais, tornando a pirâmide etária com a base mais estreita e em cima mais larga.

Esta transição demográfica, segundo Francine Leite (2011), acarreta como consequência uma transição epidemiológica, pois o aumento da proporção de idosos na população leva ao aumento da incidência de doenças crônicas e da demanda por serviços de saúde, o que está de acordo com os números de morbidades por faixa etária exemplificado acima.

Um outro ponto a ser salientado é que a saúde suplementar conseguir atender uma parte da população, contribuindo com a saúde pública de forma a suprir um pouco a sua demanda. Porém, é preciso notar que apenas uma parte da população possui este tipo de atendimento.

Considerando os elevados preços dos planos de saúde do sistema suplementar, principalmente para a última faixa etária, a quantidade de pessoas idosas com acesso à um sistema de saúde privado é pequeno. Segundo dados da ANS (2019), os idosos representavam em dezembro de 2019 apenas 14,9% do total dos usuários de planos de saúde; e se considerado em relação ao total de beneficiários existiam 7.020.163 segurados acima de 59 anos na rede de saúde suplementar, o que representa, segundo as projeções do IBGE (2018), 24,1% da população brasileira com mais de 60 anos de idade em 2019. Sendo assim, mais de 75% da população idosa recorrerá ao serviço público de saúde.

5. SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Saúde Suplementar no Brasil começou a ser estruturada, segundo Pietrobon, Prado e Caetano (2008), após a revolução de 1930 quando surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que compravam as prestações de serviços de saúde.

Com o decorrer do tempo foram surgindo benefícios apresentados pelas empresas, sendo possível traçar a semelhança com o conceito que temos hoje de plano de saúde, como as Caixas de Aposentadoria e Pensão. Segundo a ANS, funcionavam como fundos geridos e financiados por patrões e empregados que, além de garantirem aposentadorias e pensões, também financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes. No ano de 1944, o Banco do Brasil criou sua Caixa de Aposentadoria e Pensão (Cassi).

Já na década de 60, de acordo com Santos (2017), algumas empresas dos setores industrial e de serviços começaram a oferecer assistência à saúde aos seus funcionários sem nenhum tipo de regulação pública. Porém, na década de 90, com o advento do Código de Defesa do Consumidor, começaram a ocorrer muitas reclamações principalmente no que tange ao ajuste das mensalidades e cláusulas abusivas nos contratos.

Desde então, começou a ser pautada a regulamentação da saúde suplementar. Em 1998, foi criada a Lei 9656/1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e nos anos 2000 surgiu a Lei 9661/2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e outras providências.

5.1 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Segundo Pietrobon, Prado e Caetano (2008), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Como disposto no Art. 3º da lei nº 9961/2000: a ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

É possível considerar que a criação da ANS visa fiscalizar e impor normas as operadoras de planos de saúde suplementar em prol a atender as necessidades dos consumidores,

mantém o foco em um sistema de saúde que seja justo e cumpra com a real função pela qual é proposta. Assim, alguns de seus principais focos tem sido lidar com problemas como a cobrança abusiva de reajustes e a qualidade do serviço e do plano.

5.2 Dados da Saúde Suplementar

Segundos dados divulgados pela ANS, temos na tabela abaixo o número de operadoras médico-hospitalares cadastradas e de seus beneficiários nos últimos dez anos.

Tabela 13 – Quantidade de operadoras de saúde e de beneficiários cadastrados

Ano	Operadoras médico-hospitalares	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia
dez/09	1.095	42.561.398
dez/10	1.045	44.937.350
dez/11	1.015	46.025.814
dez/12	962	47.846.092
dez/13	920	49.491.826
dez/14	874	50.531.748
dez/15	828	49.281.663
dez/16	790	47.648.231
dez/17	766	47.108.705
dez/18	749	47.122.091
dez/19	727	47.025.398

Fonte: ANS (<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>).
Dados atualizados até 01/2020

É possível observar que apesar do número de beneficiários ter aumentado nos últimos dez anos, atualmente se encontra em queda desde 2015. E que o número de operadoras permanece decrescendo desde 2009.

