



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Instituto de Economia

Os impactos do setor privado sobre o setor público na saúde brasileira

Lígia Nardy de Vasconcellos

Campinas – SP
2012

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Instituto de Economia

**Os impactos do setor privado sobre o setor público na
saúde**

Lígia Nardy de Vasconcellos
Orientador: Amilton José Moretto.

Campinas – SP
2012

Dedicatória:

Dedico este trabalho a todos que me apoiaram direta ou indiretamente. Dedico à minha família e amigos que me guiaram em todos os momentos da minha vida.

Agradecimentos:

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pois sem Ele não teria caminhado até aqui.

Agradeço a minha família por não ter deixado em nenhum momento que as dificuldades impedissem o que consideram uma das coisas mais importantes: a educação.

Agradeço aos meus professores, que me ajudaram a trilhar o caminho até aqui durante esses anos.

Finalmente, agradeço a todos os meus amigos, que, sem dúvida alguma, constituem uma segunda família para mim.

SUMÁRIO

ÍNDICE	v
LISTA DE GRÁFICOS	6
LISTA DE TABELAS	7
RESUMO	8
ABSTRACT	8
1.PANORAMA HISTÓRICO DA SAÚDE BRASILEIRA.....	9
2.A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA SAÚDE BRASILEIRA.....	27
3. INFLUÊNCIA DOS HOSPITAIS ESCOLA.....	42
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

ÍNDICE

SUMÁRIO.....	iv
ÍNDICE	v
LISTA DE GRÁFICOS	6
LISTA DE TABELAS	7
RESUMO	8
ABSTRACT	8
1.PANORAMA HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL.....	9
1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	11
1.2 SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE.....	20
2. A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA SAÚDE BRASILEIRA.....	27
2.1 ESTATÍSTICAS E DADOS DA SAÚDE BRASILEIRA.....	32
3. INFLUÊNCIA DOS HOSPITAIS ESCOLA.....	42
3.1 RESULTADOS DA PESQUISA.....	43
3.1.1 PERFIL DO PACIENTE ATENDIDO.....	45
3.1.2 ATENDIMENTO DEMANDADO.....	46
3.1.3 AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO RECEBIDO PELOS PACIENTES QUE POSSUEM PLANO DE SAÚDE PRIVADO.....	48
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

LISTA DE FIGURAS

Figura1: Ranking de investimentos em saúde em 2011.....	19
Figura 2: Crescimento dos usuários de planos de saúde privados no Brasil.....	24
Figura 3: Carência de número de médicos no Brasil.....	25
Figura 4: Orçamentos de saúde.....	36
Figura 5: Tendo plano de saúde, porque está sendo atendido na rede pública?.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela1: Falhas de mercado.....	23
Tabela 2: Evolução pela responsabilidade do financiamento da saúde.....	28
Tabela 3: Recursos necessários para garantir assistencial universal.....	35
Tabela 4: Gastos com saúde.....	38
Tabela 5: Número de leitos.....	39
Tabela 6: Gastos per capita.....	40
Tabela 7: Pacientes por especialidades no Hospital de Clínicas.....	47

RESUMO

Esta monografia tem por objetivo pesquisar a forma como se dão as relações e a atuação do sistema público e privado de saúde no Brasil, destacando o grau de influência que este exerce sobre aquele, ou seja, dando ênfase nas questões relacionadas ao uso do SUS por parte da população que tem acesso ao sistema particular, e quanto isso representa quantitativamente para o SUS, bem como as tecnologias desenvolvidas e os equipamentos detidos por ele e que acabam por beneficiar os planos particulares direta ou indiretamente.

ABSTRACT

This monograph aims to research the way we give the relations and the role of the public and private healthcare in Brazil, highlighting the degree of influence that this has on one, with emphasis on issues related to the use of SUS by the population that has access to particular system, and how it represents quantitatively for SUS, as well as technologies developed and equipment held by him and that ultimately benefit the private plans directly or indirectly.

1. Panorama Histórico da Saúde no Brasil

Faz-se necessário que se conheça um pouco da história da saúde no Brasil para que se entenda minimamente as circunstâncias que acarretaram na estrutura de saúde pública e privada tal qual elas são hoje. As primeiras manifestações relevantes da centralização como traço estrutural das políticas sociais ocorreram ainda na primeira República, entre 1889 e 1930, com a implementação de alguns raros serviços de saúde pública a nível nacional.

Neste período, o aparecimento de epidemias de cólera, varíola, malária, tuberculose, febre amarela e peste eram considerados uma “vergonha nacional”. Ainda não havia atendimento de caráter médico público enquanto obrigação do Estado, e à população de baixa renda sobrava apenas a alternativa de procurar atendimento filantrópico nos hospitais de caridade, mantidos pela igreja.

O governo federal adotou o modelo de “medidas campanhistas”, cujo objetivo seria o de limpar as áreas urbanas das graves epidemias existentes. Este modelo primário de atenção à saúde foi aplicado por mais de 70 anos, tendo como objetivo principal livrar as cidades das epidemias que se instalavam. As campanhas de saúde pública eram organizadas como campanhas militares, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os doentes de moléstias contagiosas e impondo-lhes o emprego de práticas sanitárias. Na época muitas pessoas eram resistentes à aplicação de vacinas em função do baixo nível de conhecimento e instrução.

Em 1923, através da criação da lei Eloy de Chaves, que constituiu a base do sistema previdenciário brasileiro tal qual ele é hoje, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), organizações criadas por lei como um mecanismo de garantir que o trabalhador tivesse algum tipo de assistência. Entretanto, este modelo foi marcado por grandes desigualdades e contemplavam a apenas algumas classes de trabalhadores, tais como ferroviários e marítimos. Mais tarde no governo de Getúlio Vargas são criados os IAPs, Institutos de Aposentadorias e Pensões, que tinham um caráter de

seguro social, ou seja, um desconto era feito no salário mensal do trabalhador, gerando uma massa de recursos destinados a aposentadorias e pensões, garantindo assistência médica e previdenciária após 30 anos de contribuição.

Segundo FINKELMAN (2002), as autoridades devem ter capacidade para incentivar a investigação e o uso de seus resultados no processo de tomada de decisões, de forma que avaliar os processos relacionados a área de saúde e o seu desempenho é de suma importância, estimulando assim a formulação e uso de investigações garantindo qualidade e oportunidade de desempenho e funcionalidade. Portanto, os IAPs, para o autor, não foram de todo um fracasso diante do contexto de saúde que se tinha a te então, mas mesmo assim mantiveram-se longe do sucesso. Para ele, a maior inovação ocorreu logo em seguida, em 1949, durante o segundo governo de Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica deste evento decorre de três características inovadoras de iniciativa: atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal, ainda que vinculado aos casos de urgência.

Em 1950 surge a chamada medicina de grupo, sistema em que as empresas prestam serviços médicos particulares para outras empresas que as contratam (é a previdência privada). Consequentemente surge a ABRAMGE, Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Mais tarde, com o advento da ditadura militar, a situação da saúde no Brasil piora novamente, com a diminuição considerável dos investimentos direcionados ao ramo.

Mais tarde, em 1966, dá-se a unificação dos IAPs e o governo federal cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que concentra em uma estrutura única todos os institutos relacionados a previdência. O sistema permanece excludente, ou seja, só trabalhadores de carteira assinada que contribuem podem usufruir do sistema de saúde então implantado.

Em meados dos anos 70 a previdência social conheceu sua maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e na massa de recursos arrecadados. Devido à falta de verbas diversos serviços de saúde pública fecharam ou funcionaram de maneira ineficaz, e doenças consideradas sob controle voltaram a aparecer. Aumentou a mortalidade infantil, os acidentes de trabalho, houve crescimento de surtos epidêmicos de poliomielite, varíola e hanseníase.

No ano de 1979, foi apresentado um documento intitulado “A questão Democrática da Saúde”, identificando a partir de então como a proposta coletiva do movimento sanitário para a Reforma Sanitária. Mais que o desenho de um novo sistema de saúde, com o movimento que impulsionou a Reforma Sanitária brasileira colocou-se o desafio de participar de uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público.

A Constituição Federal de 1988 inovou para além das demandas do movimento sanitário, ao consagrar a seguridade social como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Essa mudança de foco introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania.

Sendo assim, nota-se uma completa alteração da forma de se enxergar a saúde no Brasil antes e depois da Constituição de 88. O que antes era visto como caridade e filantropia, em um sistema bastante seletivo e excludente, passa a ser admitido enquanto direito de qualquer cidadão, independentemente se este tenha realizado contribuições pretéritas junto ao sistema ou não. Essa mudança de foco também se contagiou pelo que vinha ocorrendo em vários outros países do mundo, tais como Suécia e Dinamarca, com os ideais de igualdade e inclusão.

1.1 Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde pode ser considerado a maior política de inclusão social do País, necessitando, para isso, da efetividade de políticas públicas específicas e intersetoriais para assegurar a cobertura universal e equânime da promoção, da proteção e da recuperação da saúde, conforme define a Norma Operacional Básica de 2004.

Segundo a Constituição Federal de 1988,

"saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (CF/88, art.196).

A Carta Magna, ao organizar e estruturar o Sistema Único de Saúde no contexto da Seguridade Social fixou como seus princípios fundamentais, a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral além de outros, o qual pode ser destacado, a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (CF/88, art. 194, parágrafo único, I, c/c art. 198, III).

A despeito das questões legais inerentes ao SUS, este tem o papel de cuidar de todas as necessidades da área da saúde. E cuidar da saúde não é apenas medicar os doentes ou realizar cirurgias, é preciso garantir vacinas à população, dar atenção aos problemas das mulheres, crianças e idosos, combater a dengue e outras doenças. Este é o princípio de integralidade, ou seja, realizar todas as ações necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos.

Neste ponto, a questão saúde ultrapassa apenas a ausência de doença. Todos sabem que, para ter boa saúde, é preciso ter boa alimentação, possuir uma casa, morar num local com rede de esgoto, luz e água, trabalhar, ter um meio de transporte bom e barato, desfrutar de programas de lazer. Assim, para que as pessoas tenham uma boa qualidade de vida, não basta apenas a

existência de um sistema de saúde universal. Compreende-se que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país, conforme Nota do Conselho Nacional de Saúde. Ou seja, há o reconhecimento de que os indicadores de saúde das pessoas devem ser tomados para medir o nível de desenvolvimento do país e do bem-estar da população.

Num modelo ideal, em locais onde há falta de serviços públicos, o SUS tem por responsabilidade contratar serviços de hospitais ou laboratórios particulares para que não falte assistência a seus usuários. Deste modo, esses hospitais e laboratórios também se integram à rede SUS, tendo que seguir seus princípios e diretrizes.

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição Federal de 1988, cinco questões sobre a gestão têm sido frequentemente realçadas como fundamentais para a sua implementação. São elas a descentralização, o financiamento, o controle social, os recursos humanos e a hierarquização.

