

1 INTRODUÇÃO

De acordo com dados da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), a cadeia produtiva da saúde movimenta um volume de recursos superior a 6% do produto interno bruto (PIB), emprega diretamente, com trabalhos qualificados formais, parcela expressiva da força de trabalho brasileira, e é a área de maior expressão no país em termos de investimentos públicos com pesquisa e desenvolvimento (Brasil, 2013). Em termos de empregos diretos e indiretos, em toda a cadeia produtiva, o conjunto destas atividades representa cerca de 7,5 milhões de trabalhadores inseridos, predominantemente, em atividades intensivas em conhecimento (Brasil, 2007).²

A saúde, portanto, pode ser considerada sob uma dupla perspectiva: em uma dimensão, vem a se constituir em vetor absolutamente central do sistema de proteção social brasileiro; em outra, permeia toda a cadeia produtiva. Tanto as condições macro e microeconômicas da sociedade influenciam a configuração da saúde quanto as vicissitudes desta têm impacto sobre a política macroeconômica e o comportamento dos agentes.

É uma relação mútua. Quanto mais se avançar na qualificação e na consolidação de instrumentos de política que aprimorem a governança macroeconômica,³ maior será a capacidade de o Estado prover, por meio de *sistemas* como o Sistema Único de Saúde (SUS), bens e serviços de forma mais satisfatória para a população.⁴ E a convergência para um quadro macroeconômico favorável é condição importante, embora longe de ser suficiente, para a adoção de reformas que tornem o Estado mais eficiente, dotado de um setor público capaz de: *i*) arrecadar, da forma mais eficaz, justa e progressiva possível, e de fazer uso – também o mais eficaz, justo e progressivo possível – desses recursos arrecadados junto à sociedade; e *ii*) de planejar e se articular junto ao setor privado com o objetivo de promover o crescimento da economia de maneira equilibrada e estável – tanto do ponto de vista monetário e financeiro quanto de seu setor externo.

Tateando em busca de uma abordagem que procure compatibilizar e estabelecer relações entre a saúde e a macroeconomia, este estudo se propõe a analisar alguns elementos do desempenho macroeconômico e da saúde no Brasil. Este artigo está dividido em três outras seções, além desta introdução.

1. Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea.

2. O documento não explicita a fonte dessa informação. Segundo a Coordenação de Contas Nacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o total de ocupações nas atividades relacionadas à saúde era pouco maior que 4,3 milhões em 2009, último dado disponível (IBGE, 2012a). Possíveis exageros à parte, trata-se, sem dúvida, de uma ordem de grandeza bastante expressiva.

3. Aqui entendida como o conjunto de ações na gestão dos juros, do crédito, da dívida pública e do câmbio, e desenvolvidas com o objetivo de promover o crescimento do emprego e da renda, sem gerar desequilíbrios inflacionários e/ou de balanço de pagamentos de caráter permanente. Para mais detalhes, ver Werneck Vianna, Bruno e Modenesi (2010).

4. Por sistema, entende-se a política pública que engloba os diferentes níveis de governo, com metas, ações e mecanismos de financiamento estabelecidos e consolidados. Uma questão que vem ganhando importância é sobre como integrar as ações e as políticas em áreas como educação e segurança pública, tornando-as também “sistemas” (únicos ou não).

A seção 2 consiste em uma análise retrospectiva, explorando alguns contornos da política macroeconômica na última década, assim como seus condicionantes internos e externos. A seção 3 apresenta um conjunto de dados abarcando aspectos micro e macroeconômicos da saúde: financiamento, gastos, papel estratégico da saúde na inovação. Por fim, a seção 4 procura amarrar, ainda que de maneira preliminar, as duas anteriores, identificando questões a serem desenvolvidas futuramente.

