

Brasília, 2013 – 1ª Edição

# CONASS DEBATE

Saúde: para onde vai  
a nova classe média

1



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

© 2013 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 2 mil exemplares.

CONASS Debate 1ª Edição

Brasília, setembro de 2013.

ISBN 978-85-8071-009-0

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CONASS Debate – Saúde: para onde vai a nova classe média / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2013.

173 p. – (CONASS Debate, 1)

ISBN 978-85-8071-009-0

Sistema de Saúde I. CONASS Debate – Saúde: para onde vai a nova classe média

NLM WA 525

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

---

AC Suely de Souza Melo da Costa

AL Jorge Villas Boas

AM Wilson Duarte Alecrim

AP Olinda Consuelo Lima de Araújo

BA Jorge José Santos Pereira Solla

CE Raimundo José Arruda Bastos

DF Rafael de Aguiar Barbosa

ES José Tadeu Marino

GO Antônio Faleiros Filho

MA Ricardo Murad

MG Antônio Jorge de Souza Marques

MS Antônio Lastoria

MT Mauri Rodrigues de Lima

PA Hélio Franco de Macedo Júnior

PB Waldson Dias de Souza

PE Antônio Carlos dos S. Figueira

PI Ernani Maia

PR Michele Caputo Neto

RJ Sérgio Luiz Côrtes

RN Luíz Roberto Leite Fonseca

RO Williames Pimentel

RR Alexandre Salomão de Oliveira

RS Ciro Carlos Emerim Simoni

SC Tânia Eberhardt

SE Joélia Silva Santos

SP David Uip

TO Vanda Maria Gonçalves Paiva

## DIRETORIA DO CONASS 2013/2014

---

### Presidente

Wilson Duarte Alecrim (AM)

### Vice-Presidentes

#### Região Centro-Oeste

Mauri Rodrigues de Lima (MT)

#### Região Nordeste

Raimundo José Arruda Bastos (CE)

#### Região Norte

Vanda Maria Gonçalves Paiva (TO)

#### Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques (MG)

#### Região Sul

Michele Caputo Neto (PR)

# EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

---

## SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

## ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando Cupertino

## ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

## ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

## COORDENAÇÃO DE NÚCLEOS TÉCNICOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

## COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo de Freitas Scotti

## ASSESSORIA TÉCNICA

Alessandra Schneider

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Gilson Cantarino

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Maria José Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Amaral

Viviane Rocha De Luiz

# ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

---

## Coordenação

Adriane Cruz

Eugênio Vilaça Mendes

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

## Consultoria

Ana Luiza Wenke

## Relatoria

Flávio Goulart

Maria Francisca Moro

Elora Abritta Moro

## Revisão

Carmem Menezes

Gisela Rojas

## Projeto Gráfico

Daniel Macedo

## Diagramação

Marcus Carvalho



# Sumário

Apresentação	<b>08</b>
Introdução	<b>10</b>
Ricardo Paes de Barros	<b>34</b>
Renato Meirelles	<b>50</b>
José Cechin	<b>68</b>
Lígia Bahia	<b>102</b>
Ana Maria Malik	<b>136</b>
José Gomes Temporão	<b>150</b>
Síntese dos Debates	<b>154</b>

# Apresentação

Este livro é um registro do seminário *Saúde: para onde vai a nova classe média* – o primeiro de uma série de eventos promovidos pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) inseridos no projeto CONASS Debate. Esperamos com esta publicação levar para a sociedade brasileira uma contribuição de qualidade para a construção de um futuro sustentável para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo da publicação é disseminar as reflexões obtidas no seminário, para alcançar até mesmo os que não puderam participar nem assistir à transmissão *on-line* no portal do CONASS. Por isso, além desta publicação, disponibilizaremos no *site* do CONASS ([www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)) uma versão eletrônica, que poderá ser lida em computadores, *tablets* e celulares.

O projeto configura nova linha de atuação do Conselho que, reconhecendo o momento delicado pelo qual passa a saúde pública no Brasil, fomenta a discussão de temas importantes para o setor saúde e busca alternativas que nos façam avançar para a situação desejada por todos, ou seja, saúde de qualidade para todos.

No primeiro seminário, buscou-se conhecer melhor o movimento da nova classe média brasileira, chamada de classe C e suas repercussões no SUS e no sistema privado de saúde.

O leitor irá observar que, na análise da ascensão da classe C, uma das questões centrais é a da sustentação. Se a nova classe média resulta do encurtamento das distâncias sociais em função da difusão do consumo, como seus integrantes irão gerar a renda necessária para sustentar os novos padrões? Sob que condições são sustentáveis os índices de expansão da nova classe média? A tendência é de crescimento sustentável, estagnação ou regressão?

No campo da saúde, é fundamental compreender como a nova classe média percebe o SUS: como uma conquista ou simplesmente deseja um acesso diferenciado aos planos de saúde.

Não há dúvida de que existem barreiras entre os produtos e serviços a que todos podem ter direito e aqueles disponíveis só para uma pequena parcela da população. No imaginário popular, o setor privado é percebido como sendo superior ao SUS, o que transforma os planos de saúde em um sonho de consumo.

Em tal contexto, apesar de se saber amplamente que o SUS vem obtendo sucessos, por exemplo, em programas de imunização, combate a endemias, de transplante, de redução da mortalidade infantil, entre outros, isso não tem sido o bastante em termos de convencimento desses setores, que desejam algo mais.

O principal mote dos debates envolve a sustentabilidade do SUS, a partir da expressão de pensamentos, de estudos e de opiniões, mesmo e, principalmente, divergentes, que contribuam para o desenho de caminhos seguros para o sistema. Contempla também o objetivo de tratar questões estratégicas para a saúde pública brasileira com visão de futuro, sem se ater aos problemas pontuais ou operacionais do SUS.

Para tanto, o CONASS provocou, com a realização do seminário que deu origem a este livro, o debate em relação ao movimento da nova classe média brasileira (classe C) e suas repercussões no SUS e no siste-



ma privado de saúde suplementar. O evento ocorreu no dia 24 de abril de 2013, em Brasília, e contou com a exposição do subsecretário de Ações Estratégicas da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR), Ricardo Paes de Barros; do sócio-presidente do Instituto de Pesquisa Data Popular, Renato Meirelles; do diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), José Cechin; da professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Lígia Bahia. O tema foi debatido pela coordenadora do GV saúde da Fundação Getúlio Vargas (FGV/SP), Ana Maria Malik; e pelo diretor-executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, José Gomes Temporão.

Dividido em capítulos ordenados pela participação dos expositores e dos debatedores durante o seminário, este livro traz os textos assinados pelos palestrantes, responsáveis pelo sucesso e pela riqueza de conteúdo do seminário CONASS Debate – Saúde: para onde vai a nova classe média. No último capítulo, apresentamos a síntese dos debates, feita pela equipe de relatoria do evento.

São inegáveis os avanços obtidos com a implantação do SUS, mas ainda persistem situações que comprovam que ele precisa ser revisto. O CONASS espera que os debates das ideias registradas neste livro possam contribuir para o delineamento de caminhos sustentáveis para o sistema de saúde brasileiro e ajudem a consolidá-lo.

**Wilson Alecrim**  
Presidente do CONASS

# Introdução

Este texto foi elaborado com o objetivo exclusivo de subsidiar a participação e os debates durante o primeiro seminário do projeto CONASS Debate – Saúde: para onde vai a nova classe média.

Este texto constitui uma síntese sobre o tema, extraída da bibliografia apresentada ao fim.

É proibida a sua reprodução parcial ou total sem a devida autorização dos autores originais.

Recomendamos a sua leitura prévia, pois acreditamos que em muito contribuirá para o entendimento das apresentações e para que os debates sejam produtivos.

## 1 A NOVA CLASSE MÉDIA

Nos anos 1990, o Brasil estabilizou sua economia e deslanchou um importante processo de reformas estruturais e reorientação da política social. Essas mudanças alteraram profundamente as percepções e as estratégias normais de ascensão social cujo horizonte deixa de ser individual para tornar-se coletivo.

Assim, milhões de brasileiros passaram a experimentar a mobilidade social. A classe C deixou de ser baixa e começou a ser média, disputando espaço com as classes médias tradicionais. Na análise da ascensão da classe C, a questão central é a da sustentação.

Se a nova classe média resulta do encurtamento das distâncias sociais em razão da difusão do consumo, como seus integrantes irão gerar a renda necessária para sustentar os novos padrões?

Sob que condições são sustentáveis os índices de expansão da nova classe média?

A tendência é de crescimento sustentável, estagnação ou regressão?

É alta a proporção da classe C que teme perder o padrão de vida atual ou não ter dinheiro suficiente para a aposentadoria, o que é compartilhado pela metade das classes D e E.

Em relação à educação, há elevado índice de valorização da educação formal e alto sentimento de insatisfação com a qualidade da educação.

Os brasileiros acreditam na necessidade da intervenção estatal em vários campos: controle de preços, gestão da saúde, das aposentadorias, educação fundamental, universidades e abastecimento de água. Estão dispostos a pagar mais impostos para tê-los?

A capacidade da classe média em transformar-se em agente fundamental da revisão de valores sociais e em fonte de apoio para frear a escalada da transgressão e da corrupção depende de seu ca-

pital político. Isso seria possível em contexto de uma sociedade anômica interagindo com um sistema institucional anêmico e em um ambiente de baixa acumulação de capital social?

Na política, a classe média inclina-se pela democracia como melhor forma de governo, mas partilha com os demais segmentos da sociedade um sentimento de aversão à política.

A anomia que fustiga grande parte da sociedade brasileira é agravada e reproduzida pela ane-mia das instituições nos três poderes da República.

## 1.1 O que é classe média?

Há dois conceitos polares de classes sociais.

Em um polo, o conceito marxista de um grupo estruturalmente bem delimitado, consciente de si, dotado de estilos de vida, padrões de comportamento e projetos de sociedade diferenciados das demais classes.

Em outro, a tradição weberiana que define classe social por características mensuráveis como educação, renda e ocupação entendidas como atributos individuais, deixando de lado a consciência de classe.

O fenômeno da classe social no sentido marxista dificilmente configura-se no mundo atual caracterizado pelas sociedades de massa.

Há critérios subjetivos de classe, especialmente a identidade de classe que engloba uma ideia de valores, atitudes, crenças e estilos de vida.

Nas democracias contemporâneas, ser de classe média significa valorizar a competição, o mérito, o respeito à liberdade individual, a igualdade perante a lei, ser avesso a risco, valorizar a família e alcançar um nível de renda que a faça sentir que tem nas mãos seu destino econômico. Mais que auferir renda significa trabalhar duro e lutar pelo sucesso, frequentemente em condições desfavoráveis.

Em grupos de discussão, diferencia-se a classe média tradicional da nova classe média emergente, a classe C.

A primeira já nasceu classe média, possui casa própria, colocou os filhos em escolas privadas, fez poupança e investimentos e conta com ampla rede de relações a que pode recorrer em caso de necessidade.

A classe média C ainda está galgando posições e suas conquistas são recentes. O consumo é maior que de seus pais, mas é feito à custa de endividamento, ainda paga o primeiro imóvel, está em escola pública e as dívidas não lhe permite poupar. Adquiriu casa própria, compraram móveis e eletrodomésticos, tem emprego melhor, terminou cursos que implicaram promoções e veste-se melhor.

Entre as curiosidades sobre a nova classe média, podem ser destacadas:

- a) É a classe dominante do ponto de vista eleitoral e econômico, detendo 46,24% do poder de compra total.
- b) A classe C é composta por mais da metade da população (52% em 2010).
- c) 68% dos jovens da classe C estudaram mais que seus pais.
- d) A classe C não deseja o estilo de vida das elites, prefere produtos que valorizam suas origens.
- e) A classe C deseja cultivar respeito próprio (99,2%), ser respeitada pelos outros (99,1%), ter segurança para viver (99,1%), desfrutar da vida (98,5%), sentir que alcançou as aspirações (98,2%).
- f) O valor básico da nova classe média é a transmissão familiar da importância do trabalho duro e continuado, mesmo em condições sociais muito adversas – é a ética do trabalho.
- g) A classe C é responsável por 78% do que é comprado em supermercados, 60% das mulheres que vão a salões de beleza, 70% dos cartões de crédito no Brasil e 80% das pessoas que acessam a internet.
- h) Diferentemente dos integrantes da classe média tradicional, que apenas almejavam reproduzir o *status* dos pais em um universo mais ou menos estático, os da nova classe média têm a ambição de “subir na vida”, viver melhor, consumir mais e, portanto, aprender e qualificar-se a fim de gerar a renda consentânea com essa forma de viver.
- i) A nova classe média tem maioria jovem e negra.
- j) A população de classe C tem menos problemas com o peso, em comparação com os mais ricos, decorrência direta de menos excessos na alimentação, somados a mais mobilidade física rotineira. Apenas 27% da classe C1 estão acima do peso, contra 31% da AB1.
- k) 19% das pessoas de classe C planejam comprar imóvel nos próximos meses e 9,5 milhões pretendem adquirir um automóvel nos próximos 12 meses (novo ou usado).
- l) Com emprego garantido e mais renda, os brasileiros da classe C migram dos serviços públicos de educação e saúde para redes privadas com o objetivo de conseguir melhor atendimento.

## 1.2 O crescimento da classe média

O crescimento da classe média nos países emergentes é um dos fenômenos mais importantes da história recente. Esse crescimento dá-se pela presença, ao lado da classe média A/B, da classe C, denominada de nova classe média.

Nos países em desenvolvimento, estima-se que 400 milhões de pessoas pertençam a essa nova classe média global e projeta-se que outros 2 bilhões se incorporarão a ela até 2030.

Países desenvolvidos como os Estados Unidos e a Suécia têm 90% de sua população na classe média; países em desenvolvimento apresentam valores bem menores: Chile, 45%; Argentina, 34%; China, 31%.

## 1.3 A dinâmica das classes sociais no Brasil

Impulsionadas pelo crescimento de emprego e renda, pela inflação baixa e pelo crédito farto, as famílias da nova classe média, definidas como aquelas que ganham entre R\$ 1.115,00 e R\$ 4.807,00 por mês, passaram de 44% da população em 2002 para 52% em 2008.

A classe AB (renda familiar de mais de R\$ 5.174,00 mensais) foi a que mais cresceu em termos relativos (39%) no período 2003/2009, quando 6,6 milhões foram incorporados a esse grupo. Em 2011, havia nessa classe 22,5 milhões de brasileiros.

Em relação à classe C (renda familiar entre R\$ 1.200,00 a R\$ 5.174,00 mensais), cerca de 59,8 milhões foram incorporados desde 1993 e entre 2003 e 2011 foram incorporados 39,6 milhões.

A classe C que tinha 50,45% da população brasileira, em 2009, passou a 55,05% em 2011. Em números absolutos, a classe C atingiu 100,5 milhões de brasileiros em 2011.

No período de 2003 a 2011, ascenderam às classes AB e C 48,7 milhões de pessoas, mais que a população total da Espanha ou da África do Sul.

As classes D (renda familiar mensal entre R\$ 751,00 a R\$ 1.200,00) e E (renda familiar mensal de até 751,00) diminuíram sua participação no período de 2003 a 2011, de 96,2 milhões em 2003 para 63,5 milhões em 2011.

A renda dos 10% mais pobres subiu 69,08% e a dos 10% mais ricos cresceu 12,8%. A renda do Nordeste subiu 41,8% contra 15,8% do Sudeste. A renda cresceu 49,1% nas zonas rurais, 16,0% nas metrópoles e 26,8% nas demais cidades. A renda das mulheres subiu 38% e dos homens 16%. A renda dos pretos e pardos subiu 43,1% e 48,5%, respectivamente, e dos brancos 20,1%. A renda dos analfabetos subiu 46,7% contra uma queda de 17,5% com pelo menos nível superior incompleto.

