

O Sistema de Saúde Brasileiro: contradições e desafios

Jairnilson Silva Paim

Prof. Titular em Política de Saúde (ISC-UFBA)

Brasília, 22-23 de março de 2012

INTRODUÇÃO

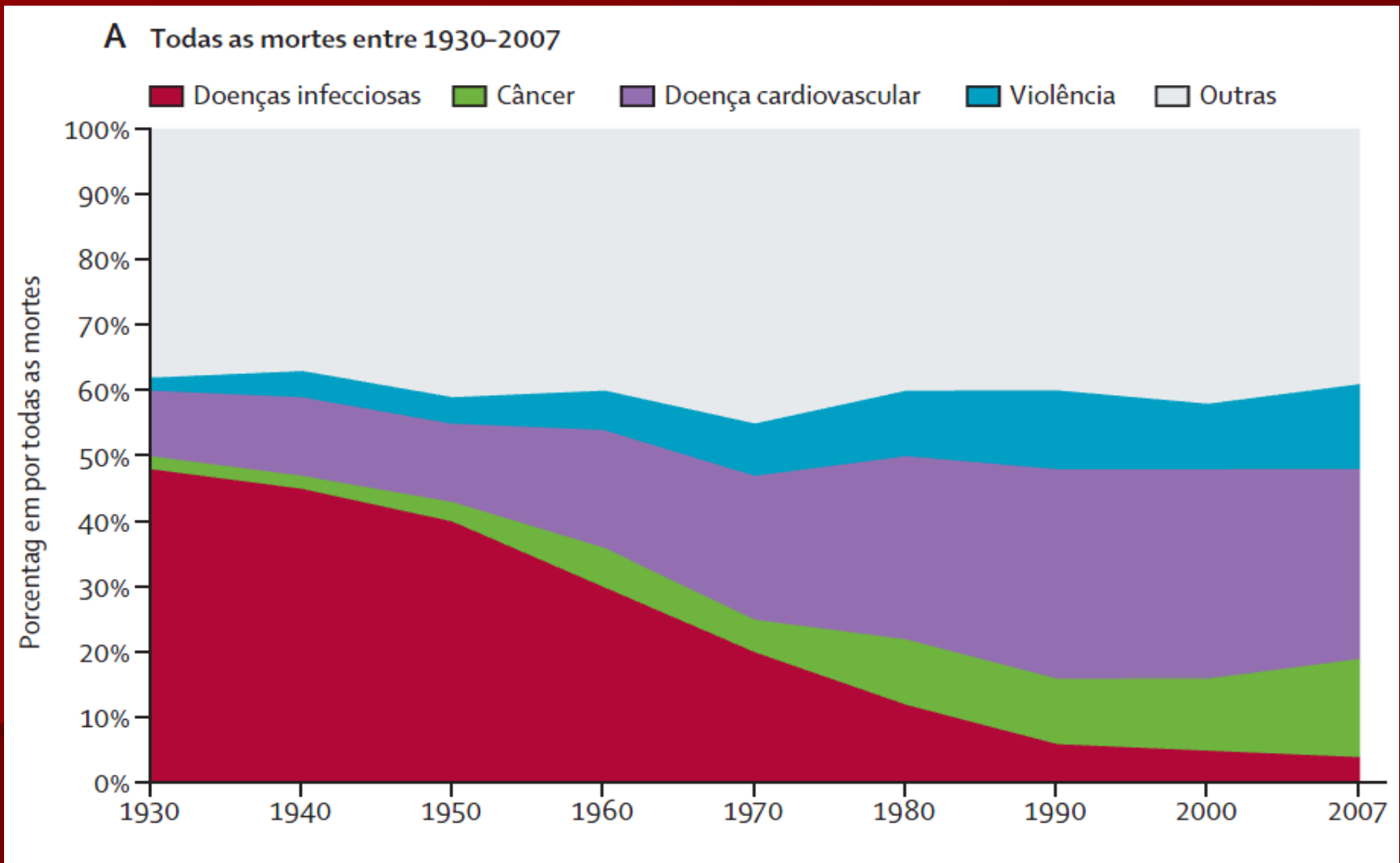
- Examinar o desenvolvimento e o estado atual do sistema de saúde brasileiro, com ênfase em certos componentes e desafios do SUS.
- Estudos recentemente publicados, analisando dados originais provenientes de fontes oficiais e pesquisas para uma visão geral do sistema de saúde brasileiro.

CONTEXTO

- Transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais: crescimento econômico e desigualdades.
- Urbanização intensa (80%), redução da fertilidade (1,9) e envelhecimento (10% de idosos).
- PIB duplicou entre 1991 e 2008, enquanto o Gini caiu 15% (0,637 para 0,547).
- Índice de pobreza de 31% (2008), desemprego de 8,2%, 43,8% dos trabalhadores no setor informal e 56% com previdência.

TENDÊNCIAS DAS CAUSAS DE MORTE NO BRASIL ENTRE 1930–2007

(Victora et al., 2011)



Enfoque

- Analisar o sistema de saúde para além das aparências, considerando informações empíricas, determinações e condicionamentos.
- Não descolar o SUS do *processo* da Reforma Sanitária e das mudanças econômicas, políticas, ambientais e culturais.
- Reconhecer as *condições subjetivas* (valores, ideologias, concepções e projetos) e analisar as *condições objetivas* (financiamento, infra-estrutura, processos de trabalho, distribuição e exercício do poder, etc.)