A diminuição dos usuários de plano de saúde pode significar um aumento na demanda pelo SUS, ou seja, o sistema privado e o sistema público podem ter uma relação, em alguns aspectos, inversamente proporcional: quando um diminui a demanda, o outro aumenta. Sendo assim, se grande parte da população tivesse acesso aos planos de saúde, não haveria uma sobrecarga no sistema público. Ou se o SUS pudesse abarcar com maior qualidade os usuários, a demanda do sistema privado diminuiria.

Apesar dos números de beneficiários ativos apresentados, é interessante perceber o quanto eles representam da população total do Brasil. Segundo dados de estimativas populacionais do IBGE, apresentados na tabela abaixo, podemos chegar no percentual total da população assistida pelo sistema de saúde suplementar.

Tabela 14 – Proporção dos beneficiários de planos de saúde em relação ao total populacional

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia (1)	Estimativa da população residente enviada ao Tribunal de Contas da União (2)	Percentual da população com plano de saúde
2009	42.561.398	191.480.630	22,2%
2010	44.937.350	190.747.855	23,6%
2011	46.025.814	192.379.287	23,9%
2012	47.846.092	193.946.886	24,7%
2013	49.491.826	201.032.714	24,6%
2014	50.531.748	202.768.562	24,9%
2015	49.281.663	204.450.649	24,1%
2016	47.648.231	206.081.432	23,1%
2017	47.108.705	207.660.929	22,7%
2018	47.122.091	208.494.900	22,6%
2019	47.025.398	210.147.125	22,4%

(1) Fonte: ANS (<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>)

Dados atualizados até 01/2020

(2) Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. (2019)

É possível, a partir dos dados, concluir que apesar do número de beneficiários ter crescido aproximadamente 10,5% no período de 2009 a 2019, o percentual da população com planos de saúde aumentou somente 0,2%, e também apresenta uma queda nos últimos anos.

Outro ponto a se considerar é quem são estes beneficiários quanto a faixa etária, qual a que possui maior concentração e se há alguma que apresenta um maior crescimento ou maior declínio, visto que a expectativa de vida da população vem aumentando e, conseqüentemente, o aumento de doenças crônicas nos idosos também.

A tabela abaixo apresenta a variação percentual da quantidade de beneficiários de cada faixa etária em relação ao ano anterior, a fim de averiguar como se comporta o fluxo de beneficiários de acordo com a sua idade. Os dados foram retirados do sistema TabNet, disponibilizado pela ANS.

Tabela 15 – Variação percentual da quantidade de beneficiários de cada faixa

Ano	00 a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais	Total
2010-2009	5,5%	4,1%	4,1%	10,0%	7,1%	4,6%	4,5%	4,1%	5,5%	5,3%	5,6%
2011-2010	0,8%	0,4%	0,9%	6,3%	5,5%	3,1%	1,6%	2,3%	2,6%	2,9%	2,4%
2012-2011	3,7%	2,1%	2,9%	5,4%	7,7%	3,9%	2,2%	4,3%	3,7%	3,5%	4,0%
2013-2012	3,3%	1,1%	1,9%	2,5%	6,5%	4,6%	1,3%	4,2%	3,7%	5,0%	3,4%
2014-2013	1,4%	-0,6%	-1,6%	1,1%	5,7%	3,7%	1,1%	3,4%	3,3%	4,6%	2,1%
2015-2014	-3,2%	-6,1%	-7,0%	-5,4%	1,1%	-0,9%	-2,4%	-1,6%	-1,1%	2,2%	-2,5%
2016-2015	-3,8%	-7,0%	-8,3%	-6,5%	-0,6%	-0,9%	-2,9%	-3,5%	-1,9%	1,2%	-3,3%
2017-2016	-1,4%	-3,7%	-5,3%	-2,9%	0,2%	2,4%	-1,3%	-2,7%	-0,2%	1,7%	-1,1%
2018-2017	-0,2%	-1,8%	-3,6%	-1,7%	-0,5%	3,8%	1,7%	-1,9%	0,9%	2,5%	0,0%
2019-2018	-0,4%	-1,7%	-2,0%	-3,1%	-0,6%	3,6%	1,3%	-1,8%	0,3%	1,5%	-0,2%