2 PANORAMA MACROECONÔMICO A PARTIR DE 2003

Embora não se intencione o estabelecimento de comparações entre diferentes governos, há uma considerável mudança de patamar na economia brasileira em diversos aspectos a partir de 2003. Ao final dos oito anos do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a inflação média, medida pelo índice nacional de preços ao consumidor amplo (IPCA), havia sido de 9,1% ao ano (a.a.), e o crescimento real do PIB foi, em média, da ordem de 2,3% a.a. Em 2010, findos os dois períodos do governo Lula, a inflação anual média ficou em 5,77% – dentro, portanto, da meta definida pelo Conselho Monetário Nacional (CMN) – e o crescimento do PIB, também em termos médios anuais, em 4,03%. Além disso, houve melhorias na distribuição de renda: o índice de Gini recua de 0,59, em 2002, para 0,53 em 2010.

Tal mudança de patamar, que de resto se verifica também em outras variáveis relevantes (relativas ao setor externo e ao mercado de trabalho, por exemplo), não ocorreu pura e simplesmente pela adoção de políticas, por assim dizer, mais virtuosas por parte do governo do Partido dos Trabalhadores (PT), *vis-à-vis* o governo do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Na verdade, foi a interação entre grandes mudanças nas condições externas com as quais a economia brasileira se defrontava (desde 2003) e pequenas mudanças na orientação da política econômica doméstica que explica, em grande parte, a melhoria no controle inflacionário, a recuperação das taxas de crescimento do PIB e a melhoria na distribuição de renda registradas na segunda metade da década passada.

No cenário externo, a grande mudança observada foi a intensa aceleração das taxas de crescimento econômico das economias ditas “emergentes”, com destaque para a China. A sustentação do ritmo de crescimento chinês, que naquele momento já vinha de quase duas décadas a taxas anuais de dois dígitos, propiciou uma notável elevação dos preços das *commodities*, incluindo alimentos, o que representou um enorme impulso para as exportações brasileiras desses produtos.

Adicionalmente, o setor exportador brasileiro – notadamente o vinculado às *commodities* metálicas – foi beneficiado, em um primeiro momento, por uma posição excepcionalmente favorável da taxa de câmbio, ocasionada pela intensa desvalorização do real, desencadeada pelas incertezas e pelos temores dos mercados financeiros diante da transição de governos no final de 2002.

TABELA 1
Taxas reais de crescimento econômico comparadas
(Em % a.a.)

Crescimento do PIB	Média 1995-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Economias avançadas	2,8	2,8	3	2,7	0,1	-3,4	3	1,7	1,5	1,4	1,8
Economias emergentes	4,9	7,3	8,3	8,7	5,8	3,1	7,5	6,2	5	5	4,6

(Continua)

(Continuação)

Crescimento do PIB	Média 1995-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
China	9,2	11,3	12,7	14,2	9,6	9,2	10,4	9,3	7,7	7,8	7,4
Índia	6,2	9,3	9,3	9,8	3,9	8,5	10,5	6,3	3,2	6,9	7,2
Brasil	2,5	3,2	4	6,1	5,2	-0,3	7,5	2,7	0,9	2,7	0,1
México	2,4	3,2	5	3,1	1,2	-4,5	5,1	4	3,6	1,4	2,1

Fonte: IMF (2015).
Elaboração do autor.

Esse duplo impulso, dado pela conjugação de uma taxa de câmbio desvalorizada com um cenário de termos de troca favoráveis, foi bem aproveitado pelo setor exportador de bens primários, o que se traduziu em uma efetiva redução das vulnerabilidades externas da economia brasileira, que marcaram a década de 1990. A substantiva elevação no nível das reservas internacionais constitui, em si, um dado revelador, embora não o único, dessa nova realidade, que de resto permitiu à economia brasileira transpassar, sem maiores sobressaltos, os piores anos da severa crise internacional desencadeada nas economias avançadas a partir de 2007-2008.