Por conta do caráter heterogêneo assumido pelas regiões do país, o Ministério da Saúde criou formas de descentralizar a prestação dos serviços públicos de saúde, repassando responsabilidades diferenciadas aos diferentes municípios. A mudança foi grande, pois ocorreu a unificação de comando, representada pela transferência ao Ministério da Saúde de toda a responsabilidade pela saúde no plano federal. Da mesma forma nos estados e municípios, onde a responsabilidade fica a cargo das respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde. Sob outro aspecto, o princípio da universalidade representou a inclusão de todos no amparo prestado pelo SUS, ou seja, qualquer pessoa passa a ter o direito de ser atendido nas unidades públicas de saúde, lembrando que antes apenas os trabalhadores com carteira registrada faziam jus a esses serviços.

Nem sempre é possível ao município executar sozinho todos os serviços de saúde. Pequenos municípios carecem de recursos humanos, financeiros e materiais, e sua população é insuficiente para manter um hospital ou serviços

especializados. Por isso, a descentralização dos serviços implica também na sua regionalização. Num país imenso como o Brasil, para evitar desperdícios e duplicações faz-se necessário organizar os serviços, visando dar acesso a todos os tipos de atendimento.

No que tange tal processo de descentralização, foi também implantado políticas de transferências de recursos para estados e municípios. Foi implantado o Piso de Atenção Básica fixo (PAB), recurso transferido mensalmente aos municípios para organização das ações de atenção básica. O PAB financia antecipadamente as ações desta área de acordo com o tamanho da população de cada município. Assistiu-se também a um aumento expressivo de outras modalidades de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais. Promoveu-se, também, uma intensa transferência de responsabilidades, atribuições e recursos. Mais de 500 municípios – habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal – foram habilitados para atuar como gestores do SUS, assumindo a condução direta dos atendimentos à população em todos os níveis de complexidade.

Há ainda outro ponto que caracteriza o SUS tal qual ele foi idealizado: a hierarquização. Neste conceito, a atenção à saúde estaria composta de várias unidades interligadas, cada qual com suas tarefas a cumprir. Num primeiro nível, estão os centros de saúde, cuja função seria estar mais acessível e mais próximo da população, enquanto rede primária, além de selecionar os casos mais simples contribuindo para diminuir o contingente de usuários dos hospitais de outros níveis da hierarquia. Cabem também à rede básica atividades ligadas à prevenção e a orientação da população. A ideia de a rede primária estar dispersa pela cidade em diversos pontos surgiu ainda na Suécia. Desta forma, haveria uma média de pacientes pelos quais cada médico seria responsável dentro de um raio de distância, tendo como objetivo não permitir que as doenças se agravassem ou ficassem sem solução por falta de acesso ao sistema. Infelizmente, no contexto brasileiro, a implementação das unidades de saúde nem sempre gera tão bons resultados, já que a rede convive com uma importante carência de recursos humanos e materiais, fazendo com que a eficiência do atendimento deixe a desejar e o paciente seja obrigado a procurar

atendimento para problemas de fácil resolução em hospitais secundários, terciários e até quaternários.¹ A ineficácia da parte que corresponde fortemente a medicina preventiva do sistema com certeza acarreta em gastos muito mais onerosos e maior complexidade de doenças, uma vez que não sendo feita a profilaxia de maneira adequada o que se tem é um sobrecarregamento da medicina curativa.

No que tange a questão dos recursos do SUS, o financiamento das ações de saúde em todos os graus de complexidade são compostos por recursos federais, estaduais, municipais e outros, como por exemplo, doações. Os aportes de recursos das esferas estadual e municipal de recursos regulados pela Emenda Constitucional nº 29/2000, e é condição indispensável para que haja os repasses federais. No âmbito municipal a soma dos recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde constitui o Teto Financeiro Global do Município, assim como na esfera estadual o Teto Financeiro Global do Estado, que é constituído pela soma de todos os municípios, habilitados ou não a qualquer condição de gestão.

Com relação a questão dos recursos humanos, há uma Norma Operacional Básica do SUS (NOB/RH-SUS) que foi resultado de amplo e participativo processo de discussão. O foco central da NOB é a redefinição do modelo de gestão, o que representa um importante marco no processo de consolidação do SUS e, por conseguinte, no efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes que o orientam.

Esse marco se expressa, em especial, na finalidade de promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus municípios. O gestor municipal irá, por conseguinte, prover aos seus municípios a atenção à saúde por eles requerida, com a devida cooperação técnica e financeira da União e

¹ A distribuição e classificação entre as redes primárias, secundárias, terciárias e quaternárias estão pautada no nível de complexidade do paciente a que se dedicam. Desta forma, a rede primária corresponde aos postos de saúde e medicina preventiva, a secundária a hospitais de baixa complexidade, a terciária já corresponde a atendimento de média e média alta complexidade e a quaternária se destina a pacientes de alta complexidade.

dos estados, caracterizando um processo de transformação profunda, no qual se desloca poder - gestão, atribuições e decisões - para o nível mais local do Sistema.

O desempenho dos papéis que cabem aos gestores concretiza-se mediante um conjunto de responsabilidades, que estão detalhadas na NOB, o que caracteriza a palavra-chave do novo modelo que é a responsabilização de cada gestor, de cada instância de governo. Esse novo paradigma de gestão configura, assim, instrumento altamente favorecedor na implantação de um novo modelo de atenção à saúde, até então centrado na doença. Nessa transformação, destaca-se a atenção integral, vez que o modelo abarca o conjunto das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse é um diferencial entre a NOB 96 e as anteriores, cujo foco era a assistência.

Entre os novos conceitos introduzidos pela Norma ressaltam-se os relativos à gestão e à gerência. Assumir a gestão significa apropriar-se do comando do Sistema, o que é de exclusiva competência do poder público. Assim, são gestores do SUS o Prefeito e Secretário Municipal de Saúde, o Governador e Secretário Estadual de Saúde e o Presidente da República e Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

No que se refere à gerência, assumi-la significa ter a responsabilidade pela administração de uma unidade ou órgão de saúde - ambulatório, hospital, instituto, fundação etc. - que presta serviços ao sistema. Em outros termos, assumir a gerência quer dizer dirigir uma determinada unidade ou órgão prestador de serviços de saúde. Dessa forma, a gerência de estabelecimentos prestadores de serviços pode ser estatal ou privada, esta última desde que conveniada ou contratada por um gestor do SUS.

O debate da NOB deu resultado a dois blocos propositivos da Agenda Política Estratégica – para entabular concreta e sistematicamente um debate nacional articulado e articulador de gestores, conselheiros, trabalhadores e

formadores de recursos humanos para implementar a NOB-RH/SUS e aperfeiçoá-la segundo as necessidades sociais em saúde de cada localidade e o papel de cada esfera de governo;

- i. padrões de lotação de Pessoal - necessidade de introduzir o conceito de equipe multiprofissional segundo as necessidades sociais em saúde para combater os pacotes pré-determinados de equipes e processos de trabalho; introduzir processos de avaliação de desempenho sob controle popular e necessidade de contraposição à Lei de Responsabilidade Fiscal no tocante às lotações no SUS, uma vez que o trabalho em saúde só se faz com utilização intensiva de mão de obra; e
- ii. interiorização dos trabalhadores em saúde - não houve consenso de propostas, mas, ao lado do retorno à discussão sobre o serviço civil obrigatório, apareceram várias outras propostas: estágios profissionais abertos pelos municípios; revezamento dos profissionais pelas regiões dos estados como acontece no poder judiciário; revezamento pelos serviços de saúde dos especialistas mais raros no Sistema, quando empregados ou estagiando no SUS, e programas de aperfeiçoamento profissional especializado para as várias categorias profissionais, à semelhança da residência médica, para requalificar os vários postos de trabalho no SUS.

Com relação à formação e atuação das equipes profissionais, a norma recomenda permitir a inclusão de outros profissionais de saúde nas equipes mínimas de atenção básica, de acordo com as realidades locais e ampliar a possibilidade de atuação clínica de profissionais de saúde não médicos, através de equipes de saúde multidisciplinar. Para isso, o Ministério da Saúde

passou a autorizar procedimentos, como a emissão de atestados e protocolos específicos, com vistas a ampliar a atuação do profissional não médico².

Como se vê, as NOBs tem por objetivo maior adequar os padrões de atendimento à realidade do SUS no contexto regional e municipal, que convive com diferentes dificuldades, tais como insuficiência de médicos, falta de equipes multidisciplinares completas e adequadas entre outros. Como já foi citado, o setor saúde coexiste com a falta de mão de obra, o que torna a questão de extrema relevância no atual cenário do SUS, pois a carência de profissionais está em todas as regiões do Brasil.

Há ainda uma importante demanda pela participação da população nas decisões dos caminhos da saúde. Dessa maneira, a comunidade, através de seus representantes, deve e pode opinar definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde. A presença popular pode ser entendida como uma das formas mais avançadas da democracia contemporânea. Com a participação da comunidade na gestão do SUS se estabelece uma nova relação entre Estado e sociedade. O SUS deve identificar o usuário como membro da comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado.

Entretanto, verifica-se que ainda não se tem um controle social real no que diz respeito ao controle da população sobre o Estado. É necessário um esforço para o desencadeamento de ações de educação em saúde, difundindo e ampliando o debate sobre a saúde junto aos trabalhadores da saúde e à comunidade, construindo conhecimentos compartilhados sobre a saúde, considerando as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e da coletividade. Os investimentos em projetos de educação permanente para os profissionais da área e o incentivo para projetos de educação popular em saúde são pequenos. Além disso, a educação básica nas escolas leva a uma prática individualista, própria do sistema capitalista,

² Atestados e protocolos que validem justificativas de ausência ou algum impedimento ou restrição de saúde. Estes profissionais não médicos seriam os enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais diretamente aptos a atuar na área de saúde.

dificultando a criação de movimentos que representem a sociedade nos órgãos de controle. (Garcia 2009)

A partir da exposição breve das principais características que regem o SUS e a despeito do seu bom ou mau funcionamento, o que se sabe é que o Brasil tem hoje um modelo de saúde aceito em todo o mundo como exemplo. Entretanto, o que se vê é uma forte ineficácia do sistema, seja ela por falta de recursos ou mau gerenciamento do dinheiro público. Apesar de ser o ministério com mais recursos da Federação, o que se direciona à saúde no Brasil é pouco se comparado aos números de outros países.

Segundo dados de 2011, apenas 3,6% do Produto Interno Bruto foi investido em saúde. Deste total, 1,1% eram recursos municipais, 1,0% estaduais e 1,6% provenientes da União.

Figura 1
Ranking de investimentos em saúde em 2011.