Fonte: SIB/ANS/MS - 01/2020.

Podemos observar que a faixa etária da população idosa (59 anos ou mais) apresenta um crescimento no número de beneficiários no decorrer dos anos, sem quedas na quantidade de segurados, apenas crescendo em uma amplitude menor. Já as outras faixas etárias apresentam declínio, tendo somente as faixas de 39 a 58 anos um aumento no período de 2018 a 2019.

Quanto as faixas etárias que possuem a maior representatividade dentre todos os usuários de planos de saúde encontram-se nos dois extremos, 0 a 18 anos e de 59 anos ou mais, conforme a tabela abaixo:

Tabela 16 – Representatividade da maior e da menor faixa etária

Ano	00 a 18 anos	59 anos ou mais
dez/09	25,0%	12,2%
dez/10	25,0%	12,2%
dez/11	24,6%	12,3%
dez/12	24,6%	12,2%
dez/13	24,5%	12,4%
dez/14	24,4%	12,7%
dez/15	24,2%	13,3%
dez/16	24,1%	13,9%
dez/17	24,0%	14,3%
dez/18	24,0%	14,7%
dez/19	23,9%	14,9%

Fonte: SIB/ANS/MS - 01/2020.

Como visto, as faixas com maiores concentrações de beneficiários são a que apresentam a maior e a menor faixa etária, porém observa-se que a faixa de 0 a 18 anos apresenta declínio desde 2009, enquanto a faixa de 59 anos ou mais um aumento constante. Isto pode ser justificado pela queda da natalidade e o aumento da expectativa de vida, como citado no tópico sobre envelhecimento populacional.

Outro fator que impacta a quantidade de beneficiários de planos de saúde é o desemprego. Segundo os dados da ANS (2020), em março de 2020, 67,6% dos beneficiários possuíam planos de assistência médica no tipo de contratação empresarial, o qual necessita de um vínculo empregatício. Sendo assim, podemos verificar que o aumento no desemprego provavelmente tem ocasionado uma redução do número de beneficiários da saúde suplementar, tornando-os possíveis dependentes do SUS.

6. DESEMPREGO

Segundo o IBGE, desempregados são as pessoas com mais de 14 anos que não estão trabalhando, mas estão em busca de um emprego. A pesquisa que retrata os desempregados é a PNAD Contínua (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua), que chama os desempregados de “desocupados”. Segundo os dados da retrospectiva desta pesquisa divulgada pelo IBGE do período de 2012 – 2019, temos que os percentuais de “ocupados” e “desocupados” seguem os seguintes valores:

Tabela 17 – Percentual da população na força de trabalho, ocupada e desocupada

Ano	% da população maior de 14 anos na força de trabalho	% ocupado	% desocupado
2012	61,4%	92,7%	7,3%
2013	61,3%	92,9%	7,1%
2014	61,0%	93,2%	6,8%
2015	61,3%	91,5%	8,5%
2016	61,4%	88,5%	11,5%
2017	61,7%	87,3%	12,7%
2018	61,6%	87,7%	12,3%
2019	62,0%	88,1%	11,9%

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua - 2012-2019

Podemos verificar que no ano de 2016 temos um aumento de 3% na quantidade de desempregados, mesmo período em que houve a redução de 3,3% do número de beneficiários de planos de saúde, o que condiz com o fato da maioria possuir o benefício em decorrência do vínculo empregatício.