Antecedentes

- Dicotomia entre saúde pública e assistência médica
- Proteção social fragmentada e desigual
- Sistema de saúde predominantemente privado, concentrado nos centros urbanos
- Reforma Sanitária Brasileira (RSB):

Saúde como questão social e política, não limitada ao biológico nem à assistência médica.

Impulsionada pela sociedade civil e distinta das reformas setoriais que questionavam o *Welfare State*.

O que é o SUS

- Forma de organizar ações e serviços de saúde de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos jurídico-normativos.
- Inovações:
 - a) conceito ampliado de saúde e seus determinantes
 - b) Intersetorialidade
 - c) Participação e “controle” social.

SUS

- Totalidade complexa e concreta, constituída por múltiplas determinações históricas e estruturais.
- Seus determinantes e condicionantes econômicos, políticos, ideológicos e culturais atravessam atividades, práticas e instituições que dão concretude a componentes empíricos como financiamento, gestão, organização, infra-estrutura e modelos de atenção.
- Essas “áreas-problema” e dimensões como acessibilidade, cobertura, utilização e impacto concentram obstáculos e possibilidades que, dialeticamente, oferecem espaços para avanços e retrocessos.

Qual SUS?

- *SUS formal* assegurado pela legislação, ainda que distante do cotidiano dos cidadãos e dos trabalhadores de saúde
- *SUS para pobres* vinculado à ideologia liberal e derivado das políticas focalizadas onde a falta de recursos é a regra
- *SUS real* subordinado à saúde da moeda e aos desígnios das áreas econômicas, onde viceja o pragmatismo, conciliando interesses clientelistas, partidários, corporativos e econômicos.
- *SUS democrático* concebido pela RSB, vinculado a uma democracia substantiva comprometida com os direitos da cidadania, com a participação política e com os valores da igualdade, solidariedade e emancipação

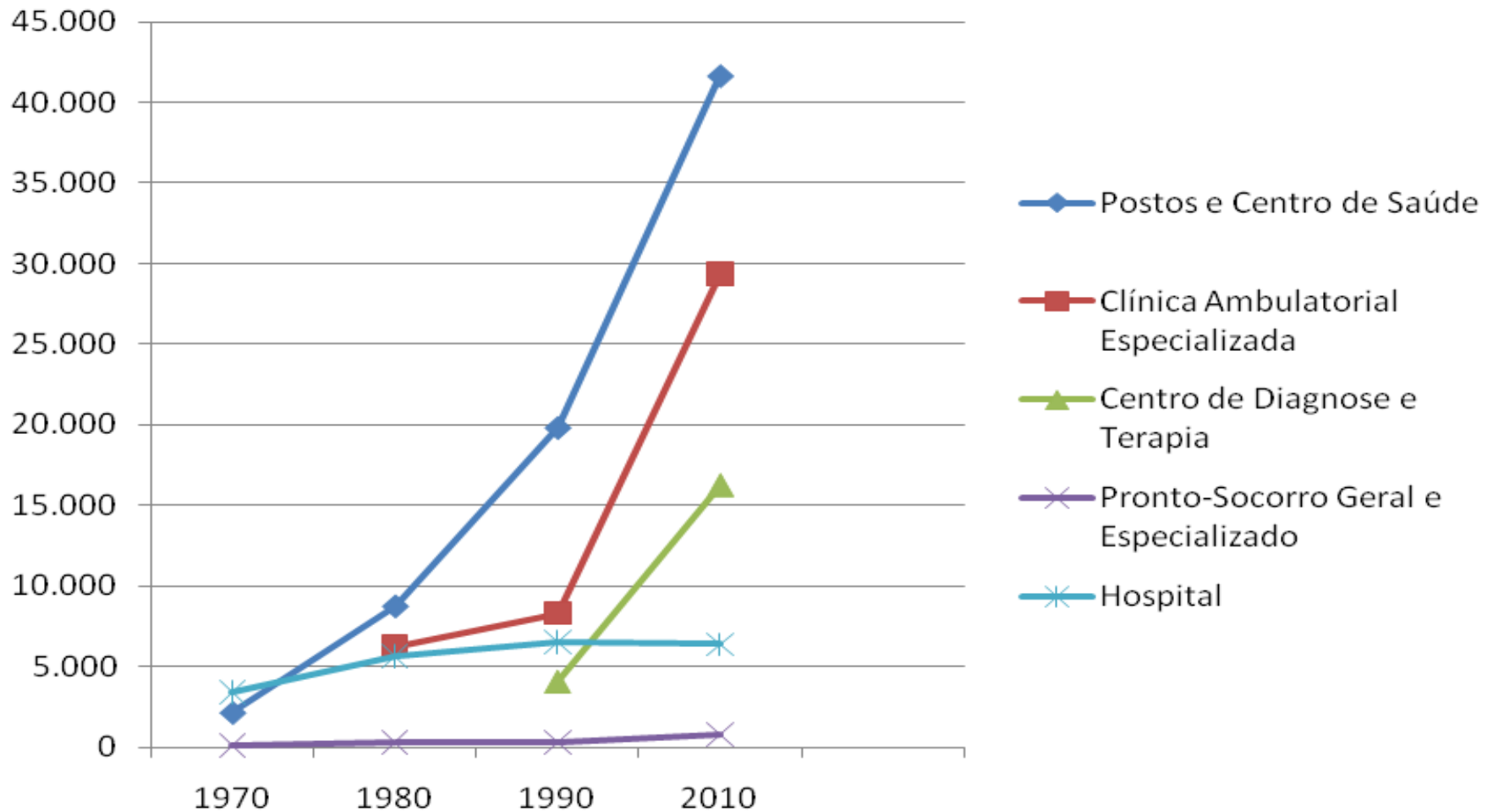
SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

- *Subsetor público*: serviços financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal;
- *Subsetor privado* (lucrativo ou não): serviços financiados com recursos públicos ou privados;
- *Subsetor de saúde suplementar*: diferentes tipos de planos privados de saúde, contando com subsídios fiscais.