Aumentos nos anos de escolaridade no período 2003/2009 são responsáveis por 65,3% do crescimento (de 7,95% ao ano) da renda *per capita* média dos 20% mais pobres no país, correspondendo, no extremo oposto, da distribuição de renda, a 24% do aumento (de 3,66% ao ano) dos 20% mais ricos.

O crescimento robusto do emprego formal, duplicado desde 2004, é o principal símbolo do surgimento da classe média brasileira.

## 1.4 A sustentabilidade dos índices de expansão da classe média

O crescimento da classe média não é natural e irreversível.

Na Argentina, no período de 1990 a 2004, a classe média diminuiu de 46% para 34%.

A sustentabilidade dos processos de mobilidade social depende de três fatores:

(I) fatores econômicos – o ritmo e a composição do crescimento econômico;

(II) recursos weberianos – como educação, empreendedorismo, atitudes em relação ao trabalho e outros; e

(III) recursos políticos – a capacidade da classe média de articular seus interesses, de pressionar o sistema político e de projetar uma visão de sociedade consentânea com seus objetivos e valores.

No que tange aos fatores econômicos, três pontos suscitam dúvidas à sustentabilidade:

(I) a má distribuição de rendas;

(II) a protelação das reformas estruturais como a trabalhista e a tributária; e

(III) o fato de a mobilidade recente ter dependido amplamente do consumo e não de novos padrões de organização ou de desempenho na produção.

## 1.5 Fatores responsáveis pela ascensão da classe média

O fator principal da ascensão da classe média foi o crescimento da renda que cresceu, em média, nos últimos 10 anos, 3,4%.

São quatro os fatores envolvidos nesse crescimento.

(I) O primeiro foi o demográfico porque houve a redução da dependência demográfica das famílias com diminuição do número de crianças e aumento de adultos. Na classe média, o percentual de adultos subiu de 73% para 79% na última década e isso foi responsável por 20% do rendimento da classe média no período.

(II) O segundo foram as transferências de renda pública às famílias como o Programa Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a previdência rural. Esses programas explicam 30% do crescimento da renda da classe média.

(III) O terceiro fator é o acesso ao trabalho que se expressa na proporção da população economicamente ativa que se encontra ocupada. No período, a taxa de ocupação dos adultos de classe média cresceu ligeiramente passando de 60% a 64%, o que significou 10% do crescimento da renda desse segmento populacional.

(IV) O quarto fator e o mais significativo foi o ganho de produtividade que pode ser medido, por exemplo, pela remuneração média dos trabalhadores ocupados. Na última década, a remuneração média dos trabalhadores ocupados da classe média cresceu 1,7% ao ano, o que significou 40% do incremento de sua renda.

Portanto, em conjunto, transformações nos fatores relacionados à inclusão produtiva (expansão no acesso ao trabalho e remuneração média do trabalho) explicam a maior parte, mais de 51%, do crescimento da renda *per capita* da classe média.

Pode-se afirmar, então, que a expansão da classe média resulta muito mais de um sólido processo de inclusão produtiva que de aumentos na cobertura e na generosidade de benefícios assistenciais.

No mesmo período, a taxa média de crescimento da renda da classe baixa foi mais elevada, chegando a 4,9% ao ano e que se explica por determinantes transferências (35%) e aumento do rendimento do trabalho médio (mais de 60%). Na classe alta, o incremento foi mais reduzido, de 1,5% ao ano explicado.

A renda *per capita* da classe média é 3,5 vezes maior que a da classe baixa e o fator mais importante para explicar essa diferença é a produtividade do trabalho que é o dobro na classe média em relação à classe baixa e que explica 60% desse diferencial.

A renda *per capita* da classe alta é mais de quatro vezes superior à da classe média e isso se explica pela produtividade do trabalho maior na classe alta, responsável por 72% desse diferencial.

## 1.6 O que quer a classe média?

Ao contrário da população pobre da classe baixa, que tem de dedicar grande parte de sua atenção à formulação de estratégias de sobrevivência, a classe média dedica sua atenção à visualização do futuro, por meio do desenho de estratégias voltadas à preservação de seus ganhos ou à continuidade do processo de ascensão.

## 1.7 A demanda por serviços privados de saúde e educação

Quanto ao papel do Estado na oferta de serviços de educação e saúde, existe, pela ótica do comportamento, uma demanda crescente por serviços privados com o aumento do nível de renda.

Assim, a classe média utiliza os serviços privados em maior intensidade que a classe baixa, porém, em menor intensidade em comparação à classe alta.

É o caso da saúde em que existe uma utilização crescente de serviços privados pelas famílias de maior renda, mas sem crescimento linear.

Ao passo em que a porcentagem de pessoas com planos de saúde privados na classe média (24%), é 4,5 vezes maior que o percentual na classe baixa (5%), na classe alta a porcentagem (65%) é apenas 2,7 vezes à correspondente porcentagem na classe baixa.

No caso da saúde, a classe média assemelha-se muito mais à classe alta que à baixa.

## 1.8 A preferência por serviços privados de saúde e educação

A maior utilização de serviços privados de saúde e educação pela classe média em relação à classe baixa resulta de:

- (I) maior disponibilidade de recursos da classe média; ou
- (II) maior valorização desta classe pela maior qualidade oferecida pelos serviços privados; ou
- (III) maior inadequação dos serviços oferecidos aos mais pobres; ou
- (IV) uma forma de acesso compulsório, especialmente à maior incidência de trabalho formal na classe média e à maior tendência de as empresas fornecerem planos de saúde coletivos.

## 1.9 Renda e consumo

Ter razoável margem de renda para gastos discricionários é usualmente considerado condição indispensável para integrar a classe média.

Estima-se que um terço da renda disponível das famílias da classe média é destinado ao consumo de bens e serviços, após terem sido efetuados gastos inadiáveis com as necessidades básicas de alimentação, habitação, vestuário e transporte.

Entre os ativos mais importantes para a classe média, figuram a casa própria e o automóvel. Contudo, casa própria não necessariamente significa habitação adequada, especialmente para certos componentes da classe média C.

O consumo da classe média é de: televisão em cores, 100%; geladeira, 100%; rádio, 98%; videocassete ou DVD, 98%; máquina de lavar roupa, 90%; freezer, 75%.

É notável a semelhança de perfil de consumo de famílias das classes A/B e C. Além de telefones celulares (96% nas classes A/B e 89% na classe C), 54% das pessoas de classe C possuem computador e 34% têm acesso à internet de banda larga.

Contraopondo-se ao consumo puramente material, valoriza-se a feição cultural de determinadas atividades de lazer, como a exclusividade de acesso a conteúdos de mídia, os eventos artísticos e as viagens internacionais.

O acesso a esse padrão de consumo ainda é, em boa medida, restrito às famílias das classes A/B, embora seja visível o avanço relativo das famílias de renda média.

Os investimentos em capital humano variam em saúde e educação.

Os investimentos em planos de saúde privados são de 71% nas classes A/B, 40% na classe C, 15% na classe D e 10% na classe E. Investimentos em educação privada são de 54% nas classes A/B, 30% na classe C, 19% na classe D e 12% na classe E.

O endividamento é significativo, sendo seu indicador mais importante a necessidade de cortar



gastos para ficar dentro do orçamento. Este indicador variou de 36% nas classes A/B a 61% na classe C, a 64% na classe D e 54% na classe E.

Assim, as classes C e D fazem um esforço contínuo de cortar gastos para ajustar despesa e receita, um indicador de que suas aspirações de consumo conflitam com a renda disponível. Isso se reflete nas preocupações quanto ao futuro. Ficar sem trabalho é uma preocupação para 35% das classes A/B, para 53% da classe C, para 56% da classe D e para 63% da classe E.

Em síntese, em relação ao consumo, evidencia-se a relativa vulnerabilidade da classe C em razão da instabilidade de seus rendimentos.

Os aumentos do crédito ao consumidor e do crédito imobiliário, representam elementos fundamentais para viabilizar as aspirações de consumo nas classes de renda mais baixas. Contudo, a inadimplência ameaça os padrões de consumo da nova classe média.

A preocupação com a crise econômica é de 37% nas classes A/B, 42% na classe C, 49% na classe D e 67% na classe E.

O resultado temido é a perda da posição conquistada e a impossibilidade de transmiti-la à próxima geração.

## 1.10 Educação e mobilidade

A educação é o símbolo da identidade da classe média e fator essencial de ascensão social. O ensino superior é meta ambicionada por todas as classes sociais.

O diploma universitário representa, ao mesmo tempo, o símbolo e o instrumento de ascensão social, configurando uma expectativa concreta de aumento substancial da renda. A população brasileira apoia a existência de universidades públicas gratuitas, as quais são igualmente valorizadas em todos os estratos sociais: 97% dos brasileiros de nível superior, 99% de nível médio, 99% de nível fundamental e 98% sem escolaridade.

## 1.11 Capital social, valores e projetos de vida

As classes A/B não atravessaram incólumes as mudanças recentes. Economicamente, sofreram perdas consideráveis em comparação aos ganhos propiciados aos estratos de baixa renda.

A oferta de educação e saúde pela rede pública dista de suas aspirações e o crescimento da violência urbana impõe-lhe uma vida social confinada a condomínios fechados e a *shoppings*. As preocupações em relação às questões sociais e econômicas colocam a saúde em primeiro lugar, variando de 67% nas classes A/B a 54% na classe E, superando a inflação, o desemprego, a falta de moradia e a qualidade da educação.

Pode-se inferir que a gravidade que a classe média atribui a essas questões não deriva necessariamente de suas próprias carências, mas da percepção de um quadro que aflige mais as classes menos favorecidas. O quadro de carências visualizado pela classe média ganha tons fortes no que se refere às questões morais e a transgressões.

Na avaliação da classe média alta, a violência (90%) e a corrupção (88%) competem pelo primeiro lugar na escala das transgressões mais graves, seguidas pelas drogas (84%).

Tais problemas são também percebidos como graves nos demais níveis de renda, porém com menor intensidade. A corrupção é considerada extremamente grave por 88% das classes A/B e 58% da classe E, uma diferença de 30 pontos percentuais.

Em relação à confiança nas instituições, 66% confiam na religião, 26% na televisão, 16% nos empresários e 8% nos partidos políticos. A participação em organizações é de apenas 57% das pessoas, sendo mais alta nas classes mais ricas.

A conclusão é de que as classes A/B amealham mais capital social que o restante da população, adicionando-o aos recursos econômicos e cognitivos de que já dispõem.

## 1.12 Atitudes políticas e democracia

A tradição política ocidental rende contínuo tributo à visão aristotélica da classe média como fonte de estabilidade democrática.

A demanda por governos estáveis e responsáveis originou-se na classe média.

Os brasileiros em geral apoiam o regime democrático, mas manifestam desconfiança em suas instituições como o Executivo, o Judiciário, o Legislativo, os partidos políticos e os serviços públicos de segurança e defesa.

## 1.13 Cenários de consistência

Se continuarmos na trajetória de crescimento e redução de desigualdade vistas em cada estrato brasileiro desde 2003, a proporção de indivíduos na classe C deverá crescer dos 50,5% em 2009 para 60,19% em 2014.

Inicialmente, em um cenário neutro em termos distributivos dentro dos estratos, se a renda *per capita* crescer 4,7% ao ano nos próximos cinco anos, a nova classe média subirá para 56,22%, um aumento acumulado de 11%.

Esse aumento seria ainda maior se o crescimento da renda viesse junto com a redução da desigualdade. Nesse caso, a nova classe média chegará aos 60,19% com crescimento de 19,3%.

Em termos absolutos, 12 milhões de pessoas sairiam da pobreza e as classes A/B e C seriam aumentadas em 32,2 milhões de brasileiros incorporados aos mercados consumidores.

Heuristicamente, os limites da classe C seriam as fronteiras para o lado indiano e para o lado belga de nossa Belíndia.

A classe C aufere, em média, a renda média da sociedade, ou seja, é a classe média no sentido estatístico.

## 1.14 Evolução das classes econômicas

Com base nos microdados da Pnad há uma dança distributiva entre os diferentes estratos econômicos em período recente, conforme demonstra a tabela a seguir.

### Evolução da participação das classes econômicas. Período 2003 a 2009.

	<b>Varição em porcentual</b>
Classe E	- 45,55%
Classe D	- 11,63%
Classe C	34,32%
Classe A/B	39,60%

A Tabela abaixo mostra, em termos absolutos, as populações por classes econômicas no Brasil.

### A pirâmide populacional e classes econômicas – 2011.

<b>Classe</b>	<b>População</b>
Classe E	24.600.000
Classe D	38.900.000
Classe C	105.468.000
Classe AB	22.526.000

Se a renda *per capita* crescer 4,7% nos próximos cinco anos, a classe C deverá subir para 56,22% até 2014.

Esse aumento seria ainda maior se o crescimento da renda viesse junto com a redução das desigualdades; nesse caso, a classe C chegaria aos 60,19%, com um crescimento de 19,3%.

Na classe B, haveria crescimento para atingir 14,85%; na classe D, haveria uma queda de 23,6% para 16,36% da população; e na classe E a queda seria de 15,32% para 8,59%.

## 1.15 A sustentabilidade da ascensão

A renda do trabalho explica 66,86% da redução da desigualdade, o que confere algum grau de sustentabilidade à mudança. O programa Bolsa Família explica 17% na redução das desigualdades. Os benefícios previdenciários explicam 15,72% da redução.

A sustentabilidade da ascensão tem seu pilar fundamental na educação que afeta a vida das pessoas por meio da melhoria das condições de acesso e/ou retorno social.

O nível educacional dos brasileiros encontra-se em um patamar muito baixo com 7,27 anos de estudo para a população de 25 anos ou mais de idade.

A nota média do Pisa, aplicado para alunos de 15 anos, é desanimadora, estamos entre os 10% piores em todos os quesitos educacionais, de um grupo de mais de 60 países. É um grande desafio superar isso, mas é fundamental.

O ganho em média de salário é de 15% adicional por ano completo de estudo. A forma de inserção trabalhista é importante na sustentabilidade da ascensão.

Há três formas de inserção:

(I) o emprego com carteira de trabalho assinada.

(II) o emprego sem carteira assinada.

(III) o trabalho por conta própria.

A primeira corresponde ao trabalho formal e as duas outras à informalidade.

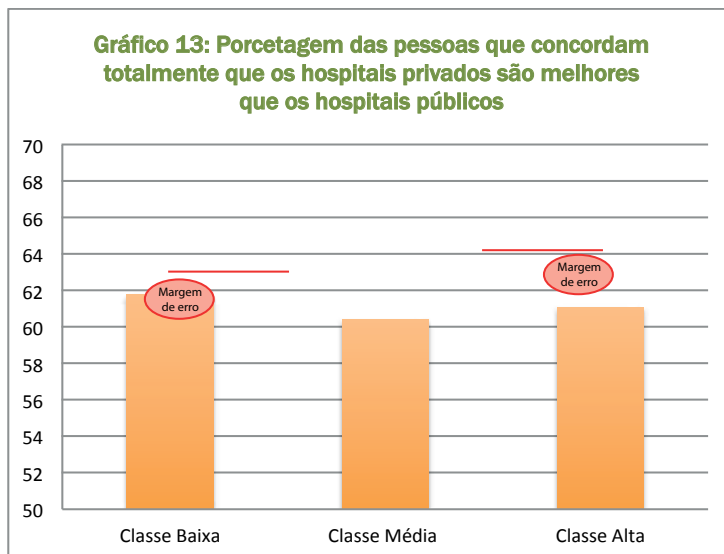
No Brasil, o percentual de trabalhadores informais, empregados sem carteira assinada (12%) e trabalhadores por conta própria (20%), é equivalente ao percentual de empregos com carteira assinada (31%).

