

UMA ANÁLISE DO SUS COM BASE NA PNAD

Cláudia Travassos

Pesquisadora titular do Laboratório de Informações em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), Fundação Oswaldo Cruz.

Tratarei de um dos determinantes que Paulo Buss colocou no seu modelo¹, que fala dos serviços de saúde. Tentamos um exercício de olhar o que aconteceu com a utilização do serviço de saúde no período que vai de 1981 a 2003. Usamos os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) que tem, em alguns anos, um Suplemento Saúde que permitiu esse tipo de análise.

Fizemos esse exercício para buscar responder a duas perguntas. A primeira é se o SUS logrou reduzir as desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde. O que Paulo Buss denomina iniquidades eu denomino desigualdades sociais ou geográficas. Abordaremos então as desigualdades sociais e geográficas na utilização do serviço de saúde, existentes quando da criação do SUS. A segunda pergunta é em que medida o SUS conseguiu incorporar o conjunto da população ao sistema público de saúde.

Trabalhamos com dados da PNAD, que fez entrevistas, nos anos estudados, em cerca de 110 mil domicílios no Brasil como um todo, com exceção da região rural da região Norte. A PNAD entrevista todos os moradores nos domicílios, o que representa uma amostra em torno de 400 mil pessoas. Nosso trabalho compara os dados do Suplemento Saúde de 1981 com os dados de 2003².

Um breve histórico: em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps, no qual eram elegíveis a atenção à saúde previdenciária os indivíduos vinculados direta ou indiretamente ao sistema. No entanto, a criação do Inamps também representou a expansão dessa cobertura para outros grupos populacionais. O Inamps foi extinto em 1993. O importante a ser destacado é que o processo de universalização da atenção à saúde teve início muito antes da criação do SUS.

Pelo lado do setor privado, no início da década de 1980, começam a se expandir os planos de empresas de assistência de saúde, sem subsídios diretos do governo. É um momento de expansão e de maturação. Não sei se Lígia Bahia³ concordaria comigo, mas vejo como um período de maturação desse subsetor de prestação de serviços em saúde.

Em 1988, temos a criação do SUS. Analisaremos os anos de 1981 (prévio à criação do SUS) e o de 2003, que consideramos como um momento em que o Sistema Único de Saúde já está plenamente implantado no país.

Do ponto de vista demográfico, observamos, nos anos analisados, variações na pirâmide populacional no sentido de uma

DE DOIS MILHÕES DE ATENDIMENTOS
EM 1981 VAMOS PARA DEZ MILHÕES
EM 2003, UMA EXPLOSÃO.
FOI NOS POSTOS DE SAÚDE
QUE O SUS CRESCEU

estrutura mais envelhecida. Houve um enorme processo de urbanização no período e uma mudança na distribuição geográfica da população, principalmente com o crescimento da região Norte. Ocorreu também uma melhora da escolaridade das pessoas.

Utilizamos a variável “posição no mercado de trabalho”, que permite analisar as desigualdades sociais sem a exclusão de indivíduos da amostra. Essa variável indica a posição na ocupação (empregado, empregador ou autônomo. Entre os que trabalham, discrimina os desempregados e as pessoas que não estão inseridas nesse mercado, que são classificadas como pensionistas e aposentados, estudantes, donas-de-casa e outros.

O que podemos observar? O desemprego aumentou de 1,9 para 4,1%; diminuiu a proporção de empregados e aumentou a proporção de aposentados. Esse último resultado está associado à mudança, citada anteriormente, na estrutura etária da população.

Para responder às perguntas centrais dessa apresentação inicialmente comparamos o uso do serviço de saúde nos 15 dias que antecederam à entrevista, à prevalência do uso de serviços de saúde no último ano.

Em 1981, 8% da população utilizaram serviços de saúde (9 milhões de pessoas) nos 15 dias que antecederam à entrevista. Em

2003, foram 14%, ou seja, passaram a ser atendidas 25 milhões de pessoas; representa uma taxa de crescimento de 63% no período, bem maior que o crescimento populacional no período, que foi de 47%. Desses atendimentos, 3% foram em postos de saúde em 1981; em 2003, essa proporção aumentou para 40%, ou seja: de 2 milhões, em 1981, passamos em 2003 para 10 milhões de atendimentos nos postos, um aumento de quase 390%. É uma explosão. Foi nos atendimentos em postos de saúde que o SUS cresceu. Isto correspondeu, por exemplo, a uma diminuição da demanda não satisfeita: de 39% em 1981 para 0,4% em 2003.

Do ponto de vista da estrutura etária, o uso de serviços de saúde aumentou em todas as faixas, sendo que os mais idosos - um grupo onde a demanda por serviço de saúde é maior - conseguiram ter suas necessidades mais atendidas pelo sistema. Esse aumento de atendimentos ocorre tanto para homens quanto para mulheres. Observa-se nesses dados o padrão universal de que a procura pelos serviços ocorre mais entre as mulheres do que entre os homens.

Do ponto de vista das desigualdades sociais no uso de serviços de saúde, observou-se que se mantiveram mais ou menos as mesmas, o que quer dizer que o aumento do volume não alterou a sua distribuição. Fizemos uma regressão ajustada por fatores de confundimento, e pudemos comparar o uso por escolaridade no modelo. Essa comparação é mais válida do que as anteriores, e se percebe que a desigualdade no uso de serviços de saúde aumentou entre pessoas com diferentes níveis de escolaridade.

O mesmo foi feito quanto à posição no mercado de trabalho: houve alguma variação, porém menos expressiva. Destaco que as pessoas classificadas como "conta própria" apresentam baixa prevalência de uso de serviços e permanecem assim em 2003.