Posição	País	% do PIB investido em
1º	Estados Unidos	16%
2º	França	11,2%
3º	Suíça	10,7%
4º	Áustria	10,5%
5º	Alemanha	10,5%
6º	Canadá	10,4%
7º	Bélgica	10,2%
8º	Holanda	9,9%
9º	Portugal	9,9%
10º	Nova Zelândia	9,8%

Fonte: Portal R7: Raio X da Saúde no Brasil

(<http://noticias.r7.com/brasil/noticias/governo-precisa-investir-ao-menos-60-a-mais-para-melhorar-a-saude-no-brasil-20110921.html>
acesso em maio de 2012)

Somando o setor privado (planos de saúde e gastos particulares), o total dos gastos com saúde no Brasil chega a 8,4% do PIB. No entanto, isso

representa metade do índice investido pelos Estados Unidos (16%) e ainda abaixo da média dos países da OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico) – que aplicam 9% de suas riquezas na área.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o SUS gasta hoje 2 vezes e meia a menos do que é gasto no setor particular saúde. Levando-se em conta os números por habitante, verifica-se que o Brasil ocupa a 72ª posição no ranking da OMS de investimento em saúde, quando a lista é feita com base na despesa estatal por habitante. Os diversos governos gastam, juntos, uma média anual de US\$317 por pessoa, segundo a última pesquisa da OMS, com dados relativos a 2008.(Portal R7 – maio/2012)

O desempenho brasileiro é 40% mais baixo do que a média internacional (US\$517). A liderança do ranking de 193 países pertence a Noruega e Mônaco, cujas despesas anuais (US\$6,2 mil por habitante) são vinte vezes maiores do que as brasileiras. Apesar de o Brasil possuir a maior economia da América do Sul, três países do continente se saem melhor: Argentina, Uruguai e Chile (Portal R7).

1.2 Sistema privado de saúde

A partir da segunda metade dos anos 70, deu-se uma gradativa aceitação da lógica neoliberal pela maioria dos governos ocidentais, verificou-se uma tendência ao fortalecimento do mercado e à redução do papel do Estado nas economias, em contraposição a uma crescente conscientização das pessoas quanto aos direitos sociais.

O grau de complexidade do campo da saúde fica evidenciado em face da propensão ao conflito entre os atores que o integram, manifestado pela acelerada organização de novas entidades, públicas e privadas, tais como as associações de classe dos médicos e as de defesa do consumidor, que contribuem para uma redistribuição do sistema de forças que interagem no setor.

Segundo Bahia, neste contexto notam-se tendências a formação de oligopólios e cartéis, que num setor tão importante quanto a saúde, pode gerar muita arbitrariedade nos preços. Por outro lado, tem-se a questão da assimetria de informações pelo lado do paciente, que ao contratar um plano de saúde sempre detém mais informações a respeito de seu estado do que o vendedor, sendo este mais um componente responsável por elevar o preço para usuários que nem sempre necessitarão dos serviços do seguro de saúde como fora julgado pelo vendedor.

Ainda sobre a questão de assimetria de informações, a heterogeneidade de serviços de atenção à saúde, bem como a subjetividade na avaliação da qualidade dos mesmos, dificulta a disseminação efetiva da informação (ANS, 2002). Da assimetria de informação entre os agentes decorrem as principais falhas do mercado de saúde complementar: risco moral e seleção adversa, por parte dos consumidores e provedores, e seleção de risco.

O risco moral existe nas relações paciente-provedor e operador-provedor. No primeiro caso, verifica-se a ausência de uma estrutura de incentivos que permita aos consumidores racionalizar a escolha e uso de provedores, determinando um excesso de utilização dos serviços médicos. A presença de um terceiro pagador na relação paciente-provedor constitui-se fator determinante na sobreutilização dos serviços de saúde, uma vez que grande parte dos indivíduos adquire o plano/seguro-saúde através de um terceiro agente, seja ele governo ou empregador. No segundo caso, isto é, na relação operador-provedor, os provedores têm incentivos a determinar maior demanda por serviços de saúde, pois são reembolsados segundo o volume de procedimentos realizados. Tais incentivos estão associados à possibilidade de auferir rendimentos em decorrência do maior volume de encaminhamentos (exames, internações etc.) e às tentativas de minimizar a incerteza dos diagnósticos. Além disso, o risco moral conduz a uma sobreutilização dos serviços de saúde, que é incorporada ao cálculo dos gastos esperados, determinando elevação do valor dos prêmios/mensalidades por parte das operadoras e, conseqüentemente, o aumento de gastos com saúde.

Outra falha de mercado advinda da assimetria de informação entre os agentes é a seleção adversa, entendida como a tendência do sistema de incorporar indivíduos de maior risco. No caso em que a operadora/seguradora aplique um único preço para todo o grupo e à medida que o valor da contraprestação pecuniária aumenta, aqueles indivíduos com menor probabilidade de necessitarem dos serviços de saúde (baixo risco) decidem não adquirir planos/seguros-saúde. Por outro lado, aqueles indivíduos portadores de enfermidades graves (alto risco) terão interesse na aquisição do plano/seguro-saúde, onerando os demais participantes do plano/seguro. O resultado será um progressivo aumento de preços. (BAHIA 2000)

Com o intuito de se proteger da combinação de baixos prêmios e alto potencial de custo, as operadoras/seguradoras engajam-se na seleção de risco. Criam-se barreiras à entrada dos segurados no sistema, tais como a não aceitação de indivíduos com doenças pré-existentes ou a imposição de limites de cobertura. As operadoras/seguradoras tenderiam, portanto, a concentrar seus esforços de venda em indivíduos de baixo risco. A ineficiência toma a forma de aumento dos custos administrativos e de exclusão, além de estimativas de risco para clientes específicos.

A tabela abaixo sistematiza as falhas de mercado supracitadas, bem como possíveis medidas para minimizá-las.

Tabela1

Falhas no Mercado de Assistência Médica, Medidas Corretivas e Resultados			
Falhas	Conseqüências	Medidas	Resultados
Seleção Adversa	Pouca socialização do risco	Educação, subsídio fiscal.	Não efetivo
	Não funcionamento do mercado	Cobertura universal	Efetivo
	Reduzido número de segurados	Inscrição securitária permanente (por toda a vida)	Efetivo
Seleção de Risco	Segregação de determinados grupos (idosos, deficientes, doentes crônicos)	Proibição/restrição a exclusões	Moderadamente efetivo
Risco Moral	Sobreutilização dos serviços médico-hospitalares	Co-participação ; <i>tickets</i> moderadores ou médico geral (“porteiro”)	Moderadamente efetivo
		Lista de espera	Insatisfação do paciente

Fonte: ALMEIDA, 1998, a partir de HSIAO (1995, p.133)

Para auxiliar a equilibrar e normatizar essas disparidades inerentes ao sistema privado foi criada em 1998 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para defender o interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras que oferecem planos para complementar o atendimento no setor e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Entre os papéis principais do órgão está assegurar os direitos dos consumidores nas relações com empresas prestadoras de serviços. A agência tem a Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo formado por representantes de todos os segmentos da sociedade, que discute ações e decisões na área da saúde. Entre eles o Ministério da Justiça, a Central Única dos Trabalhadores, a Associação Médica Brasileira e os Procons.

Apesar de todos os problemas entre os agentes, é sabido que o setor privado teve expressivo crescimento nos serviços de saúde no Brasil. Tal crescimento pode ser explicado pelo aumento da renda da população e também pelo surgimento de planos e seguros mais baratos, que encorajam as pessoas a contraí-los pela segurança de não precisar depender da rede pública em caso de doença. Além disso, as deficiências apresentadas pelo SUS

encaminham cada vez mais usuários para a rede privada. A figura 2 ilustra o expressivo aumento dos usuários de planos de saúde entre 2008 e 2011.

Figura 2



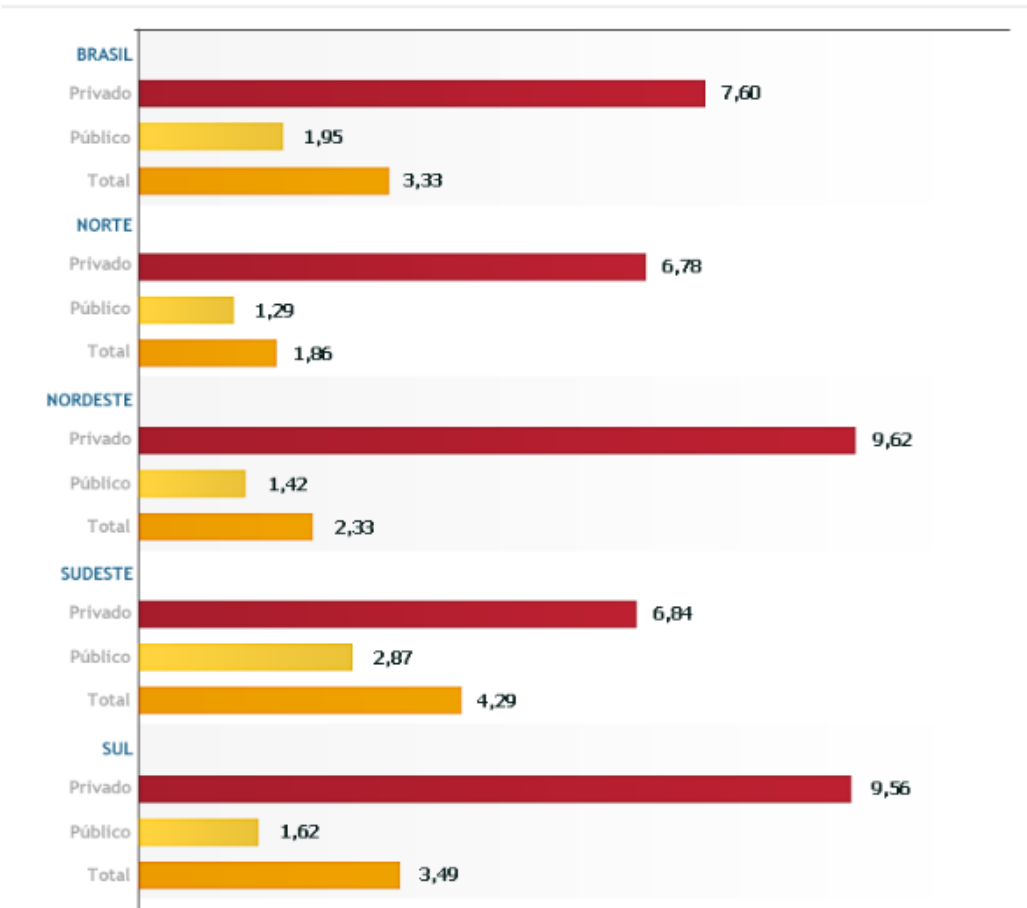
Por outro lado, o que se vê como resposta aos problemas de assimetria de informações e também talvez por certa dose de oportunismo por parte dos seguros saúde é que estes não se preocupam em investir e dar conta dos pacientes de alta complexidade, que por muitas vezes mesmo pagando por um plano de saúde acaba sendo encaminhado ao SUS para a realização de exames ou procedimentos mais complexos aos quais o seu plano de saúde não cobre.

Tal dinâmica conduz a proposição de que talvez a forma de funcionamento da rede privada encaminhe a saúde para uma bifurcação em que os pacientes mais simples são atendidos pela rede particular e os mais graves acabam sendo encaminhados ao SUS, tendo ou não convênio médico privado.

