

# 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

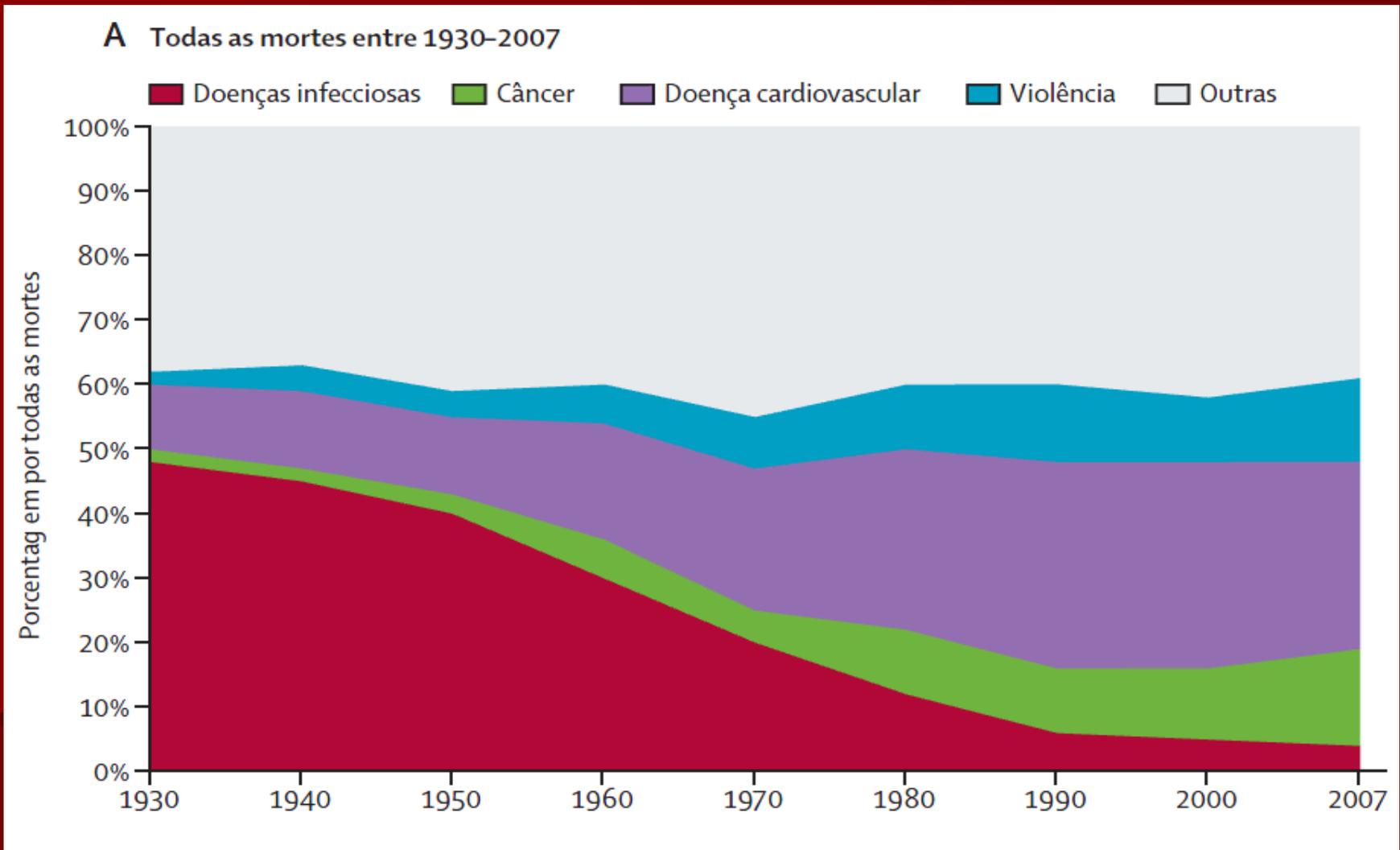
- Examinar o desenvolvimento e o estado atual do sistema de saúde brasileiro, com ênfase em certos componentes e desafios do SUS.
- Estudos recentemente publicados, analisando dados originais provenientes de fontes oficiais e pesquisas para uma visão geral do sistema de saúde brasileiro.