## 1.16 Opinião da classe média sobre o diferencial de qualidade entre hospitais públicos e privados

Nos serviços de saúde que ocupam o topo do *ranking* das preocupações dos brasileiros, há problemas de cobertura e de qualidade. Apesar da suposta universalização da saúde por meio do SUS, há gradientes de falta de serviços de 174% maior para os pobres e 142% favorável à elite, na avaliação da qualidade, considerada, pelo menos, boa.

A percepção diferenciada das classes de renda quanto ao hiato de qualidade entre os serviços educacionais públicos e privados é contrastada de forma acentuada na avaliação dos hospitais. Nesse caso, não existem diferenças de opinião entre classes de renda quanto ao hiato de qualidade entre hospitais públicos e privados.

Em todas as classes de renda, cerca de 60% da população concorda que os hospitais privados são melhores que os públicos.



FONTE: ESTIMATIVAS PRODUZIDAS COM BASE NA PESQUISA CNI-IBOPE: RETRATOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA – SAÚDE PÚBLICA (JANEIRO DE 2012).

## 1.17 Críticas à concepção de nova classe média

**GILBERTO COSTA. ESPECIALISTAS DIVERGEM SOBRE ASCENSÃO DA NOVA CLASSE MÉDIA. AGÊNCIA BRASIL, 2 DE OUTUBRO DE 2012.**

O diagnóstico de ascensão de parte da população pobre à classe média na última década, como é defendido por alguns intelectuais e por técnicos do governo, não é consenso entre especialistas em desigualdade e estratificação social.

Esses especialistas não negam a diminuição da desigualdade social, a redução da concentração da riqueza, a melhoria da renda dos mais pobres e o incremento das perspectivas desse setor da população. Entretanto, consideram que a renda não é o único fator a ser levado em conta.

Pesquisa divulgada pelo governo na semana passada classifica como classe média os que vivem em famílias com renda *per capita* mensal entre R\$ 291 e R\$ 1.019 e tem baixa probabilidade de passar a ser pobre no futuro próximo.

“Essa classe média é uma fantasia que está se criando”, critica Eduardo Fagnani, do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). “Não se define a classe média pela

renda, mas pela posição na estrutura populacional”, explica o economista que também participa do núcleo de estudos Plataforma Política Social.

Segundo ele, o conjunto da população em ascensão ainda depende muito do sistema público de saúde, previdência e ensino e não tem entre as suas despesas o pagamento de escola particular para os filhos, a manutenção de previdência complementar, acesso a plano de saúde privado ou o costume de fazer viagens ao exterior.

Ele lembra que a noção de classe média é associada a determinados padrões de consumo e de formação educacional “que não temos no Brasil, como amplo acesso ao curso superior”, disse, mencionando a situação da Europa Ocidental anos após a Segunda Guerra Mundial (1939-1956), quando a maior parte da população torna-se classe média.

Em linha semelhante, o sociólogo Jessé Souza, autor do livro *Os Batalhadores Brasileiros* e professor da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), prefere chamar a população em ascensão econômica no Brasil de “nova classe trabalhadora” e critica o ponto de vista estritamente econômico que não considera “condições sociais, morais e culturais”, repassados em família, que permitem a “apropriação” de hábitos e comportamentos considerados como de classe média.

Além da conceituação equivocada, Eduardo Fagnani assinala que atribuir basicamente às políticas sociais (como o Programa Bolsa Família) a razão da ascensão também é um erro. “A meu ver, há uma supervalorização das políticas focalizadas. O governo está batendo no bumbo errado”, disse à Agência Brasil. “O principal legado do governo Lula (2003-2010) foi articular mais positivamente a economia com o social. É um erro não atribuir o êxito a aspectos relacionados à política econômica”.

Segundo ele,

A partir de 2006, houve melhor articulação entre os objetivos econômicos e sociais. Isso é o ponto central. Houve atenção maior no sentido de retomar o papel planejador do Estado, e este coordenar o investimento público e privado (...) As políticas fiscais e monetárias passaram a ser menos restritivas, o crédito aumentou muito, teve o aumento real do salário mínimo; isso caindo o desemprego e reduzindo o trabalho precário.

Assim como Fagnani, a economista Sônia Rocha, ligada ao Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (Iets), relativiza a importância das políticas sociais e o uso da expressão classe média.

Ela elogia a surpreendente diminuição da desigualdade e elogia o programa Bolsa Família “que não se ‘esgarçou’ ou se ajustou às necessidades clientelísticas tradicionais, o que é uma excelente notícia e absoluta novidade em termos de mecanismo de política social no Brasil”.

Para a economista, entretanto, foi o mercado de trabalho – responsável por 3/4 das rendas das famílias brasileiras – que exerceu o papel fundamental para redução da pobreza e da desigualdade.

Ela lembra ainda a crise econômica mundial que pode ter reflexos na dinâmica da economia nacional. “O que ia bem em uma conjuntura externa favorável começou a virar, deixando evidente o dever de casa não feito: investimento cronicamente baixo, deficiências enormes de infraestrutura,

despesas elevadas e ineficientes da máquina pública e nível educacional lamentável.

Com a crise externa, não tem como o mercado interno segurar o tranco. E a crise externa vai durar... “Qualquer coisa que façamos internamente também vai levar tempo para maturar”, destacou.

## 2 DINÂMICA E TENDÊNCIAS DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

As operadoras de planos de assistência médica podem ser divididas em dois segmentos:

(I) não comercial (autogestão).

(II) comercial (medicinas de grupo, cooperativas médicas, seguradoras e filantropias).

### 2.1 Situação dos beneficiários

Segundo dados da ANS, tem havido crescimento sustentado do número de beneficiários da saúde suplementar. Entre 2003 e 2011, esse crescimento tem flutuado entre 2,1% e 5,7% com pico de 8,4% no ano de 2010, o que deve ser explicado pelo alto crescimento do PIB naquele ano.

Dados de 2000 a 2008 mostram crescimento de 22,5% no período. O crescimento foi de: cooperativas médicas, 43%; medicinas de grupo, 22,1%; filantrópicas, 16,6%; e seguradoras com crescimento negativo de 13,5%.

Entre 2000 e 2010, a taxa de crescimento da população, 12,3%, foi bem menor que a do aumento do número de contratos de planos de saúde, 48%.

O potencial de expansão dos mercados tem sido a principal justificativa utilizada para a abertura do capital e da fusão e a tomada de empréstimos de bancos de investimentos de diversas empresas de saúde.

O exame da titularidade dos planos de assistência à saúde em relação aos contratos novos mostra que, em 2008, os planos individuais/familiares representaram 22,7% e os planos coletivos, 77,3%.

O total de beneficiários cadastrados na saúde suplementar era de 40,9 milhões de beneficiários, sendo 74,2% com planos novos e 25,8% com planos antigos.

Em relação ao número de operadoras, havia 1.867 operadoras, sendo apenas 15 de grande porte, ou seja, com mais de 500 mil beneficiários.

Essas informações permitem inferir que os impactos da regulação, especialmente no tocante às previsões pessimistas sobre o *trade-off* entre a ampliação de cobertura e a retração do setor, não se verificaram.

## 2.2 A reconfiguração empresarial

A importância do mercado de saúde suplementar no complexo industrial da saúde pode ser medida pelo volume de seu faturamento que em 2008 foi de 60 bilhões de reais. Esse volume atingiu 85 bilhões de reais em 2011, volume que pela primeira vez superou os gastos federais com o SUS.

A estrutura de gastos das operadoras mostra gastos elevados em despesas administrativas, na média 17,43% (variação de 8,3% nas seguradoras a mais de 60% nas filantrópicas), sendo maior nas operadoras de pequeno porte.

O valor médio dos planos de saúde variou de R\$ 73,00 nas medicinas de grupo e filantrópicas, a R\$ 104,00 nas cooperativas médicas e a R\$ 154,00 nas seguradoras. Isoladamente, o faturamento de 38 hospitais filiados à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAPH) representou 13% da receita total da saúde suplementar.

As operadoras têm produzido mudanças nos processos de gestão, tais como: implantação de sistemas de informação, contratação de pessoal especializado, capacitação de pessoal e inovações nas áreas comerciais.

A Lei n. 9.656/1998 inaugurou uma nova fase no mercado de assistência privada à saúde, ao instituir um marco regulatório que tem como uma de suas principais características garantir a cobertura assistencial a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial da Saúde.

Passados vários anos, alguns movimentos de mercado da saúde suplementar fizeram-se sob a nova legislação regulatória.

Um primeiro, a coletivização dos planos (que representa a redução dos planos individuais/familiares e o aumento de planos coletivos) foi uma resposta à proteção legal aos planos individuais/familiares em relação aos reajustes e ao cancelamento unilateral e à falta de regulamentação dos planos coletivos.

Paralelamente, a ascensão das classes C e D ao mercado de consumo forçou a oferta de planos de saúde com preços mais acessíveis.

Uma combinação da percepção social das deficiências do SUS (dificuldades de acesso a consultas e exames; filas; e tempos de espera longos) e a publicidade de novos produtos das operadoras com preços mais baixos, atraiu novos consumidores à saúde suplementar.

Nos médio e longo prazos, esse movimento de incorporação crescente de novos consumidores pressiona um sistema que tem limites para o incremento constante da oferta e pode trazer problemas em contratos de longa duração.

Os problemas de acesso aos serviços do SUS podem se repetir na saúde suplementar, especialmente para os planos destinados às classes C e D.



## 2.3 Estratégia de inovação: comercialização e características das coberturas dos planos de menor preço

Um elemento estruturante do mercado brasileiro de planos e seguros de saúde é a estratificação da demanda e da oferta segundo parâmetros da hierarquia sócio-ocupacional.

A diferenciação dos planos, decalcada dos níveis executivo, gerencial e operacional das empresas empregadoras, baseou-se no desenho de planos e seguros diferenciados quanto à amplitude da liberdade de escolha, acomodação hospitalar e preços.

A cristalização desses tipos de planos e seguros como produtos comerciais operou uma inversão nas proporções entre oferta e demanda.

A oferta assistencial disponível para os clientes dos planos de tipo executivo é muito superior que aquela que pode ser acessada pelas demandas vinculadas aos planos com escolhas mais restritas.

A ascensão das classes C e D ao mercado de consumo, introduziu novos participantes no mercado de assistência à saúde, a partir da oferta de planos de saúde com preços mais acessíveis.

As filas para agendamento de consultas e realização de exames e internações no sistema público aliadas à maciça publicidade de planos de saúde com preços significativamente inferiores, justamente para se amoldar ao poder aquisitivo desses potenciais usuários, atraíram novo universo de consumidores de planos de saúde.

O mercado de planos de saúde com preços mais acessíveis, destinados às classes C e D, constitui importante nicho de mercado disputado, até mesmo, por empresas de médio e grande portes (45% e 31% das operadoras que integraram a amostra da pesquisa).

O aumento do número de usuários sem proporcional redimensionamento da rede credenciada de prestadores de serviço tende a levar a um crescimento insustentável da operadora em médio e longo prazos e, conseqüentemente, a ludibriar e lesar os consumidores em contrato de longa duração.

A questão é crítica, portanto, porque é atinente ao equilíbrio econômico-financeiro das operadoras e à assistência prestada aos beneficiários do sistema.

O cumprimento da cobertura assistencial prevista na legislação e a adequação da rede em termos quantitativos, especialmente em vista do número de usuários, são, dessa forma, aspectos de relevância.

Em que medida os planos de saúde voltados a esses novos consumidores são capazes de assegurar a cobertura, conforme imposto pela Lei n. 9.656/1998, é a questão central.

Considerando que a longa espera nos serviços públicos é um dos principais fatores responsáveis pela busca de planos de saúde pelas classes C e D, a adequada oferta dos serviços se traduz, entre outros aspectos, no tempo para agendamento de consultas, exames e atendimentos hospitalares, assim como na capacidade de absorver os atendimentos de urgência e emergência.

## 2.4 A associação entre planos de menor preço com prestadores de menor porte e complexidade

As empresas de saúde suplementar credenciam um conjunto numericamente importante de prestadores de serviços de saúde (médicos, unidades de diagnóstico e terapia e hospitais que estão simultaneamente vinculados às redes públicas e privadas).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, em 2006, dos 6.343 hospitais registrados, 80,6% eram prestadores de serviços aos SUS, 60,5% prestavam serviços privados e 41,9% atuavam nos setores público e privado.

Em relação ao número de operadoras para as quais os hospitais prestam serviços, observou-se a seguinte distribuição: 1 operadora (6%); 2-5 operadoras (25,5%); 6-10 operadoras (18,8%); 11-20 operadoras (22%); 21-50 operadoras (22,7%); > 50 operadoras (4%); sem informação (1%).

As empresas e os produtos de menor preço tendem a constituir suas redes assistenciais com prestadores de menor porte quase sempre com uma complexidade assistencial aquém das necessidades de saúde.

As relações entre escala hospitalar e economicidade e qualidade dos serviços estão bem estabelecidas e, no Brasil, em torno de 60% dos hospitais têm menos de 50 leitos e podem ser considerados hospitais de pequeno porte. Estudos internacionais mostram que a escala mínima de operação de hospitais com sustentabilidade econômica e com qualidade é de 100 leitos.

A qualidade dos serviços de saúde constitui-se tema obrigatório para os sistemas de saúde contemporâneos públicos e privados. Nos países com renda elevada, a rede de serviços de saúde é definida segundo critérios de suficiência e qualidade; as estruturas, as práticas e os resultados assistenciais estão associados a uma melhoria da qualidade e a uma diminuição de gastos assistenciais.

Embora essas condições estruturais da rede hospitalar não possam ser automaticamente transpostas para as unidades de diagnóstico e terapia, nem tampouco para os profissionais de saúde, os planos de saúde de menor preço viabilizaram-se por meio de incentivos; da revitalização de empreendimentos de saúde modestos em termos de densidade tecnológica e porte cujos preços de remuneração e condições de acesso e utilização de serviços são compatíveis com a expansão do mercado para os segmentos C e D.

## 2.5 Em busca da baixa renda

**EDSON DE GODOY BUENO. SÍNTESE DE ENTREVISTA CONCEDIDA À REVISTA VEJA, EM 31 DE OUTUBRO DE 2012.**

O setor de saúde suplementar tem no Brasil muito espaço para crescer. Nos Estados Unidos, 80% das pessoas têm plano de saúde, no nosso país, só 25%.

É possível chegar a 100 milhões de usuários, o que significaria alcançar uma cobertura de 50% da população. Por isso a AMIL foi comprada pela UnitedHealth que queria chegar a este mercado. Agora, outras empresas virão, e isso vai revolucionar o setor.

Há um excesso de demanda na saúde suplementar. Um aposentado levanta-se não tem nada a fazer e vai a médicos. Há gente que quer se internar toda hora. De 25% a 30% dos exames laboratoriais não são buscados pelos pacientes. Assim, não é possível fechar as contas.

Para contrapor-se a isso é preciso instituir a coparticipação. A coparticipação é um sistema eficiente e justo, pois cobra do paciente uma taxa que desestimula a ida ao consultório sem necessidade, mas não impede o tratamento quando necessário. Na coparticipação, para cada real pago pelo cliente, o plano economiza três. Aumentando a produtividade, é possível melhorar o atendimento sem aumentar custos.

O problema de reclamações de pacientes é com os planos individuais. A grande maioria dos planos atende bem e não enfrenta reclamações. Quem não vende planos individuais não tem problemas.

Há problemas culturais no Brasil. O brasileiro de classe média quando vai para o hospital não aceita ir para a enfermaria.