7. LIMITE DE INVESTIMENTOS

7.1 Aplicação de recursos ao SUS antes do Novo Regime Fiscal

De acordo com a Lei Complementar 141 de 2012, que dispõe, dentre outros, sobre os valores mínimos a serem cobrados em ações e serviços públicos de saúde, temos em seu Artigo 5º, no que se refere a aplicação de recursos mínimos para a saúde advindos da união, a seguinte obrigação:

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Salientando o que diz no parágrafo segundo do mesmo artigo, que se o PIB tiver variação negativa, o montante aplicado não poderá sofrer redução de um exercício financeiro para o outro.

Para os Estados e o Distrito Federal, segue o que está descrito no Artigo 6º, no qual deverão aplicar, anualmente, no mínimo 12%:

- Da arrecadação de impostos estabelecida pelo Artigo 155 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre os impostos que devem ser instituídos pelos mesmos;
- Dos recursos que tratam o Artigo 157 da CF/88, que se referem a arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem; e vinte por cento do produto da arrecadação do imposto que a União instituir no exercício da competência que lhe é atribuída pelo art. 154;
- Da alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do Artigo 159 da CF/88, ou seja, dos 21,5% do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal entregue pela União, referente do produto de arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados. E dos 10% proporcionais, entregue pela união, do valor das respectivas exportações de produtos industrializados entregue pela União, referente ao produto da arrecadação do imposto sobre produtos industrializados.

No que se refere aos Municípios e o Distrito Federal, segue o que está disposto no Artigo 7º, no qual deverão aplicar, anualmente, no mínimo 15% da arrecadação de impostos do Artigo 156 da CF, que dispõe sobre os impostos que devem ser instituídos pelos municípios. Dos recursos que pertencem ao município, dispostos no Artigo 15. Do disposto na alínea “b” do inciso I do Artigo 159 da CF, ou seja, 22,5% do Fundo de Participação dos Municípios entregue pela União, referente do produto de arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados. E o disposto no parágrafo 3º do Artigo 159, todos da Constituição Federal de 1988, no qual Estados entregarão aos respectivos Municípios 25% dos recursos que receberem nos termos do inciso II, explicado acima.

Em 2015, com a Emenda Constitucional 86, que alterou o artigo 198 da Constituição Federal estabelecendo uma nova redação para o inciso I do parágrafo 2º, ficou determinado, no que tange a União, que a aplicação mínima anual em ações e serviços públicos de saúde seria equivalente a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%. Segundo o artigo segundo da mesma Emenda Constitucional, este valor seria alcançado progressivamente, a partir do exercício financeiro subsequente da promulgação da mesma (2016) até 2020, da seguinte maneira:

- Exercício referente ao ano de 2016: 13,2% da Receita Corrente Líquida;
- Exercício referente ao ano de 2017: 13,7% da Receita Corrente Líquida;
- Exercício referente ao ano de 2018: 14,1% da Receita Corrente Líquida;
- Exercício referente ao ano de 2019: 14,5% da Receita Corrente Líquida;
- Exercício referente ao ano de 2020: 15% da Receita Corrente Líquida.

7.2 Aplicação de recursos ao SUS pós o Novo Regime Fiscal

Em 15 de dezembro de 2016, entra em vigor a Emenda Constitucional nº 95, que, altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

Segundo o Artigo 110 desta EC, os valores mínimos aplicados para à saúde permanecerão, até 2017, como o descrito no tópico anterior. Nos exercícios posteriores, corresponderá aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo IBGE, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do

exercício anterior a que se refere a lei orçamentária. Revogando o que foi disposto no artigo segunda da EC nº 86.

7.3 Impactos do Novo Regime Fiscal no SUS

Sabendo que houve uma mudança no cálculo do valor do investimento destinado à saúde, é interessante observar o impacto que acabou ocorrendo no SUS nesses três anos nos quais o Novo Regime Fiscal esteve em vigor.