# 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

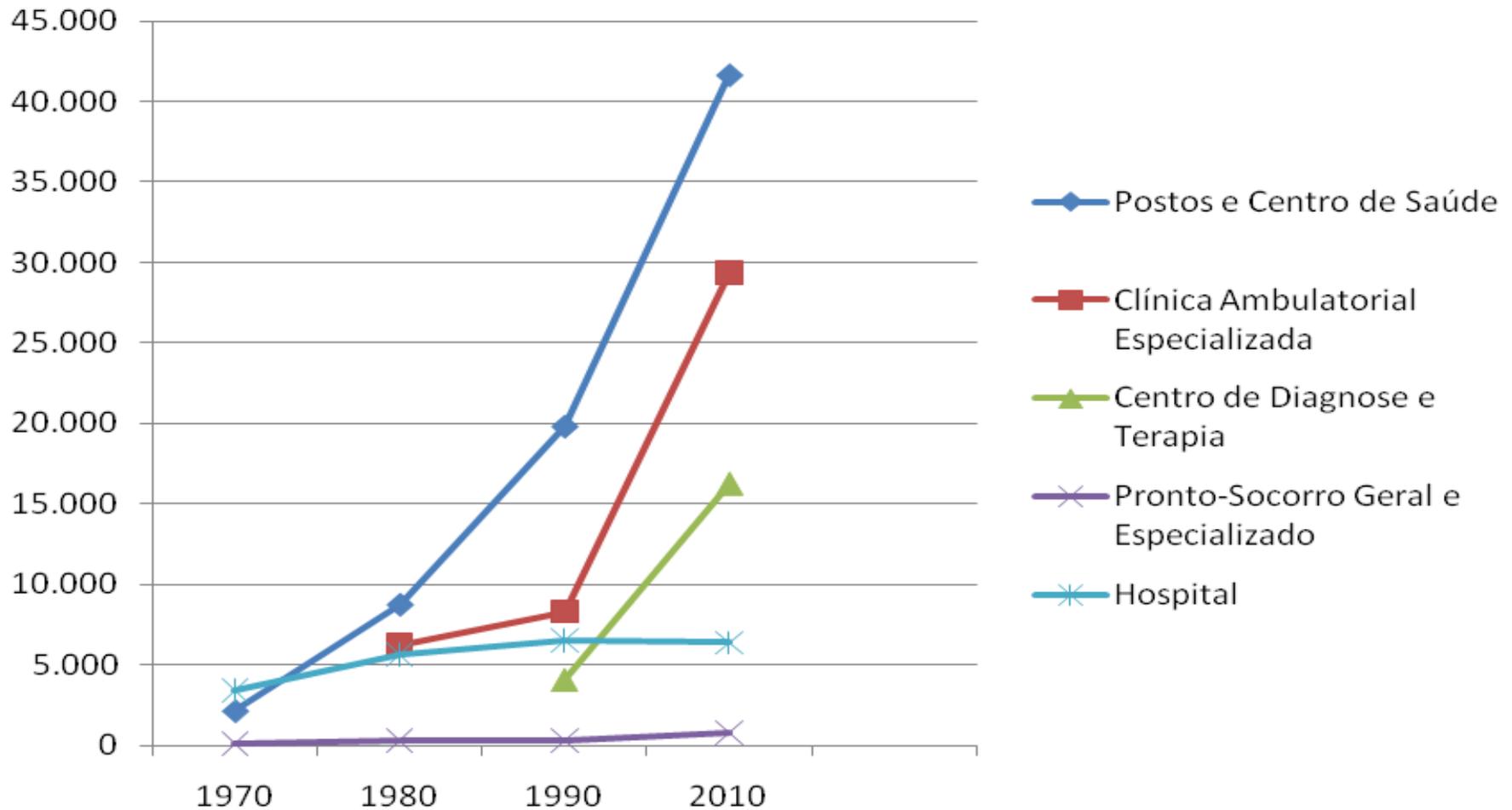
# SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