O paciente precisa de bom atendimento e não de quarto melhor. Quem usa indevidamente o sistema impõe custos extras a todos os pacientes do plano.

Os médicos estão em greve. Mas os que estão em greve são aqueles que prestam serviços aos planos baratos. Nós pagamos 65 reais a consulta, tem gente que paga 35 a 40 reais.

Nós temos planos *premium* que permitem aos clientes ir a médicos mais caros. Pagando mais, o cliente tem acesso a consultas com profissionais de alto padrão dos hospitais Einstein e Sírio-Libanês. Não há outra forma de pagar melhor os médicos a não ser cobrando mais dos clientes.

Como oferecer planos de saúde privados aos mais pobres? Oferecer qualidade ao cliente mais pobre não é impossível. Mas o conceito de qualidade para o rico é diferente do conceito do mais pobre. O rico quer conveniência, o pobre quer assistência.

Nossa ideia para a baixa renda é ter, em cada cidade, algumas poucas unidades-âncora que centralizem os serviços, com máquinas trabalhando dia e noite. Em vez de um tomógrafo funcionar sete horas por dia funcionaria 24 horas. Não há mal nisso. Se o paciente não quer esperar um mês para fazer um exame, talvez tenha de fazê-lo até de madrugada.

Na Inglaterra e no Canadá, mesmo os ricos esperam até um ano e meio para fazer uma operação. No Brasil, para quem espera um mês o mundo vem abaixo. Para atender a muita gente a preços módicos, os planos de saúde vão oferecer menos comodidade.

O problema dos idosos é real. Nós temos de ser especialistas em envelhecimento e o caminho passa por prevenção e tecnologia. Os principais planos já começam a fazer isso.

## 2.6 Estratégia da nova AMIL envolve planos para baixa renda, expansão e tecnologia. Publicada no site [www.uol.com.br](http://www.uol.com.br), em 25 de novembro de 2012

Para atingir sua previsão de dobrar a carteira de clientes em cinco anos, a nova Amil pretende investir em novas tecnologias, em planos para a baixa renda, na expansão para estados em que ainda não está presente e no aumento do número de planos que exigem coparticipação. Nesses casos, os clientes pagam uma parte de exames, consultas e cirurgias. Hoje, 30% dos planos da Amil são desse tipo.

Os planos da UnitedHealth, no entanto, são quase todos nesse formato e incluem, até mesmo, limites para a cobertura de gastos com internação. “Quem não quiser não compra o plano de coparticipação, mas pagará mais caro”, diz Edson Bueno, presidente da empresa. A Amil afirma que não há previsão para planos limitados por enquanto.

Entre órgãos de defesa do consumidor, há preocupação sobre o modelo que a United irá implementar na Amil. E, no meio jurídico, questionamentos sobre o fato de a americana assumir 22 hospitais, uma vez que a Constituição brasileira impede a participação estrangeira nessa área.

A Amil alega que os hospitais não são o negócio principal da empresa e ampara-se em um parecer da ANS que a autorizou a mantê-los após a abertura de capital – a maior parte dos acionistas da Amil na Bolsa é estrangeira.

Hoje a operadora possui 5,8 milhões de clientes, entre donos de planos de saúde e de assistência odontológica, e fatura cerca de R\$ 10 bilhões por ano. “Antes, tínhamos limitação de capital. Mas a United quer crescimento rápido. Vai ser uma oportunidade ímpar”, diz Bueno.

O lançamento de uma nova marca de planos de saúde populares está prevista. O grupo que estudará o modelo de negócio está sendo montado e os trabalhos começam em 15 dias.

Os planos terão de custar menos de R\$ 90 por mês, que é a tarifa média dos planos Dix, os mais baratos do grupo Amil atualmente, e contarão com uma rede de três ou quatro hospitais para atender a seu conjunto de filiados em cada cidade.

A Amil irá também importar tecnologias e sistemas de informação usados hoje pela United nos Estados Unidos.

Foram criados nove grupos de trabalho, com representantes das duas empresas, que irão viajar entre Brasil e Estados Unidos nos próximos meses para definir as adaptações necessárias.

A ideia é que a Amil tenha um sistema nacional pelo qual médicos, laboratórios e hospitais possam se comunicar e trocar informações, nos moldes do que faz a United hoje nos Estados Unidos.

A Amil, que nos últimos anos tornou-se consolidadora do mercado de saúde brasileiro, passará

também a olhar aquisições em países vizinhos a partir de agora. “Seremos a plataforma de expansão da United na América Latina”, afirma o fundador da empresa.

No Brasil, a meta é ter operações da Amil em todos os estados. A expansão começará em breve pelos estados da Bahia e do Rio Grande do Sul.

### 3 QUESTÕES A SEREM TRATADAS NO SEMINÁRIO

a) Como tem se dado, contemporaneamente, a dinâmica da mobilidade social de crescimento da classe média no plano internacional, especialmente nos países emergentes?

b) Como e com que critérios classificam-se os diferentes estratos de classe média no Brasil?

c) O que é classe média? Quais são os valores mais significativos para esses estratos sociais? Esses valores são diferenciados entre as classes A/B e C?

d) A dinâmica das classes sociais no período de 2003 a 2011 foi de forte crescimento das classes A/B e C e de queda forte das classes D e E. Como essa dinâmica se comportará nos próximos anos?

e) O crescimento da classe C é sustentável nos próximos anos? Como se comportarão variáveis importantes na sustentabilidade como educação, emprego, renda do trabalho e acesso a crédito? Quais os fatores críticos que ameaçam essa sustentabilidade?

f) A classe média brasileira valoriza a presença do Estado na prestação de serviços sociais como educação, saúde, seguro social, assistência social e saneamento? Caso positivo, está disposta a pagar mais impostos para ter esses serviços?

g) Quais são os valores da classe média brasileira em relação à saúde? Como se posiciona a classe média brasileira em relação à saúde: como direito de cidadania ou como bem de consumo a ser adquirido no mercado? Há diferenças nesses posicionamentos entre as classes A/B e a classe C?

h) O acesso ao sistema de saúde suplementar é fundamentalmente para planos coletivos que dependem, em larga proporção, do emprego formal. Como se comportará o emprego na economia brasileira nos próximos anos?

i) Os brasileiros em geral, mas especialmente a nova classe média, compreende e valoriza a norma constitucional da saúde como direito de todos a ser provido por um Estado de bem-estar social?

j) É possível verificar uma tendência de migração do SUS para a saúde suplementar na nova classe média brasileira?

k) As empresas brasileiras têm consciência de que a expansão da saúde suplementar via planos coletivos tem impacto sobre seus custos e sobre sua competitividade?

l) A classe C que tem emprego formal deseja e tem recursos para arcar com copagamentos de planos privados de saúde? E a que vive na informalidade?

m) A tendência de coletivização dos planos de assistência à saúde deve persistir nos

próximos anos? Essa tendência guarda relação com o crescimento dos empregos formais na economia?

n) Uma possível internacionalização do sistema de saúde suplementar determinará quais mudanças fundamentais no setor?

o) Quais as estratégias do setor de saúde suplementar para a incorporação das classes C e D na saúde suplementar?

p) Como compatibilizar preços menores de produtos a serem ofertados às classes C e D com o incremento da subpopulação de idosos que pressionam esses preços para cima?

q) A saúde suplementar conseguirá aumentar a oferta de serviços para dar conta da expansão da demanda para alcançar as classes C e D? Como?

r) A percepção social das deficiências do SUS pela população em geral, mas especialmente pela nova classe média, tende a continuar ou a se agravar nos próximos anos?

s) A segmentação do sistema de saúde em sistema público para pobres e sistema privado para quem pode pagar por si ou por meio das empresas pode ter consequências na competitividade da economia e no capital social do país?

t) Que estratégias o SUS deveria adotar para diminuir ou impedir o fluxo de pessoas da classe C para os planos de saúde privados? Essas estratégias seriam viáveis com o nível de gasto público em saúde praticado no Brasil?

## 4 BIBLIOGRAFIA

1. BAHIA, L. *Dinâmica e tendências do mercado de saúde suplementar no contexto da regulação: reestruturação empresarial e profissionalização da gestão*. Rio de Janeiro. Edital MCT-CNPq/ANS – n. 46/2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/Abrasco%20Divulga/Relatorio.pdf>>. Acesso em: 15 de abril de 2013.

2. BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Assuntos Estratégicos. *45 curiosidades sobre a nova classe média*. Disponível em: <[www.sae.gov.br/novaclassemedia/?page\\_id=58](http://www.sae.gov.br/novaclassemedia/?page_id=58)>. Acesso em: 10 de dezembro de 2012.

3. BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Assuntos Estratégicos. *É ouvindo a população que se constroem políticas públicas adequadas*. Brasília: Marco Zero, 2012.

4. BUENO, E.G. Em busca da baixa renda. Entrevista concedida a Malu Gaspar. **Revista Veja**, São Paulo, 31 de outubro de 2012.

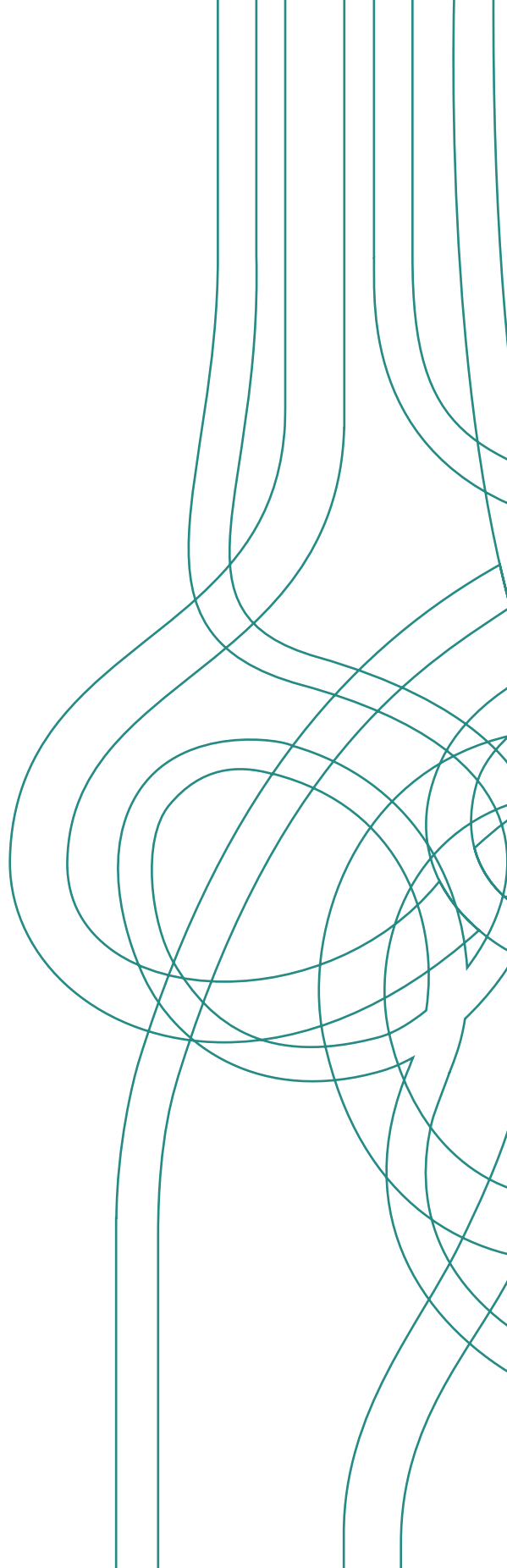
5. COSTA, G. Críticas à concepção de nova classe média. Especialistas divergem sobre ascensão da nova classe média. *Agência Brasil*. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-10-02/especialistas-divergem-sobre-ascensao-da-nova-classe-media>>. Acesso em: 2 de outubro de 2012.

6. Estratégia da nova Amil envolve planos para baixa renda, expansão e tecnologia. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/1190741-estrategia-da-nova-amil-envolve-planos-para-baixa-renda-expansao-e-tecnologia.shtml>>. Acesso em: 25 de novembro de 2012.

7. NERI, M. *A nova classe média: o lado brilhante da base da pirâmide*. São Paulo: Saraiva, 2011.

8. \_\_\_\_\_. Cenário de evolução das classes sociais no Brasil no período de 2008 a 2014. *A pequena grande década: crise, cenários e a nova classe média*. Rio de Janeiro: Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas, 2010.

9. SOUSA, A.; LAMOUNIER, B. *A classe média brasileira: ambições, valores e projetos de sociedade*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

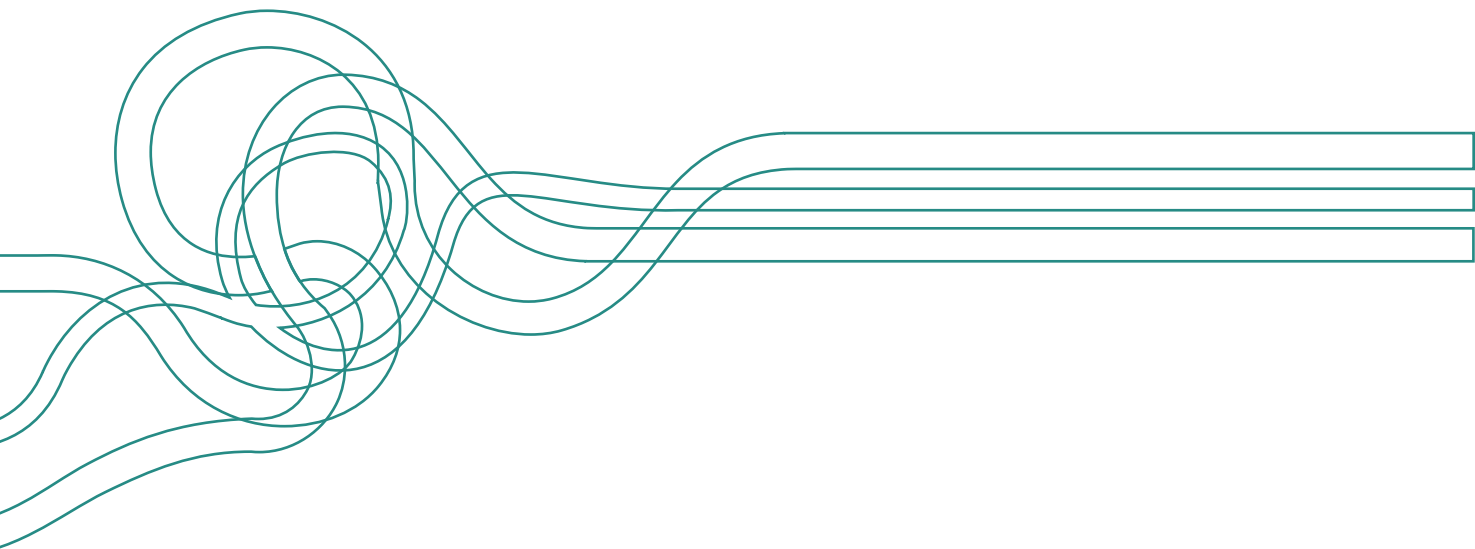






# 1

## Ricardo Paes de Barros

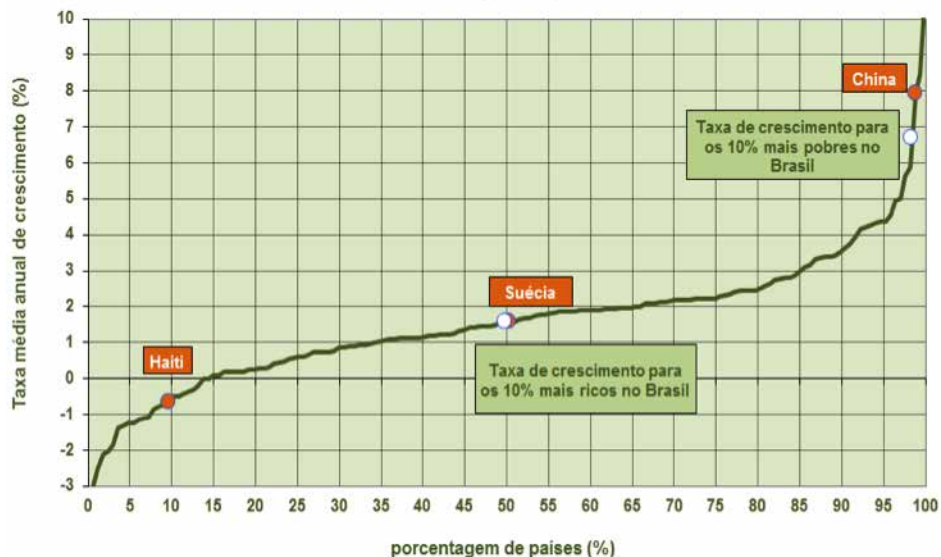


Não há quaisquer dúvidas sobre as grandes transformações ocorridas, sem precedentes históricos, por que passou a distribuição de renda no Brasil, particularmente ao longo da última década. Isso provocou significativa expansão da classe média, gerando daí a expressão “Nova Classe Média”, formada pelos segmentos que até em momento anterior pertenciam à classe baixa.