Componentes público e privado distintos, mas interconectados.

Tipos de serviços de saúde no Brasil

1970–2010 (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)



INFRAESTRUTURA

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- 69,1% dos hospitais são privados, maioria da atenção básica é pública.
- Aumento de serviços ambulatoriais especializados (29.374 clínicas em 2010) e de SADT (16.226 em 2010).
- Apenas 35,4% dos leitos hospitalares e 6,4% dos SADT são públicos
- Somente 38,7% dos leito privados estão disponíveis para o SUS.
- Redução de hospitais: 3,3 leitos/1000 (1993) para 1,9 (2009).

FORÇA DE TRABALHO

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- 1,7 médicos por 1.000 habitantes, 0,9 de enfermeiros e de 1,2 de dentistas, com distribuição desigual (2007).
- Em 2005, o setor público gerou 56,4% dos empregos no setor de saúde, sobretudo em nível municipal.
- Médicos ocupavam 61% dos empregos, enfermeiros 13%, e especialistas em saúde pública, apenas 0,2%.
- Precarização e alta rotatividade da força de trabalho, sobretudo na atenção básica.

Médicos por 1000 habitantes: UK 2,9; Espanha 3.9; USA 2,9; Mexico 2.0

Enfermeiros por 1000 habitantes: UK 9.7; USA 10.7; Espanha 5.2; Mexico 2.4 (OECD, 2007)

Equipamentos: número total e % do setor público (2010)

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

Mamógrafos	1753	28,4
Aparelhos de raios X	15861	58,9
Tomógrafos	1268	24,1
Ressonância magnética	409	13,4
Aparelhos de ultrassonografia	8966	51,0

ACESSO E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- Melhora considerável após a criação do SUS
- Cerca de 98% dos que buscaram atendimento de saúde foram atendidos em 1998, 2003 e 2008. (Pnad, 2008)
- Em 1981 8% da população (9,2 milhões) usou serviço de saúde nos últimos trinta dias, passando a 14,2% (26.866.869) em 2008, nos últimos quinze dias (+ 174%).
- 76% das pessoas de renda mais alta consultaram médico, contra 59% daquelas de renda mais baixa.
- Posto ou Centro de Saúde foi mais procurado (56,8%), seguido de consultórios particulares (19,2%) e ambulatório de hospital (12,2%). (Pnad, 2008)

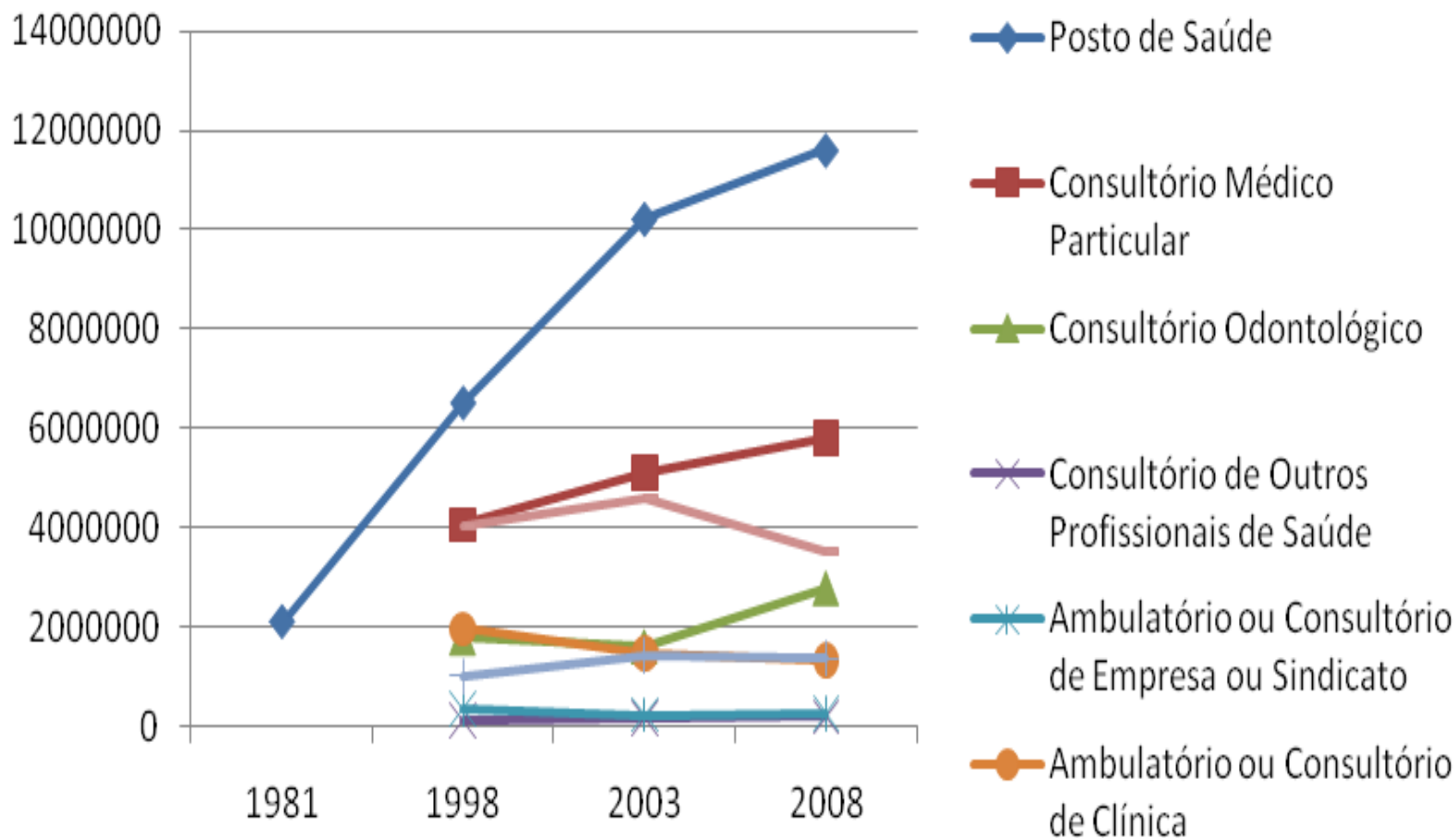
ACESSO E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- Embora a utilização de serviços varie, a desigualdade está diminuindo.
- Pessoas com planos de saúde tinham 200% mais chances de usar um serviço de saúde do que as sem planos em 1998, reduzindo para 70% em 2008.
- Permanecem desigualdades socioeconômicas em saúde bucal (23,4% das pessoas do grupo de renda mais baixa nunca haviam consultado um dentista, contra 3,6% das pessoas do grupo de renda mais alta).
- Atendimento “muito bom ou bom” (86,4%), regular (10,4%) e “ruim ou muito ruim” (3,1%) Pnad, 2008