Por outro lado, há indicadores que denunciam o quão grave é a situação atual do SUS. Um indicador do quanto é preocupante e insegura a situação do usuário do SUS está no número de profissionais do mesmo. A figura 3 evidencia que os usuários do sistema público têm quatro vezes menos médicos do que usuários do setor privado.

Figura 3

Postos de trabalho médico ocupados no setor público e privado, segundo Grandes Regiões - Brasil 2011



Fonte: Portal R7. (<http://noticias.r7.com/saude/noticias/estudo-confirma-que-usuarios-do-sus-tem-quatro-vezes-menos-medicos-20111201.html> acessado em maio de 2012)

As questões tocantes aos pontos de contato entre público e privado serão melhor abordadas nos capítulos subsequentes. É possível inferir que ambas as partes apresentam falhas e faltas graves, sendo o maior prejudicado o paciente. Enquanto o sistema privado peca pela falta de competência em atender casos complexos o SUS acaba excludente quando não deveria sê-lo. Talvez a justificativa dessa exclusão decorra do fato de que desde a criação do SUS e, portanto, da universalização da atenção à saúde, a ampliação das

demandas num contexto de baixo crescimento econômico como foram os anos 1990, associado à um novo modelo econômico, de cunho ortodoxo, que privilegiou as soluções de mercado, criaram dificuldades para a implementação do SUS. Essas dificuldades se refletem nos hospitais com falta de leitos, pacientes se acumulando nas salas de emergência a espera de atendimento, demora na realização de exames de maior complexidade etc. Diante disso, surge a questão de se esses problemas decorrem da insuficiência de recursos ou da gestão dos recursos. Além disso, a chamada saúde suplementar se justifica sobre o argumento de que o sistema público é incapaz de atender a toda demanda, necessitando recorrer ao setor privado. A atenção à saúde, portanto, fez uma divisão de trabalho entre o setor público e privado, onde o primeiro se ocupa em prover os bens e serviços de saúde coletiva e dos procedimentos de alta complexidade e custosos, enquanto que o setor privado fica com o atendimento mais imediato e de baixo custo e, portanto, que proporciona maior margem de lucro. Neste contexto, dimensionar a participação do setor privado e público na provisão dos serviços de saúde e como um afeta o outro contribui para melhor conhecer e para se repensar a política pública de saúde e o seu financiamento.

2. A relação público-privado na saúde do Brasil

Segundo Lúcia Bahia (2000), é impossível organizar um sistema de saúde dotado de padrões razoáveis de acesso e qualidade com investimentos de 3,5% do PIB, ou com um gasto per capita anual de menos de R\$500,00. Suas insuficiências, filas, restrições do acesso, heterogeneidade da qualidade dos serviços, falta de humanização do atendimento servem de argumento para as alegadas indisposições das classes médias com o SUS e justificam a intensificação de vazamentos fiscais para financiar a privatização. Assim, as restrições orçamentárias impostas ao SUS transformam-se em subsídios para dinamizar o mercado de planos privados.

Há duas políticas estatais de saúde que concorrem entre si: a primeira a de expandir o SUS de forma que atenda a população com mais qualidade e a outra é a de subsidiar o setor privado no intuito de que este dê conta da demanda crescente de planos de saúde por parte da classe média emergente. Qual delas será expandida para atender a nova classe média emergente? Para que 90 milhões de pessoas acessem planos privados de saúde os subsídios indiretos são insuficientes. Abrir uma rota falsa de fuga do SUS não atende os desejos de empresas ansiosas por comercializar contratos que caibam no bolso desses potenciais clientes. São Paulo saiu na frente e aprovou uma legislação estadual que admite a oferta de um pedaço das unidades públicas hospitalares (25% dos leitos) para o atendimento de clientes de planos privados na rede SUS, em acomodações diferenciadas. (BAHIA 2000)

As apostas sobre a direção das articulações entre o público e o privado estão abertas. O que está em jogo não é mercado versus Estado e sim o uso dos recursos públicos para o SUS ou para os planos privados. O sistema público que propicia bem-estar e elevação geral das condições de vida via intervenção nos determinantes sociais da saúde não é passível de terceirização. A respeito disso, dispõe o artigo 199 da Constituição Federal.

“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.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização”.

Sendo assim, fica clara a questão de que é livre a iniciativa privada na assistência à saúde, desde que os recursos públicos não sejam destinados para tal. Tendo como base esta questão, cabe um questionamento a respeito de como se dá o financiamento do SUS e de onde vêm tais recursos.

O processo de financiamento está entre os principais problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde desde a sua criação. Isso porque a instabilidade dos parâmetros sobre gastos em saúde coloca em risco uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, comprometendo a prestação de um serviço de qualidade e acessível a todos. A responsabilidade do financiamento do SUS é das três esferas de governo, e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, aos respectivos fundos de saúde. A tabela 1 ilustra a evolução da responsabilidade pelo financiamento da saúde dos entes da federação nos anos de 1980, 1991, 2001 e 2010. O que se nota é um claro e relevante aumento da participação municipal e estadual (sendo esta não tão expressiva), acompanhado de intensa redução da participação da União, que cai de 75% para 45% no intervalo de 30 anos.

Tabela 2
Evolução da responsabilidade pelo financiamento da saúde

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1980	75%	18%	7%
1991	73%	15%	12%
2001	56%	21%	23%
2010	45%	27%	28%

Fonte: OMG. Elaboração própria.

Os artigos nº 194 e nº 195 estabelecem que a Saúde integra a Seguridade Social (juntamente com a Previdência e a Assistência Social) e que esta será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, estados, municípios e do Distrito Federal, bem como de Contribuições Sociais. Atualmente, as fontes que asseguram a maior parte de recursos ao Ministério da Saúde são a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com pessoal e encargos. Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos estados e pela União e estados aos Municípios.

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, representou uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo, além de regulamentar a progressividade do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), de reforçar o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde.

Apesar de o Artigo 198 da CF, definir, em seu parágrafo 3º, a criação da Lei Complementar, a ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecendo percentuais, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas Federal, Estadual, Municipal e no Distrito Federal, o texto constitucional não contempla as fontes de recursos federais e a base de cálculo de forma adequada. A falta de definição do processo de financiamento para depois de 2004 fez com que fosse necessária a luta pela regulamentação da Emenda. A EC29, em sua versão original, assegura mais recursos para o SUS e a vedação do acesso aos cofres e instalações públicas às empresas de planos de saúde. A Emenda pode então estimular a progressividade tributária e fiscal bem como gastos sociais mais redistributivos. Em contrapartida, o rentismo no apoio de organizações privadas às políticas de elevação das taxas de juros gera custos superiores à própria capacidade

governamental para aprimorar a qualidade dos gastos, enfrentar déficits e investir na saúde.

A regulamentação da EC29, que teve seu primeiro vigor entre 2000 e 2004, permitiu que os recursos aplicados nas ações e serviços de saúde não sofrem "desvio de finalidade", visto que a lei define o que poderá ser considerado como tal. Ou seja, é introduzido um componente qualitativo na análise do gasto com ações e serviços de saúde. Após este período, a Emenda já foi reformulada por várias vezes, sendo que, atualmente, seu projeto seria de que a União destinasse 10% do PIB compulsoriamente para a saúde, mas este não foi aprovado. Até o momento, o componente quantitativo (percentual de aplicação) não foi suficiente para garantir a eficácia dos serviços prestados, alocando-se em despesas de outra natureza para comprovar o cumprimento do percentual mínimo. Apesar de ainda estar em constante processo de modificação, a EC 29 tem um importante papel na questão do gerenciamento de recursos na saúde, segundo relatórios do Conselho Nacional de Saúde.

O que muita gente não sabe é que as competências do SUS vão muito além dos aspectos exclusivamente ligados a atenção a saúde diretamente falando. Sobre isso, dispõe o artigo 200 da Constituição Federal:

“Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.”

A partir disto, o que se pode observar é que além das obrigações do SUS relacionadas ao cuidado e atenção direta à saúde, cabe também ao SUS uma série de outras responsabilidades, a serem cumpridas com a mesma verba. Assim, fica a dúvida do que seria mais conveniente e mais justo para a população no tocante as questões já citadas no capítulo anterior. Com o acesso universal restringindo a oferta, a perda de qualidade dos serviços prestados só vem encorajar ainda mais o processo de privatização, que encontra uma demanda crescente representada pela classe média em ascensão. Falta de suporte político efetivo de elementos relevantes como os sindicatos, médicos, movimento popular, fragilidade e descontinuidade da “identidade” do movimento sanitário, sub-financiamento (divergências em relação a regulamentação da EC29) também são aspectos que dificultam a atuação do SUS.

Dessa forma, o SUS e a saúde suplementar coexistem em uma relação contraditória, levando-se em conta que o domínio privado interfere na natureza pública do SUS e impede o exercício do ideal de universalidade e equidade por ele proposto. Segundo autores como Ibanhes (2005), o interesse público é determinado imediatamente em relação e em contraste com o interesse privado e vice-versa.

Além disso, os pontos de contato entre público e privado também são marcados por outros problemas de grande relevância, tais como as isenções tributárias de identidades filantrópicas e cooperativas; prestação de serviços de média e alta complexidade não cobertos pela saúde suplementar que são encaminhados ao SUS sem o devido ressarcimento; fila dupla, isto é, profissionais da saúde com duplo vínculo que geram encaminhamentos para o SUS burlando as filas; o crescente fenômeno da judicialização da Saúde Pública (não distinguindo o usuário do SUS dos conveniados justamente pela questão da universalidade); as dificuldades da Gestão Pública em se utilizar da complementaridade legal dos serviços do setor privado que se expandiram muito além do que se previa quando da constituição; e a preocupação com o crescimento da privatização de nosso sistema de saúde e seus efeitos para o aumento das iniquidades em relação aos riscos, ao acesso e à utilização dos

mesmos. Sendo assim, a sobreposição entre o sistema público e o privado, expresso na interpenetração das redes prestadoras de serviço, e a dependência cada vez maior do sistema público em relação à rede privada prestadora de serviços se traduz em problemas como: i) recursos, ii) equipamentos novos e modernos e iii) manutenção preventiva, segundo o estudo de Lígia Bahia, 2000.