Pode-se dizer, preliminarmente, que essa nova classe média, por um lado, representa um gigantesco ativo para o Brasil, em termos de mercado de consumo maior, mercado de trabalho mais qualificado. Por outro lado, porém, ela representa também um desafio para o país, que deve se comprometer em manter sua sustentabilidade e ascensão continuada. Há dois lados nessa questão, sem dúvida, o desafio que ela representa para as políticas públicas e, por outro, a vantagem que ela traz, por exemplo, pelo volume de arrecadação maior, o que tem bastante peso no desenho de uma política pública. Para começar, é bom falar sobre a evolução e as transformações por que passou a distribuição de renda no Brasil, o que vai ser a base dessa construção de uma classe média realmente nova e expressiva, conforme aqui se verá.

Assim, em termos da distribuição de renda no Brasil, na última década, algumas mudanças podem ser destacadas, por exemplo, o grau de desigualdade de renda no Brasil está em queda progressiva nas últimas décadas, mas especialmente nos últimos 10 anos.

### Distribuição dos países de acordo com a taxa média anual de crescimento do PIB per capita: 1970-2008



### Evolução do Grau de Desigualdade de Renda



Gráficos como os mostrados acima evidenciam que a taxa de crescimento da renda é real. Se alguém dividir, por exemplo, a população brasileira em 10 grupos, do grupo mais pobre até o mais rico, eles vão apresentar taxas de crescimento médio anual diferenciadas, ou seja, enquanto o grupo mais pobre no Brasil, na última década, cresceu quase 7% ao ano, o grupo mais rico crescia apenas 1,5%. Em outras palavras, o país durante uma década conseguiu fazer que seus pobres crescessem a uma velocidade quase cinco vezes mais rápida que o grupo mais rico. Isso representa uma lição

importante, que tem reflexos na igualdade em saúde, isto é, para se ter redução nas desigualdades é necessário ter desigualdade na taxa de crescimento, pois se todos crescerem por igual, não haverá redução na desigualdade; isso só acontece se o grupo mais pobre crescer mais rápido em termos de sua renda.

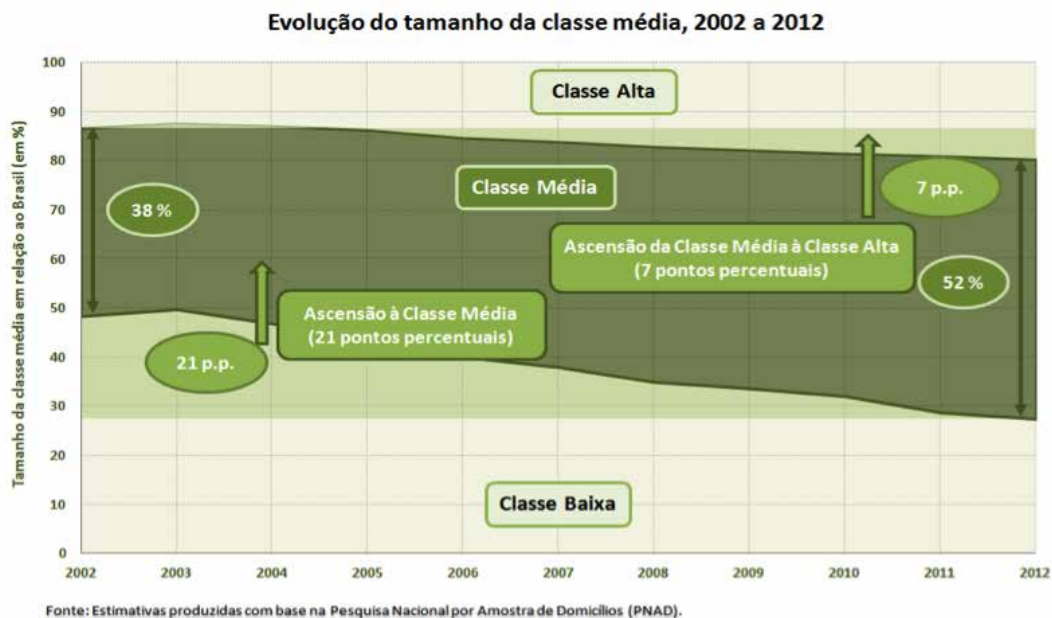
O que isso quer dizer para a saúde? A redução nas desigualdades desta área ocorrerá apenas se os mais pobres tiverem mais atenção que os mais ricos, ou seja, os mais ricos podem eventualmente comprar esse diferencial de atenção de forma privada, mas se não se conferir atenção especial aos mais pobres, preserva-se a desigualdade.

Assim, os dados mostram que como os mais pobres cresceram sua renda muito mais rapidamente que os mais ricos, a desigualdade diminuiu de fato. Isso era nada mais que um sonho para o Brasil no passado, passar 10 anos com os ricos vendo a renda dos pobres crescendo quatro vezes mais rapidamente que a deles. Assim, 80% da população brasileira cresceram a taxas acima da média, ou seja, esta parcela brasileira cresceu mais rápido que a média brasileira, enquanto os 20% mais ricos cresceram mais devagar que a média nacional. Os mais ricos assim perceberam, finalmente, que a média brasileira aproxima-se deles, talvez pela primeira vez em toda a história brasileira. A história do país sempre se mostrou diferente em relação a isso, isto é, os mais ricos sempre se isolando da média do país, aliás, crescendo mais rápido que o país como um todo, crescendo em desigualdade, já se viu.

Para se ter uma ideia da dificuldade de fazer este movimento diferenciado entre pobres e ricos é que foi preparado o primeiro gráfico anterior. Nele, foram alinhados todos os países do mundo ordenados pela taxa de crescimento do país. No início, está o Haiti, país que, na verdade, teve taxa de crescimento negativa. Como ele os países que menos cresceram são 15% do total, lugares que ao invés da renda *per capita* crescer, ela diminuiu. A partir do ponto de crescimento positivo, veem-se as posições da China e da Suécia, que representa, esta última, um ponto mediano, ou seja, 50% dos países do mundo cresceram menos que a Suécia, enquanto 50% cresceram mais. Agora, se considerarmos os 20 milhões de brasileiros mais pobres, onde eles se encontram? Os nossos ricos cresceram como os suecos; os nossos pobres cresceram tanto quanto os chineses.

Assim é que se os pobres do Brasil formassem um país, este seria um dos que mais crescem no mundo. Se os nossos ricos fossem um país, este seria um país mediano, como a Suécia, em termos de crescimento. Qual seria a percepção de redução de desigualdade no Brasil? É a mesma que a Suécia teria em relação à China, ou seja, os nossos pobres estão se aproximando dos nossos ricos à mesma velocidade que os chineses estão se aproximando dos suecos. A grande diferença é que a distância entre os mais pobres e os mais ricos, no Brasil, é 10 vezes maior que entre Suécia e China. Vê-se então que existe, de fato, uma desigualdade remanescente até mesmo na Suécia, como em qualquer outro país, mas a velocidade de aproximação, no Brasil, é a mesma com a qual os suecos têm a China. Isso bem demonstra o esforço e a velocidade do crescimento de renda que o Brasil vem apresentando em anos recentes.

Sobre a expansão da classe média, é possível constatar que ela foi gerada pela diminuição da classe baixa, tendo havido, além do mais, alguma migração para a classe alta. Assim, enquanto a classe baixa decresceu 21 pontos percentuais, a classe média aumentou em 14 pontos e a classe alta cresceu sete pontos, aspectos estes detalhados no quadro abaixo.



É claro que os mais ricos também cresceram em termos de renda e obviamente se beneficiaram disso. Acontece, porém, que os mais pobres beneficiaram-se cinco vezes mais, configurando uma real redução na desigualdade. Isso também vale para a saúde, e se a meta é reduzir a desigualdade na saúde e fazer a saúde melhorar de fato, ela tem de melhorar muito mais para o pobre que para o rico. Isso já é perceptível com a queda fantástica na desigualdade que aconteceu ano após ano, ao longo da última década, mostrando que é factível reduzir a desigualdade sem ter ao mesmo tempo um crescimento acelerado. No caso, foi um crescimento lento, dentro de um panorama de recessão mundial. E ao que tudo indica, a desigualdade no Brasil continua caindo em 2012 e 2013.

É bom lembrar, contudo, que não é o caso só de “queimar” a renda dos mais ricos para se reduzir a desigualdade. Isso por si só não é capaz de criar uma classe média; ao contrário, o que cria classe média é o crescimento acompanhado de redução da desigualdade, como aconteceu no Brasil. Os dados dos gráficos mostram a evolução da classe baixa entre 2002 e 2012: ela era quase a metade da população brasileira para ser agora somente 28%, ou seja, no período considerado, a classe baixa reduziu em 20 pontos percentuais, o que equivale a 40 milhões de pessoas. Ao mesmo tempo, a classe média não vai aumentar em 40 milhões, porque parte dela simplesmente vai migrar para a

classe alta, que cresceu em 13 milhões de pessoas. Em outras palavras, a classe alta brasileira está se aproximando do volume da classe baixa e assim o Brasil vai se tornando um país no qual a classe alta vai se tornar maior do que a classe baixa. Vamos ter mais ricos do que pobres, em algum tempo.

Assim, se a classe alta cresceu em sete pontos, a classe baixa caiu em 21, o que significa que a classe média brasileira que era 38% passou a ser 52%, isso representa mais de 100 milhões de pessoas. Se a classe média brasileira fosse um país, seria o 12º país mais populoso do mundo, logo depois o México.

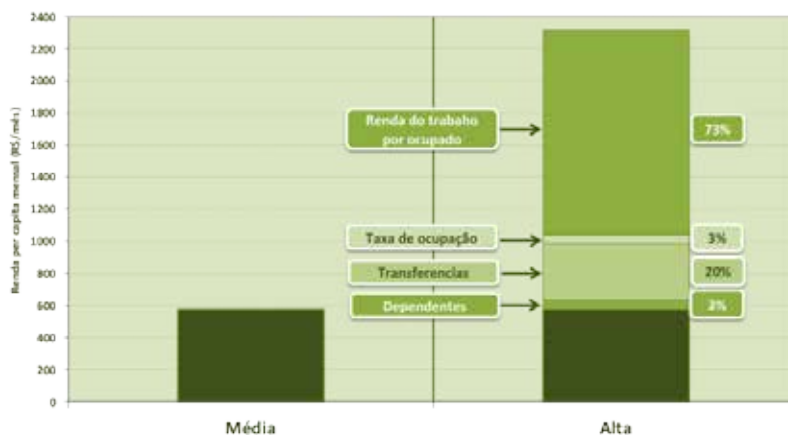
Ao contrário de uma imagem às vezes veiculada pelo senso comum, o crescimento da renda foi fruto, principalmente, da oferta de trabalho formal. Isso configura um processo realmente inclusivo de crescimento, com determinantes bem conhecidos, tais como: políticas públicas adequadas, melhoria de condições econômicas, redução de mortalidade precoce, entre outros.

Com efeito, alguém poderia pensar que essa nova classe média foi formada por amplo conjunto de transferências crescentemente generosas, de origem federal, estadual e municipal. Isso não chega a ser um problema, ao contrário. É sempre bom lembrar que ao longo da última década no Brasil, sem dúvida alguma, fortaleceu-se como nunca o sistema de solidariedade e proteção social, aumentando incrivelmente as transferências de renda aos mais pobres. E a maior parte dessas transferências foi muito bem focalizada, ou seja, realmente chegou aos mais pobres.

O aumento do trabalho no Brasil representa a inclusão de 20 milhões de pessoas em postos de trabalho formais e essa formalização, não se pode negar, foi um dos fatores fundamentais por trás da formação dessa nova classe média. Assim, o grau de informalidade no mercado de trabalho brasileiro, que era mais de 50% há 10 anos, simplesmente despencou, com maior efeito em 2006, quando o setor formal passa a ser maior que o informal. Com a formalização do trabalho no país, o que se vai ter é um crescimento acentuado da previdência e da saúde privada, o que equivale dizer que essa nova classe média, que ascendeu basicamente pelo trabalho, obterá a continuidade desse processo de ascensão dependendo completamente do trabalho, porque o que difere a classe média da classe alta não é, como quer o senso comum, uma suposta dependência da classe alta da renda de juros e dividendos bancários. Na verdade, a classe mais alta possui taxa de ocupação só um pouco maior que a classe média e, além disso, recebe transferências de recursos públicos via, por exemplo, a previdência dos funcionários públicos aposentados. Mas acima de tudo tem remuneração de trabalho maior porque apresenta maior produtividade.

A ascensão da nova classe média veio também com o aumento da produtividade do trabalho. A continuidade de sua ascensão e seu fortalecimento dependerão da redução da desigualdade, por meio do aumento da produtividade geral dos trabalhadores, o que vai conferir, de fato, sustentabilidade a tal crescimento e garantir salários mais altos.