Do ponto de vista da gestão da política macroeconômica, os primeiros anos do governo Lula foram marcados pela manutenção, e em alguns aspectos até aprofundamento, do arcabouço do governo anterior. O assim chamado “tripé” – regime monetário de metas de inflação, câmbio flutuante e disciplina fiscal – foi mantido, com algumas nuances, como, por exemplo, o estabelecimento de uma meta maior de *superavit* primário. A política econômica reafirmava, assim, o compromisso prioritário com a estabilidade de preços, em detrimento de objetivos relacionados ao crescimento da renda e do emprego. A política monetária, neste sentido, constituía-se no instrumento-chave para esse compromisso, cabendo às políticas cambial e fiscal funções meramente coadjuvantes.

A manutenção de taxas básicas de juros (nominais e reais) em patamares elevados tem sido uma característica distintiva da política econômica brasileira, ainda que a tendência, na última década, tenha sido de (relativa) flexibilização. Além de atuar diretamente na contenção da demanda agregada, reduzindo o nível de atividade, a política de juros altos atua também como fator de atração de capitais externos de curto prazo. Esses capitais, ao entrarem na economia, ampliam a oferta de divisas e, conseqüentemente, contribuem para a apreciação da taxa de câmbio, o que, por sua vez, torna os bens importados mais baratos. A valorização do real, portanto, é um subproduto desejado da política monetária – ainda que isto não seja declarado pelo Banco Central do Brasil (BCB) –, na medida em que constitui poderoso instrumento auxiliar no controle inflacionário.

Resta pouca dúvida, no entanto, de que o governo Lula soube, na medida do possível, aproveitar o vigoroso impulso dado à economia pelo setor externo (as “grandes mudanças” acima aludidas) para, por meio de intervenções pontuais (as “pequenas mudanças”), lograr dinâmicas positivas nos níveis de emprego e de renda.

Há que se destacar, ainda, a expressiva expansão do crédito oferecido pelo setor financeiro (público e privado), assim como do ritmo de inclusão de parcelas crescentes da população ao sistema bancário. A combinação destes fenômenos com o aumento do emprego forjou o regime de crescimento do período 2003-2010, baseado principalmente no consumo das famílias.

A interação dessas políticas, associada ainda a outros fatores, como a recuperação do valor real do salário mínimo e a expansão de programas distributivos como o Programa Bolsa Família (PBF), propiciou a melhoria, ainda que modesta, de importantes indicadores sociais. Houve quedas nos segmentos pobres e extremamente pobres da população, e melhoria na distribuição de renda medida pelo índice de Gini.

TABELA 2
Parcelas da população por estratos de renda (2003 e 2011)

Estratos	Famílias		
	2003 (%)	2011 (%)	Varição (p.p.)
Extremamente pobres	5,5	2,6	-2,9
Pobres	12,0	4,4	-7,7
Vulneráveis	50,5	44,8	-5,6
Não pobres	32,0	48,2	16,2
Total	100,0	100,0	-
Coefficiente de Gini	0,576	0,523	-9,2

Fonte: Souza e Osório (2013).

3 MACROECONOMIA E SAÚDE: FINANCIAMENTO, GASTOS E PAPEL ESTRATÉGICO DA SAÚDE NA INOVAÇÃO

O desenho do sistema de proteção social contemplado na Constituição Federal de 1988 baseia-se em um modelo contributivo para as aposentadorias, mas com regime especial para os trabalhadores rurais (universalizando-se o acesso), universal na saúde e sujeito a controles de insuficiência de renda no caso das transferências assistenciais – Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas).

Já o financiamento da seguridade social foi estruturado com base em contribuições diretas ao sistema previdenciário – contribuições dos empregados e dos empregadores ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e contribuições ao regime de previdência do setor público –, impostos e taxas vinculados à seguridade social – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Programa de Integração Social (PIS)/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep) e Fundo de Pobreza – e em tributos não previamente vinculados à seguridade social.

A diversificação das fontes de arrecadação representou uma conquista de grande importância, na medida em que reduziu a sujeição do volume de receitas às oscilações do ciclo econômico,⁵ ao mesmo tempo em que ampliou os recursos ao financiamento da seguridade social. A construção dessa “compatibilidade” entre a política econômica e o aumento dos recursos disponíveis para a seguridade social foi uma das grandes responsáveis pela melhora consistente da distribuição de renda nos últimos vinte anos, possibilitando a viabilização do aumento das transferências públicas para as camadas mais pobres da população e o pagamento do serviço da dívida pública (Gentil e Santos, 2009).

