



ABRASCO

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM SAÚDE COLETIVA

# Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Desenvolvimento Econômico e Social e a Saúde no Brasil:  
Desafios no Século XXI

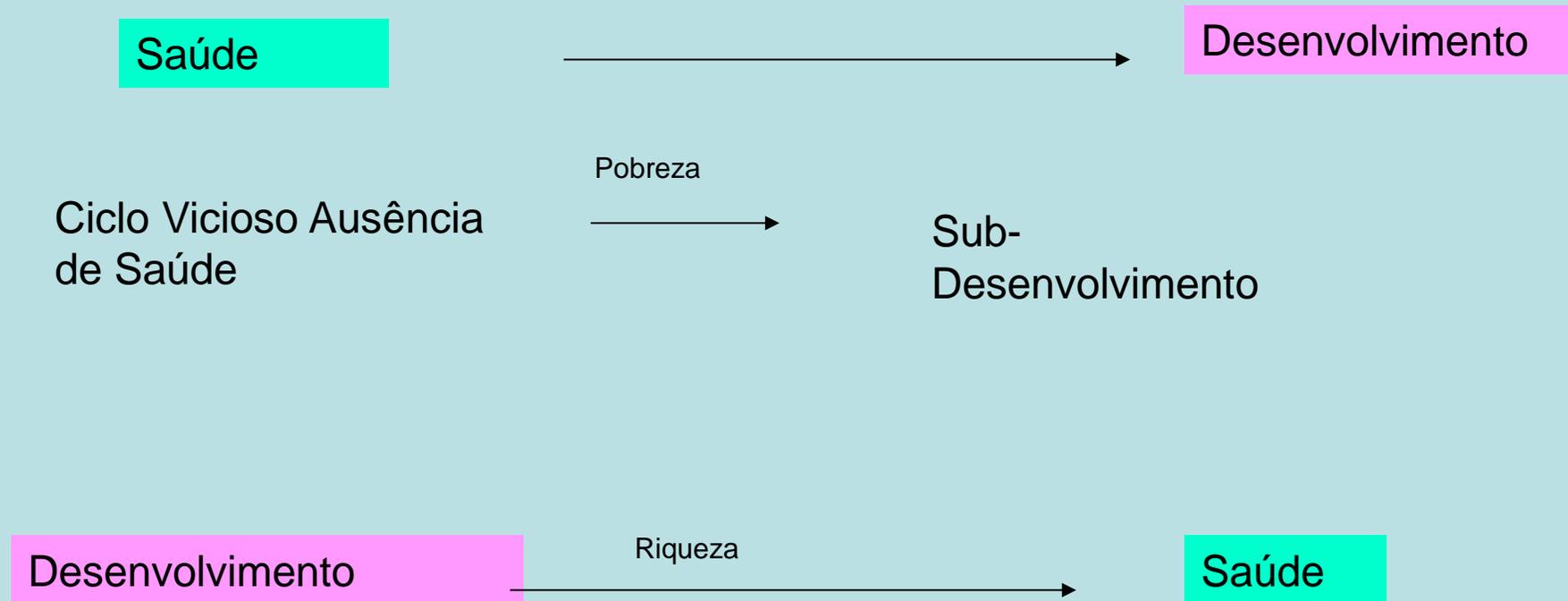
Saúde, Cidadania e Desenvolvimento

Carlos Silva (Fiocruz), Ligia Bahia,  
UFRJ, Nilton Pereira Unicamp

Brasília 11 de Julho de 2012

# Associação Brasileira de Saúde Coletiva

## Saúde e Desenvolvimento



# Associação Brasileira de Saúde Coletiva

## Saúde e Desenvolvimento

Saúde como  
Interveniente no  
Desenvolvimento

Intervenções Saúde Pública

Desenvolvimento  
como Interveniente na  
Saúde

Intervenções Econômicas

A Experiência Demonstrou:

- 1) Desenvolvimento Econômico com Condições de Saúde Precárias (por exemplo alguns Produtores de Petróleo)
- 2) Desenvolvimento de Sistemas Abrangentes de Saúde, Melhoria das Condições de Saúde e Desenvolvimento Econômico Médio e Baixo (por exemplo países europeus, Cuba, Costa Rica)

# Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Saúde e Desenvolvimento

Saúde na Contemporaneidade

Saúde como Setor  
Econômico



Saúde como Setor  
Direito Fundamental

Saúde em Todas as Políticas  
Mais Vidas aos Anos

## Saúde e Desenvolvimento

### EUA Pais com o Maior Gasto com Saúde

Países	Gasto Per Capita (PPP int. \$)	Expectativa de Vida Saudável	Expectativa de Vida
Brazil	367.0	60.0	72.0
Canada	2585.0	72.0	81.0
United States of America	3074.0	69.0	78.0
France	2833.0	72.0	81.0
United Kingdom	2434.0	71.0	79.0
Japan	2067.0	75.0	83.0

© World Health Organization  
publication available at <http://www.who.int/whosis/>.

Melhores  
Condições de  
Saúde Gastos em  
Média 2 vezes  
Menores do que os  
do EUA

# Associação Brasileira de Saúde Coletiva

## O Bem-Estar Social no Mundo Contemporâneo

### Prosperidade Subsequente à II Guerra X 3 Últimas Décadas

Golden Age (II Guerra-1973)

Crescimento Econômico +  
Taxa de Crescimento dos  
Salários Reais

- ✓ Colapso ou metamorfose radical dos Estados burocráticos do Leste Europeu
- ✓ Enfraquecimento e mudanças nos Estados de Bem-Estar Social do capitalismo ocidental
- ✓ Solapamento do desenvolvimentismo dos países do “Terceiro Mundo”

Democracias “Orientais”

# Associação Brasileira de Saúde Coletiva

## Saúde e Desenvolvimento no Brasil

- ✓ Janela Demográfica
- ✓ Crescimento Econômico
- ✓ Deslocamento da Pirâmide de Renda para Cima
- ✓ Estabilidade Democrática

Economia “Normal”

(empregos qualificados,  
aumento da produtividade)

Policialização das Políticas Sociais

Revitalização dos Movimentos Sociais

Estadualização do Estatismo-Privatista

## Saúde e Desenvolvimento no Brasil

- ✓ Crescimento Econômico (retração, 2009/ 2012)
- ✓ Aumento Real dos Salários
- ✓ Elevação do Crédito
- ✓ “Ajuste Fiscal” + Taxas de Juros Elevadas/Redução das Taxas de Juros
- ✓ Estrutura Fiscal Regressiva
- ✓ Taxa de Investimentos Baixa

Financeirização +  
Políticas  
Desenvolvimentistas+  
Políticas Sociais  
(Inserção no Consumo)

Planos Privados  
de Saúde  
(Financeirização  
da Saúde)

SUS

O Debate

→ **Argumento Financeiro**

- **Gastos com Saúde Geram Déficits Fiscais**
- **Progressão da dívida pública versus PIB**

→ **Argumento Econômico**

- **Despesa com saúde não gera riqueza**
- **Não Existe impacto dos “serviços de saúde nos níveis de saúde”**

## Ponto de Partida para Análise da Situação de Saúde (sistema de saúde brasileiro)

Padrão:

Dois subtipos de Estado de Bem-Estar Social:

- ✓ Desenvolvimentista Inclusivo – fundado em programas sociais universalistas, os quais mantêm seus imperativos sociais e contribuem para o aprofundamento da democracia;
- ✓ Desenvolvimentista Seletivo, o qual, ainda que estimule o crescimento, limita suas ações sociais aos segmentos pobres da população.

Nosso Estado Desenvolvimentista teve bastante êxito em dar impulso à industrialização e promover a transformação capitalista da estrutura social, mas o fez, como se sabe, em base a processos sociais autoritários: modernização do campo e a rapidez da urbanização; incorporação social, limitada, na prática, aos assalariados urbanos do mercado formal de trabalho e, no plano das políticas, à regulação das relações trabalhistas e aos benefícios previdenciários (pecuniários).