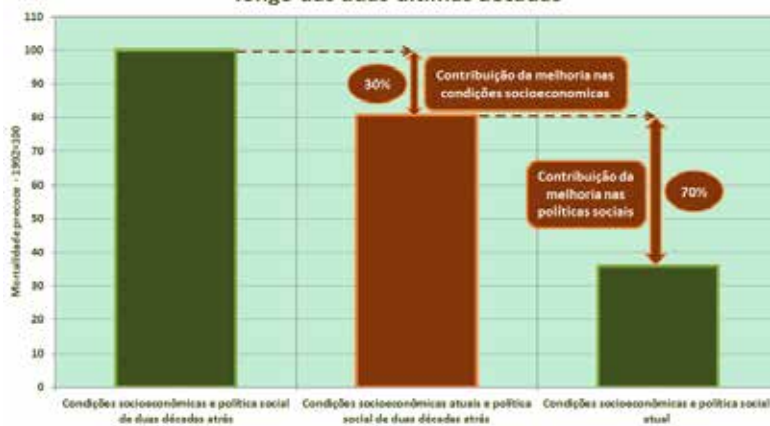
## Determinantes do diferencial de renda entre as classes alta e média: Brasil 2011



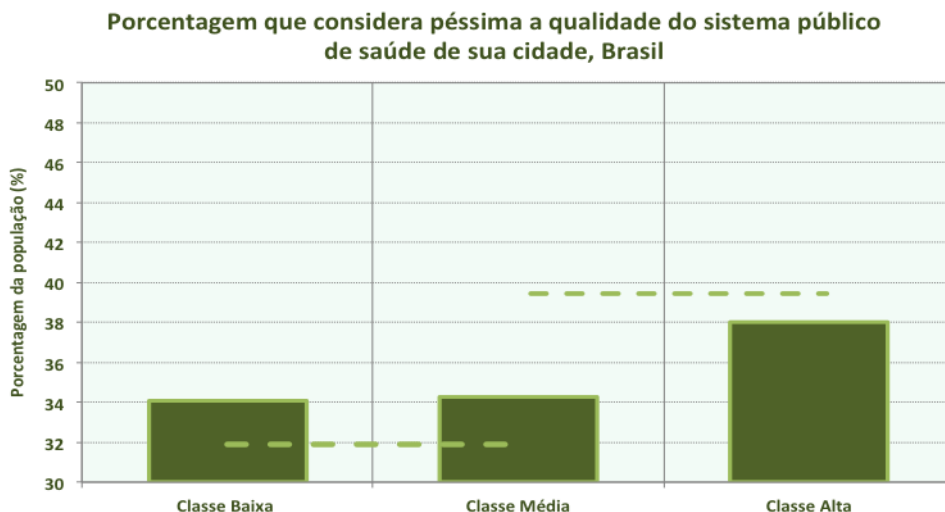
## Evolução do grau de formalização no Brasil: 1992-2011



## Decomposição na queda da taxa de mortalidade precoce ao longo das duas últimas décadas



Sabe-se que é ouvindo a população que se pode formular políticas adequadas. No caso da saúde, por exemplo, o que mostram as pesquisas de opinião? A autoavaliação da saúde pelos brasileiros mostra que a categoria “péssima” obedece a gradiente no qual tal avaliação é mais alta na classe alta, seguida pelas classes média e baixa, respectivamente, conforme se percebe no quadro abaixo.



Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-IBOPE), 2011.

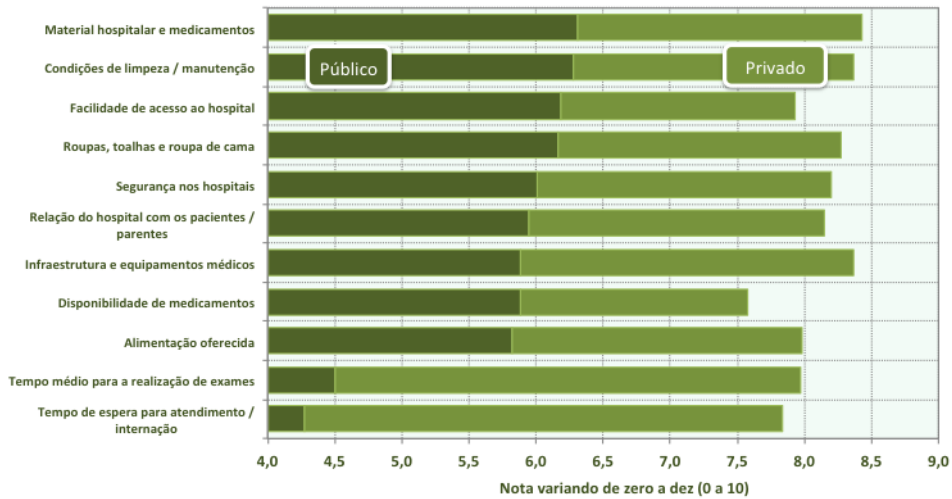
Em relação ao trabalho dos hospitais públicos, dominam como fatores negativos o tempo de espera e a falta de médicos ou o não cumprimento de horários por estes. Quando os hospitais públicos são comparados aos privados, contudo, tal quadro se altera significativamente, mostrando estes últimos desempenho bem melhor quanto a tais aspectos. Os dois quadros seguintes oferecem mais detalhes sobre essa apreciação que as pessoas fazem sobre sua própria saúde e sobre a qualidade dos serviços que lhes são prestados, tanto no setor público quanto no privado.



Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-IBOPE), 2011.



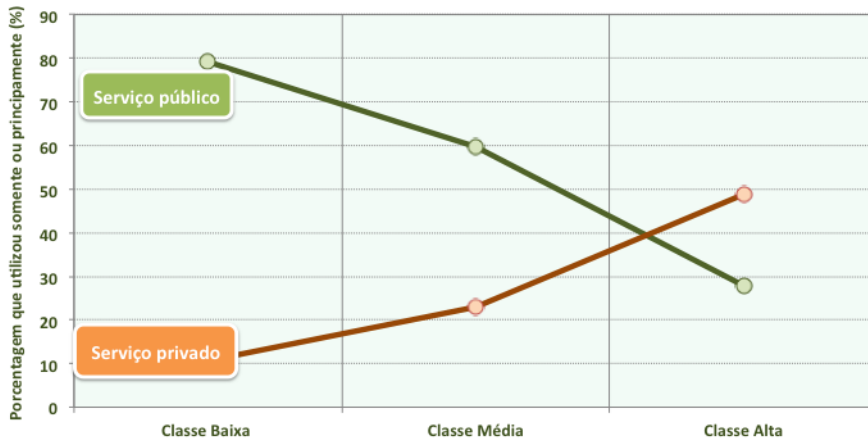
### Avaliação dos hospitais públicos e privados, Brasil



Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-IBOPE), 2011.

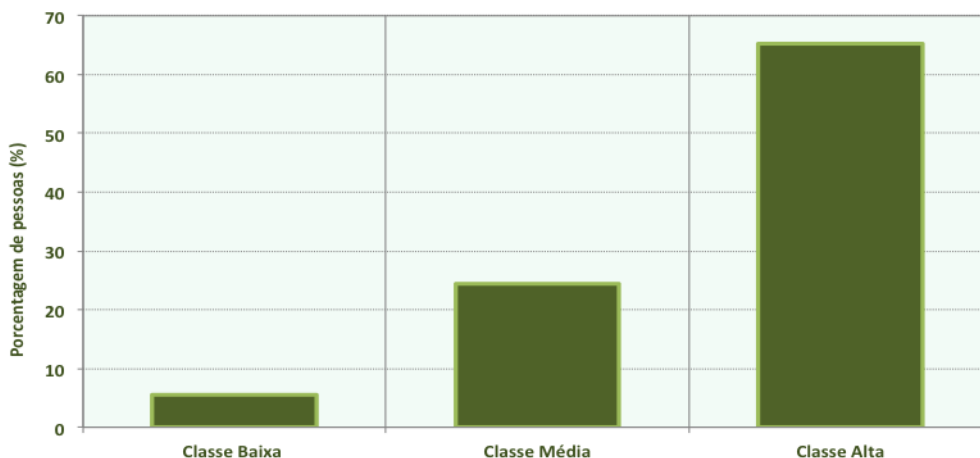
A utilização dos serviços públicos de saúde é, naturalmente, mais alta nas classes mais baixas, mas não totalmente irrelevante na classe alta. Aliás, não custa lembrar que os serviços de mais alta complexidade e custo, no Brasil, geralmente pertencem ao setor público. O uso de planos de saúde é naturalmente maior na classe alta, seguida de longe pela média e baixa, com a proporção de planos empresariais dominando nos segmentos mais baixos, ao contrário da classe alta, que tem planos principalmente individuais. Os três próximos quadros oferecem a quantificação disso.

### Utilização do serviço público versus utilização do serviço privado de saúde por classe de renda, Brasil



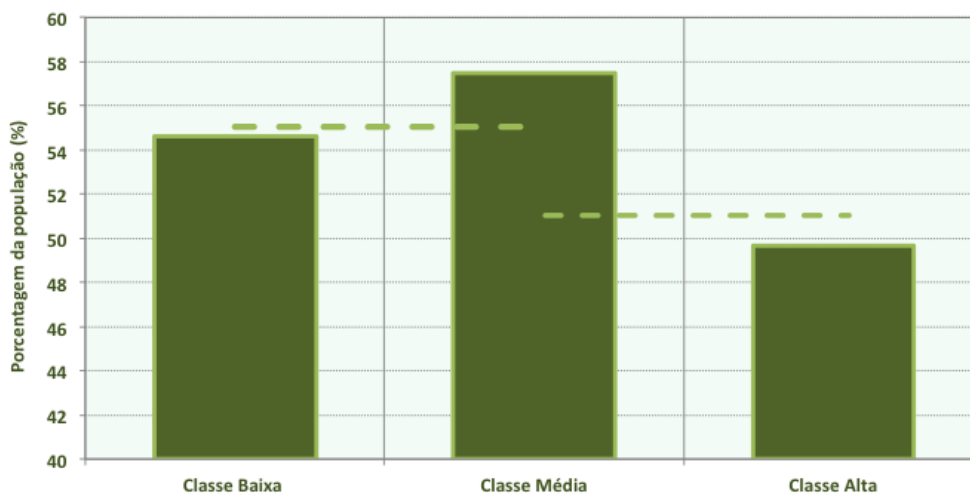
Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-IBOPE), 2011.

### Porcentagem de pessoas com cobertura de plano de saúde privado, Brasil



Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base na PNAD 2009 (IBGE).

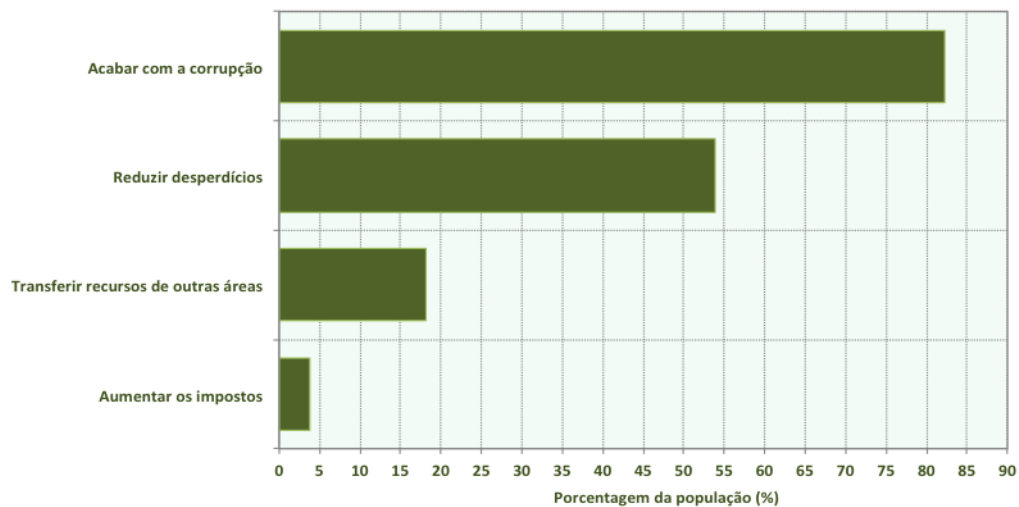
### Porcentagem, dentre os que possuem plano de saúde privado, cujo plano foi adquirido por meio da empresa onde trabalha, Brasil



Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-IBOPE), 2011.

Quanto ao quesito “o que se espera dos governos”, as respostas predominantes são: fim da corrupção, redução de desperdícios e transferência de novos recursos, seguida mais longinquamente pela proposta de criação de novos impostos, conforme demonstra o quadro seguinte.

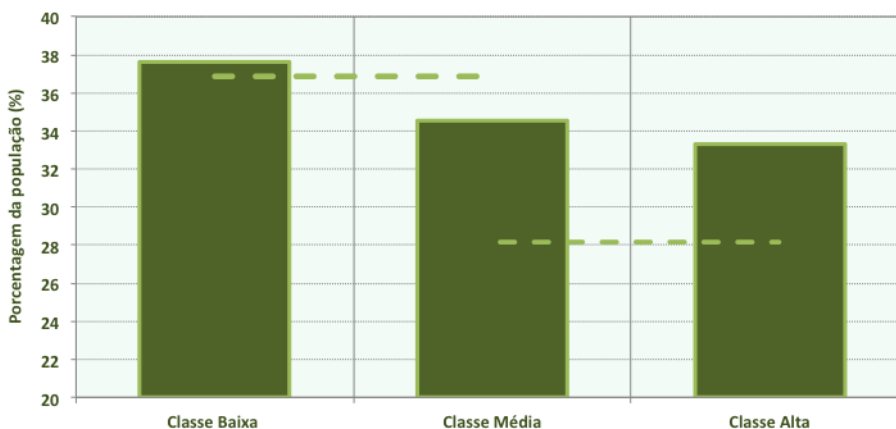
### Principal medida a ser tomada pelo governo para aumentar os recursos do sistema público de saúde, Brasil



Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-IBOPE), 2011.

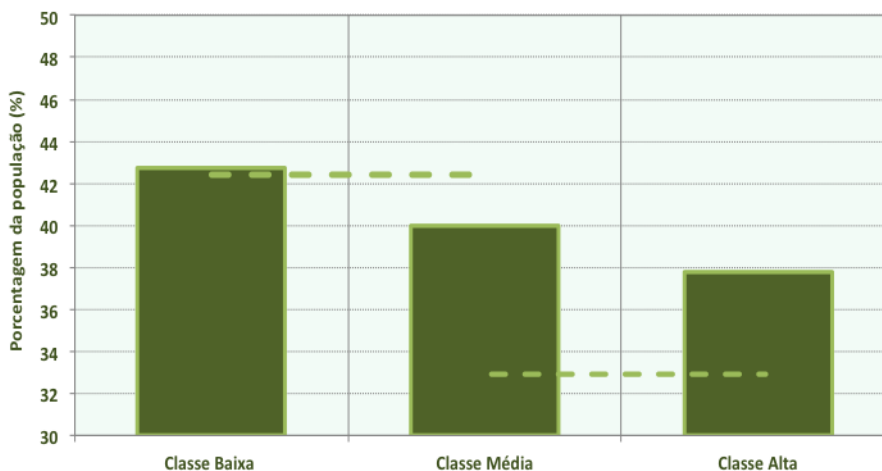
É generalizada a crença de que a privatização da saúde é algo necessário, mas com diferenças entre classes, sendo predominante na baixa e na média. A crença no papel do Estado como garantidor da assistência integral e gratuita à saúde está presente em todos os segmentos, mas, curiosamente, é mais frequente na classe alta, seguida da média e da baixa. O mesmo fato ocorre quando está em questão a possível “injustiça” do acesso diferenciado, mediante contribuição igualitária, daqueles que utilizam muito os serviços públicos e dos que quase não os utilizam. Ver os próximos quadros, que esclarecem quantitativamente esses aspectos.

### Porcentagem que concorda totalmente que a transferência da gestão dos hospitais públicos para o setor privado vai melhorar o atendimento, Brasil



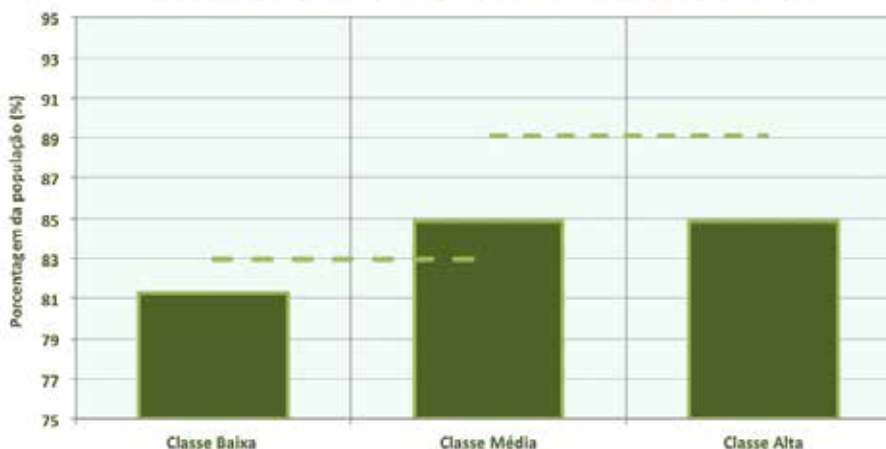
Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-IBOPE), 2011.

