

TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, NUTRICIONAL E EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE O SUS E A SAÚDE SUPLEMENTAR

Demographic, Nutritional, and Epidemiological Transition in Brazil and its
Implications for SUS and Supplementary Health

Doi: <https://doi.org/10.67965/rbss.v4i2.132>

AUTORES

Antonio Carlos Coelho
Campino

Professor Titular Emérito

FEA/Departamento de
Economia

Universidade de São Paulo

CONTATO

accampino@gmail.com

RESUMO

O artigo discute as transições demográfica, nutricional e epidemiológica e sua manifestação no Brasil, onde a transição demográfica se completou em cerca de sessenta anos. O envelhecimento populacional e o aumento da longevidade elevam a demanda e os custos do setor saúde, enquanto se reduz a proporção da população economicamente ativa que o financia. Diante do subfinanciamento e dos problemas de gestão do SUS, argumenta-se que a saúde suplementar – que atende cerca de um quarto da população brasileira – alivia a demanda sobre o sistema público e que os dois setores devem atuar de forma colaborativa, e não antagônica, para propiciar à população brasileira uma saúde de qualidade.

Palavras-chave: Transição demográfica; Saúde suplementar; Sistema Único de Saúde (SUS)

ABSTRACT

This article discusses the demographic, nutritional, and epidemiological transitions and how they unfolded in Brazil, where the demographic transition was completed in about sixty years. Population aging and increased longevity raise demand and costs in the health sector, while the share of the economically active population that finances it shrinks. Given the underfunding and management problems of SUS, the article argues that supplementary health – which covers about a quarter of the Brazilian population – relieves demand on the public system, and that the two sectors should act collaboratively, not antagonistically, to provide quality health care to the Brazilian population.

Keywords: Demographic transition; Supplementary health; Unified Health System (SUS)

Obs: este artigo reflete exclusivamente a opinião do(s) autor(es), não representando a posição do IESS.

INTRODUÇÃO

O estudo sobre a Transição Demográfica iniciou-se na Europa, devido à disponibilidade de dados demográficos.

A 1ª. fase, de aproximadamente 1750 a aproximadamente 1800, apresenta uma baixa taxa de crescimento vegetativo (v), fruto de altas taxas de natalidade (n) e de mortalidade (m).

Na 2a. Fase, que corresponde ao século 19 nos países desenvolvidos, há uma queda de m , mas n continua alta e v explode. As razões para este comportamento são que m cai abruptamente devido a progressos na área médica (ex. vacinas), mas n continua alta porque a redução na natalidade depende de alterações de comportamento, decorrentes de maior educação feminina e da participação da mulher no mercado de trabalho.

Na 3a. Fase, que nos países desenvolvidos ocorreu durante o século 20, verifica-se uma queda mais suave de m , n inicia processo de queda significativa e v torna-se baixa. A taxa de natalidade n cai pois as alterações de comportamento fazem sentir seus efeitos. Ocorre também que o custo de criar filho aumenta, pois em termos de microeconomia o efeito preço é maior do que o efeito renda.

Assim verificou-se durante esses 200 anos uma transição de baixas v , fruto de n e m altas, para baixas v , fruto de n e m baixas.

Transição nutricional é um termo utilizado para descrever modificações na dieta, atividade física e nutrição. Pode ser atribuída a: mudanças no nível de renda, influência da mídia e marketing de alimentos, preço dos alimentos, tipos de ocupação e atividades de lazer predominantes.

Áreas predominantemente urbanas em países desenvolvidos encontram-se em estágio mais avançado no processo de transição nutricional do que áreas rurais. A transição nutricional tem sido associada à dieta urbana ocidental.

A dieta urbana ocidental é caracterizada por alta proporção de calorias provenientes de açúcar, óleos e gorduras, grande quantidade de produtos de origem animal, alta ingestão de carboidratos refinados, alimentos industrializados, gordura saturada, baixa ingestão de fibras.

A capacidade de produção de alimentos de baixo custo e alto teor de óleos, gorduras e açúcar como alternativa a alimentos nutricionalmente mais adequados, frutas, vegetais e legumes, mas que têm custo mais elevado, têm facilitado a ocorrência da transição nutricional.