SUS Importante e Implementada Reforma Administrativa

Mais para quem tem mais

Reforma Parcial

Situação de Saúde

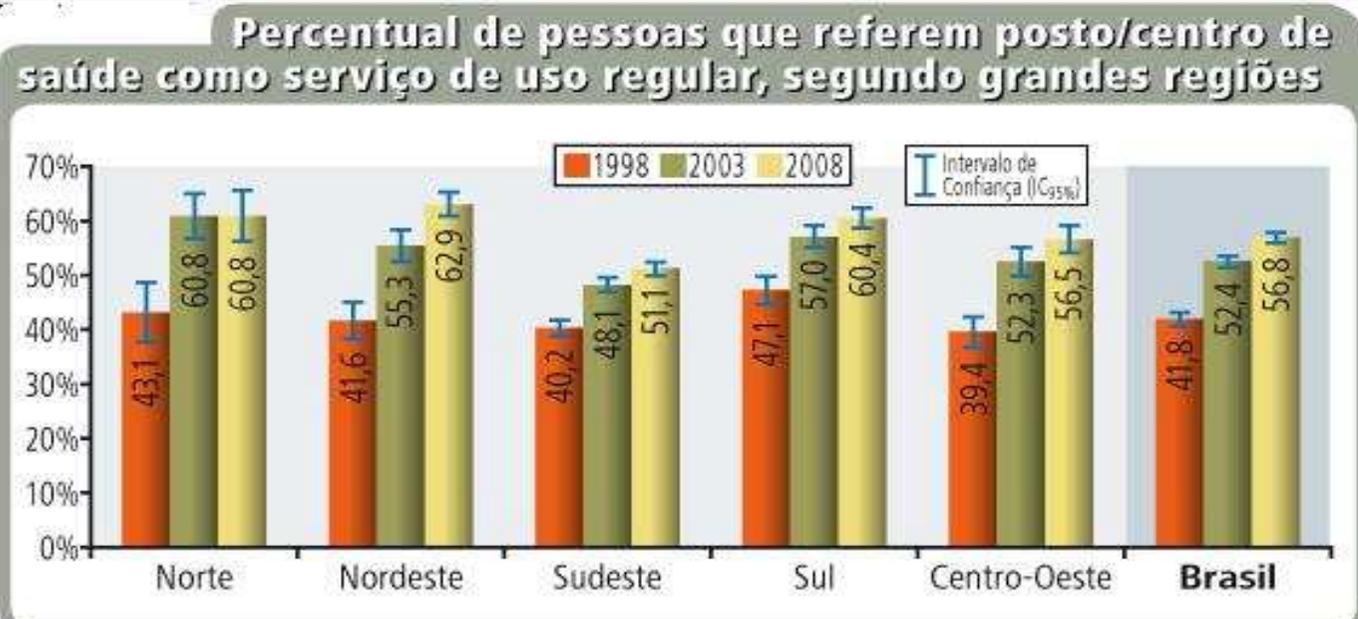
Tripla Carga de Doenças

Fonte: The Lancet Health in Brazil - May, 2011

Problemas de Saúde Prioritários	Freqüência e Tendências
<b>Saúde das Mulheres e Crianças</b>	
Abortos Ilegais*	Alta Prevalência
Mortalidade Materna	Lento Declínio
Partos Prematuros	Crescimento
Medicalização do Parto (cesareas etc)	Crescimento
<b>Doenças Infecciosas</b>	
Dengue (epidemias recorrentes)	"out of control"
Leishmaniose Visceral	Crescimento
<b>Doenças Não Transmissíveis</b>	
Sobre-Peso; Obesidade	Rápido Crescimento
Diabetes	Crescimento
Hipertensão	Alta Prevalência, continua crescendo
Doenças Mentais	Alta Prevalência
Asma*	Alta Prevalência
Cânceres de mama, pulmão, próstata,e colon	Crescimento
Tabaco	Declínio
Uso Excessivo de Álcool	Alta Prevalência
<b>Causas Externas</b>	
Homicídios	Leve Declínio (mas continua com padrões epidêmicos)
Acidentes de Trânsito e Mortes	Leve Declínio (mas continua com padrões epidêmicos)
Violência Doméstica*	Alta Prevalência
*Dados confiáveis e representativos para tendências temporais não estão disponíveis.	

# Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Situação de Saúde/  
Acesso  
("qualidade")



Fonte: Radis 99 dez, 2010

# Associação Brasileira de Saúde Coletiva

## Situação de Saúde (Iniquidades)

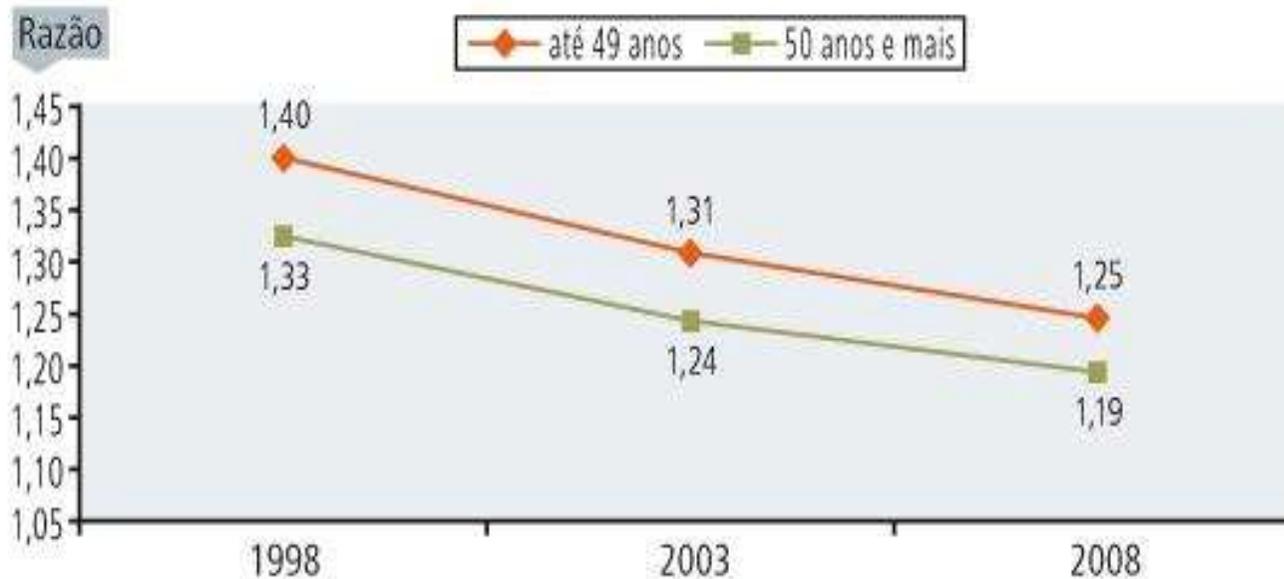
**Percentual de pessoas com 20 anos e mais que referem diagnóstico de diabetes ou hipertensão, segundo o quintil de renda domiciliar per capita**

	<b>Quintil de renda domiciliar per capita</b>	<b>Diabetes % (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>Hipertensão % (IC<sub>95%</sub>)</b>
<b>1998</b>	Quintil 1	1,7 (1,4 – 1,9)	14,7 (14,1 – 15,4)
	Quintil 5	3,6 (3,3 – 3,9)	16,3 (15,7 – 16,9)
	<b>Total</b>	<b>3,3 (3,1 – 3,5)</b>	<b>17,6 (17,4 – 17,8)</b>
<b>2003</b>	Quintil 1	2,0 (1,8 – 2,2)	14,0 (13,5 – 14,4)
	Quintil 5	4,7 (4,4 – 4,9)	19,0 (18,6 – 19,5)
	<b>Total</b>	<b>4,1 (4,0 – 4,2)</b>	<b>19,0 (18,8 – 19,3)</b>
<b>2008</b>	Quintil 1	3,1 (2,9 – 3,3)	16,1 (15,7 – 16,6)
	Quintil 5	6,0 (5,7 – 6,2)	21,3 (20,9 – 21,7)
	<b>Total</b>	<b>5,3 (5,2 – 5,4)</b>	<b>20,8 (20,6 – 21,1)</b>

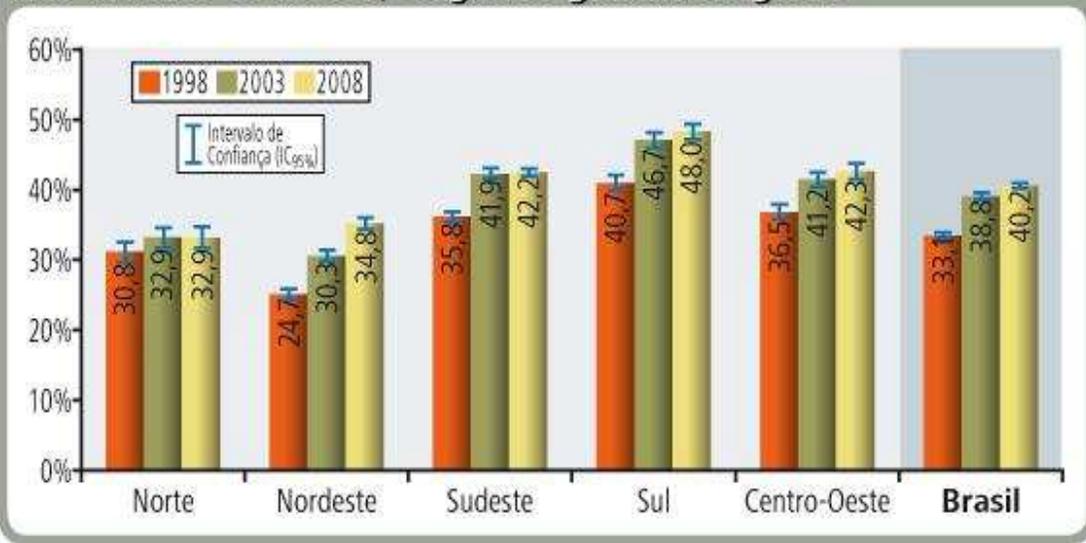
Fonte: Radis 99 dez, 2010

## Uso/Iniquidade

Razão entre os percentuais de pessoas que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses, no quintil 5 e no quintil 1 de renda per capita, segundo idade