- *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)

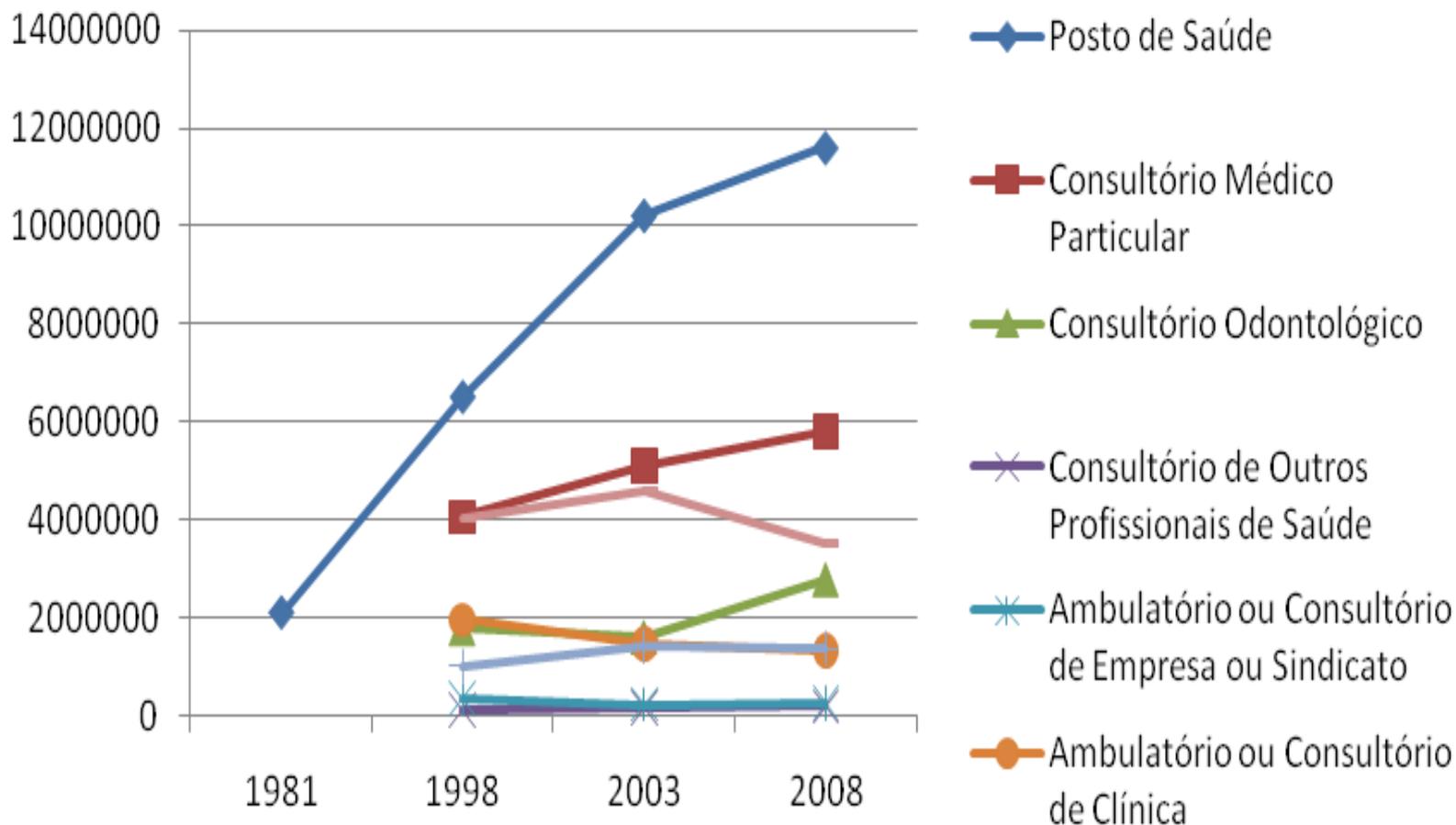
# ACESSO E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