Demanda por serviços de saúde segundo o tipo de serviço

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)



A dimensão do acesso e relações com outros componentes do SUS

- O aumento do acesso não significa acessibilidade universal e atendimento digno.
- Ufanismo insustentável se não forem alteradas as formas de acesso, os modelos de atenção e a qualidade do cuidado.
- Isto não será possível sem aumentar o financiamento público para ampliar a infra-estrutura e a operação dos serviços públicos de saúde.
- Gestão fatiada por partidos, refém do clientelismo nos cargos de confiança, negligenciando o mérito, o profissionalismo, a competência técnica e a qualidade.

ATENÇÃO BÁSICA

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- O número de pessoas buscando a atenção básica aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008.
- Em 1998, 55% da população consultou um médico, passando para 68% em 2008 (igual aos EUA e menor que a Alemanha, França e Canadá, com mais de 80%).
- Em 1981, apenas 17% da população havia consultado um dentista, alcançando 40% em 2008, quando 11,6% afirmava nunca ter ido ao dentista.
- Diminuição de internações evitáveis (15% desde 1999).
- 27,5 milhões de domicílios (47,7%) cadastrados no PSF (11,2% no DF e 17,4% no RJ; 83,7% na PB e 93,2% no Tocantins) – PNAD, 2008

ATENÇÃO BÁSICA

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- 236.000 ACS e 30.000 ESF, cobrindo 98 milhões de pessoas em 85% (4.737) dos municípios (2010).
- 17.807 equipes de saúde bucal, em 2009.
- Atenção básica como serviço de saúde habitual (57% em 2008 e 42% em 1998).
- Ambulatórios hospitalares como fonte habitual de cuidados (21% em 2008 contra 12% em 1998).

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- Crescimento de procedimentos especializados no SUS nos últimos dez anos (30% das consultas ambulatoriais em 2010).
- Oferta limitada, pouco regulada e altamente dependente do setor privado, especialmente no SADT.
- Procedimentos de média complexidade preteridos em favor dos procedimentos de alto custo.
- Setor privado contratado prioriza portadores de planos de saúde.
- Apesar do acréscimo de 48,8% de mamografias entre 2003-2008, cerca de um terço das mulheres de 50-69 anos nunca fizeram o exame (50,2% no norte e 45,1% no nordeste).

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- Redução de 20.000 leitos psiquiátricos
- Triplicou o número de CAPS
- Quintuplicou o número de Residências Terapêuticas.
- SAMU presente em 1.150 municípios (55% da população) e SUS assegurando 74% de toda a assistência domiciliar de emergência em 2008.
- Subsistemas paralelos no SUS, dificultando a coordenação e a continuidade do cuidado.

ATENÇÃO TERCIÁRIA

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- SUS: procedimentos de alto custo realizados predominantemente pelo setor privado e hospitais de ensino, pagos a preços de mercado.
- Obstáculos políticos para a implantação de redes:
 - diferenciais de poder entre integrantes da rede
 - baixa responsabilização de atores
 - descontinuidade administrativa
 - alta rotatividade de gestores por problemas partidários.
- Regulação influenciada por grupos de interesse
- Mecanismos adotados insuficientes para alterar os padrões históricos da assistência hospitalar.

ATENÇÃO TERCIÁRIA

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- Apesar do envelhecimento da população, as taxas de internação hospitalar para a maior parte dos transtornos (cerca de sete internações por todos os transtornos por 100 pessoas) não se modificaram entre 1981 e 2008.
- O número de internações financiadas pelo setor público diminuiu: em 1982 a previdência social financiou 13,1 milhões de internações, caindo para 11,1 milhões em 2009 pelo SUS.
- As taxas de internação são mais altas entre pessoas com planos privados de saúde (8 internações por 100 pessoa).