Consequência da transição nutricional e da transição demográfica em termos de saúde e nutrição: a Transição Epidemiológica. A transição epidemiológica é o processo de modificação nos padrões de morbimortalidade, que se dá em estágios sucessivos e seguindo a trajetória de um padrão tradicional para um padrão moderno. Na transição epidemiológica verifica-se a predominância de doenças crônicas não-transmissíveis relacionadas à obesidade, como diabetes, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e hipertensão.

O CASO DO BRASIL

O IBGE, através de sua Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais mostra em um gráfico que no caso do nosso País a Taxa Bruta de Mortalidade apresenta um padrão de significativo decréscimo a partir de 1930, mas a Taxa Bruta de Natalidade só passa a ter reduções significativas a partir de 1965.

A Taxa de Fecundidade Total, que apresenta o número de filhos por mulher durante seu período reprodutivo, que para efeitos estatísticos é de 15 a 49 anos de idade, variou de 6 filhos por mulher em 1960 para 1,7 filhos por mulher em 2022, conforme mostra a Tabela.1

TABELA 1
TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL – BRASIL, 1960-2022

Ano	Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)
1960	6,0
2022	1,7

A Transição Demográfica que na Europa levou 200 anos para se completar no Brasil se completou em sessenta anos.

Ademais a taxa de reposição é de 2,1 filhos por mulher, ou seja, um casal tendo dois filhos estaria se repondo para a próxima geração (os demógrafos utilizam 2,1 filhos pois sempre há a possibilidade de a criança falecer nos 28 primeiros dias após o nascimento). Verifica-se que no caso do Brasil a população está crescendo a taxas decrescentes e o IBGE prevê que em 2040 nossa população total começará a decrescer.

Por outro lado, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais tem crescido a cada década, indicando um envelhecimento demográfico, como o mostra a Tabela 2.

TABELA 2
POPULAÇÃO COM MAIS DE 60 ANOS COMO PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO TOTAL

Ano	População 60+ como proporção da população total (%)
2000	9,0
2010	11,0
2020	13,3
2022	13,5

Prevê-se que em 2050 a população 60+ poderá chegar a 25% da população total e até o fim do século poderá atingir 1/3 da população total do Brasil.

Portanto completamos a transição demográfica, estamos ficando mais velhos e a longevidade está aumentando.

A Esperança de Vida ao Nascer passou de 69,8 anos em 2000 para 77,2 anos em 2022. Assim, os pais de uma criança recém nascida em 2000 poderiam esperar que ela vivesse 69,8 anos e em 2022 esperariam que ela vivesse 77,2 anos, ou seja em 22 anos aumentou-se a esperança de vida em quase 8 anos.

TABELA 3
ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER

Ano	Esperança de vida ao nascer (anos)
2000	69,83
2007	72,57
2010	73,86
2015	75,50
2022	77,19

Fonte: IBGE – Projeção da População.

Esses dados se referem à esperança de vida ao nascer. Entretanto à medida que as pessoas adicionam anos de vida, elas de certa forma ultrapassaram os riscos de mortalidade infantil e de mortalidade na juventude, decorrente de acidentes e violência e chegam a idades mais avançadas.

De acordo com o IBGE mulheres que atingiram 60 anos de idade tem uma sobrevida de 24,2 anos adicionais, podendo chegar a 84,2 anos de idade. Homens com 60 anos de idade tem uma sobrevida de 20,8 anos adicionais chegando a 80 anos e mais (conforme Agência de Notícias do IBGE e Instituto de Longevidade MAG).

Portanto estamos em uma situação em que o número de crianças e jovens até 14 anos de idade está diminuindo e o número de idosos com 60 anos de idade ou mais está aumentando e os idosos tendem a viver mais anos.

Isto tem consequências sobre a Previdência Social e sobre a saúde. O que interessa aqui é comentar as consequências sobre o setor saúde.

O SUS tem melhorado. Luiz Fernando Correia em artigo que publicou no Estadão diz que ” 76% da população brasileira ...depende diretamente do SUS. São 2,8 bilhões de atendimentos por ano, com cerca de 3,5 milhões de profissionais.”