Tabela 18 – Valores mínimos a serem aplicados no SUS segundo a EC nº 86 e nº 95 a variação percentual entre elas

Ano	Valor mínimo a ser aplicado segundo a EC nº 86	Valor mínimo a ser aplicado segundo a EC nº 95	Variação Percentual entre a EC 95 e a EC 86
2017	99.633.842.384	109.088.148.595	9,49%
2018	113.554.124.888	112.360.793.053	-1,05%
2019	131.320.495.491	117.293.431.868	-10,68%

Fonte: SIOPS-DATASUS: Demonstrativo de Saúde – RREO

Conforme observado, no primeiro ano de vigência EC nº 95 houve um aumento no valor mínimo a ser investido, mas há uma explicação. Conforme demonstrado, a EC nº 86 propunha um aumento progressivo no investimento até se chegar nos 15% estipulados pela nova redação da CF/88. Porém, para efeito do novo regime fiscal, em 2017, ficou determinado que o valor mínimo seria calculado como a Receita Corrente Líquida do exercício acrescida dos 15%. Por isso temos que, em 2017, o valor mínimo a ser investido é superior ao que seria se seguisse a EC nº 86.

Além deste ponto, é constatado que, em 2019, o valor mínimo é consideravelmente inferior ao estipulado pela Emenda Constitucional anterior, sendo a diferença uma redução superior a 14 bilhões de reais. Mas, é preciso levar em consideração o valor que foi efetivamente aplicado naquele ano para sabermos realmente o quanto isto está impactando na saúde pública.

Olhando para o valor financiado pela União no ano de 2019, temos o montante de, aproximadamente, 122,27 bilhões de reais, o que representa uma diferença inferior de mais de 9 bilhões de reais se estivesse sendo aplicado o mínimo estabelecido pela EC nº 86, esta diferença corresponde a 7,4% do total aplicado. Ou seja, realmente a nova emenda constitucional está contribuindo para a redução do investimento na saúde pública brasileira.

Concomitantemente com os dados apontados nos tópicos acima, como o envelhecimento populacional aumentando e a queda no número de beneficiários de planos de saúde suplementar, um congelamento dos investimentos em saúde por 20 anos contribui para tornar o SUS ainda mais insustentável.

8. CONCLUSÃO

O sistema público de saúde começou a se desenvolver e tronar o que hoje conhecemos como SUS, através de grandes discussões com forte apoio de centros universitários e da própria organização da sociedade na busca de um sistema que fosse capaz de atender a todos. Seu caráter de universalidade, equidade e integralidade ficaram evidenciados com a Constituição Federal de 1988 e depois através das leis que passaram a reger o sistema.

Mas seu propósito vai além de oferecer um atendimento médico propriamente dito, o SUS possui um caráter social que objetiva promover o bem-estar da população oferecendo programas como o Saúde da Família e Farmácia Popular, que trazem um benefício enorme para a parcela população mais necessitada.

Não há dúvidas que a proposta do SUS realmente é muito boa para a sociedade, porém é um sistema que, para cumprir suas obrigações, precisa permanecer em constante crescimento. Os dados apresentados mostram que não há como manter os seus princípios se os investimentos estiverem estagnados, pior ainda se reduzidos.

O envelhecimento populacional é um dos principais fatores que comprovam que reduzir a proporção do financiamento da saúde é inconsistente, já que isto gera uma demanda maior do sistema devido ao cuidado que o envelhecimento traz. Porém, é exatamente o que está acontecendo conforme foi comprovado pelos dados levantados sobre a Emenda Constitucional nº 95 e a redução constante dos leitos de internação disponibilizados.