FINANCIAMENTO

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- CPMF: saúde recebeu apenas 40% dos R\$ 32.090 bilhões em 2006.
(grande parte do restante foi destinada ao pagamento de juros)
- Despesa federal com saúde: reduzindo desde 2003, quando ajustada pela inflação.
- 8,4% do PIB em saúde (2007): 41% de gasto público.

Reino Unido (82%)

Itália (77,2%)

Espanha (71,8%)

EUA (45,5%)

México (46,9%)

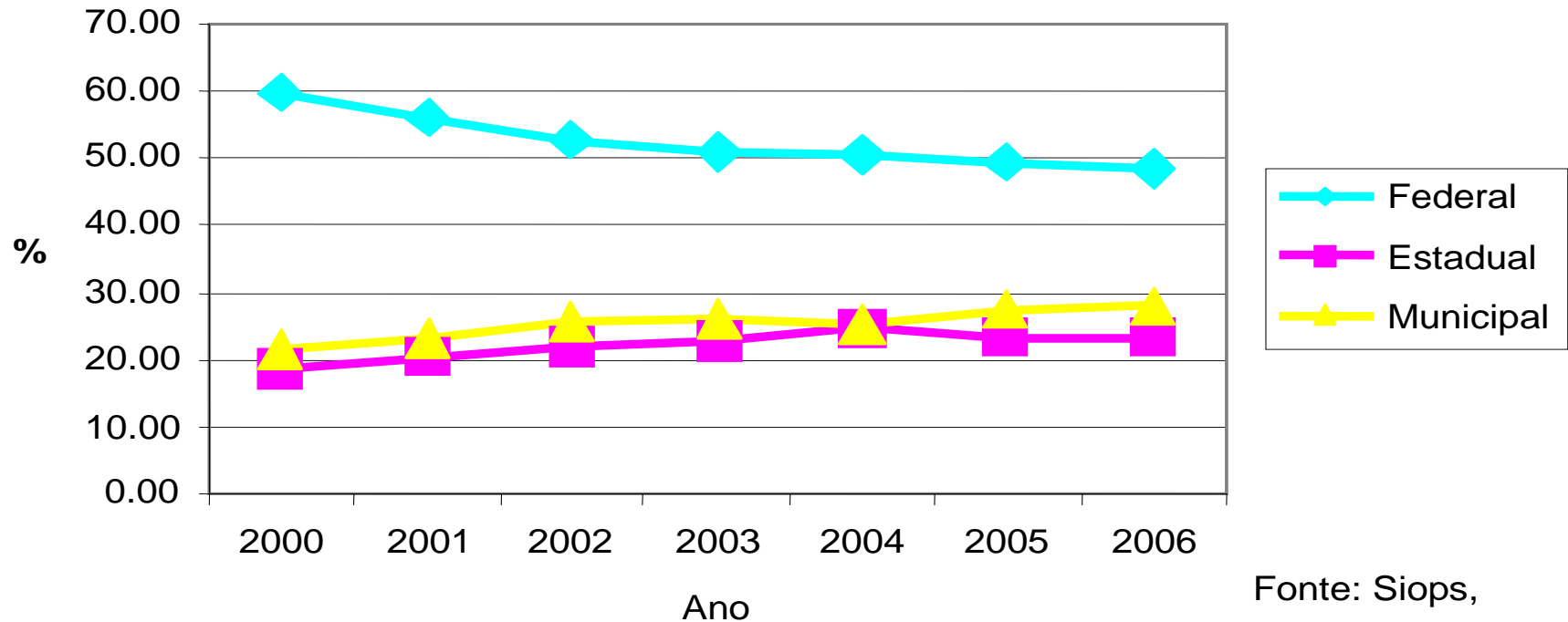
Despesa estimada em saúde como proporção do PIB (2006)

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

Setor público (Impostos e contribuições sociais)	3,14
Federais	1,6
Estaduais	0,7
Municipais	0,8
Setor privado	4,89
Despesas das famílias	3,84
Despesas das empresas	1,05
Total	8,03