Adicionalmente afirma que o “Brasil tem a maior rede pública de transplantes do mundo, alcançando 30 mil procedimentos em 2024” e “o maior programa de vacinação da América Latina”

Mas aponta que o SUS tem problemas graves. “A fila de espera para atendimento com especialistas e realização de cirurgia eletiva é o maior” e há “desigualdades brutais de qualidade entre regiões”

No que se refere a remédios de alto custo e a atendimento hospitalar de grau elevado (transplantes, por ex.) a atuação do setor público parece adequada. Mas o atendimento hospitalar de 1º. e 2º. nível deixa muito a desejar.

Na visão do usuário um grande problema é a falta de médicos e o tempo de espera.

Falta de medicamentos foi apontada por 11,2% dos usuários, falta de leitos apontada por 15,4% dos usuários. E falta de médicos e tempo de espera por 69,2% dos usuários.

Creio que falta de médicos pode ter a ver com o salário dos médicos. Ter uma escala salarial igual para todo o Brasil pode desestimular os médicos em São Paulo e no Rio de Janeiro, enquanto o mesmo nível salarial pode ser atrativo para outras áreas do nosso País. Seria interessante que o Ministério da Saúde empreendesse um estudo para verificar porque o SUS funciona bem em Campo Grande/MS e não funciona bem em São Paulo e Rio de Janeiro.

Uma pesquisa de Locomotiva;CNN indicava que 46% dos entrevistados consideravam como “Muito Longo” o tempo de espera para consultas gerais, 56% para exames especializados e 60% para consultas com especialistas.

Esses problemas do SUS tem a ver com o sub-financiamento mas também com problemas de má gestão.

O sub-financiamento pode ser visto pelo fato de que o SUS gastava por habitante 19,7% do que gastava a média dos países da OECD e 16% do que gastava o Reino Unido.

O desenvolvimento da situação demográfica no Brasil impõe dificuldades para o setor saúde e para o SUS. A proporção de pessoas de 0 a 14 anos de idade se reduziu, devido à redução da fecundidade e a proporção de idosos e de longevos aumentou. Então antes tínhamos crianças que poderiam ter problemas de saúde graves, mas cuja solução requeria um pequeno volume de recursos – basta lembrar que uma criança poderia ser salva com o kit de rehidratação oral da UNICEF, que custava US\$1.50 por kit- mas um idoso com câncer pode ter sua vida prolongada – não salva- por milhares de dólares. Essa situação atinge o SUS e a saúde suplementar.

Mas há um outro aspecto que atinge o SUS. A redução proporcional na população economicamente ativa – pois aumentou a proporção dos economicamente dependentes, pessoas de 0 a 14 anos e idosos com 60 anos e mais – faz com que haja menos habitantes financiando o sistema de saúde via impostos.

E é aqui que a saúde suplementar é importante. Uma pessoa atendida na saúde suplementar deixa de requerer atenção e recursos do SUS. Os beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares são 52,97 milhões de pessoas no Brasil no primeiro trimestre de 2026 e os beneficiários de planos de saúde odontológicos são 35,8 milhões de pessoas no primeiro trimestre de 2026 (embora possa haver dupla contagem, uma mesma pessoa nos dois tipos de plano) segundo dados do IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. A saúde privada empregava 4,29 milhões de trabalhadores formais.

Portanto é um setor significativo em termos de emprego e que atende $\frac{1}{4}$ da população brasileira e dá um atendimento de qualidade. Assim sendo o setor público de saúde e a saúde suplementar devem colaborar para propiciar à população brasileira uma saúde de qualidade.

Ao falar de colaboração não posso deixar de falar de um caso que me impactou muito, o do senhor Pereira, porteiro do edifício onde moro. Em dois meses esse senhor havia emagrecido 17 quilos, até eu que sou economista percebi que ele estava com um problema sério. Foi ao SUS no mês de junho e marcaram uma consulta para ele em novembro, 5 meses depois! Ainda bem que no prédio morava uma médica que era do Hospital das Clínicas e arrumou para ele ser atendido lá. Lá ele foi operado por um médico da equipe do Professor Gama, mas era um caso de câncer metatársico, nada mais era possível fazer para ele. Arrumaram um lugar decente para ele ficar, tendo um fim de vida apoiado e ele faleceu em agosto.