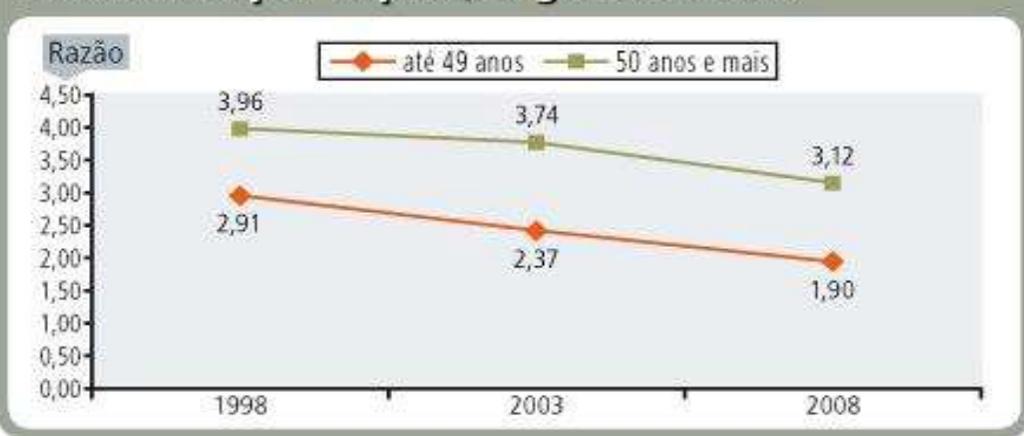


**Percentual de pessoas que foram ao dentista nos últimos 12 meses, segundo grandes regiões**



Uso/Iniquidade

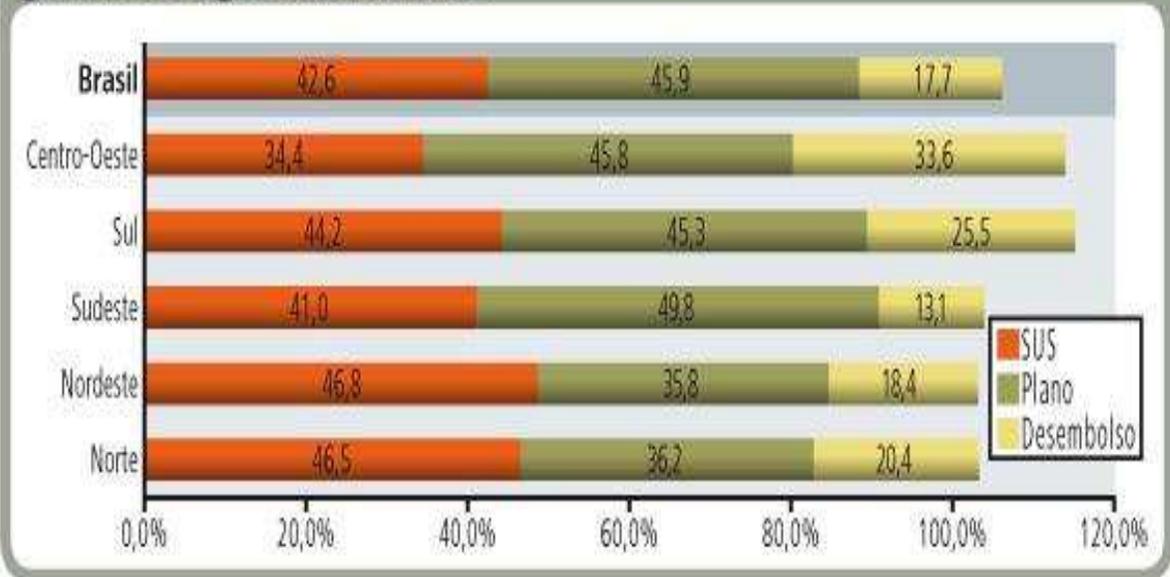
**Razão entre os percentuais de pessoas que realizaram consulta odontológica nos últimos 12 meses, no quintil 5 e no quintil 1 de renda per capita, segundo idade**



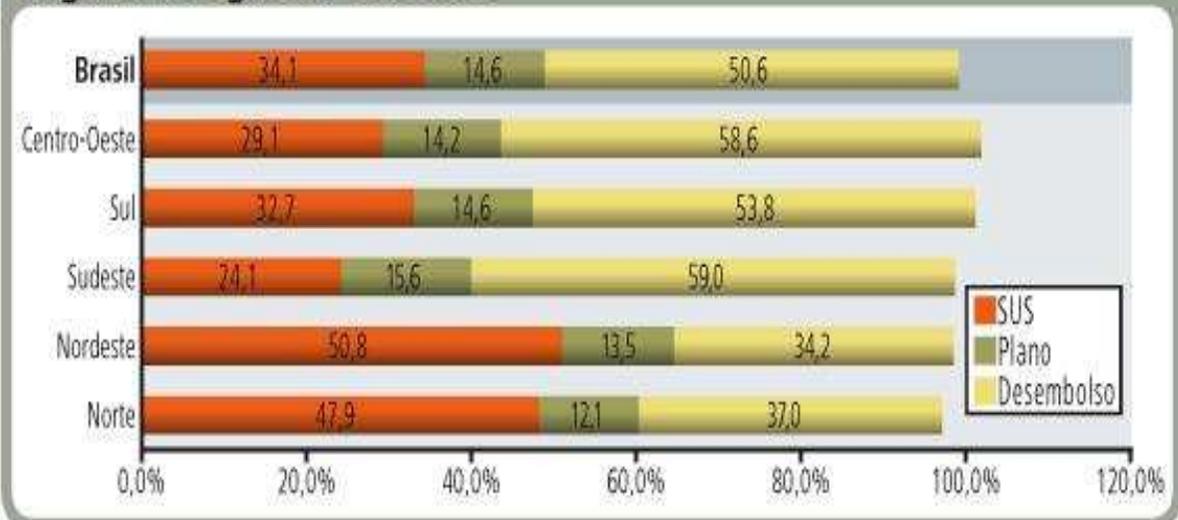
Fonte: Radis 99 dez, 2010

Quem Paga/Iniquidade

Fontes pagadoras da última mamografia, segundo grandes regiões, em 2008



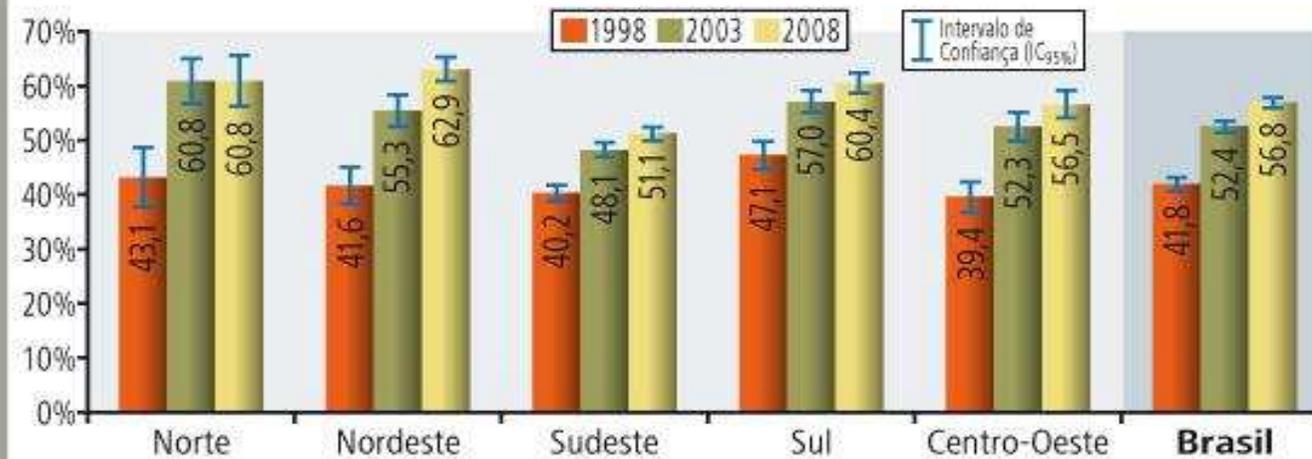
Fontes pagadoras da última consulta odontológica, segundo regiões, em 2008