(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%)

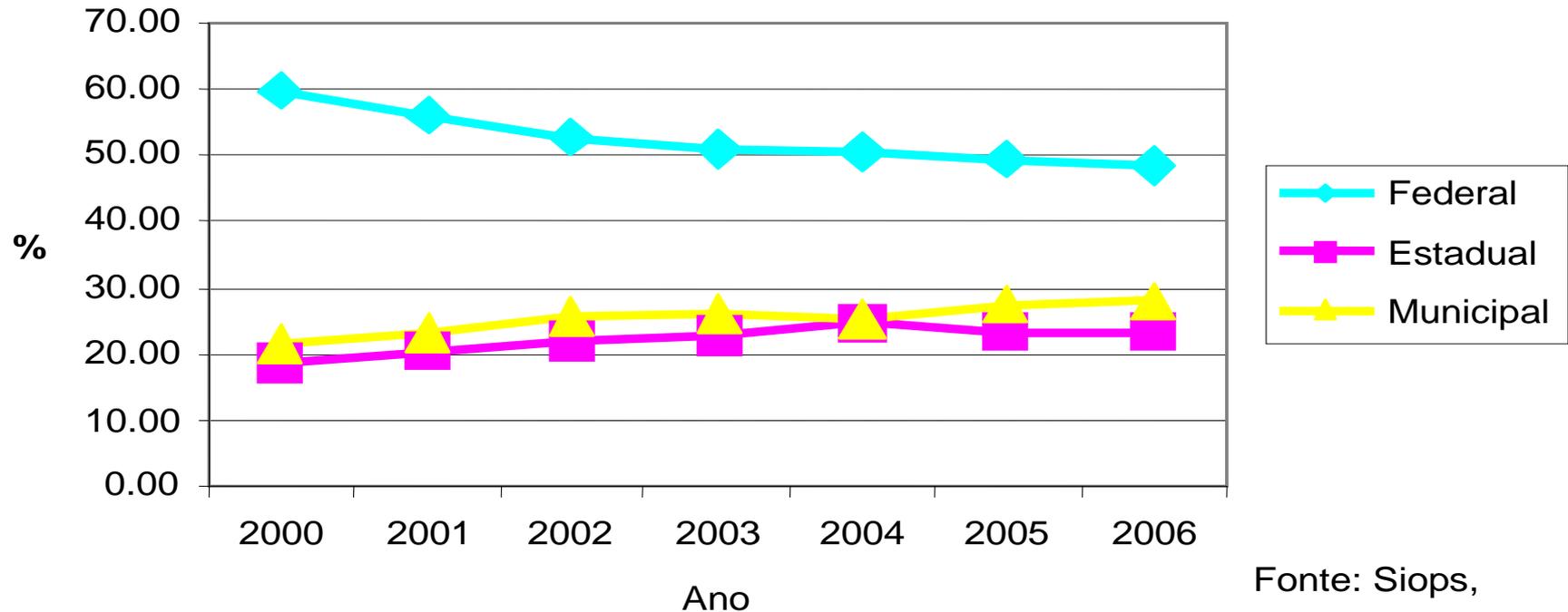
# Despesa estimada em saúde como proporção do PIB (2006)