Como uma solução possível para a articulação público-privado, a bibliografia disponível tem proposto a construção social de uma agenda totalmente inovadora, que supere a discussão focada apenas no sistema único e possa levar à reconstrução do arcabouço regulatório do sistema de saúde como um todo, eliminando a dicotomia atualmente presente. Além disso, propõem-se a valorização da rede para fazer valer o interesse público através de uma macrorregulação; reorientar o SUS pela lógica das necessidades da população, superando a lógica da oferta; o fortalecimento da regionalização cooperativa, pactuada entre as três esferas do poder, visando a integralidade da atenção, a operacionalização das ferramentas de gestão, a promoção de um co-financiamento das ações pactuadas e nova estrutura de gastos, voltada para a necessidade da população; remobilização da sociedade civil, visando a consolidação efetiva da cidadania; e, finalmente, o aumento de recursos elevando o SUS à condição de prioridade entre as políticas de governo e aprofundando a discussão do sistema de saúde brasileiro, enfatizando a relação entre o SUS e o sistema privado de planos e seguros de saúde. (Ibanhes, 2005)

2.1 Estatísticas e dados da saúde brasileira

A relação dada entre o público e privado, que muitas vezes se apresenta contraditória a nível de interesses, torna-se melhor ilustrada ao se analisar os dados referentes aos gastos com saúde no país e se estabelecer comparações entre estes com os gastos dos outros países do mundo. O Brasil pode ser a sexta maior economia do mundo, mas em termos de gastos com a saúde, o governo brasileiro ainda se equipara à realidade africana e destina ao setor menos do que a média mundial, que é de 14,3% do PIB. Dados da

Organização Mundial da Saúde (OMS) alertam que não faltam médicos no País. Ainda assim, a proporção de leitos é inferior à média mundial e comparável a vários países africanos. O Brasil é ainda um dos 30 países onde a população paga de seu próprio bolso mais de 50% dos gastos relacionados a saúde.

Os números mostram que, na última década, as autoridades brasileiras incrementaram o orçamento destinado aos serviços de saúde. Este incremento, no entanto, não é suficiente nem mesmo para que o País chegue ao patamar da média mundial. A distância entre o que se gasta no Brasil com a saúde e o que se gasta nos países ricos é superior.

Segundo a OMS, em 2000 o governo brasileiro destinava 4,1% de seu orçamento para a saúde. Dez anos depois, a taxa subiu para 5,9%. A média mundial é de 14,3% e a taxa brasileira chega a ser inferior à média Africana. Do total que se gasta no País com a saúde, 56% vem do bolso dos cidadãos e não dos serviços do Estado. Apenas 30 de 193 países vivem essa situação. Em 2000, a taxa era ainda pior, com 59% dos custos da saúde vindo do bolso do cidadão. Desta forma, a taxa de 56% está distante da média mundial, de 40%. Nos países ricos, apenas um terço dos custos da saúde são arcados pelos cidadãos.

Em uma década, o governo triplicou o gasto por habitante. Mas ainda assim destina a cada brasileiro apenas uma fração do que países ricos destinam a seus cidadãos. No Brasil no ano de 2000, o governo destinava em média US\$107 pela saúde de cada brasileiro por ano. Em 2009, ao final da década, a taxa havia sido elevada para US\$320. O valor é inferior aos US\$549 que, em média, um habitante do planeta recebe em saúde de seus governos.

Nos países europeus, os gastos médios dos governos com cada cidadão chega a ser dez vezes superior aos do Brasil. Em alguns casos, como Luxemburgo, gasta-se mais de US\$6,9 mil por cidadão, quase 25 vezes o valor brasileiro. Na Noruega, o gasto é similar, enquanto a Dinamarca destina 20 vezes mais a cada cidadão em saúde que no Brasil. Mesmo na Grécia, as autoridades destinam seis vezes mais recursos a cada cidadão que no Brasil.

Os dados, porém, são do início da crise. Governos como os da Romênia, Sérvia, Arábia Saudita ou Uruguai também destinam mais recursos por habitantes que no Brasil.

Outro dado preocupante: o País conta, em média, com 26 leitos para cada 10 mil habitantes. Os indicadores se referem ao período entre 2005 e 2011 revelam que 80 países têm um índice melhor que o do Brasil, que está empatado com países como Tonga e Suriname. A média mundial é de 30 leitos por cada 10 mil habitantes. Na Europa, a disponibilidade é três vezes superior a do Brasil. Em termos de médicos, o Brasil vive uma situação mais confortável. Segundo dados da OMS de 2010, são 17,6 médicos para cada 10 mil habitantes, acima da média mundial de 14 médicos por 10 mil. Mas ainda assim a taxa é a metade do número que se registra na Europa. Já na África, são apenas dois médicos para cada 10 mil pessoas. Em tempo, é importante salientar que este indicador não considera a concentração de profissionais e, mesmo onde esta concentração é grande, como em regiões metropolitanas, há uma concentração em regiões nobres, enquanto isso, há poucos médicos e dificuldade de acesso a estes serviços em regiões periféricas e de maior concentração populacional, geralmente com baixa renda.

O Brasil ainda não tem um sistema de monitoramento de contas em saúde, o que permitiria uns acompanhamentos mais refinados dos gastos públicos e privados. Sabe-se mais sobre o gasto público, principalmente em função do Sistema de Orçamentos Públicos da Saúde (Siops). Existem estimativas sobre os gastos das famílias, com base nas Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF-IBGE). Tem-se informações sobre faturamento do segmento de planos e de seguros-saúde, mas ainda se sabe pouco sobre a participação das empresas no financiamento da saúde. Apesar dessa deficiência, foi elaborada uma tabela com o resumo das estimativas do hiato entre a realidade e a situação ideal dos gastos no ano de 2010.

Tabela 3
Resumo das estimativas de necessidades de recursos para garantir
cobertura à saúde universal e integral. Brasil, 2010

Hipóteses	Total (em R\$bilhoes)	O que falta à saúde pública brasileira (em R\$bilhoes)
Incluindo planos de saúde	298	160
Usando a média de 5,5% do PIB Mundial com saúde pública	198	60
Público dos países de maior renda (US\$2.589 2008)	742	604
Público da Europa (US\$1.520 de 2008)	435	297
PPúblico das Américas (US\$1.484 de 2008)	425	287

Fonte: OMS - 2011; IBGE-PIB; ANS MARÇO:2011; ESTUDOS GC.

Os números comprovam a grande carência de recursos, mostrando-se ainda mais exorbitantes quando comparados a outros países mais desenvolvidos.

O setor saúde apresenta estruturas de mercado complexas e nada óbvias. Essas estruturas influenciam criticamente os padrões de atendimento médico e não podem ser ignoradas. Pelo lado da oferta, o lucro não é por si só um motivo adequado para explicar o "mercado" da saúde, como é para outros tipos de bens e serviços, dado que há um grande número de instituições públicas e privadas não lucrativas que prestam serviços de saúde. Como tais serviços não podem ter um preço "a priori" definido no mercado, torna-se difícil medir a preferência dos consumidores por eles. A própria medicina estatal, em um grande número de países desenvolvidos garante direitos ao consumo de tais serviços àqueles que não podem pagar pelos mesmos. Pelo lado da demanda, os consumidores não escolhem entre os serviços de saúde e os demais bens e serviços através de uma "racionalidade na escolha", e sim pela necessidade ou não de consumo de tais serviços. Esse consumo geralmente não é previsível e ocorre em situações de forte conteúdo emocional/psicológico. Quem vai fixar que tipos de serviços vão ser consumidos é, em última instância, o médico, aquele que faz o diagnóstico, e não o paciente, que é o consumidor (MEDICI, 1983). A tabela 3, a seguir,

ilustra os números acima discutidos acerca dos indicadores do Brasil comparados as médias mundiais.

Figura 4

ORÇAMENTO DA SAÚDE

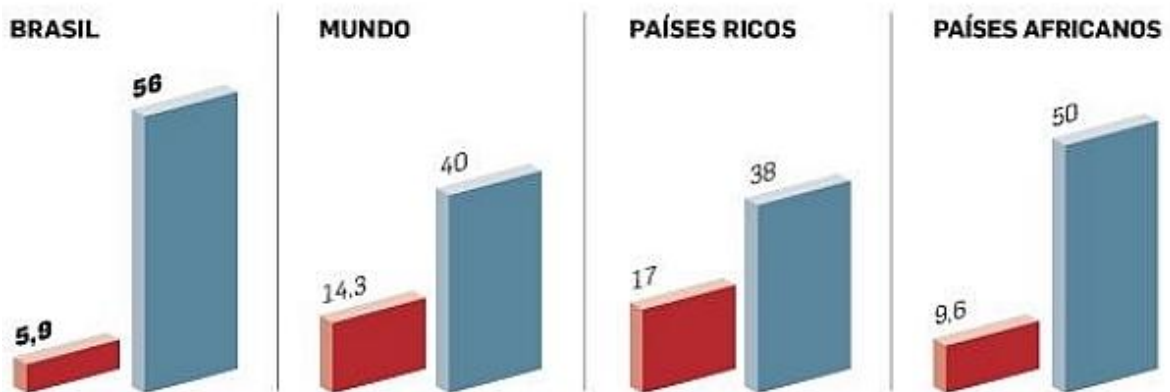
● Levantamento com dados de 2009 da Organização Mundial da Saúde mostra que, apesar de ter aumentado em uma década, o Brasil gasta pouco com setor em comparação com a média mundial

Gasto médio com saúde

EM PORCENTAGEM

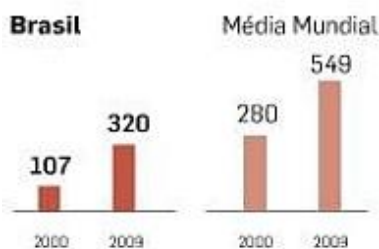
PARCELA DO PIB

PARCELA DA RENDA DO CIDADÃO



Gasto do governo

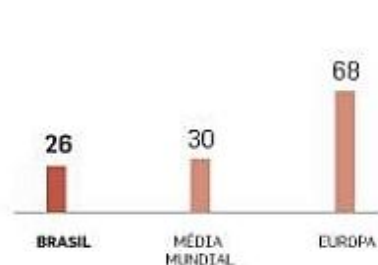
POR HABITANTE, EM US\$



**Luxemburgo
gasta mais de
US\$ 6,9 mil
por cidadão
por ano**

Número de leitos

POR 10 MIL HABITANTES



FONTE: OMS

INFOGRAFICO.AE

Desta forma, qual seria o problema que rege os gastos públicos comprovados empiricamente como inadequados? No Brasil ainda se assume duas posições extremas: uns dizem que falta dinheiro e outros, radicalizando no extremo oposto, falando, em alto e bom som, que o problema único ou maior, é a falta de gestão (entenda-se incompetência gerencial das pessoas e processos públicos de trabalho obsoletos). Talvez a resposta esteja na

multicausalidade: falta de dinheiro, falta de condições de vida do brasileiro, falta do novo modelo SUS, falta de gestão, falta de maior compromisso dos gestores.

A despeito das causas, o que se vê é que cada vez mais a participação do gasto particular cresce frente as insuficiências do governo e às necessidades iminentes da população, sob o argumento de que saúde é um bem indispensável que justifica gastos muitas vezes além das restrições orçamentárias das famílias, conforme explicitado na tabela 4, a seguir.

Tabela 4

CADA VEZ MAIS CARO

Levantamento do IBGE mostra que os gastos com saúde crescem todos os anos e também pesam mais no bolso das famílias.