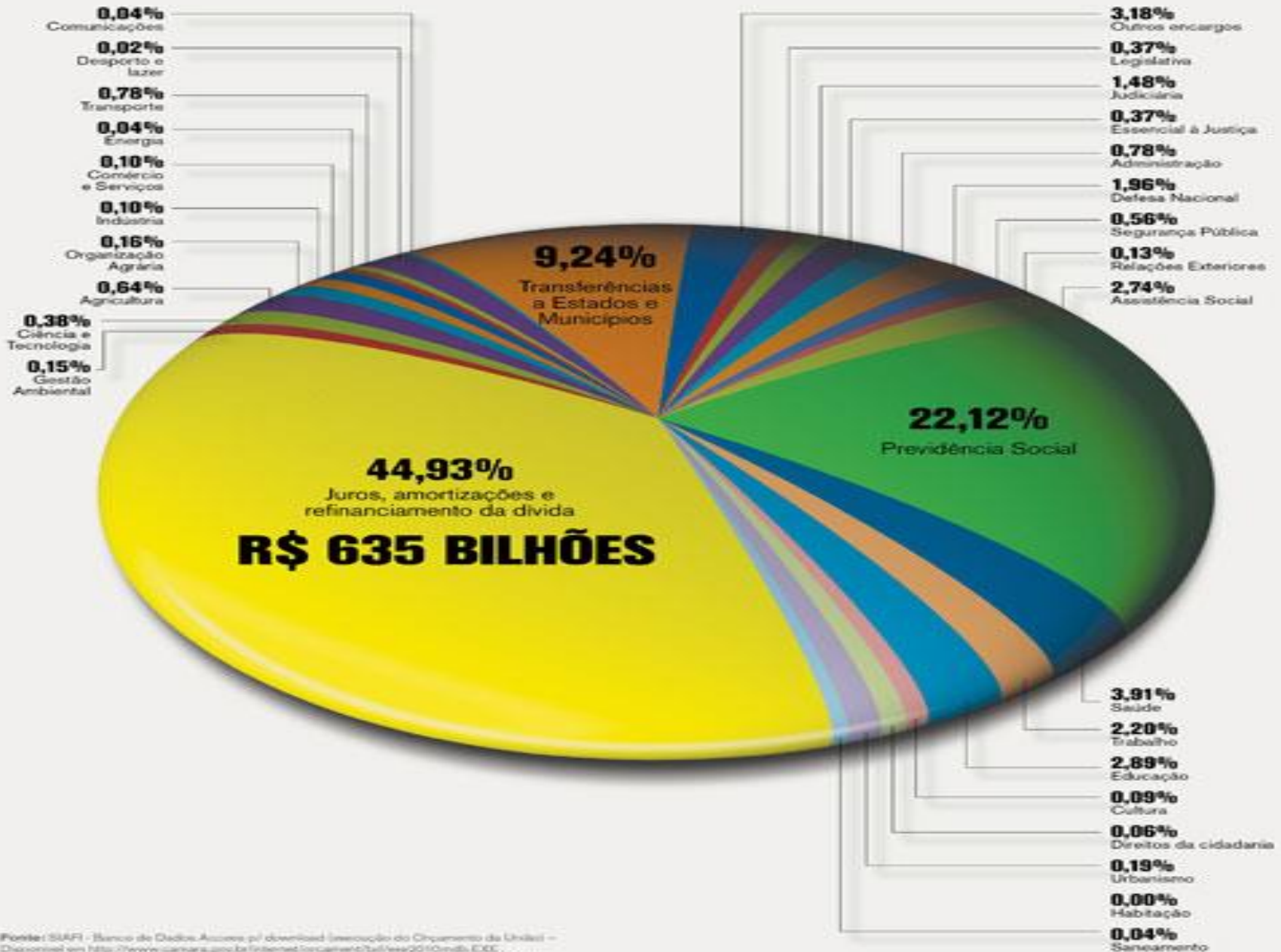
Despesa pública com saúde por nível de governo

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)