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

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

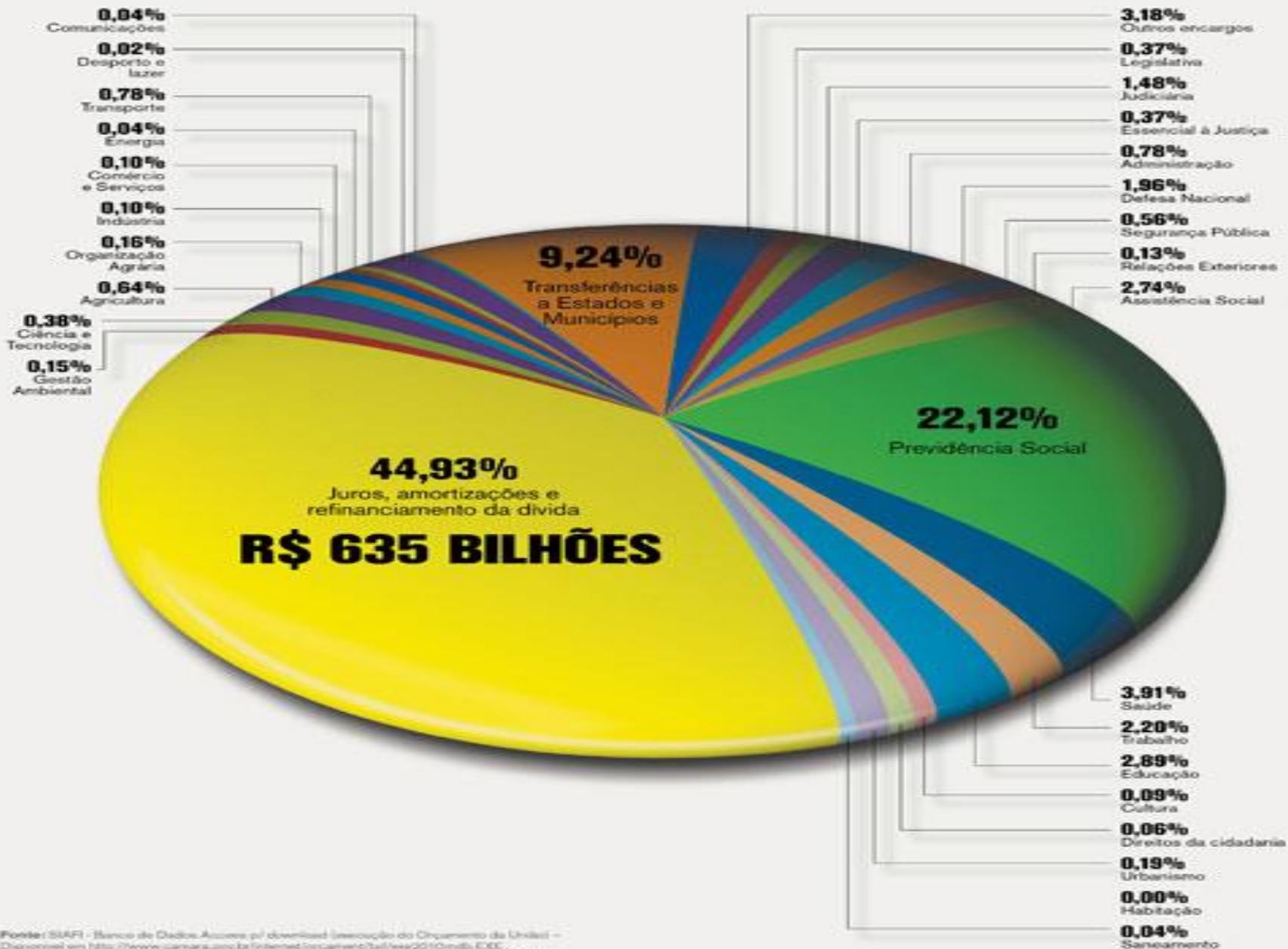
# Despesa pública com saúde por nível de governo