E não posso deixar de pensar que quando houve uma epidemia de influenza aqui em São Paulo, os hospitais privados passaram a adotar um procedimento que já havia sido

testado nos Estados Unidos: você vai ao pronto socorro, a enfermeira vê seus sinais vitais, faz uma pequena entrevista com você e o classifica dando uma etiqueta com determinada cor, digamos vermelha para quem precisa ser atendido imediatamente pelo médico e outras cores para quem pode esperar para ser atendido.

Por que esse tipo de procedimento não pode ser estendido para o SUS? Um caso de provável câncer, como era o do senhor Pereira, ser atendido imediatamente enquanto outro, que não comprometa a vida do paciente pode ficar para ser atendido em um prazo maior.

Faz falta termos um cartão de saúde onde ficam registrados todos os procedimentos de saúde e exames recebidos pelo paciente, não só no SUS como na saúde suplementar. É muito importante tanto para o SUS quanto para a saúde suplementar. O paciente vai a um médico e este pede vários exames e depois de digamos 2 meses ele vai a outro médico que pede outros exames, alguns dos quais feitos 2 meses atrás. E o plano de saúde paga a ambos, mas resta a pergunta, será que dois meses mudaram a situação do paciente? Os exames feitos 2 meses atrás não serviriam? O cartão de saúde informaria o segundo médico que os exames já foram feitos, poderia não haver necessidade de fazê-los de novo. Isso reduziria os custos para o plano de saúde, custos que serão depois transferidos para os beneficiários do plano. Da mesma forma, se esse paciente procurar o SUS, este ficaria sabendo que os exames já foram feitos.

O setor saúde precisa de um modelo de gestão. André Medici, num capítulo do livro de Edmar Lisboa Bacha e Simon Schwartzman Brasil: A Nova Agenda Social (livro e capítulo apresentados em Referências, abaixo), à pagina 92, afirma que “falta ...um novo modelo organizacional que garanta autonomia de gestão como base para a eficiência dos serviços”. A saúde suplementar, por necessidade de manter lucro operacional, se preocupa com a eficiência dos serviços, mas esta preocupação com a eficiência dos serviços deve ser uma prioridade básica para o SUS.

Nesse mesmo livro apresento um capítulo com uma proposta de organização dos serviços públicos de saúde (ver Referências).

Concluo enfatizando que o setor público de saúde e a saúde suplementar devem colaborar para propiciar à população brasileira uma saúde de qualidade. Esses setores não devem ser antagônicos, mas colaborativos.

O Presidente Lula em recente pronunciamento culpa a dedução do Imposto de Renda feita pelos beneficiários dos planos de saúde pelo subfinanciamento do SUS. Esse subfinanciamento decorre de decisão do próprio governo federal. O IESS – Instituto de

Estudos de Saúde Suplementar realizou um estudo, do qual tive a honra de participar (creio que em 2012), no qual calculava os gastos decorrentes da longevidade e mostrava que outros países estavam fazendo poupança pública para arcar com esses custos adicionais quando eles surgissem. O IESS realizou um seminário de um dia para expor esses resultados e convidou representantes do governo federal para participarem. Mas o governo federal nunca fez nada. O Presidente tem de parar com o discurso “nós contra eles” e orientar seus ministros de que em saúde devemos ter um lema “nós e eles” para que se propicie à população brasileira uma saúde de qualidade.

Referências

- Luiz Fernando Correia, Pulsa, Estadão, 7/7/2026 “Estrangeiros descobrem o SUS, ficam abismados e viralizam nas redes; entenda o que surpreende”.
- Bacha, Edmar Lisboa e Schwartzman, Simon Brasil: A nova agenda social LTC Livros Tecnicos e Científicos Editora Ltda. 2011.
- Medici, André “Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde” in Bacha e Schwartzman Brasil: A nova agenda social páginas 23 a 93.
- Campino, Antonio Carlos Coelho “Gastos catastróficos, Iniquidade e proposta de reformulação do sistema de saúde” in Bacha e Schwartzman Brasil: A nova agenda social páginas 104 a 107.