Fonte: Siops,
2009

ORÇAMENTO GERAL DA UNIÃO EM 2010 – TOTAL: R\$ 1.414 TRILHÃO



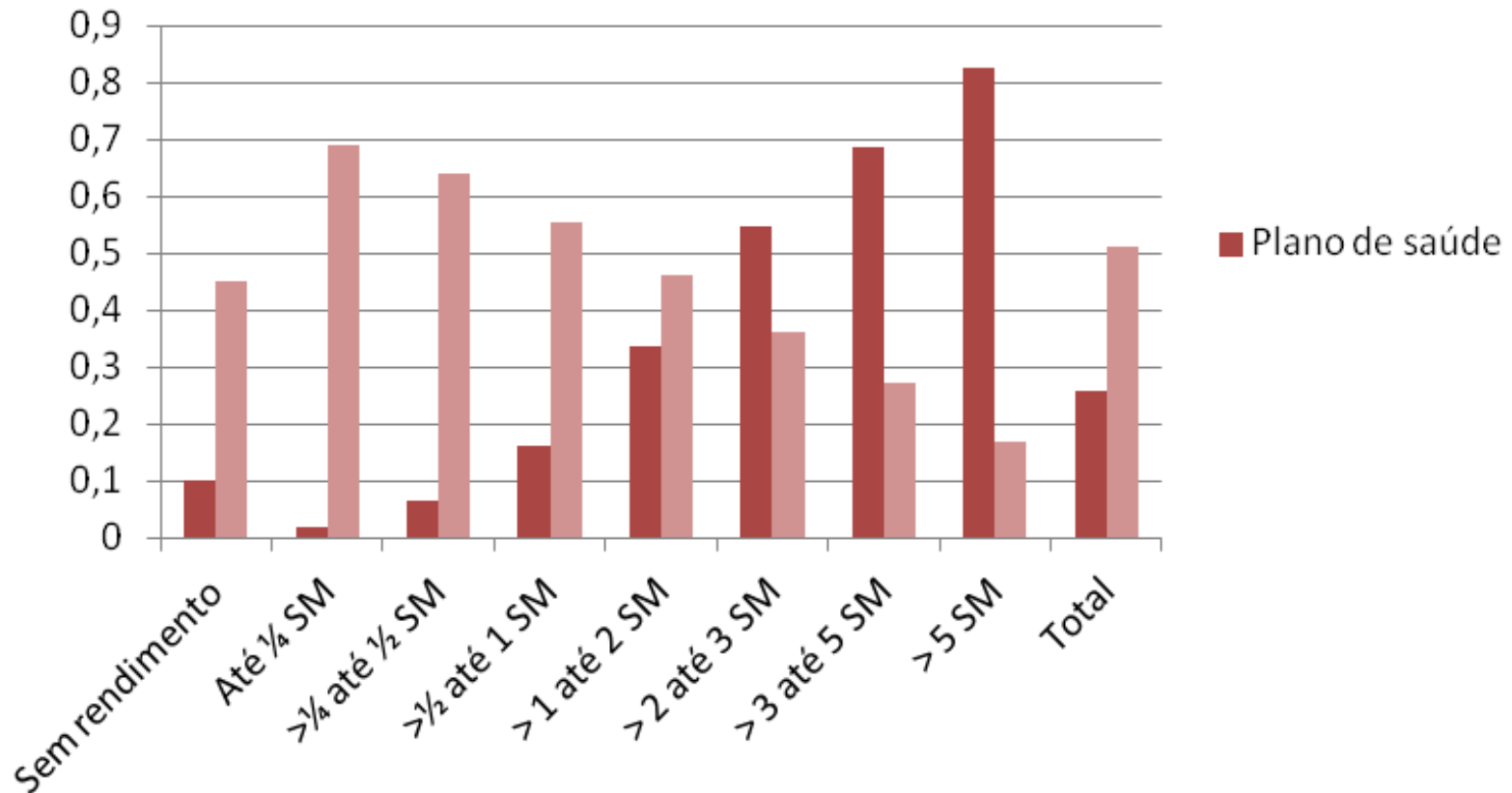
Orçamento geral da União em 2010

- Do R\$ 1.414 trilhão quase a metade (44,93%) foi destinada ao pagamento de juros, amortizações e refinanciamento da dívida.
- Apenas 3,91% foram alocados para saúde, 0,56% para segurança pública e 0,04% para saneamento.
- Somente 2,89% foram para Educação, 0,38% para Ciência e Tecnologia, 0,09% para a Cultura e 0,06% para Direitos da Cidadania.

Direito universal à saúde e *apartheid* no acesso a serviços de saúde

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

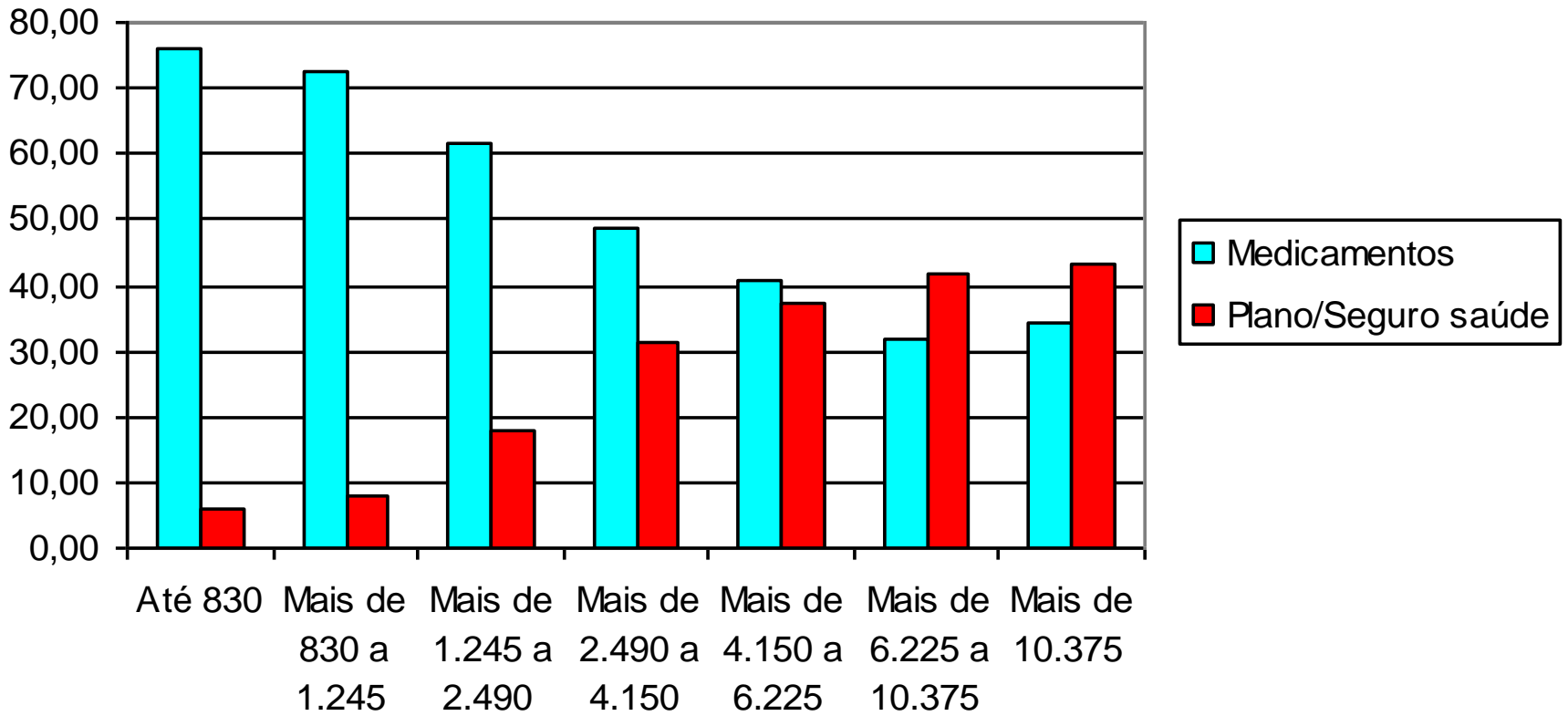
Renda Familiar per Capita por Faixas de Salário Mínimo em Pessoas Cobertas por Planos Privados de Saúde e Programa de Saúde da Família (PSF), 2008