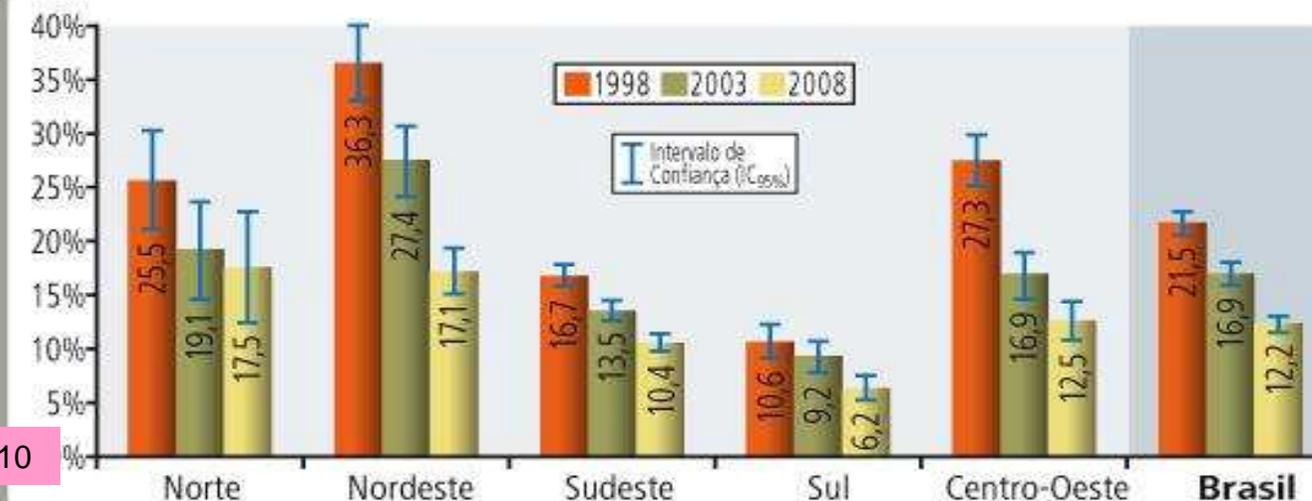
Fonte: Radis 99 dez, 2010

Acesso  
("qualidade")

Percentual de pessoas que referem posto/centro de saúde como serviço de uso regular, segundo grandes regiões

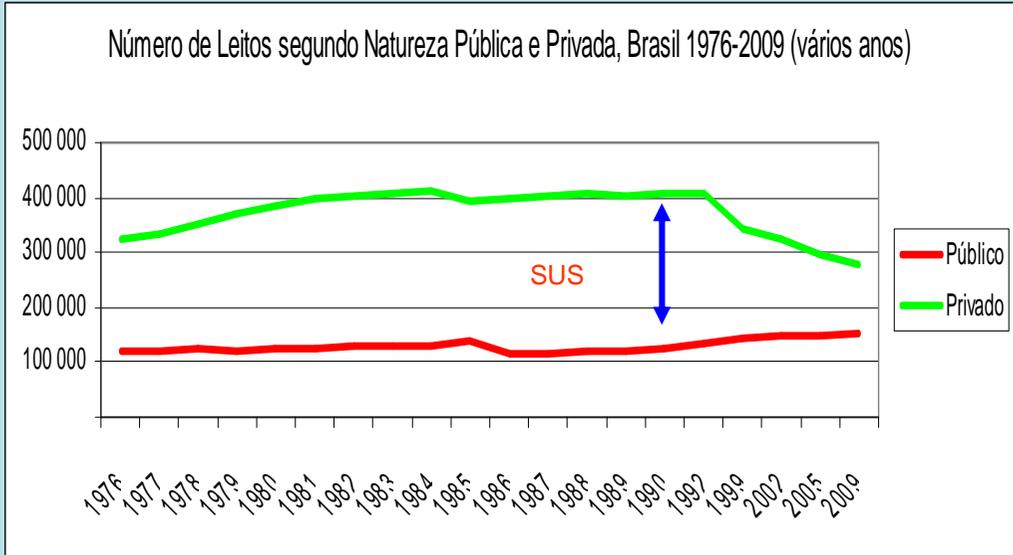
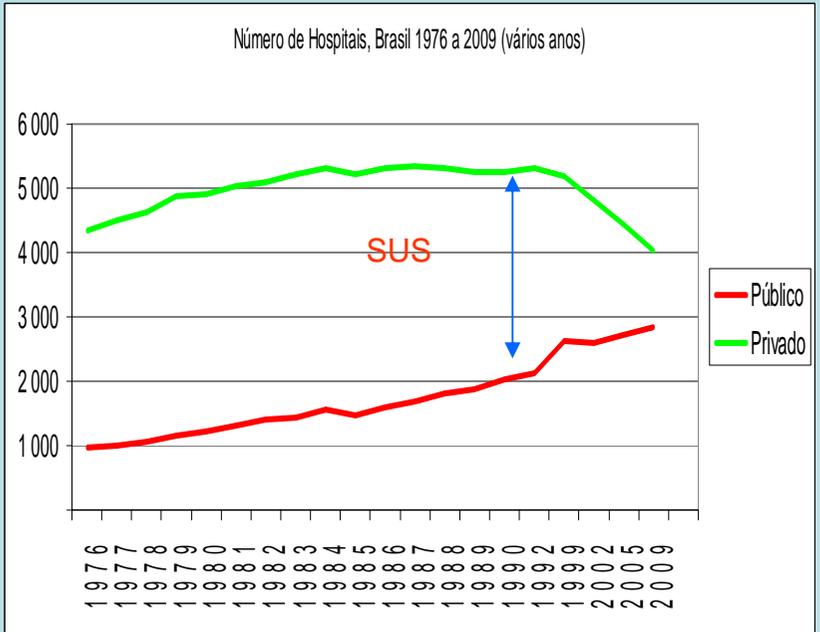
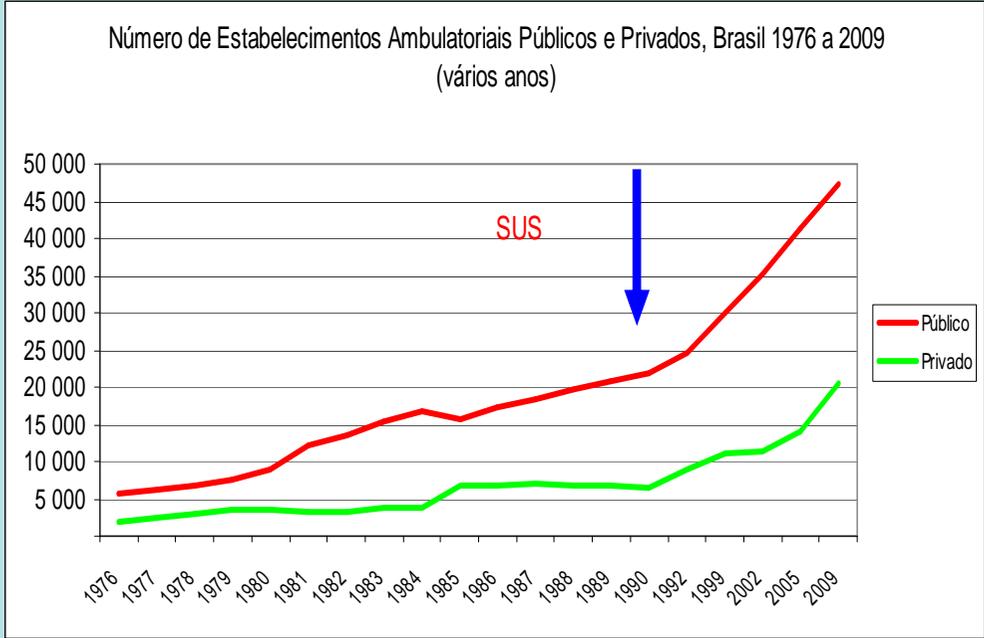


Percentual de pessoas que referem ambulatório de hospital como serviço de uso regular, segundo grandes regiões



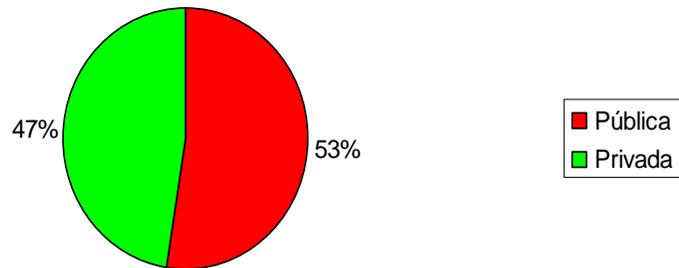
Fonte: Radis 99 dez, 2010

# Oferta de Serviços (recursos físicos)

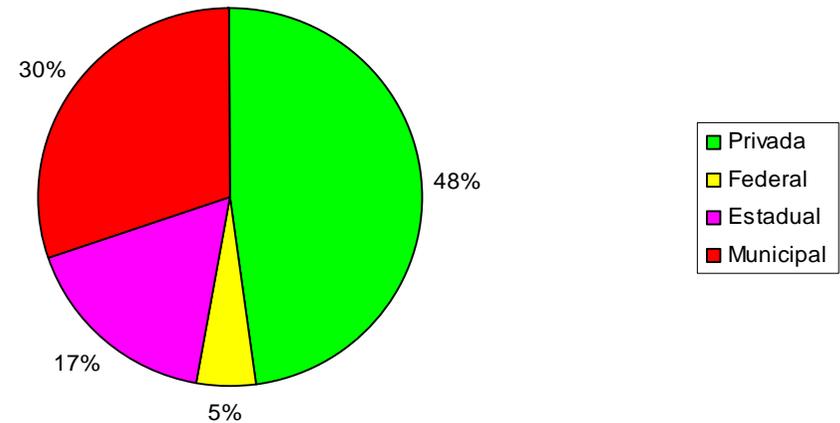


## Oferta de Serviços (recursos humanos)

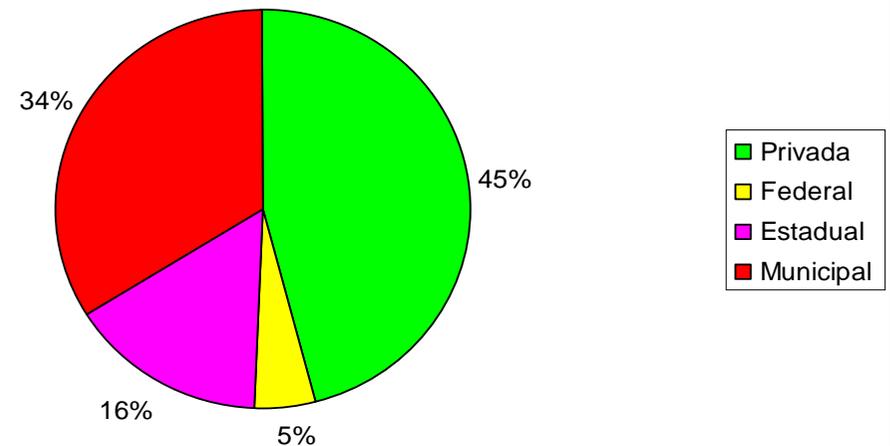
Distribuição dos Postos de Trabalho de Pessoal Técnico/Auxiliar segundo Esfera Administrativa, Brasil 1986