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



Fonte: Siops,  
2009

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



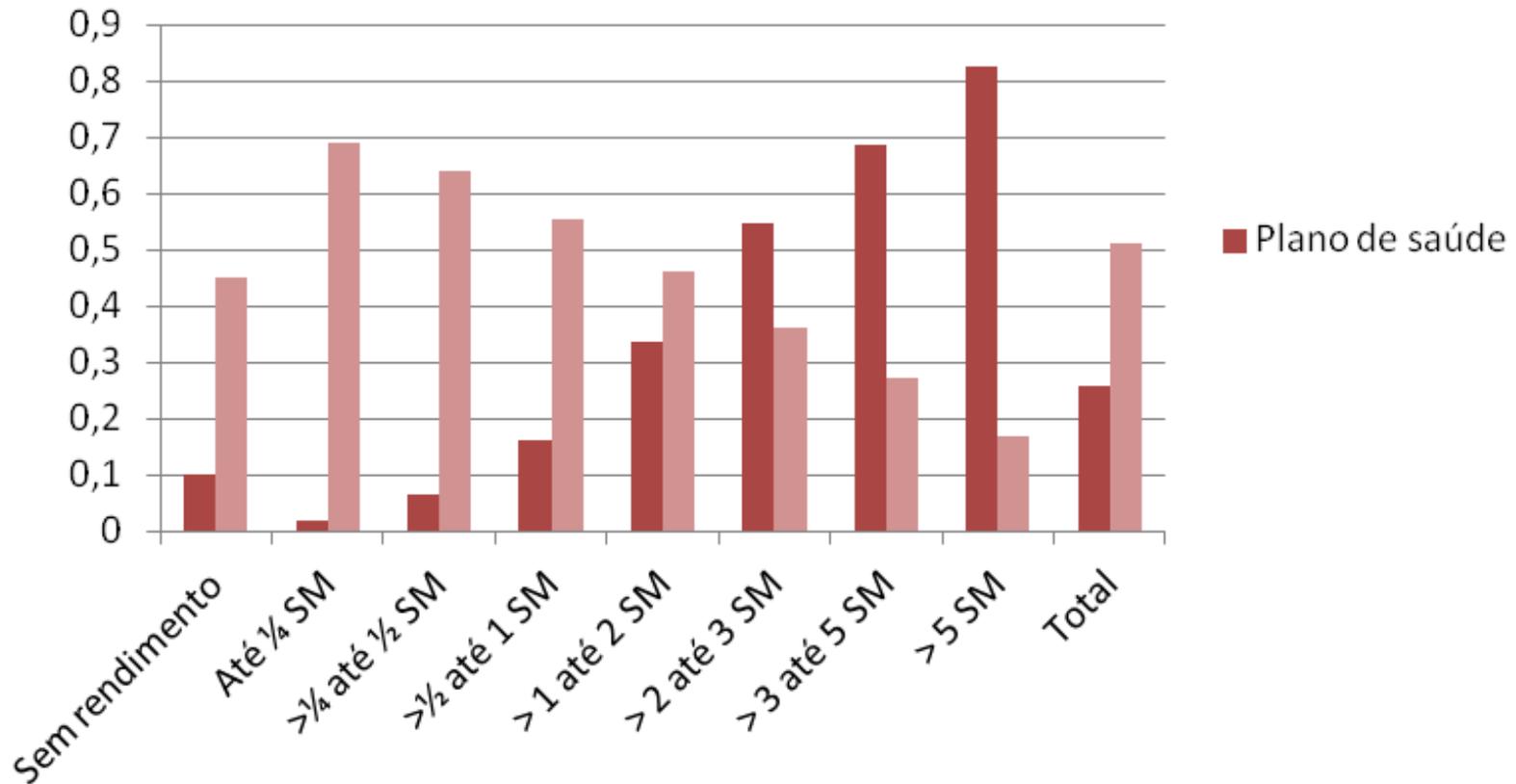
# Orçamento geral da União em 2010

- 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)