5. Segundo Gentil e Santos (2009, p. 153), “a diversificação das fontes de arrecadação do sistema de seguridade social, com a inclusão de contribuições sociais incidentes sobre o lucro e o faturamento, foi um avanço histórico, porque a previdência financiada unicamente pela folha de salários entrou em crise nos anos 1980, quando a economia brasileira enfrentou recessão e o emprego desabou”.

Apesar dos avanços do SUS, o aumento dos gastos privados é uma questão real, que vem ganhando importância crescente na medida em que se torna um item de despesa extremamente oneroso (e regressivo) no orçamento das famílias.

Em relação às despesas familiares, os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) do IBGE (2012b) mostram que:

- quarenta por cento das famílias com menor rendimento destinam 74,2% dos gastos para medicamentos, enquanto entre os 10% com maiores rendas esse percentual foi de 33,6%;
- o acesso aos planos de saúde costuma ser limitado, concorrendo para isso a alta proporção de despesas com alimentação, habitação e transporte no orçamento doméstico das famílias. As despesas com planos de saúde correspondem a 7% dos gastos dos 40% mais pobres, contra 42,3% dos 10% mais ricos.

A expansão dos gastos globais se reflete, também, no surgimento de desequilíbrios no setor industrial ligado ao complexo da saúde. Os gargalos produtivos e a falta de investimentos em áreas de alto conteúdo tecnológico, como a produção de farmoquímicos, impactam fortemente a balança comercial com o aumento crescente do conteúdo importado. O próprio governo federal aparentemente reconheceu isso, ao incluir R\$ 3,6 bilhões no orçamento de investimento para 2013-2014 para o complexo saúde (Brasil, 2012).

O aumento das importações nesses setores evidencia tais gargalos. Segundo Carneiro (2010), o setor de equipamentos médicos e de hospital, automação industrial e precisão teve um aumento do coeficiente importado de 32,7 pontos percentuais (p.p.) para 35,1 p.p. entre 1996 e 2008. Isso mostra que “a indústria brasileira está substituindo a produção doméstica de insumos por importados de maneira rápida” (Serrano e Summa, 2011), o que reforça o desafio ainda existente em termos de política industrial para o país.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS, política pública de natureza universal e redistributiva, tem grande impacto positivo sobre a economia brasileira. Pela expressão de seu orçamento e pela coerência de suas intervenções no complexo industrial da saúde, o SUS contribui para a geração de investimentos, de inovações, de renda, de emprego e de recursos fiscais para o Estado brasileiro.

A integração entre as políticas voltadas para o desenvolvimento do sistema de saúde e aquelas voltadas para a promoção do desenvolvimento industrial e da inovação é também uma forma de garantir para o país os benefícios econômicos gerados pelos gastos em saúde, assegurando a continuidade da política social, conforme assinala Dain (2007). A mesma autora destaca ainda que:

[do] ponto de vista do financiamento, o sistema nacional de ciência e tecnologia, ao qual o SUS se integra, já utiliza mecanismos de indução, como incentivos fiscais, investimentos em pesquisa e desenvolvimento (P&D), créditos subsidiados, além da intervenção direta do Estado no processo produtivo e na formação de parcerias público-privadas (Dain, 2007, p. 1862).

Cabe pontuar, por fim, que gasto em saúde não é sinônimo de desperdício de recursos. A avaliação da qualidade do gasto em saúde, em todos os níveis de governo, e iniciativas de racionalização e de redução de seus custos devem ser objeto de sistemática pesquisa e reflexão. O mesmo vale para

projetos de revisão dos mecanismos de renúncia fiscal e outras formas de financiamento público ao setor supletivo de saúde, de modo a criar contrapartidas e reforçar o papel da regulação estatal sobre o sistema de saúde como um todo.