### Porcentagem que concorda totalmente que um sistema de saúde com acesso gratuito a todos é injusto porque todos pagam (via impostos) independentemente do uso, Brasil



Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-IBOPE), 2011.

### Porcentagem que concorda totalmente que o governo tem a obrigação de oferecer serviços de saúde gratuitos a toda a população, Brasil



Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-IBOPE), 2011.

A relação da classe média com a saúde é algo que merece mais aprofundamento. Em primeiro lugar, destaca-se que parte do progresso que o Brasil fez em relação a alguns indicadores de saúde decorre exatamente do fato de se ter, no país, pobres em menor quantidade, além de uma classe mé-

dia mais forte. Assim, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil claramente é menor na classe média que entre os mais pobres. Se existem menos pobres, a mortalidade infantil será menor, mas isso se deve, também, ao advento de políticas de saúde mais adequadas e resolutivas. Tome-se um bom exemplo, o da mortalidade infantil precoce, dado pelo quociente entre quantos dos filhos de todas as mulheres entre 18 e 54 anos em dois anos ainda estarão vivos. O Brasil, em duas décadas, reduziu esse indicador em 64%. Trata-se de algo realmente inédito e significativo, que faz que o país cumpra algumas das metas do milênio por antecipação.

Cabe a pergunta: quanto disso provém das mudanças socioeconômicas, do fato de que as mães estão mais educadas e de que as famílias têm renda maior? Ao decompor isso, calculando a taxa de mortalidade para cada nível de renda e para cada nível de escolaridade da mãe, verifica-se que tal queda essencialmente se refere à taxa de mortalidade entres os mais pobres e aqueles que vivem em áreas com pior saneamento e com mães de baixa escolaridade. E é uma redução drástica, da ordem de 70%. Em outras palavras, não só se reduziu a porcentagem da população em situações de pobreza, mas também a incidência de doenças. Assim, pode-se dizer que há efeitos da política pública de saúde, mas também do progresso tecnológico e da melhoria das condições sociais. O mais importante, sem dúvida, foi que houve enorme progresso social nas políticas públicas de saúde.

Aqui cabe um parêntese. Em geral, quando se implementa uma política pública, se ela é realmente bem feita, deve “morrer precocemente”, pois ao produzir seus efeitos deixa de ser necessária. Pois bem, na saúde, no combate à pobreza e em outras políticas, o Brasil vive hoje uma situação de tal efetividade que tudo deve mudar muito rapidamente, eis que muito rapidamente se equaciona o problema para o qual a política é voltada. Ao contrário, pode-se falar de uma política que não é bem sucedida, a de erradicação do analfabetismo, que há décadas é a mesma, por não conseguir erradicar de fato o analfabetismo.

No caso da política de combate à pobreza, como esta foi muito efetiva, ela está tendo de se transformar rapidamente, e com 40 milhões de pessoas que saem da pobreza e entram na classe média, a política pública tem de ir atrás disso. Assim, uma política pública de combate à pobreza, seja por motivação paternalista, seja porque os pobres estão muito ocupados tentando sobreviver e não têm tempo de discutir o desenho da política pública para o combate à pobreza, muitas vezes tem seu desenho formulado sem a escuta dos mais pobres, apoiando-se muito mais nos gabinetes.

Quando se trata de uma política para a classe média, é ainda mais difícil fazer isso. Por isso, foi criado no governo federal um projeto denominado Vozes da Classe Média, que visa fazer políticas públicas escutando a classe média. Alguns resultados já podem ser mostrados, por exemplo, na política de saúde. Trata-se de não fazer apenas uma política para a classe média, mas sim fazer uma política com ela. Alguns resultados mostram que o discurso da classe média nem sempre é coerente; por exemplo, ela pede melhores serviços e que o governo gaste mais com o setor, mas se recusa a pagar mais impostos para tanto.

Um bom exemplo é o da percepção das classes alta, média e baixa sobre a qualidade dos serviços da saúde nas cidades em que vivem e no país como um todo. No segundo caso, ou seja, com referência no país, a fonte é certamente a televisão, que no Brasil conforma-se em redes nacionais. Assim, o serviço nas cidades de residência dos entrevistados é considerado melhor que no país, em geral. Como existem propagandas contra o serviço público de saúde, isso talvez faça que as pessoas pensem que nas cidades vizinhas o serviço de saúde é pior que na cidade. Na mesma linha, os ricos acham que os serviços são piores do que pensam os pobres, a classe média acha que eles são piores do que pensa a classe baixa. Assim, embora não existam diferenças significativas em termos de uma visão de saúde nas cidades, em termos de país ela existe de fato.

Mas o que as pessoas acham realmente que é ruim e não funciona? Tempo de espera e tempo médio de realização de exames dominam o quadro negativo. Isso significa que elas não estão reclamando do material, do relacionamento dos serviços com as pessoas. Elas reclamam, realmente, é da demora em serem atendidas, seja nas consultas ou nos exames. Nesse caso, a avaliação é melhor no sistema privado que no sistema público, mas é preciso conhecer isso com mais detalhes. Se as pessoas declinam sua vontade de ir para o sistema privado é porque acreditam que ali não terão de esperar tanto. Decorrência disso é que, para tornar a saúde mais atrativa para a classe média, deve-se atacar a questão dos tempos de espera, o que certamente fará que essas pessoas usem mais o sistema público.

Quando elas reclamam dos profissionais da saúde, elas consideram que os médicos são ruins? A competência do médico não está em questão, mas sim a crença de que estes não estão trabalhando, ou que faltam médicos. Mais uma vez, a procura do sistema privado deve-se ao fato não de ele ser melhor em tudo, mas certamente é melhor na quantidade de médicos disponíveis e na frequência dos médicos nos serviços. O que a população está dizendo é: “eu quero médico no hospital e não quero fila”. A percepção geral, assim, é de que o problema não está na falta de medicamentos ou de equipamentos ou na baixa qualidade dos profissionais. O que elas estão dizendo é “quando o médico está lá eu acho ótimo, ele me trata excelentemente bem, o problema é quando ele não está lá e aí tenho de esperar uma quantidade enorme de tempo”. Assim, o principal problema do sistema público de saúde segundo a população é de fato a demora e a dificuldade em ser atendido.

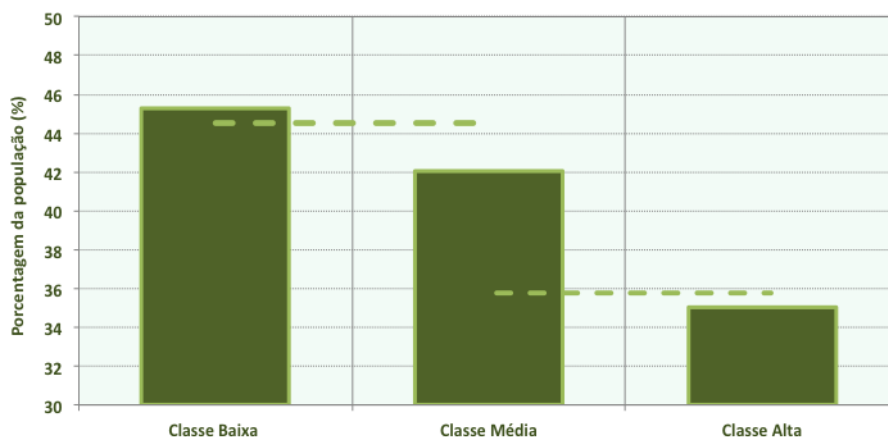
Quem tem plano de saúde privado, obviamente, é a classe alta, mas a classe média gradualmente está avançando nesse sentido. Mas o fator determinante disso é de natureza empresarial, ou seja, de uma oferta que parte dos empregadores, não exatamente da preferência individual espontânea. A classe média obteve esta vantagem, é certo, exatamente pelo seu crescente e forte grau de formalização de emprego. Isso mereceria toda uma discussão específica, envolvendo a relação entre a sociedade e o setor público, ou seja, o que as pessoas esperam que o setor público faça por elas e o quanto estão dispostas a pagar por isso.

O SUS é bastante avançado em termos da suposta dicotomia entre o público e o privado. O que

importa para a população é obter o serviço gratuitamente, não quem esteja oferecendo-o. Contudo, a discussão relativa a quem paga a conta, se o serviço tem de ser provido publicamente ou privadamente, interessa menos à população. Nesse caso, é preciso difundir a ideia de que muitas vezes o Estado faz o que deve, seja regulando, produzindo, avaliando ou certificando a qualidade do que se oferece ao público. Trata-se de operações de gerenciamento, não de fiscalização de cumprimento de horários apenas, mas de um sistema de serviços e da qualidade com que eles são oferecidos à população. Mas o fato é que ainda não se coloca a questão nesses termos para a população, para ver o que ela de fato pensa.

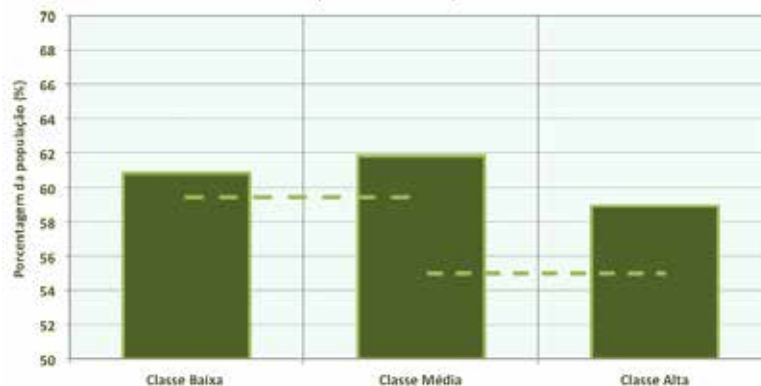
Encerrando essas considerações, uma síntese das visões da sociedade sobre questões ligadas ao campo da saúde pode ser destacada: (a) a prevenção é considerada importante, sendo mais valorizada entre os membros das classes baixa e média; (b) sobre as vantagens do parto normal sobre o cirúrgico, sua valorização é equilibrada nas três classes; (c) o uso de tabaco é mais expressivo na classe baixa, seguida da média e da alta; (d) a prática de esportes tem distribuição inversa, sendo mais frequente na classe alta; (e) a perda de dias de trabalho por doença em período recente é mais expressiva na classe alta, seguida da média e da baixa. Ver os quadros seguintes.

**Porcentagem que concorda totalmente que políticas preventivas são mais importantes para melhorar a saúde da população do que a construção de hospitais, Brasil**



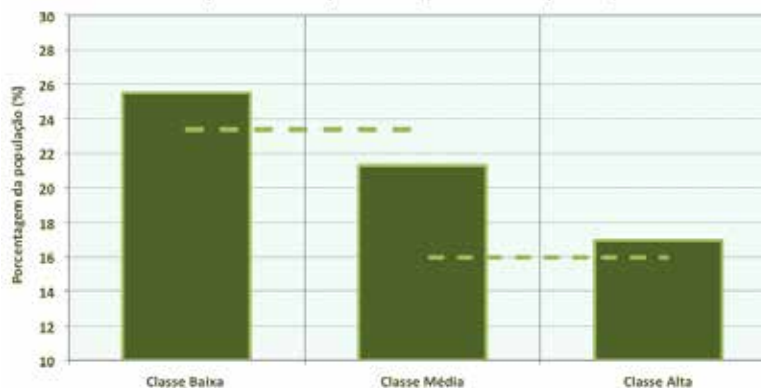
Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-IBOPE), 2011.

**Porcentagem que concorda totalmente que o parto normal é melhor do que a cesariana, Brasil**



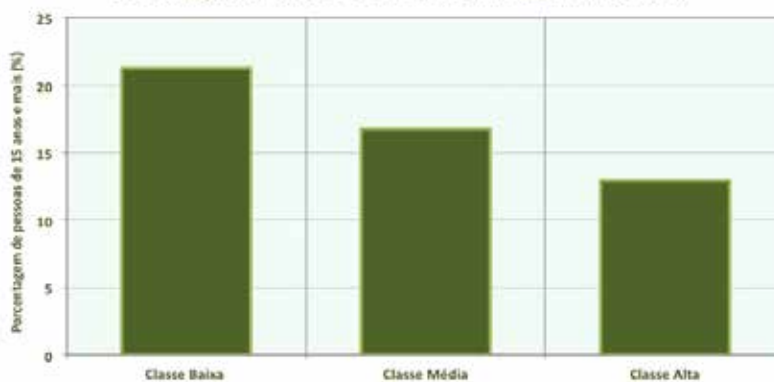
Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-IBOP), 2011.

**Porcentagem que concorda totalmente que o viciado em drogas é mais um problema de polícia do que de saúde pública, Brasil**



Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-IBOP), 2011.

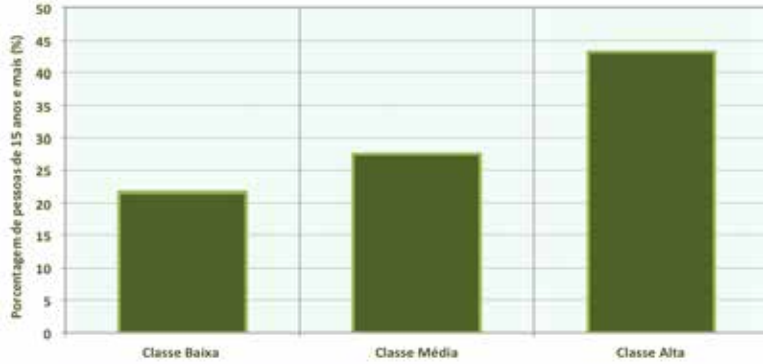
**Porcentagem de pessoas de 15 anos e mais que fumam, Brasil**



Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PR com base na PNAD 2009 (IBGE).

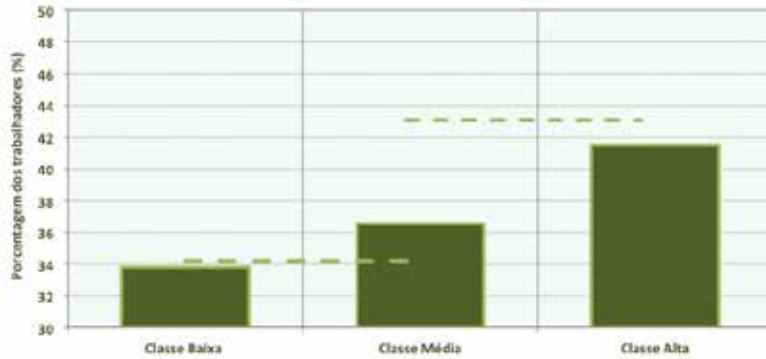


**Porcentagem de pessoas de 15 anos e mais que praticam algum exercício ou esporte, Brasil**



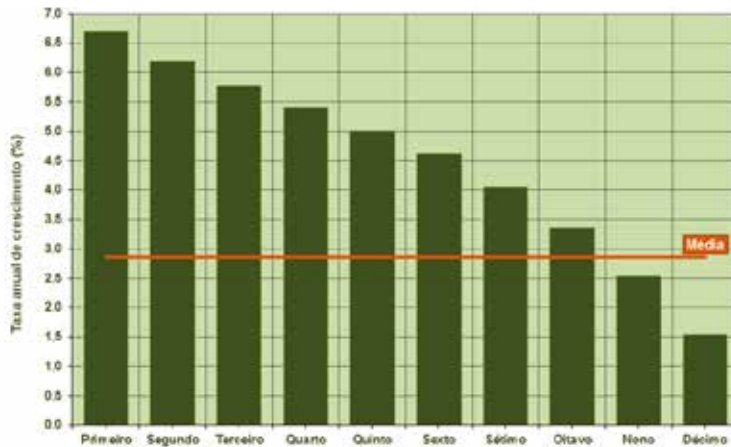
Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PI com base na PNAD 2009 (IBGE).