Esta situação tem ainda mais reflexo se colocada no contexto do ano em que este estudo está sendo escrito, no qual vivemos uma pandemia causada pelo Covid-19, onde até maio de 2020 tivemos mais de 30 mil mortos e sobrecarga dos leitos de internação em diversos estados, sendo necessário a criação de hospitais de campanha.

Aceito que o fato de ocorrer uma pandemia é algo totalmente atípico e inesperado, mas se a cada ano que se passar o sistema público estiver menos preparado para atender a população isso se torna um perigo para a saúde de todos.

Outro ponto que expõe a necessidade de investimentos na saúde é de que apenas 25% da população utiliza a saúde privada, ou seja, a grande maioria do país depende somente do sistema público e considerando que a maioria dos beneficiários de planos de saúde possuem vínculo empregatício ou associativo, acaba ressaltando que quem utiliza e necessita do SUS é de fato a população mais carente, enfatizando o grande apelo social que o sistema prega.

Sendo assim, investimentos para manter uma economia forte, mais ofertas de emprego, investimento em educação e qualificação, tem impactos na saúde. A melhora da qualidade de vida da população está toda interligada, não basta olhar para um sistema de maneira isolada, ele é uma parte de um todo. Ou seja, quando nos deparamos com um corte de investimentos, seja na educação ou na saúde propriamente dita, estamos nos deparando com o enfraquecimento de diversos segmentos, que acabam sendo refletidos, em sua grande parte, no SUS.

Como foi levantado, há variáveis que podem ajudar a manter o sistema de forma mais consistente, como a busca por entender o que cada população passa para poder atendê-la da melhor maneira possível, identificar como uma maior concentração de idosos pode impactar no orçamento e sobrecarga, não só dos atendimentos médicos hospitalares, como também em cuidados de saúde mental e qualidade de vida.

É preciso olhar onde estão alocados os investimentos com a saúde, não basta somente dar atenção para a região onde há maior concentração populacional e ignorar o resto do país, cada região tem uma particularidade demográfica, mas o atendimento e a oferta do mesmo tem que ser feita de maneira igualitária em todo o país, sem exceções.

Em suma, o SUS é um sistema de saúde com ideias extremamente boas, que ajudam milhares de brasileiros e estrangeiros, mas possui problemas na sua administração como um todo, tanto na aplicação de recursos como na compreensão da necessidade de determinados procedimentos. O que é oferecido em lugar precisa ser oferecido em outro também, e se o sistema já se encontra em dificuldade, não faz sentido reduzir o investimento. Supondo que o país se depara com uma situação de dificuldade financeira, seria realmente inteligente mexer na saúde, visto que numa crise também há desemprego e, conseqüentemente, aumenta a procura do sistema público de saúde, que se não for capaz de atender os necessitados geraria um problema maior em decorrência de agravos na doença, por exemplo.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório/** Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro: ANS, 2009.
- ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Dados Gerais do Setor.** Disponível em < <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais> >. Acesso em 31 de Março de 2020.
- BAHIA, Ligia. **Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado.** Revista Saúde e Sociedade v.14, n.2, p.9-30, maio-ago, 2005.
- BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá; VIEIRA, Fabiola Sulpino. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas** v.10 n.3 2016.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm >.
- BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 86**, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm >.
- BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/emc/emc95.htm>.
- BRASIL. **Lei Complementar Nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>.
- BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 21 de abril de 2020.

- BRASIL. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm >. Acesso em: 21 de abril de 2020.
- BRASIL. **Lei nº 9656 de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>.
- BRASIL. **Lei 9661 de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l-9961.htm>.
- BRASIL. **Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 30 de março de 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde, **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>.
- BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde.** Brasília, 1986. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em 18 de abril de 2020.
- BRASIL. **Proposta de Emenda à Constituição Nº 241-A,** de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: < https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=09DA93B91D0C4B92995C5DEB48609DF1.proposicoesWebExterno2?codteor=1495741&filename=Tramitacao-PEC+241/2016>.
- CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil.** Estudos avançados, São Paulo, v.27, n.78, p.7-26, 2013. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S01-03-40142013000200002 >. Acesso em 05 de Abril de 2020.
- CARVALHO, José Alberto magno; WONG; Laura L. Rodríguez. **A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, ed. 24 Págs.597-605. Mar, 2008.