Despesas

De maneira geral, os gastos com saúde crescem a cada ano.

em % do PIB	2007	2008	2009
Total	8,5	8,3	8,8
Parcela da administração pública	3,5	3,5	3,8
Parcela das famílias	4,9	4,7	4,9

Despesas por participação

A fatia da administração pública no custeio do setor aumentou.

em %	2007	2008	2009
Parcela da administração pública	41,8	42,8	43,7
Parcela das famílias	58,2	57,2	56,3

Despesas per capita

Gastos das famílias com bens e serviços de saúde também cresceram.

em R\$ por ano	2007	2008	2009
Parcela da administração pública	502,36	566,43	645,27
Parcela das famílias	698,98	758,21	835,65

Como os governos gastam com a saúde, em %

Serviços públicos de saúde (hospitais, postos de saúde, laboratórios, Programa Saúde da Família, etc)	66,4
Outros (não classificados)	13,7
Atendimento em hospitais privados conveniados ao SUS	10,8
Medicamentos	5,1
Vigilância em saúde	2,7
Serviços não hospitalares realizados em unidades privadas conveniadas ao SUS (consultas, exames, etc)	1,3
Serviços sociais privados (como centros terapêuticos para dependentes químicos)	0,03

Como as famílias gastam com a saúde, em %

Serviços não hospitalares (consultas médicas, exames diagnósticos, procedimentos ambulatoriais, etc)	36,3
Medicamentos	35,8
Atendimento hospitalar	15,8
Planos de saúde*	8,9
Aparelhos e instrumentos para uso médico, hospitalar ou odontológico	2,2
Outros	1

* Valor referente ao custo administrativo. Não inclui consultas, exames e outros procedimentos realizados pelos planos.

Fonte: Conta-Satélite de Saúde Brasil 2007-2009/IBGE.

Infografia: Gazeta do Povo

Tendo como objetivo finalizar parcialmente a discussão dos dados, segue abaixo números relativos a leitos e PIB per capita comparando particular e público:

Tabela 5
Número de leitos para cada 10.000 habitantes, segundo a fonte do serviço de saúde. Brasil, anos selecionados.

Fonte	1992	1999	2002	2005
Público	5,16	5,35	4,81	4,36
Privado	12,96	10,64	8,93	7,09

Fonte: DATASUS e OMG. Elaboração própria.

Estranhamente, o que se vê é um declínio da quantidade de leitos disponíveis tanto no setor público quanto no setor privado. Ainda assim, o número de leitos privados supera o de leitos públicos em todos os anos analisados. Concomitantemente, podem-se analisar os dados relativos ao gasto *per capita* através da tabela 6 abaixo:

Tabela 6 Gastos com ações e serviços públicos de saúde <i>per capita</i> por unidade da federação(em reais correntes)									
UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Rondônia	48,02	67,08	73,51	103,15	115,93	151,42	169,14	172,58	225,14
Acre	207,79	184,99	209,53	211,41	215,16	253,1	293,91	320	459,32
Amazonas	101,4	158,29	210,03	202,89	221,86	222,38	266,18	294,21	328,57
Roraima	161,68	195,02	179,46	229,86	239,59	320,81	367,23	418,68	510,8
Para	25,44	27,37	42,92	50,97	60,27	75,31	82,87	96,41	108,98
Amapá	155,21	189,8	209,81	248,77	268,26	237,43	303,01	404	417,23
Tocantins	60,93	89,58	115,96	131,09	145,7	180,34	210,13	255,73	313,29
Maranhão	4,4	6,02	22,12	32,21	33,51	50,66	52,13	64,84	87,36
Piauí	17,38	28,45	28,86	37,68	66,9	65,54	68,45	67,25	93,73
Ceara	34,17	30,09	37,67	48,1	68,19	58,81	65,05	59,42	85,08
Rio Grande do Norte	58,37	60,84	81,68	94,62	95,35	121,38	138,86	203,6	225,06
Paraíba	16,68	47,3	51,72	42,92	44,63	56,6	68,96	67,3	118,71
Pernambuco	29,1	44,08	43,87	49,84	68,16	71,74	86,21	88,57	132,63
Alagoas	25,69	33,24	46,06	45,44	64,82	75,9	80,55	97,7	116,95
Sergipe	19,08	32,61	62,08	86,9	97,6	100,11	135,26	157,3	191,32
Bahia	28,64	31,52	43,6	53,77	66,94	75,01	81,56	92,94	105,22
Minas Gerais	16,67	35,54	32,75	36,57	58,72	53,64	51,01	67,09	98,68
Espírito Santo	66,4	69,65	72,65	94,48	105,17	131,04	147,65	157,2	196,39
Rio de Janeiro	27,7	35,25	39,4	56,88	91,96	80,43	101,61	113,17	126,72
São Paulo	56,03	69,51	92,03	97,89	119,94	128,62	141,96	158,03	198,28
Paraná	11,19	19,25	26,86	42,64	63,87	75,55	100,65	95,66	111,85
Santa Catarina	43,28	45,6	59,39	83,13	100,28	100,95	120,16	123,45	146,63
Rio Grande do Sul	37,29	43,16	36,13	36,56	47,44	48,81	44,52	39,91	56,82
Mato Grosso do Sul	21,57	45,98	70,66	61,21	59,59	81,98	103,25	138,24	212,81
Mato Grosso	14,45	44,51	56,63	87,85	122,88	128,69	133,54	143,38	178,85
Goiás	43,73	46,05	50,57	65,18	82,29	56,46	61,46	80,78	112,67
Distrito Federal	115,35	117,98	133,46	189,12	270,2	340,37	414,53	522,64	476,38

Fonte: Documento OMG. Elaboração própria.

Conforme observações supracitadas, os investimentos em saúde por habitante cresceram largamente no período em análise, em todos os estados brasileiros. Como se pode imaginar, há uma acentuada discrepância entre os gastos por habitante por região do país. Tal fato se justifica pela divergência de condições de vida, infraestrutura e desigualdade na distribuição de renda. A tabela 6 mostra que em São Paulo o investimento é bem menor do que no Acre, por exemplo. Tais divergências não serão o principal foco deste estudo monográfico, mas faz-se

importante o registro das mesmas para se ter ideia de que a relação público privado se torna ainda mais complexa quando se leva em conta as disparidades entre as regiões do Brasil e suas múltiplas características.

3. Influência dos hospitais escola

A despeito de todos os argumentos e dados dos capítulos anteriores, na prática o que se vê é uma grande insatisfação dos usuários tanto do setor público quanto do privado. Os motivos que permeiam esta insatisfação estão embasados em aspectos bastante diversos. Enquanto o usuário do SUS reclama, em geral, da falta de estrutura, demora no atendimento, falta de conforto, filas etc., o usuário particular se queixa principalmente da falta de diagnósticos precisos, falta de cobertura de exames, demora de autorização para a realização de procedimentos entre outros.

A grande disponibilidade de planos de saúde mais acessíveis parece ter conduzido o sistema suplementar a um serviço pouco eficiente e que raramente consegue atender integralmente à demanda do usuário, uma vez que os serviços oferecidos compreendem em geral uma gama de atendimento de complexidade inferior quando comparada ao setor público. Em decorrência disso, muitos pacientes que possuem algum tipo de seguro saúde privado recorrem ao setor público nos casos de necessitarem de procedimentos mais complexos, o que muitas vezes são feitos pelos hospitais-escola, devido a falta de cobertura do setor privado.

Cabe então, analisar o papel exercido pelos hospitais-escola para a qualidade da saúde como um todo. Estes hospitais tem por característica o interesse pela complexidade e o desenvolvimento de tecnologias, meios e recursos novos de tratamento, bem como, em geral, dispõe de melhor infraestrutura com relação a exames, aparelhos e procedimentos, para viabilizar o ensino dos futuros profissionais da saúde que ali estudam. Em contrapartida, a população ali assistida dispõe de hospitais essencialmente mais equipados, com mais recursos e maior capacidade de atender à demanda por procedimentos mais complexos, em função do caráter de pesquisa que a instituição traz consigo.

Esse caráter de pesquisa que fundamenta os hospitais-escola converge para as carências do sistema de saúde como um todo, e motiva cada vez mais que as redes básicas de saúde e também os hospitais particulares acabem encaminhando seus pacientes para terminarem o tratamento naqueles. Por outro lado, o que se vê

nestes hospitais é um contingente de pessoas das mais variadas classes sociais, provenientes de diversos municípios e até mesmo de outras unidades da federação.

Assim neste capítulo, nosso objetivo é procurar fundamentar através de dados a atuação e importância do Hospital de Clínicas da UNICAMP bem como dimensionar e caracterizar minimamente o perfil de seus usuários, através de apresentação de resultados de coleta de dados e argumentos e relatos colhidos junto a esta população entrevistada.

A coleta de dados foi realizada junto a 100 pacientes internados no Hospital de Clínicas da UNICAMP. Os dados coletados foram fruto de um questionário que visou delimitar sucinta e superficialmente o perfil dos usuários da instituição, bem como quantificar quantos destes tinham plano de saúde e, o tendo, porque estavam sendo atendidos pelo SUS.

A amostra selecionada foi aleatória, sendo aplicado o questionário após vários questionamentos informais que deram subsidio para que se delimitassem os objetivos da pesquisa. Foram entrevistados pacientes internados nos meses de outubro e novembro.

3.1 Resultados da pesquisa

O primeiro fato a ser ressaltado no relato dos pacientes quando questionados do porque estão sendo atendidos no HC/UNICAMP é que somente neste tiveram seus problemas de saúde realmente rastreados afim de que se encontrasse uma solução pertinente. A primeira paciente entrevistada conta que sofria de intensa dor nas costas há mais de um ano. Quando procurava atendimento na rede privada, sempre recebia o diagnóstico de que a dor era postural. Ao procurar o HC/UNICAMP, esta paciente foi submetida a vários exames, sendo diagnosticado um tumor lombar de aproximadamente 17 centímetros de diâmetro. Esse diagnóstico, contudo, chegou tarde demais para essa paciente: não era possível mais ser feita uma cirurgia para retirada do tumor. Ou seja, o tempo que perdeu com os diagnósticos errôneos e pouco embasados por exames foi decisivo para que ela perdesse as chances de cura.

O exemplo citado pertence a um conjunto de inúmeros outros relatos que conduzem ao argumento de que a saúde suplementar se vê em uma posição cômoda em relação ao sistema público. Seus médicos são desencorajados a solicitar exames, para contenção de custos, que poderiam ser decisivos para um diagnóstico mais apurado e adequado. Por mais que o hospital privado ofereça, em geral, mais conforto, apresente uma infraestrutura física melhor e seja superior quanto à parte estética, o que se vê é pouco interesse por clientes de alta complexidade, que em geral diminuirão os lucros da instituição, pois demandam procedimentos e assistência mais onerosos.

Outra citação recorrente entre os pacientes se relaciona às internações na rede privada. Na opinião dos pacientes consultados, parece haver falta de critério nas hospitalizações, dando margem para que se pense que são solicitadas apenas para gerar diárias para o hospital do convênio, visando fins lucrativos sem se dimensionar de fato a real necessidade da internação. Do lado oposto, o que se vê no SUS é certa desorganização neste ponto. Supondo-se que o ideal é que os leitos estejam sempre disponíveis para casos de urgência e emergência e para os pacientes complexos, isso não ocorre, geralmente porque os pacientes com internação eletiva permanecem internados além do tempo que seria necessário para realização dos procedimentos agendados que são cancelados várias vezes, o que reflete a necessidade de melhor gestão.