Analisando as fontes de financiamento do cuidado recebido, deparamos com um resultado inesperado. Em 1981, já se tinha informação sobre quem financiou os atendimentos (a pessoa pagando do próprio bolso, o seguro privado ou a Previdência Social/Sistema Público). O que se observa é que 68% desses atendimentos foram pagos pela Previdência Social e pelo Sistema Público. Em resumo, os atendimentos foram financiados pelo setor público e, em grande parte, pelas contribuições previdenciárias. Do restante, 21% foram pagos com recursos do próprio bolso, e 9% pelo plano privado de saúde.

Em 2003, 15 anos depois da criação do SUS, surpreendentemente, há uma diminuição da participação relativa do setor público no financiamento dos atendimentos nos serviços de saúde. A diminuição relativa do setor público nesse financiamento ocorre associada a um enorme incremento da participação relativa do setor de planos privados de seguro de saúde. Os planos privados de saúde pagaram 22% dos atendimentos e o SUS pagou 58%, ou seja, 10 pontos percentuais a menos do que antes da criação do SUS, em 1981. Houve, ainda, uma redução de 15 pontos percentuais no que era financiado do próprio bolso.

Estimamos, com base nos dados que os 68% de participação Previdenciária/Pública em 1968, 49% correspondia ao Ministério da Saúde, na época, eram 49% e 19% à Previdência Social. Dentre os planos privados de saúde, as informações estão classificadas em duas categorias: o seguro privado, com 3%, e o sistema empregador, com 7%. Surpreende, em 2003, o relativo encolhimento do setor público. Vale destacar que esses dados referem-se à fonte de financiamento do atendimento e não aos valores pagos.

Outro resultado a ser destacado é que não houve crescimento na prevalência de internação hospitalar. Observa-se

A PIRÂMIDE POPULACIONAL
DAS PESSOAS COBERTAS POR PLANOS
É DIFERENTE DAQUELA
DA POPULAÇÃO COMO UM TODO.
QUANTO MAIOR A RENDA, MAIOR A COBERTURA

subutilização hospitalar em 1981. Os dados fazem supor que o mesmo acontecia em 2003. Houve redução de leitos no período, principalmente de leitos do setor privado.

Tal como se verificou na utilização de serviços de saúde em geral, houve um encolhimento do setor público no período, ou seja, pós-criação do SUS: o Sistema Previdenciário financiou 76% das internações em 1981 e o SUS financiou 67% das internações em 2003.

Uma análise detalhada das pessoas cobertas pelos planos de saúde mostra que a pirâmide populacional é expressivamente diferente daquela da população brasileira como um todo. Nas pessoas cobertas por planos de saúde há concentração nas faixas etárias mais produtivas. Essa cobertura é mais alta nas áreas urbanas das Grandes Regiões mais ricas. Quanto maior a renda, maior a cobertura de planos de saúde.

Em relação ao grau de dependência funcional, observa-se que as pessoas cobertas por planos de saúde têm menos dependência e são mais saudáveis do que a população em geral.

O padrão de participação das fontes de financiamento dos atendimentos, observado em 2003, reflete a estrutura o gasto em saúde no Brasil. Segundo dados das Contas Nacionais - e aí está uma questão central para ser discutida pelo país - o Brasil, comparado com

EIS UMA QUESTÃO CRÍTICA A DISCUTIR
NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE:
QUEREMOS ESSE SISTEMA DUAL
COM UM GASTO PRIVADO ALTO
E SUBFINANCIAMENTO DO SISTEMA PÚBLICO?

países como os Estados Unidos e o México, tem o menor gasto público em saúde.

Para concluir, esse exercício de comparação da utilização de serviços de saúde entre 1981 a 2003 mostrou que houve expressiva melhora no acesso aos cuidados em saúde, expresso por um grande aumento no volume de pessoas atendidas pelos serviços de saúde. Esse aumento se deu, em grande parte, pelos atendimentos de atenção básica. Entretanto, os dados colocam em questão a adequação desse atendimento na medida em que há indicativos de subutilização hospitalar. Observamos também, para nossa surpresa, que o enorme aumento no volume de atendimento foi marcado por uma maior participação no financiamento dos atendimentos do setor privado comparativamente ao setor público.

Esses resultados vêm de encontro com as teses defendidas por Telma Menicucci⁴, no seu livro "Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias", editado pela Editora Fiocruz, em 2007, sobre o mix público-privado no Brasil, sobre a dualidade do sistema de saúde brasileiro atual, constituído por modelos assistenciais, padrões de utilização, fontes de financiamento e populações cobertas distintas.

Artigo recente e muito interessante de Ligia Bahia⁵ coloca a imperiosa e urgente necessidade de refletirmos sobre papel dos

planos privados de saúde no sistema de saúde brasileiro. Essa é uma questão absolutamente crítica para ser discutida no âmbito das políticas de saúde no país: queremos esse sistema dual que se caracteriza por um gasto privado extremamente alto e por um subfinanciamento do sistema público? O nosso “Fio-Saúde”, por exemplo, coloca um paradoxo: como nós, defensores do SUS, defenderemos que o governo dê dinheiro para o nosso plano de saúde?

NOTAS

1 Ver apresentação de Paulo Buss em <http://www.cict.fiocruz.br/media/paulobussus.pdf> (acesso em 08/04/2009)

2 Este texto faz alusões às tabelas e gráficos que a pesquisadora apresentou durante o evento e estão disponíveis integralmente em <http://www.cict.fiocruz.br/media/claudiasus.pdf> (acesso em 09/04/2009).

3 Professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, representante do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes.

4 Pesquisadora da Fundação João Pinheiro, em Minas Gerais.

5 “As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde” extraído de um debate e publicado na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 13, nº 5, outubro de 2008.