Direito universal à saúde e *apartheid* no acesso a serviços de saúde

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

Distribuição das Despesas Diretas com Medicamentos e Planos e Seguros de Saúde por Classes de Renda (em Reais)
Brasil 2008/2009



CRESCIMENTO DO SETOR PRIVADO

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- 2008: financiamento público nos atendimentos reduziu-se para 56%, a participação dos planos privados cresceu para 21% e o desembolso direto estacionou em 19%.
- Entre 1981 e 1998, o volume de atendimentos financiados pelos planos de saúde cresceu 466%.
- 24,5% da população possuía plano de saúde em 1998, crescendo para 26% (2008) e gerando rendimentos de R\$ 63 bilhões em 2009.
- 82,5% com rendimentos de mais de 5 SM tinham plano de saúde (Pnad 2008)

CRESCIMENTO DO SETOR PRIVADO

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- Em 1981, a previdência pagou 75% das internações, enquanto o SUS pagou apenas 67% das internações em 2008.
- Em 1981, 6% das internações foram pagas por planos de saúde, crescendo para 20% em 2008.
- As pagas por desembolso direto mantiveram-se constante.

Comentários (1)

- O SUS realmente existente e o SUS pobre para pobres são difundidos pela mídia e percebidos por milhões de usuários
- *O SUS democrático* e o *SUS formal* parecem ficções para a maioria da população.
- Na deve ser por acaso a afirmação de que “o SUS é bonito na teoria e horrível na prática”.
- Tal SUS não é aquele no qual prevalece o interesse público e se respeitam os direitos dos cidadãos.

Comentários (2)

- Não bastam apelos ideológicos para a população mudar a sua visão do SUS, nem impedir que a “classe C” tenha os planos de saúde como “objeto de desejo”.
- Por mais enganosa que seja essa opção, o povo não é bobo e conhece as dificuldades de resolver seus problemas no *SUS real*.
- É equívoco afirmar-se que o SUS é irreversível, pois encontra-se ameaçado diante da expansão do setor privado, do subfinanciamento público, da tímida regulação estatal e da limitada participação social.
- Há um falso consenso já que muitos não combatem o SUS, pelo menos publicamente.

Comentários (3)

- Não está assegurada a sustentabilidade do SUS (econômica, política, institucional ou científico-tecnológica).
- O pior dos mundos: subfinanciamento do SUS e subregulação do setor privado
- *Hegemonia às avessas* *:

na aparência uma direção intelectual e moral do SUS, quando lideranças do movimento sanitário chegam a ocupar posições importantes de governo, mas na essência prevalecem os interesses do capital, assegurados por seus representantes dentro e fora dos governos.

*Entrevista Chico de Oliveira. Cult – Revista Brasileira de Cultura, 146:12-18, maio 2010.

Síntese crítica do sistema de saúde brasileiro

(Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011)

- **Avanços:** inovações institucionais, descentralização, participação social, aumento do acesso, consciência do direito à saúde, expansão dos recursos humanos e da tecnologia em saúde.
- **Contradições:** crescimento do setor privado (acesso universal *vs.* segmentação do mercado), comprometendo a equidade nos serviços e nas condições de saúde.
- **Obstáculos:** diminuição relativa do financiamento federal, levando a restrições de investimento em infraestrutura e recursos humanos.
- **Desafios:** político (financiamento, articulação público-privada e desigualdades).

O SUS que temos

- É produto de sujeitos que se movem em distintas direções, conformando determinada correlação de forças em diferentes conjunturas.
- A análise de situação realizada é auto-referente, ou seja, o “diagnóstico” tem a ver com o projeto e com o cálculo político sobre a viabilidade de manter, recuperar ou acumular poder para intervir sobre a realidade.
- A luta política necessária passa por denúncias, pressões, mobilizações, negociações, concessões, consensos, derrotas e ganhos.
- O SUS que temos pode ser o que não queremos, mas o que foi e é resultante da correlação de forças que defendem distintas concepções e projetos.

Conclusões

- Pior dos mundos:
- Setor público subfinanciado e setor privado sub-regulado
- SUS pobre para os pobres e “complementar” para os planos privados de saúde.

Conclusões

- Ainda que não se deva dispensar as lutas ideológicas e teóricas estas são insuficientes, enquanto a ampliação das bases sociais e as lutas políticas não conquistarem o apoio da população e alterarem a correlação de forças e as *condições objetivas*.
- A radicalização da Reforma Sanitária poderá ensejar a constituição de sujeitos capazes de desequilibrarem o binômio da “conservação-mudança” da *revolução passiva* brasileira.

Referências bibliográficas

- Bahia, L. *A Démarche do privado e do Público no Sistema de atenção à saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1988-2008*. In: Matta, G.C. & Lima, J.C.F. *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde. Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008, p. 123-185.
- Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L. de V.C.; Noronha, J.C. de; Carvalho, A.I. (organizadores). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. 1112p.
- Paim, J.S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356p.
- Paim, J.S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009148p.
- Paim, J.; Travassos, C.; Almeida, C.; Bahia, L.; Macinko, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, Saúde no Brasil maio de 2011, p.11-31.