Distribuição dos Postos de Trabalho de Pessoal Técnico/Auxiliar segundo Esfera Administrativa, Brasil 2002



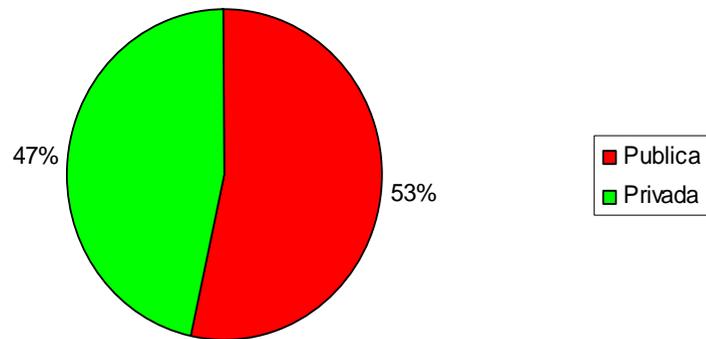
Distribuição dos Postos de Trabalho de Pessoal Técnico/Auxiliar segundo Esfera Administrativa, Brasil 2009



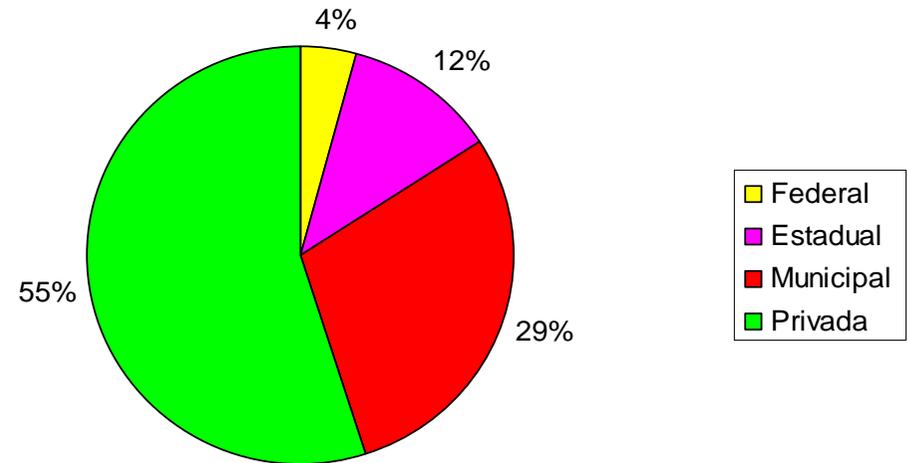
# Associação Brasileira de Saúde Coletiva

## Oferta de Serviços (recursos humanos)

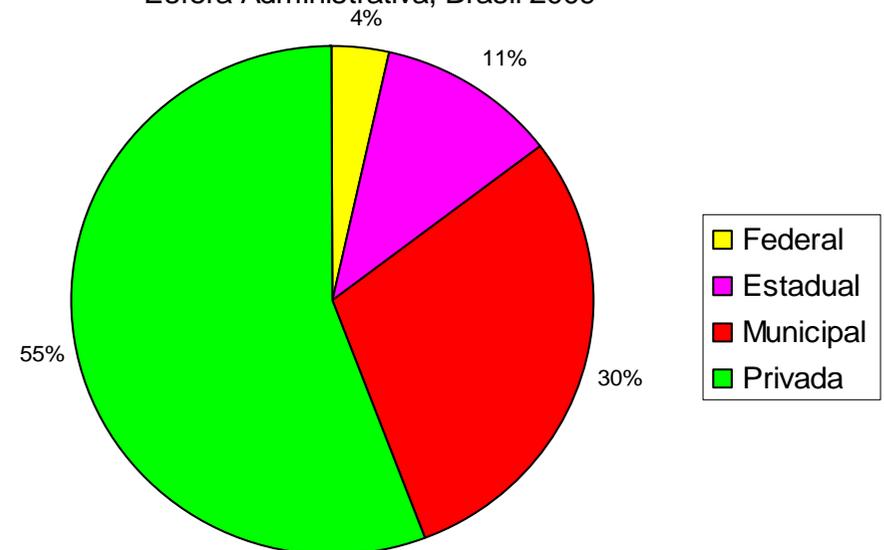
Distribuição dos Postos de Trabalho de Médicos segundo Esfera Administrativa, Brasil 1986



Distribuição dos Postos de Trabalho de Médicos segundo Esfera Administrativa, Brasil 2002

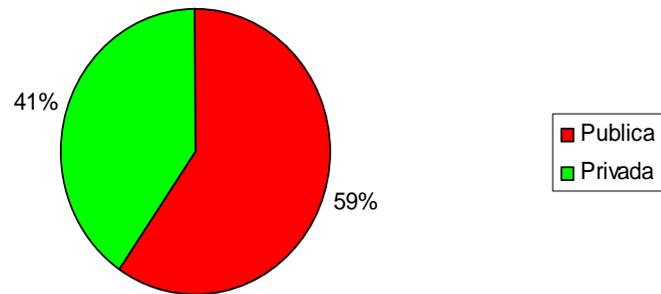


Distribuição dos Postos de Trabalho de Médicos segundo Esfera Administrativa, Brasil 2009

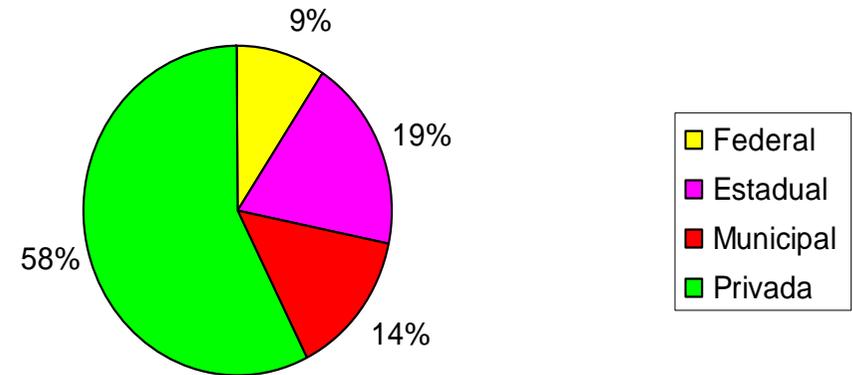


## Oferta de Serviços (recursos humanos)

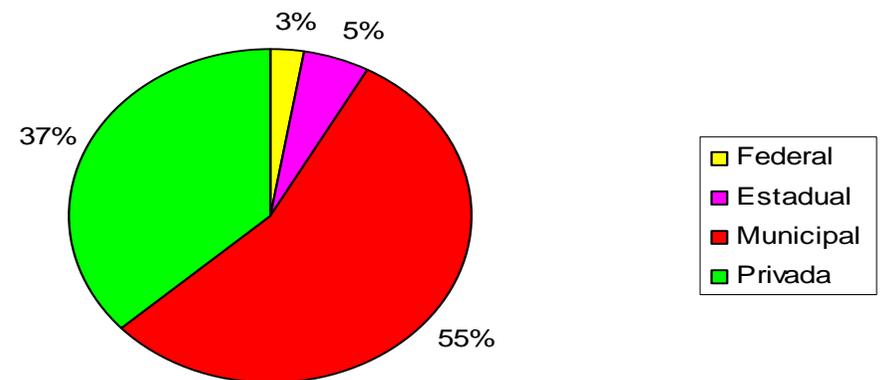
Distribuição dos Postos de Trabalho de Odontólogos segundo Esfera Administrativa, Brasil 1986



Distribuição dos Postos de Trabalho de Odontólogos segundo Esfera Administrativa, Brasil 2002