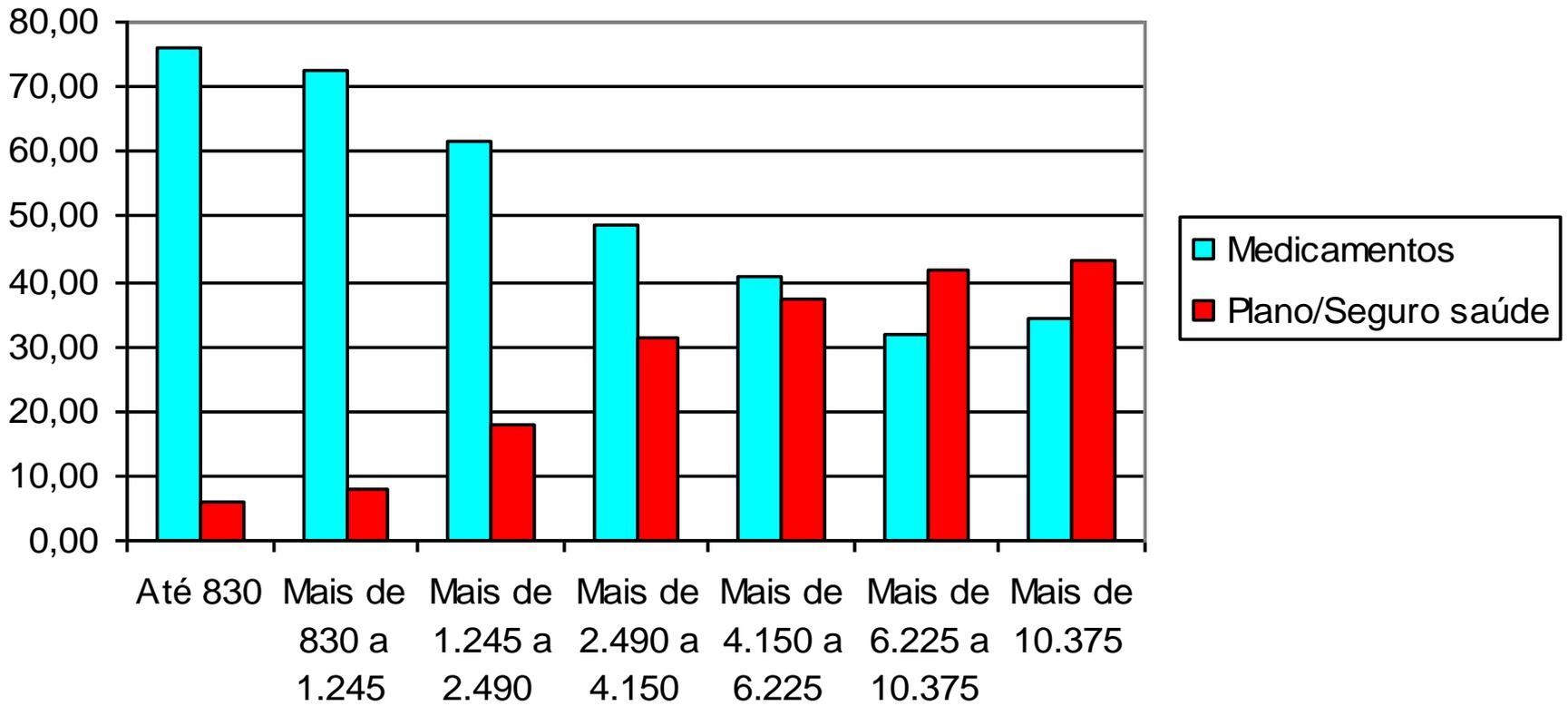
Renda Familiar per Capita por Faixas de Salário Mínimo em Pessoas Cobertas por Planos Privados de Saúde e Programa de Saúde da Família (PSF), 2008



# 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.