A rede pública se vê de mãos atadas, pois o SUS tem de respeitar os princípios de universalidade, igualdade e equidade, e por isso não pode recusar assistência aos pacientes que procuram atendimento ainda que sejam clientes da rede privada. Simetricamente, não se pode esquecer que a rede privada tem bons hospitais, alguns deles até mesmo atendem pelo SUS. O problema estaria então focado nos planos de saúde, que não possuem convênios com hospitais qualificados ou não cobrem procedimentos mais caros, o que obriga o usuário a buscar atendimento no SUS.

É inegável que tais argumentos carregam um conteúdo generalista, e não refletem a totalidade dos casos. Entretanto, a partir da amostra de 100 pacientes, aleatoriamente selecionados, é possível afirmar que o número de casos como esses é realmente elevado. Por isso, a hipótese de que a saúde brasileira esteja sendo

conduzida para uma bifurcação, em que o paciente menos complexo e que demande menos recursos fica com o sistema privado, enquanto o cliente que demanda cuidados mais onerosos e específicos cabe ao SUS é bastante consubstanciada pelos fatos verificados.

3.1.1 Perfil do paciente atendido

Os pacientes entrevistados tinham em média 38,8 anos de idade e, apesar de o total de entrevistados estarem distribuídos numa faixa etária que varia de 4 a 86 anos, observa-se baixa variação entre eles, com o desvio padrão sendo menor que um (0,91), o que mostra que a maioria dos pacientes entrevistados situam-se numa faixa que vai de cerca 36 anos a 41 anos de idade. Entre estes, os usuários internados para cirurgias eletivas variavam por todo o intervalo etário, enquanto os clientes internados por casos de urgência e emergência eram 72% pertencentes ao intervalo entre 20 e 45 anos e o restante de 45 a 86.

Dos 100 clientes, 64 eram mulheres e 36 homens. Entre as mulheres, 50% do grupo tem mais de 60 anos, e os outros 50% estão igualmente distribuído entre as outras faixas etárias. Entre os homens, 60% eram jovens, de 20 a 35 anos.

Outra característica que se ressalta está relacionada a região a que pertencem os usuários do HC/UNICAMP. Do total de entrevistados, somente 4 eram de outros estados (3 do estado de Minas Gerais e 1 do Rio de Janeiro), sendo a quase totalidade oriundo do estado de São Paulo (96 pessoas) e, sobretudo vindos dos municípios da região metropolitana de Campinas (62%), enquanto 38% residiam no município de Campinas. Este é mais um dado que comprova o quão importante e o grau de confiança que assume o Hospital-escola tal qual ele é, tendo um papel de peso para uma ampla região, por ser um centro de referência de pesquisa e tecnologia.

É conveniente ressaltar que o Hospital de Clínicas é um hospital terciário, atendendo principalmente a casos de complexidade alta e média aos quais, em teoria, as redes básicas públicas e secundárias não foram suficientemente capazes de atender. Entretanto, na prática, o que se vê ainda é uma população pouco informada, que em virtude da confiança que deposita na instituição acaba a

procurando-a antes de recorrer aos meios mais adequados, tais como postos de saúde e hospitais de menor porte.

3.1.2 Atendimento demandado

O HC/UNICAMP tem caráter altamente específico. É conveniente deixar claro que este atua com especialidades bastante delimitadas entre si com o objetivo de prestar uma assistência mais qualificada e especializada em cada tipo de doença. Dos usuários entrevistados, a metade estava sendo atendido pela área de traumatologia e ortopedia; seguindo-se os pacientes de nefrologia (10%); cardiologia (9%); otorrinolaringologia (8%); endocrinologia e cirurgia plástica (5% cada); gastroenterologia (3%); neuroclínica, cirurgia do trauma e vascular (2% cada); e pneumologia, urologia, ginecologia e oftalmologia (1% cada).

Durante a pesquisa, ficou evidenciado a importância e as diversidades adquiridas pelo perfil dos pacientes de cada especialidade. Desta forma, os clientes da cirurgia plástica, especialidade que apresenta característica impar no perfil de seus clientes, por exemplo, apresentam em geral um nível de instrução e socioeconômico superior a outros. Deste grupo, 80% possuíam plano de saúde, e alegam terem recorrido ao SUS, pois os hospitais do convênio não oferecem procedimentos estéticos, ao passo que, após alguma espera, conseguem a tão sonhada cirurgia estética no SUS, que para fins de justificativa do procedimento, acaba documentando que a cirurgia estética tinha como base problemas psicológicos ou justificativas semelhantes, uma vez que os profissionais que querem se especializar em cirurgia plástica precisam adquirir prática em tais procedimentos, ainda que estes não se enquadrem nos objetivos e missão do sistema público. Neste grupo, 3 dos pacientes entrevistados haviam se submetido a cirurgia de redução de estômago no convênio, e perdido muito peso, necessitando assim de cirurgias estéticas reparadoras, mas relatam que estas não eram oferecidas no convênio em hipótese alguma.

Segue abaixo tabela que explicita a composição de pacientes distribuídos entre as especialidades e quantos deles são usuários também da rede privada.

Tabela 7
Distribuição % dos pacientes segundo especialidade médica e

Especialidade	Possuem plano de saúde	Não possuem plano de saúde	Total
Cirurgia Plástica	4	1	5
Oftalmologia	1	0	1
Cardiologia	4	5	9
Ginecologia	1	0	1
Urologia	0	1	1
Cirurgia do Trauma	0	2	2
Gastroenterologia	0	3	3
Nefrologia	4	6	10
Otorrinolaringologia	7	1	8
Endocrinologia	2	3	5
Neurologia	0	2	2
Pneumologia	0	1	1
Vascular	0	2	2
Ortopedia e Traumatologia	19	31	50
Total	42	58	100

Fonte: elaboração própria.

Conforme explicitado na tabela, 42% dos entrevistados possuem plano de saúde privado e estavam sendo atendidos pelo SUS no momento da pesquisa. Levando-se em conta que a amostra foi aleatória e a população bastante pequena, não é possível fazer inferências a respeito de que estes números estejam ou não de acordo com a realidade da população total, mas o que se pode afirmar é que os dados são bastante preocupantes.

Quando questionados sobre o porquê de estarem utilizando o serviço do SUS tendo plano privados, apenas 3 dos 42 clientes afirmaram que estavam ali porque haviam sido trazidos pelo socorro e que pretendiam ser transferidos em breve para um hospital particular. Dos 39 usuários restantes, 28 afirmam terem optado pela UNICAMP por preferência própria, já que depositam maior confiança neste hospital do que nos hospitais particulares, 3 responderam terem sido orientados a procurar este serviço pelos próprios médicos do convênio, que julgaram que seriam melhor assistidos na rede pública, e os 8 restantes afirmam estarem ali em decorrência de não cobertura dos procedimentos de que necessitavam pelo plano de saúde.

É conveniente destacar que os clientes das especialidades de hematologia e oncologia não puderam ser entrevistados devido não se ter obtido autorização da chefia direta deste setor. Entretanto, em diálogos informais com tais clientes, previamente a realização da coleta de dados, somadas a pesquisas bibliográficas, é possível inferir que estes seriam os setores com mais usuários que possuem planos de saúde entre todas as especialidades atendidas. Este índice estaria atrelado ao fato de que estas áreas médicas demandam em geral procedimentos, medicamentos e em especial quimioterápicos de custos bastante elevados, de forma que o usuário muitas vezes é encaminhado pelo próprio convênio a se dirigir para a rede pública. Há também neste setor uma questão várias vezes citada pelos pacientes, de que patologias ligadas a presença de cânceres muitas vezes tinham diagnóstico impreciso e lento no hospital particular. Segundo os próprios pacientes não se faz um diagnóstico mais amplo, procurando-se todos os motivos que levam a determinados sintomas, geralmente optando-se pelos sintomas diagnósticos menos severos, tais como dores rotineiras, infecções de garganta etc.

Entre todos os depoimentos colhidos, tanto os da pesquisa quanto os informais anteriormente, o que mais chamou atenção é o de uma senhora que refere ter sido vítima de uma fratura de fêmur e ter sido operada por um renomado cirurgião em um conhecido hospital privado de Campinas, cerca de 3 meses antes da entrevista. Entretanto, ela adquiriu infecção hospitalar no referido hospital, mas seu plano de saúde negou-se a arcar com os custos decorrentes de uma infecção adquirida em seu próprio local! Sendo assim, seu médico a encaminhou para a UNICAMP, local onde ele também exerce a profissão. A cliente está sendo assistida pela rede pública desde então, e está processando o seu convênio médico por tal aberração.

Desta forma, o que se verifica é uma porção de relatos de pessoas que, de alguma maneira, se sentem injustiçadas por pagar por um serviço pouco eficiente que não lhes presta assistência no momento em que mais necessitam.

3.1.3 Avaliação do serviço recebido pelos pacientes que possuem plano de saúde privado

Antes de se apresentar a avaliação feita pelo pacientes que possuem planos de saúde, deve-se citar que eles estavam distribuídos em três planos: mais de 80% eram usuários da UNIMED, sendo que o restante tinham os planos COPUS (10%) e ASSIMÉDICA (10%).

Quando os entrevistados que possuem plano de saúde são questionados a respeito de suas opiniões sobre o serviço público, comparado ao privado, as respostas também são bastante surpreendentes. Mais da metade deles referem que o atendimento público é superior ao privado em todos os aspectos. Alguns relatam que os hospitais particulares são melhores por serem mais ágeis no atendimento, menores filas e melhor conforto e infraestrutura. Outros ainda citam a maior facilidade no agendamento de cirurgias eletivas e acessibilidade com seus respectivos médicos responsáveis.

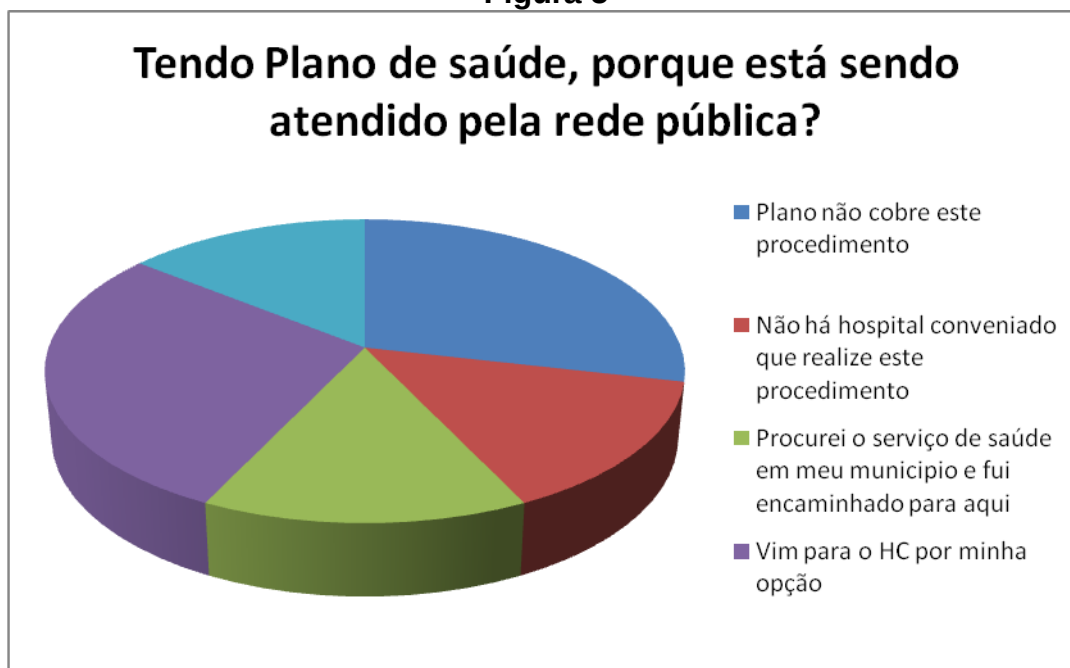
Apenas um entrevistado relata acreditar que o serviço privado é superior em todos os aspectos, e que só estava ali internado por ter sido trazido pelo serviço de urgência e emergência e não ter conseguido ser transferido para seu hospital do convênio.