Em função de seu impacto macroeconômico sobre a renda, o emprego, o produto nacional e o gasto público, a saúde é inequivocamente estratégica e precisa estar inserida em uma política de desenvolvimento. Há amplo espaço para uma agenda de pesquisa que articule a análise macroeconômica às políticas públicas na área da saúde. Em particular, alguma luz precisa ser direcionada aos mecanismos de financiamento ao setor privado que o Estado possui para estimular ações no campo do desenvolvimento industrial e da inovação tecnológica, com alto impacto positivo sobre a competitividade da indústria nacional e a garantia de oferta de insumos, de medicamentos e de equipamentos de saúde, democratizando o acesso da população aos bens e aos serviços necessários a sua sobrevivência saudável e digna.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Evolução da despesa do SUS com ações e serviços públicos de saúde**. Brasília: MS, 2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. **Balanco executivo do Plano Brasil Maior**. [S.l.]: MDIC, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/mnpPC9>>. Acesso em: 16 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Economia da saúde para a gestão do SUS: financiamento público de saúde**. Brasília: MS, 2013. eixo 1, v. 1. (Série Ecos).

CARNEIRO, R. **Desenvolvimento brasileiro pós-crise financeira: oportunidades e riscos**. São Paulo: Unicamp; Cecon, 2010. (Textos Avulsos, n. 4). Disponível em: <<http://goo.gl/jyczHf>>. Acesso em: 5 abr. 2014.

DAIN, S. **Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. (Ciência & Saúde Coletiva, n. 12).

GENTIL, D.; SANTOS, C. A. CF/88 e as finanças públicas brasileiras. In: CARDOSO JR., J. C. (Org.). **A Constituição brasileira de 1988 revisitada: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social**. Brasília: Ipea, 2009. v. 1, c. 3.

IMF – INTERNATIONAL MONETARY FUND. **World Economic Outlook**. Washington: IMF, Apr. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/R4mKib>>. Acesso em: 15 maio 2015.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Contas Nacionais. Conta-satélite de saúde: Brasil 2007-2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2012a. Disponível em: <<http://goo.gl/iwvsme>>.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Perfil das despesas no Brasil, indicadores selecionados. Rio de Janeiro: IBGE, 2012b. Disponível em: <<http://goo.gl/XyyzY>>.

SERRANO, F.; SUMMA, R. **Política macroeconômica, crescimento e distribuição de renda na economia brasileira dos anos 2000**. São Paulo: Unicamp; Cecon, 2011. (Textos Avulsos, n. 6). Disponível em: <<http://goo.gl/9P5bcN>>.

SOUZA, P. H. G. F.; OSÓRIO, R. G. O perfil da pobreza no Brasil e suas mudanças entre 2003 e 2011. *In*: NERI, M.; CAMPELLO, T. (Orgs.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013.

WERNECK VIANNA, S. T.; BRUNO, M.; MODENESI, A. **Macroeconomia para o desenvolvimento: crescimento, estabilidade e emprego**. Brasília: Ipea, 2010. (Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro, livro 4).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BNDES – BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Perspectivas do investimento**. [S.l.]: BNDES, maio 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/dvEiDJ>>. Acesso em: 1º jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Balço do PAC e economia em perspectiva**. [S.l.]: MF, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/lclgMd>>. Acesso em: 16 abr. 2014.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **O Brasil na virada do milênio: trajetória do crescimento e desafios do desenvolvimento**. Brasília: Ipea, 1997.

_____. **Macroeconomia para o desenvolvimento**. Brasília; Rio de Janeiro: Ipea, 2010. (Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro, livro 4).

TEIXEIRA, A.; WERNECK VIANNA, S. T. Cenários macroeconômicos no horizonte 2022/2030. *In*: GADELHA, P.; CARVALHO, J. N.; PEREIRA, T. R. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro – desenvolvimento, Estado e políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Ipea; MS; SAE/PR, 2013. v. 1.