- DA SILVA, Felipe Alves. **A Interpretação do Poder Judiciário Frente às Demandas da Saúde Suplementar: Os Impactos Gerados ao Equilíbrio Econômico Financeiro das Operadoras de Planos de Saúde.** Minas Gerais, 2018.
- DOS SANTOS, FAUSTO. Saúde Suplementar – Impactos e Desafios da Regulação. **Revista UFG**, v. 8, n. 2, 28 jul. 2017.
- DUARTE, Elisete; EBLE, Laeticia Jensen; GARCIA, Leila Posenato. **30 anos do Sistema Único de Saúde.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.27, n. 1, mar 2018. Disponível em < http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000100001-#B1 >. Acesso em 01 de abril de 2020.
- FERRAZ, Octávio Luiz Motta e VIEIRA, Fabiola Supino. **Direito à Saúde, Recursos Escassos e Equidade: Os Riscos da Interpretação Judicial Dominante.** Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Vol. 52, no 1, 2009, pp. 223 a 251.
- GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.
- IBGE, “**Indicadores IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua.** Principais destaques da evolução do mercado de trabalho no Brasil 2012-2019”. Disponível em:< <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?edicao=20652&t=-downloads>>. Acesso em: 09 de maio de 2020.
- IBGE. " **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**". 2013. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>> Acesso em: 26 de maio de 2019.
- IBGE. “**Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua**” <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=-o-que-e>> Acesso em: 26 de maio de 2019.
- IBGE. “**População residente das Unidades da Federação e Grandes Regiões, enviada ao Tribunal de Contas da União - 2001-2019**”. 2019 < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>> Acesso em: 31 de março de 2020.

- IBGE. “**Tábuas de Mortalidade 2010/2060**” < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>> Acesso em: 31 de março de 2020.
- KOIFMAN, Lilian. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4 n. 2, Págs. 467-474, 2006.
- LEITE, Francine. **Envelhecimento populacional e a composição etária de beneficiários de planos de saúde**. 2011. Disponível em: <<http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/46tcb54h343oglih.pdf>>. Acesso em 26 de maio de 2019.
- LAZARINI, Welington Serra; SODRÉ, Francis. O SUS e as políticas sociais: Desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, vol. 14, 2019.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.17, n.4, p.245-246, dez. 2008. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742-008000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 de abril de 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Nota Técnica Informativa, 2013. **Esclarecimentos sobre o motivo das reduções e evoluções dos quantitativos de alguns tipos de leitos, entre os períodos de 2005 a 2013**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/Nota_tecnica_informativa_reducao_leitos.pdf> Acesso em 03 de maio de 2020.
- PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.
- PIETROBON, Louise, DO PADRO, Martha Lenise, CAETANO, João Carlos. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, ed.18. Págs. 767-783, 2008.
- RICARDI, Luciani Martins, SHIMIZU, Helena Eri, SANTOS, Leonor Maria Pacheco. **As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde**. Saúde debate. Rio de Janeiro. vol.41, 2017, p.155-170.

- SIOPS. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Disponível em <<http://siops.datasus.gov.br/reluniao.php>>. Acesso em: 07 de junho de 2020.
- SOUZA, Renilson Rehem. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf>. Acesso em 03 de abril de 2020.
- STEDILE, Nilva Lúcia Rech, GUIMARÃES, Maria Cristina Soares, FERLA, Alcindo Antonio, FREIRE, Rafaela Cordeiro. **Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde**. Ciênc.saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.20, n.10, p. 2957-2971, Outubro de 2015 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001002957&lng=en&nrm=iso> Acesso em 17 de abril de 2020.