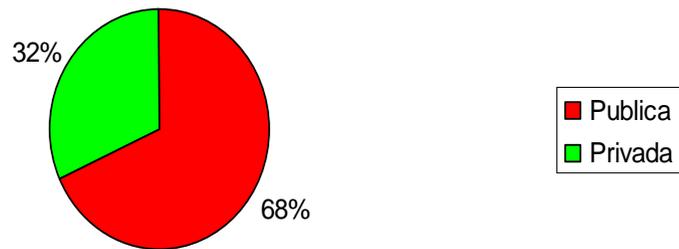


Distribuição dos Postos de Trabalho de Odontólogos segundo Esfera Administrativa, Brasil 2009

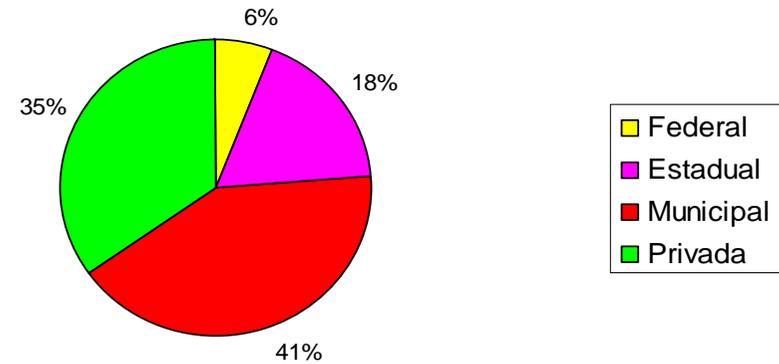


## Oferta de Serviços (recursos humanos)

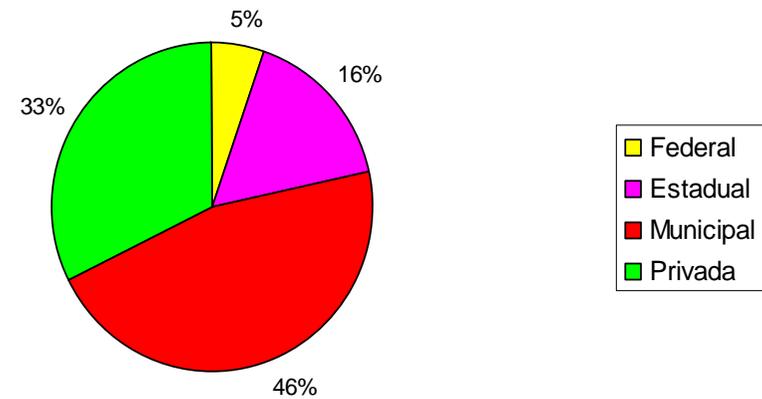
Distribuição dos Postos de Trabalho de Enfermeiros segundo Esfera Administrativa, Brasil 1986



Distribuição dos Postos de Trabalho de Enfermeiros segundo Esfera Administrativa, Brasil 2002



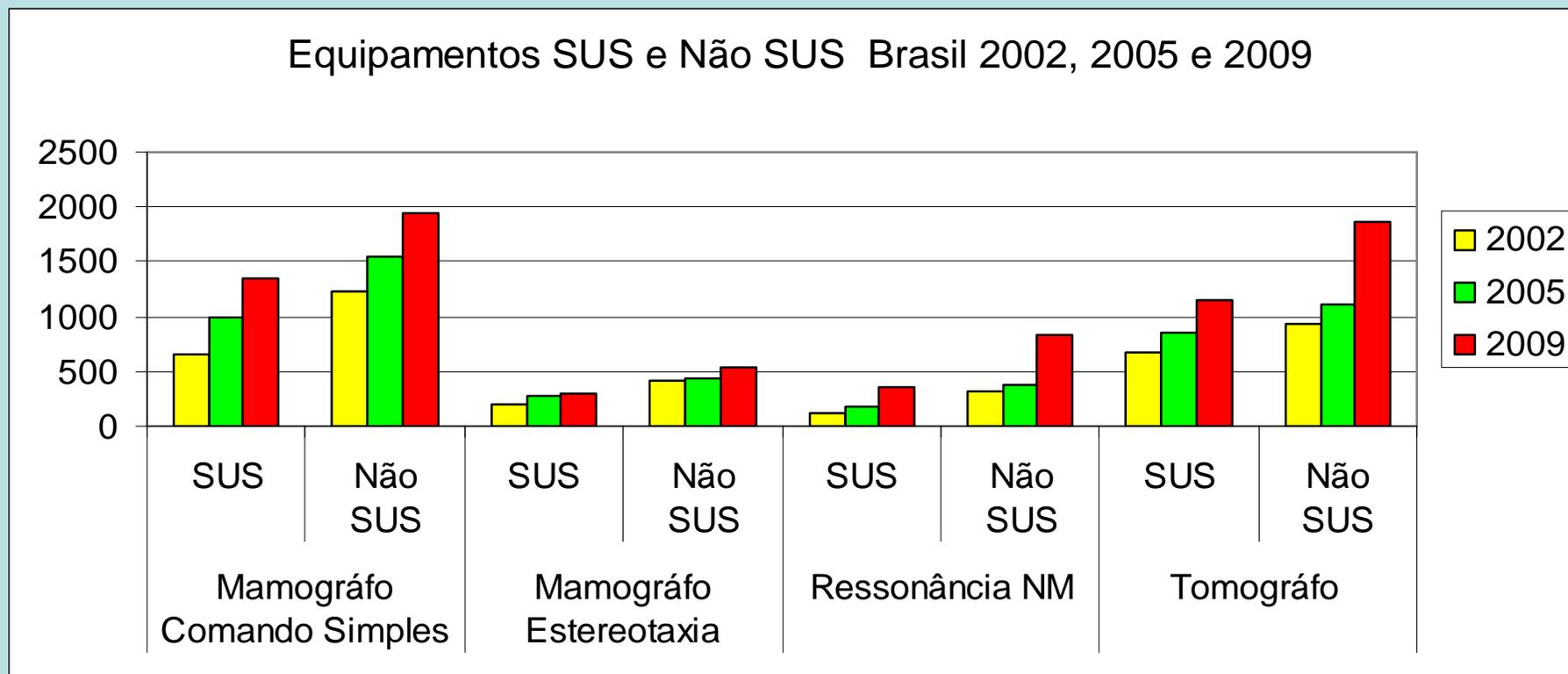
Distribuição dos Postos de Trabalho de Enfermeiros segundo Esfera Administrativa, Brasil 2009



Oferta de Serviços  
(equipamentos)



Sistema Segmentado



# SUS

Financiamento: Instabilidade e Insuficiência de volume das Fontes

Gestão: Politização dos Cargos Técnicos e Precariedade da Qualidade da Atenção e do Gasto

Prestação de Serviços: Assistencialismo X Direitos

Valores: Sistema Pobre para Pobres

Sucateamento das  
Estruturas Públicas

Precarização dos Vínculos  
Profissionais

## O Mercado de Assistência Médica Suplementar (planos e seguros de saúde)

1.386 empresas (320 só planos odontológicos)