Foram citados ainda, em maior ou menor medida, aspectos como limpeza e higiene, atendimento da enfermagem, facilidade de acesso e visitas e tempo de espera para realização de exames nos hospitais privado. Muitos clientes enumeraram que nos hospitais conveniados, o tempo de espera era igual ou superior ao Hospital das Clínicas, quando a entrada se dá pelo Pronto Socorro.

Outro ponto relevante é que os clientes foram unânimes em citar que quanto maior a complexidade do problema, mais se sentiam seguros no HC do que em outros hospitais, já que afirmam que este tem uma forte atuação na questão da pesquisa do caso, de forma que investigam sinais e sintomas até que se esgotem possibilidades e se possa fechar uma hipótese diagnóstica com melhor embasamento.

A figura 4 ilustra as razões pelas quais conveniados de plano de saúde se encontravam no SUS no momento da pesquisa:

Figura 5



Fonte: elaboração própria.

Como se pode observar, as razões pelas quais os usuários pagantes do serviço particular procuram o serviço da UNICAMP são bastante divididas. Os usuários afirmam repetidamente questões como falta de cobertura do plano para procedimentos específicos, como é o caso de duas crianças de 4 anos de idade que nasceram surdas e estavam internadas para colocação de implante coclear, ou mesmo o caso supracitado das cirurgias estéticas, bastante procuradas pela população. A maioria dos clientes refere ter ido a UNICAMP por confiança, e alguns não sabem ou não quiseram opinar.

4. Considerações finais

Através dos argumentos traçados neste trabalho, o intuito da pesquisa monográfica foi o de desenhar um estereótipo compatível à situação atual da saúde brasileira no que tange as relações entre o público e o privado, bem como estabelecer os pontos em que esta relação se faz de maneira falha ou corrupta, de forma a prejudicar a peça para qual todo o sistema se encaminha, isto é, o paciente, seja ele particular ou público, complexo ou simples.

Mediante tais análises, a pretensão foi obter conclusões acerca de quão prejudicial ou benéfica tem sido a postura da saúde suplementar frente às políticas públicas, dimensionando seus efeitos e implicações, tanto no âmbito financeiro quanto em termos qualitativos.

Apesar de acreditar que na ausência do sistema privado os gastos públicos seriam mais onerosos, a má conduta inerente a ele traz malefícios consideráveis a saúde pública, inclusive de cunho financeiro. Com base no exposto até o momento, o presente trabalho tem como hipótese central que o SUS poderia dispor de grande benefício quantitativo caso o sistema privado não apresentasse os deslizes referentes ao não ressarcimento da saúde pública, bem como poderia apresentar uma melhora no padrão de atendimento não fossem as filas duplas e a corrupção que está por trás das relações público e privado na saúde. Além disso, com base nos dados e textos produzidos sobre o assunto, é possível inferir que o atual padrão de organização da saúde induz a uma bifurcação do sistema, resultando em um perfil que tende a dividir os pacientes que necessitam de tratamento menos complexo e oneroso e de procedimentos que possam gerar mais lucros (atendidos pelo setor privado) dos pacientes que necessitem de uma atenção mais complexa, específica e custosa, que em geral são atendidos pelo SUS.

Sendo assim, a pergunta que permeou esta monografia é: “Em que medida o aumento do setor privado no oferecimento de serviços de saúde de baixo custo (via planos e seguros de saúde) tem se beneficiado das dificuldades de atendimento do SUS, enquanto que, por outro lado, fragiliza sua sustentabilidade financeira ao deixar para este o atendimento dos procedimentos mais complexos e custosos?”.

Mais do que ausência de doença, a saúde é tida como um estado de qualidade de vida e bem estar. Vasta é a literatura focada no tema no Brasil, entretanto os dados quantitativos e econômicos ligados a ele ainda são pouco discutidos, tendo em vista o peso que a dimensão da saúde tem nas políticas públicas como um todo.

Desde o Welfare State, ao longo dos anos 70 e 80 o Estado brasileiro busca tentativas de satisfazer algumas demandas da população desprotegida. Dentre elas podemos citar a criação do INAN, Funrural, das Ações Integradas de Saúde (AIS) do SUDS, do SUS, dos mecanismos de seguro-desemprego, que são exemplos claros da marcha rumo à universalização dos direitos sociais.

Mas o modelo de desenvolvimento econômico e a base de sustentação financeira das políticas sociais no Brasil têm sido organizados de forma incompatível com os ideais de universalização. Alguns autores falam sobre uma universalização que na prática é excludente.

Talvez a justificativa dessa exclusão decorra do fato de que desde a criação do SUS e, portanto, da universalização da atenção à saúde, a ampliação das demandas num contexto de baixo crescimento econômico como foram os anos 1990, associado à um novo modelo econômico, de cunho ortodoxo, que privilegiou as soluções de mercado, criaram dificuldades para a implementação do SUS. Essas dificuldades se refletem nos hospitais com falta de leitos, pacientes se acumulando nas salas de emergência a espera de atendimento, demora na realização de exames de maior complexidade etc. Diante disso, surge a questão de se esses problemas decorrem da insuficiência de recursos ou da gestão dos recursos. Além disso, a chamada saúde suplementar se justifica sobre o argumento de que o sistema público é incapaz de atender a toda demanda, necessitando recorrer ao setor privado. A atenção à saúde, portanto, fez uma divisão de trabalho entre o setor público e privado, onde o primeiro se ocupa em prover os bens e serviços de saúde coletiva e dos procedimentos de alta complexidade e custosos, enquanto que o setor privado fica com o atendimento mais imediato e de baixo custo e, portanto, que proporciona maior margem de lucro. Neste contexto, dimensionar a participação do setor privado e público na provisão dos serviços de saúde e como um afeta o outro

contribui para melhor conhecer e para se repensar a política pública de saúde e o seu financiamento.

Após a exposição argumentativa, a apresentação de dados a nível nacional e coleta de dados em pesquisa no Hospital de Clínicas da UNICAMP a questão que permeou todo este estudo monográfico se torna passível de uma resposta mais concreta e coerente. A hipótese é verdadeira, uma vez que os dados confirmam que o sistema de saúde suplementar se beneficia sim, e em larga escala, da estrutura do sistema de saúde público tal qual ele é.

Atualmente, verifica-se portanto a existência de uma clara bifurcação do setor saúde no Brasil, uma vez que, em linhas gerais, os clientes de menor complexidade concentram-se no atendimento privado, e os que demandam assistência mais específica acabam em grande parte sendo encaminhados ou realocados para a rede pública. Concomitantemente, os planos e seguros de saúde acabam se beneficiando e lucrando muito com tal estrutura. Os usuários, por sua vez, apresentam grande insatisfação com relação aos dois sistemas, porém, foi alarmante a questão do quanto os clientes do setor privado usam os serviços públicos e na maior parte das vezes (ao menos na amostra aleatória selecionada) classificam o serviço público tão bom quanto ou até melhor do que o privado, justificando que o motivo para manter um convênio médico seria a sensação de segurança e confiança que este oferece, ainda que esta sensação pareça ser incompatível com a realidade.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M. e M. LISBOA, “Sistema Privado de Seguro de Saúde: Lições do Caso Americano”, in *Revista Brasileira de Economia*, 54(1): 5-36, 2000.

BAHIA, L. “Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil”, 1999. Disponível na internet em:
<http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/abrangencia_daregulacao/AA10.pdf>

BAHIA, L. e M. SCHEFFER, “Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde no Brasil”, 2011. Disponível na internet em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000300030>>

BIASOTO, G, “Análise econômica da interação entre saúde pública e privada no Brasil: tratamentos de alta complexidade”, 2001. Disponível na internet em:<<http://www.anpec.org.br/encontro2006/artigos/A06A107.pdf>>

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Disponível na internet em:<<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/>>

CORTEZ, G, “Brasil ocupa a 72ª posição no ranking da OMS de gasto per capita em saúde”, 2012. Disponível na internet em:<<http://glaucoortez.com/?s=sa%C3%BAde+privada>>, consultado em 05 de maio de 2012.

FARIAS, L. O., e C. MELAMED, “Segmentação de Mercados na Assistência à Saúde”, *Escola Nacional de Saúde Pública*, Fiocruz, 2003.

FINKELMAN, J. org. “*Caminhos da Saúde no Brasil*”. Rio de Janeiro Editora Fio Cruz, 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org>, consultado em 01 de dezembro de 2012.

FLEURY, S., “Financiamento e equidade em saúde- por um novo contrato social”

Disponível na internet em:<

[seer.bce.unb.br/index.php/SER **Social**/article/download/378/221](http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/378/221)>

GARCIA, E. J., “*Participação popular nas estratégias de ação em saúde*”. Disponível em: < http://br.geocities.com/beira_linha/partpop.html > acessado em 25 de Outubro de 2012.

MALTA, D, C, “*Qualificação da saúde suplementar: Nova perspectiva no processo de regulação*”, 2004. Disponível na internet em:<

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/completo.pdf
>

MATTA, A. A., Roteiro da Lei de Planos de Saúde. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Procon Estadual. Disponível na internet em: < http://www.mp.mg.gov.br/procon/legisla/roteiro_saude.pdf >.

MCGREEVEY, W. P., PIOLA, S. e VIANNA, S. M. “Saúde e assistência Médica no Brasil a partir dos anos 40”. In: BACHA, E. e KLEIN, H. S.: *A transição incompleta: Brasil desde 1945*. São Paulo, Paz e Terra, 1999 (pp. 163-205). MORAZ, G, “O Sistema Único de Saúde no Brasil: uma avaliação de seu funcionamento”. Disponível na internet em:< <http://hdl.handle.net/10183/36105>>

MORAZ, G, “O Sistema Único de Saúde no Brasil: uma avaliação de seu funcionamento”, 2011. Disponível na internet em:< <http://hdl.handle.net/10183/36105>>