83,4 bilhões

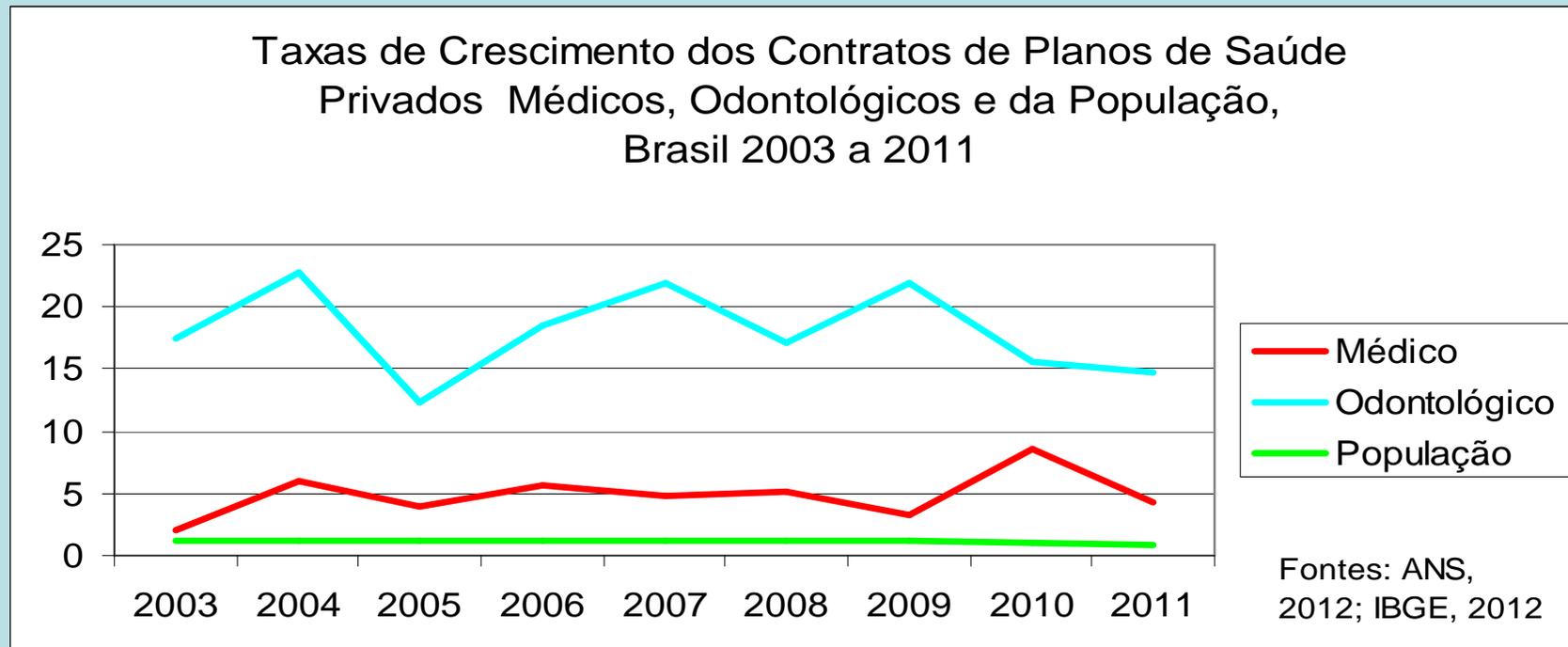
47.611.636 contratos planos de saúde

16.805.450 planos odontológicos

ANS, 2011

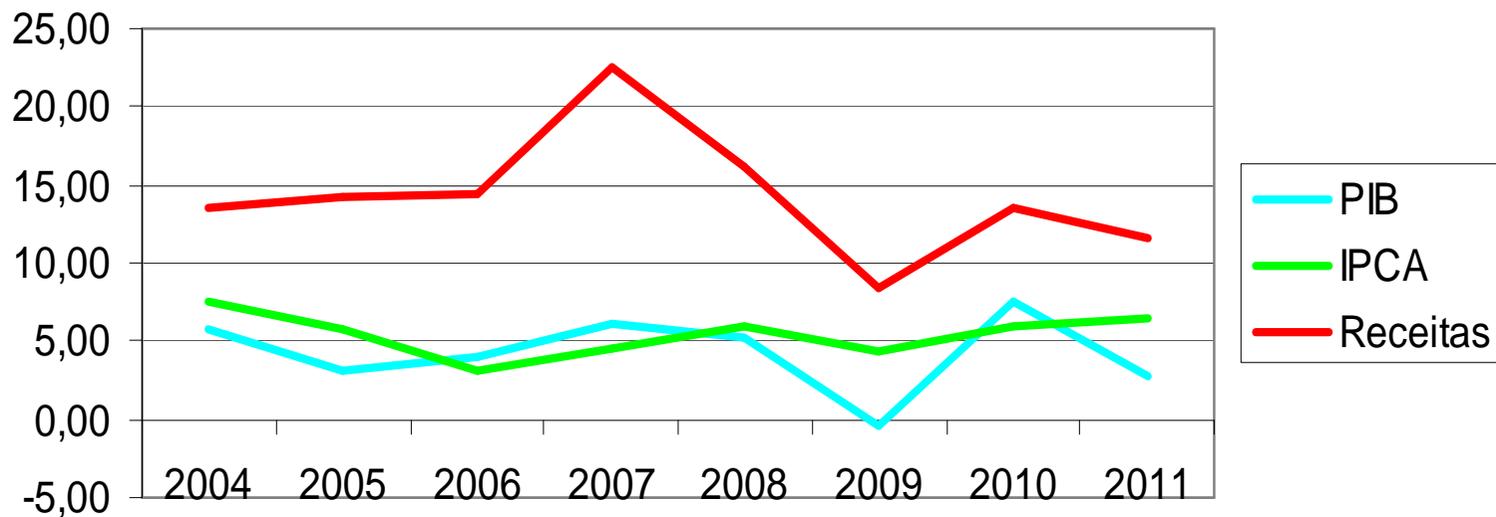
- Segundo inquérito populacional (PNAD 2008 - morbidade e utilização de serviços de saúde estima-se que **cerca de 49 milhões** de brasileiros estivessem cobertos por planos e seguros de saúde (**26,3% da população total**).
- Segundo a Agência Nacional de Saúde-ANS, seriam **40,7 milhões (2008)**.
- Divergências de informação devidas a:
  - Não registro das coberturas realizadas pelos esquemas assistenciais das forças armadas e de institutos de aposentadorias e pensões estaduais e municipais.
  - Dados da ANS ainda não estão completos, seja pela sonegação de informação (pagamento de taxa), seja porque algumas empresas de planos de saúde de pequeno porte permanecem fora da abrangência da regulação da ANS.

## O Mercado de Assistência Médica Suplementar (planos e seguros de saúde)



## O Mercado de Assistência Médica Suplementar (planos e seguros de saúde)

Taxas de Crescimento das Receitas das Empresas de Planos de Saúde, IPCA e PIB, Brasil 2004 a 2011



## Financeirização: Abertura do Capital

A **Amil** (cujo valor de mercado em janeiro de 2011 era R\$ **5,8** bilhões) é a empresa que se firmou como líder dos processos mais recentes de reconfiguração do mercado de assistência suplementar. Outras empresas que integram o segmento saúde do setor consumo cíclico da Bovespa são:

**Dasa** (valor de mercado R\$ 4,6 bilhões);

**Fleury** (valor de mercado R\$ 3,3 bilhões);

**Odontoprev** (valor de mercado R\$ 4 bilhões);

**Tempo Participações** (valor de mercado R\$ 700 milhões);

**Biommm** (empresa de Biotecnologia ações na Bovespa em 2002);

**Cremer** (distribuidora e fabricante de produtos médicos hospitalares que lançou ações em 2008).

Além dessas organizações a Medial também direcionou suas estratégias para a abertura de ações na Bovespa em 2006. Mas enfrentou problemas e, em 2009, foi comprada pela Amil. (Bovespa, 2011).

## O Mercado de Assistência Médica Suplementar (planos e seguros de saúde)

BENEFÍCIO TRIBUTÁRIO	2007	2008	2009
	R\$ BI	R\$ BI	R\$ BI
IRPF – DESPESAS MÉDICAS	2,3	2,6	3,1
IRPJ – ASSISTÊNCIA A EMPREGADOS: MÉDICA, ODONTO, FARMACÊUTICA	1,9	2,1	2,3
ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS – ASSISTÊNCIA SOCIAL	1,6	1,8	2,1
INDÚSTRIA FARMACÊUTICA (MEDICAMENTOS)	2	2,2	5,1
<b>TOTAL BENEFÍCIO TRIBUTÁRIO P/SAÚDE</b>	<b>7,8</b>	<b>8,7</b>	<b>12,1</b>

FONTE: 2007 – MF ; 2008-2009 – ESTIMATIVA MF

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

**2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.**

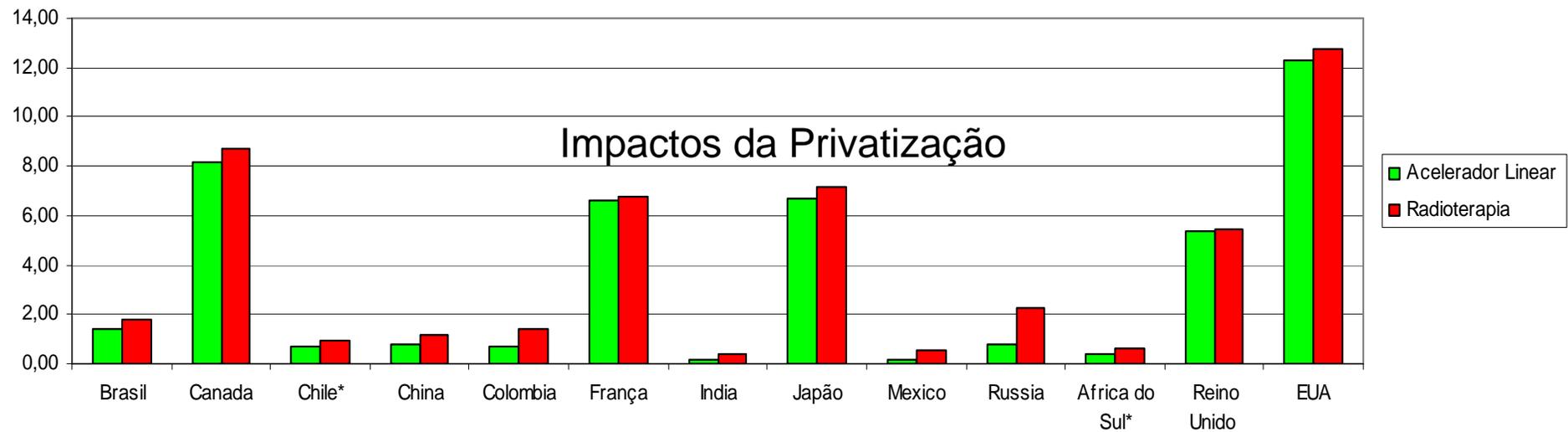
**3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.**

## Deslocamento do Status dos Hospitais Públicos

- **“os hospitais de excelência hoje são os privados”**
- **Plataforma de incorporação de tecnologia Einstein**
- **Dissociação Estado/Inovação Tecnológica**

Impactos da Privatização

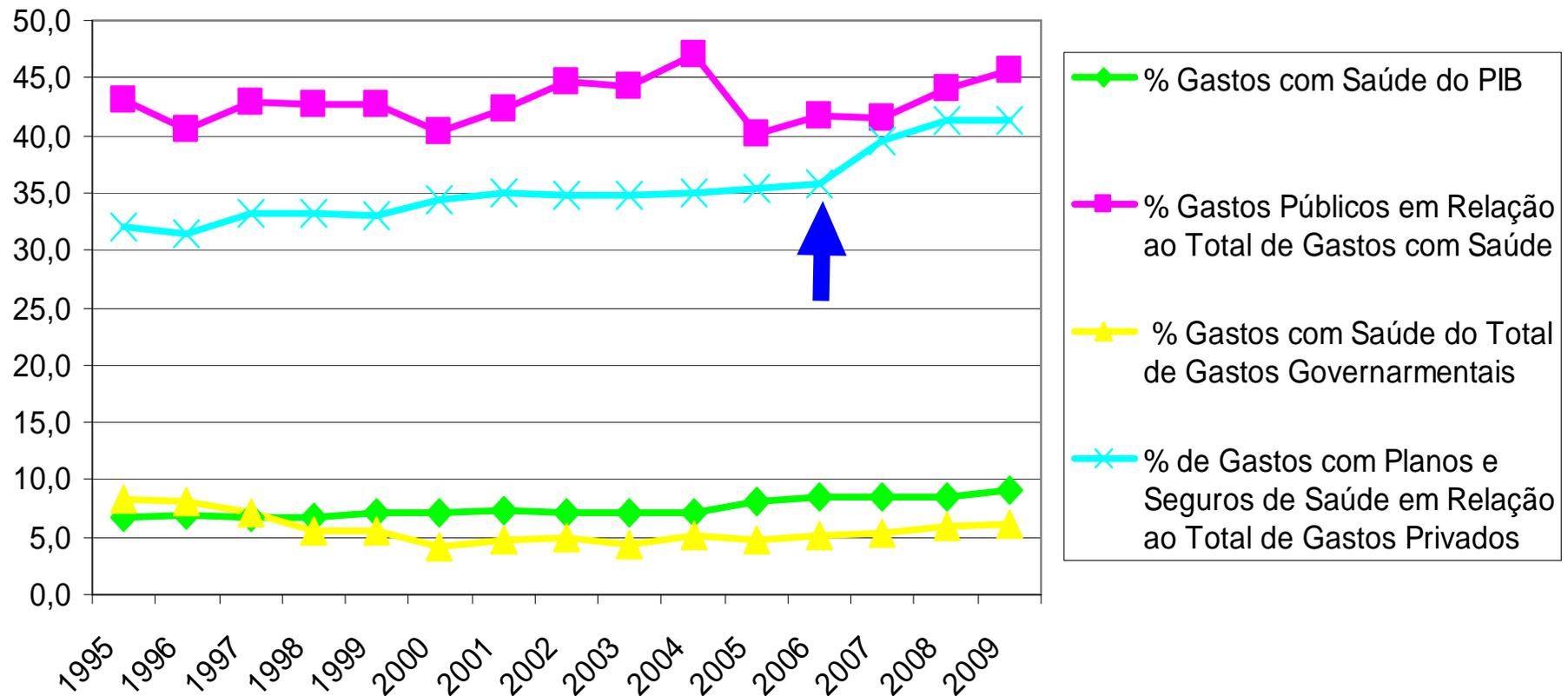
Numero de Equipamentos por Milhão, 2010



Fonte: WHO. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository.  
Disponível em <http://apps.who.int/ghodata/?vid=30201#>

Impactos da Privatização

Evolução de Gastos com Saúde Brasil 1995 a 2009



## Impactos da Privatização

### Plano de saúde usa SUS para não pagar medicamento caro

**CLÁUDIA COLLUCCI**

DE SÃO PAULO

FSP 8/02/2011

Planos de saúde têm empurrado seus segurados ao SUS para buscarem remédios ou procedimentos que deveriam ser cobertos por eles.

Cinco usuários de diferentes planos de saúde confirmaram a prática à **Folha**. O Idec (Instituto de Defesa do Consumidor) também já registrou queixas sobre isso. O caso mais recente envolve a Porto Seguro Saúde e um empresário paulista da área têxtil, D.L., 52, que sofre de artrite reumatoide.

Há três anos, o plano cobre o tratamento com a droga Remicade (infleximabe), aplicada na veia. Ele fica uma noite internado para isso. Há um mês, porém, a Porto informou, por e-mail, que não cobriria mais o remédio e o orientou a buscá-lo no SUS - o frasco de 100 ml custa R\$ 4.000. A cada dois meses, L. usa cinco frascos.

"O governo oferece gratuitamente essas medicações de alto custo através do posto de saúde, devendo apenas ao segurado dar entrada no processo para solicitar a medicação", diz o e-mail da Porto.

Em seguida, informa que, no caso de L., "excepcionalmente", cuidaria da burocracia. Ele só precisaria retirar a medicação no posto. Cliente VIP, que paga R\$ 8.000 mensais do plano familiar, o empresário afirma que achou "um absurdo" a atitude da Porto. "Eu não vou ficar em fila de SUS nem morto", diz ele, que só permitiu a divulgação das suas iniciais.

Segundo a advogada Daniela Trettel, do Idec, pela lei, toda medicação que exige internação para ser administrada deve ser fornecida pelo plano de saúde. A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) também confirma a informação.

A Porto, porém, afirma que não há necessidade de internação para aplicar o medicamento -basta que ele seja administrado sob supervisão clínica.

Segundo o reumatologista Morton Sheinberg, no caso do Remicade, a internação é necessária porque há riscos colaterais graves, como choque anafilático, durante a infusão. "Tem que ter médico e desfibrilador por perto".

Trettel afirma que a prática de empurrar paciente para o SUS tem sido recorrente entre os planos. "Ou eles vencem a pessoa pela burocracia ou acabam "facilitando" o encaminhamento para o SUS".

## Políticas Públicas de Estimulo à Privatização

- ✓ Isenções e Deduções Fiscais para a Demanda e para a Oferta
- ✓ Créditos e Empréstimos
- ✓ Associação de Banco Estatal com Investidores que Atuam no Mercado de Assistência Suplementar
- ✓ Gastos Diretos com Planos Privados para Servidores Públicos
- ✓ Auxílio na Obtenção de Empréstimos de Bancos Internacionais

## Análise da Situação de Saúde

Mudanças Importantes na  
Fisionomia do Sistema de Saúde

Preservação do Padrão (seletivo,  
estratificado, discriminatório e  
vazado por privilégios)

## Tendências

Expansão da Oferta Pública  
(melhoria da qualidade da  
assistência)

Reordenamento do Mercado  
(barreiras à entrada)

Explicitação de  
Interesses/Conflitos de  
Interesses

Privatização

Planos de Saúde (segmentos  
C e D)

Racionalização do Uso e  
Utilização de Serviços para  
Clientes de Planos

SUS “pobre para pobres”

Agenda Ampliada de Debates sobre o Sistema de Saúde Brasileiro

## Perspectivas

Expansão da Oferta Pública  
(melhoria da qualidade da  
assistência)

Reordenamento do Mercado  
(barreiras à entrada)

Explicitação de  
Interesses/Conflitos de  
Interesses

Privatização

Planos de Saúde (segmentos  
C e D)

Racionalização do Uso e  
Utilização de Serviços para  
Clientes de Planos

SUS “pobre para pobres”

Agenda Ampliada de Debates sobre o Sistema de Saúde Brasileiro

## Perspectivas

Agenda Estratégica  
da Abrasco

Atenção à Saúde  
Gestão  
Financiamento

Ampliação da Oferta (qualidade)

Fixação Profissionais (ensino  
permanente de profissionais de  
saúde)

Cartão SUS

Rede Exclusiva para o SUS  
(filantrópicos SUS)

Universitários (Empresa)

Eliminação dos Subsídios e  
Deduções Fiscais para o Setor  
Privado (assistencial e comercial)

Regulação Ciclo de Inovação

Aumento dos Recursos para a  
Saúde (Fundos de Pensão??)

Regulação Preços

- ✓ 9º Simpósio de Saúde (Congresso Nacional) em 2011;
- ✓ Reforma Política e Reforma Tributária
- ✓ Seguridade Social (Articulação Saúde Previdência e Assistência Social Programática e nas Atuais e Futuras Receitas da Seguridade Social ou suas expansões).
- ✓ Participação no ciclo orçamentário (definição de juros e superávit primário).
- ✓ Dimensionamento, divulgação e revisão das isenções, deduções e subsídios fiscais envolvidos com a assistência não universalizada

Política de Saúde – Reforma Sanitária – Transformação de Interesses Particulares em Direito Efetivo à Saúde

carlossilva@ensp.fiocruz.br

[ligiabahia55@gmail.com](mailto:ligiabahia55@gmail.com)

abrasco@abrasco.org.br

Associação Brasileira de Saúde Coletiva