**Porcentagem dos trabalhadores que perderam pelo menos um dia de trabalho nos últimos doze meses por motivos relacionados à saúde, Brasil**



Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PI com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-BOPE), 2011.

**Taxa média anual de crescimento por décimo da distribuição da renda familiar per capita: Brasil, 2001-2011**



Fonte: Estimativas produzidas pela SAE /PI com base em Retratos da Sociedade Brasileira - Saúde Pública (CNI-BOPE), 2011.

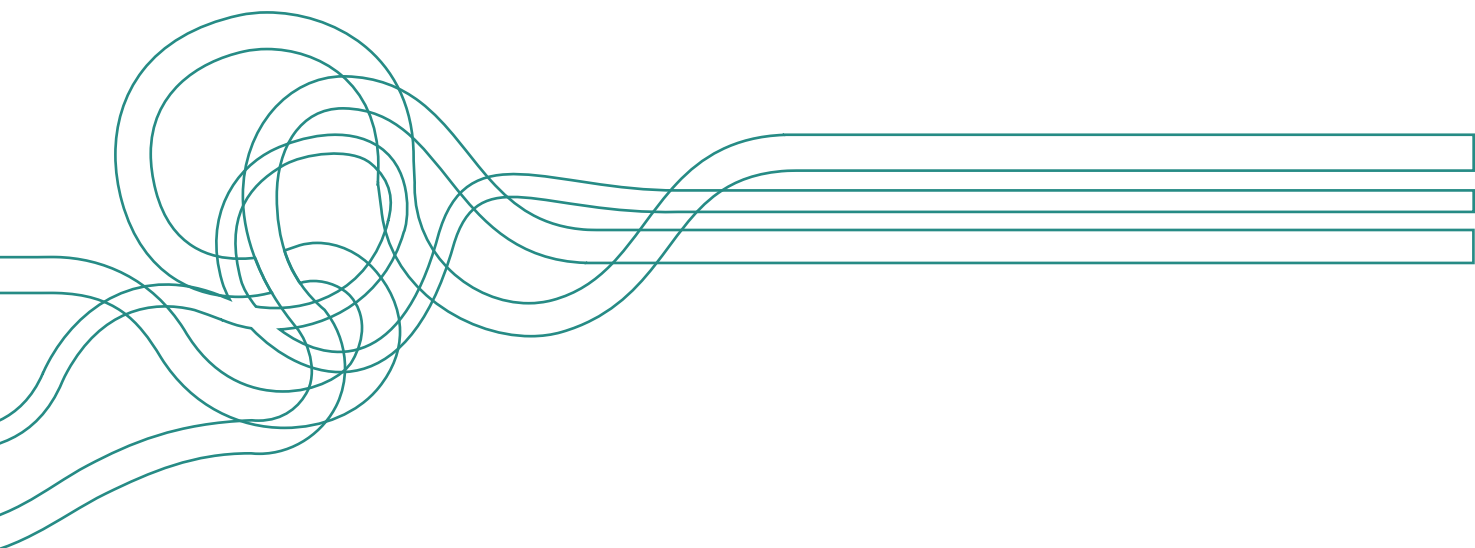
# 2

## Renato Meirelles

### Coautores

Pedro Felipe de Andrade Mancini

Rachel Rua Baptista Bakke



### 2.1 A nova classe média e a saúde

#### 2.1.1 Mudanças socioeconômicas e a ascensão da chamada Nova Classe Média brasileira

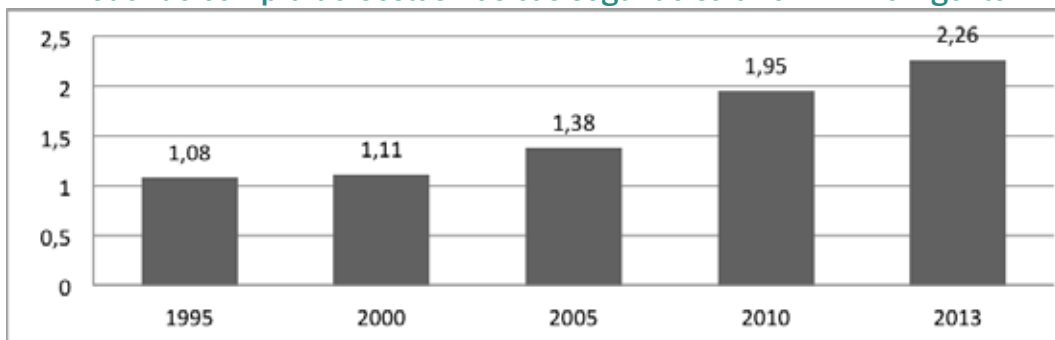
Muito já foi divulgado sobre as mudanças socioeconômicas que transformaram o Brasil na primeira década do milênio. A economia cresceu e tornou-se mais robusta, o desemprego caiu<sup>1</sup> e o nível de renda de grande parcela da população aumentou significativamente, a ponto de milhões de brasileiros terem abandonado a linha da miséria. Como consequência do aumento da população no mercado formal de trabalho, boa parte da população, outrora excluída das relações de consumo, ingressou com força no mercado consumidor, adquirindo bens e serviços capazes de garantir mudan-

---

<sup>1</sup> FONTE: VOZES DA CLASSE MÉDIA – CADERNO 1.

ças significativas no seu cotidiano. Um bom exemplo disso é o aumento real do salário mínimo diante do preço da Cesta Básica. Esse fenômeno amplifica a oportunidade de compras de novos produtos por parte dos consumidores emergentes.

### Poder de compra de Cestas Básicas segundo salário mínimo vigente

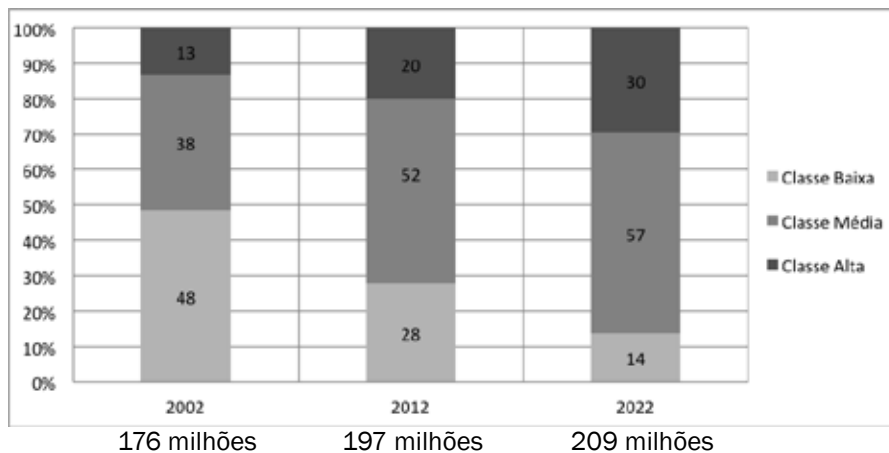


FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DO DIEESE, 2013.

Por conta dessas mudanças de grande amplitude, é igualmente comum, nos dias atuais, comentar-se sobre a ascensão de uma Nova Classe Média no país: indivíduos que, graças ao aumento do emprego formal, a políticas governamentais e a uma situação econômica favorável, migraram de um estrato econômico de menor renda para uma posição mais abastada. São pessoas que, com a melhora de seu bolso, adquirem novos comportamentos de consumo e desenvolvem novas formas de se relacionar com o Estado. Seu volume numérico não pode ser desprezado: em uma década, a classe média brasileira alcançou 40 milhões de pessoas, e a tendência é que continue a crescer nos próximos anos (segundo projeções, ela deverá atingir 57% da população nacional até 2022 – em 2002, representava apenas 38%<sup>2</sup>). Atualmente, a somatória de pessoas da classe média brasileira equivale a toda a população da Alemanha. Seu consumo ultrapassa 1 trilhão de reais por ano – mais do que gastam todos os consumidores da Suíça ou da Holanda<sup>3</sup>. Com números tão expressivos, é impossível pensar no Brasil sem refletir a fundo sobre essa classe média em plena expansão.

<sup>2</sup> FONTE: PROJEÇÃO DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD – IBGE.

<sup>3</sup> FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD E DE DADOS DA ONU.



FORNTE: PROJEÇÃO DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD – IBGE.

Mas quem é essa tão falada “Nova Classe Média”? Quem a compõe? O termo, apesar de tão empregado por empresas e veículos de comunicação, ainda gera estranhamento e dúvidas – afinal, ainda são poucos os que se debruçaram para compreender sua composição, comportamentos e valores. Sem dúvida, há muito a explorar no universo do Brasil da Nova Classe Média.

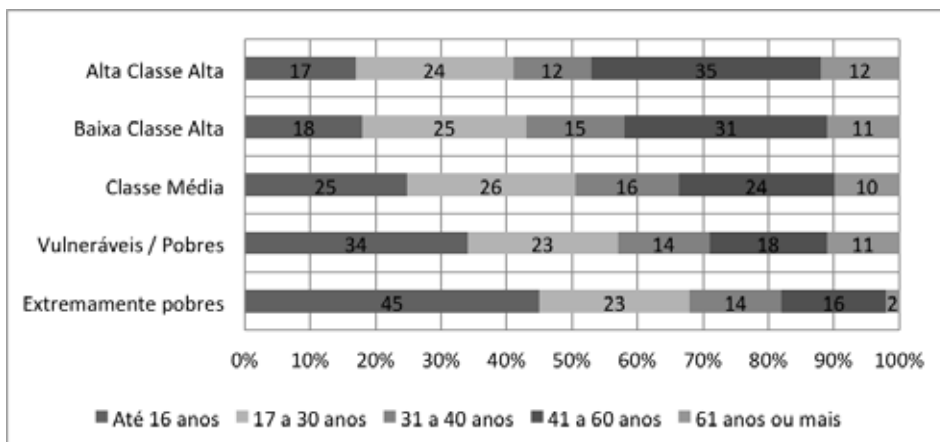
Inicialmente, não podemos ignorar que o crescimento dessa classe é indissociável da redução da miséria e do encolhimento dos estratos mais pobres – em especial, graças ao aumento do emprego formal no país. Assim, a composição da Nova Classe Média, tal como boa parte de seu modo de pensar e agir, deriva de estratos menos favorecidos economicamente – de onde seus componentes ascenderam. Os valores dessa classe, herdados de condições de renda menos favoráveis, são adaptados a novas situações, resignificados de acordo com as conquistas obtidas a partir da melhora de condições socioeconômicas. A melhora da renda trouxe também uma consequência benéfica para o futuro do Brasil: o aumento da escolaridade dos brasileiros e o ingresso de mais de 3 milhões de estudantes nos bancos das universidades. Vamos ver agora quem são os protagonistas dessa Nova Classe Média: os jovens, as mulheres e os negros.

## 2.1.2 OS JOVENS DA NOVA CLASSE MÉDIA

A Nova Classe Média, composta prioritariamente por jovens (o Brasil contava com mais de 42 milhões de jovens entre 18 e 30 anos, sendo 55% deles pertencentes à classe média<sup>4</sup>), colhe os frutos do investimento dos pais em sua educação: cursam, hoje, faculdades e escolas técnicas, com o claro objetivo de obter posições mais favoráveis no mercado de trabalho – capazes, por sua vez, de garantir melhores condições de vida que aquelas a que seus pais tiveram acesso décadas

<sup>4</sup> FORNTE: DATA POPULAR, A PARTIR DA PNAD. VALORES DE OUTUBRO DE 2012.

atrás. O resultado é um jovem que, graças à luta dos pais para que os filhos os superassem, de fato obtém melhores condições de vida e de trabalho que a geração anterior. Paralelamente, esse jovem também costuma contribuir mais com os gastos familiares que a juventude pertencente à elite.



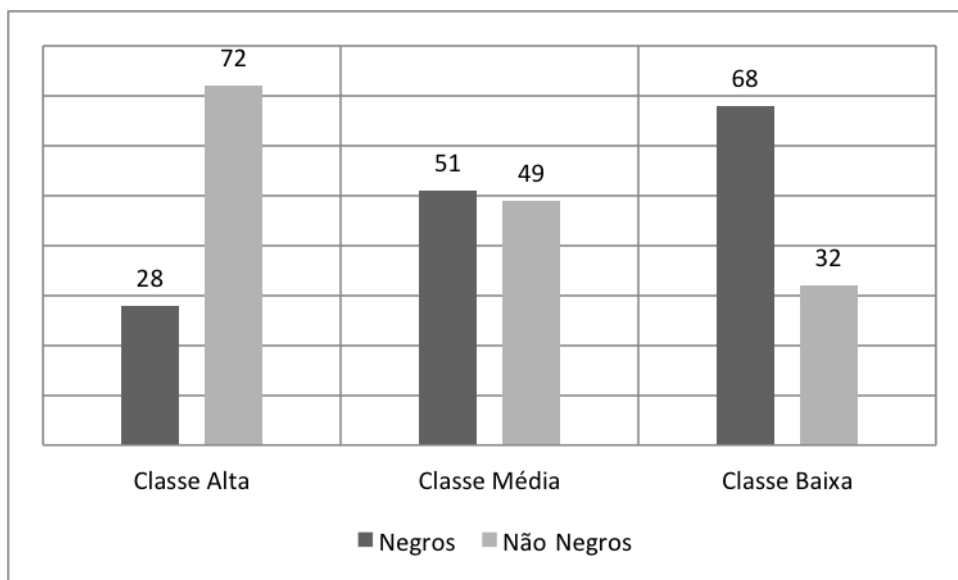
## 2.1.3 MULHERES E NEGROS DA NOVA CLASSE MÉDIA

Contudo, a marca da Nova Classe Média não se restringe à juventude. Outros dois protagonistas detêm destaque: o negro, grupo que mais contribuiu para a ascensão desse estrato (75% das pessoas que ascenderam para a classe média na última década são negras<sup>5</sup>), e a mulher, cuja renda aumentou consideravelmente com sua entrada massiva no mercado de trabalho (sua massa de renda cresceu 83% em 10 anos, enquanto a massa de renda masculina aumentou apenas 45%<sup>6</sup>). Os negros contribuem, atualmente, com a metade da massa de renda da classe média; embora não possamos afirmar que tenha ocorrido uma mudança nas relações raciais do país, ainda pautadas por uma desigualdade estrutural, é evidente que sua participação na economia cresceu significativamente nos últimos tempos, o que faz desse agrupamento um dos pilares das mudanças socioeconômicas que transformaram o cenário brasileiro.

<sup>5</sup> FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD. VALORES DE OUTUBRO DE 2012. VOZES DA CLASSE MÉDIA.

<sup>6</sup> FONTE: PROJEÇÃO DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD E POF-IBGE.

## Massa de Renda das classes econômicas (Negros x Não Negros)



FONTE: PROJEÇÃO DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD E POF-IBGE. NEGROS = PRETOS + PARDOS. VALORES CORRIGIDOS PELO INPC PARA JANEIRO DE 2013.

A participação das mulheres na massa de renda do país, por sua vez, passou de 29% em 1992 para 38% em 2012. O número de mulheres chefes de família também aumentou: 20% dos lares eram chefiados por mulheres em 1992, contra os 38% de 2012. Do mesmo modo que esses dados mostram o aumento da participação feminina na realidade socioeconômica do país, eles expõem um problema de gênero que adquire novos contornos: a sobrecarga sofrida pela mulher brasileira no dia a dia, uma vez que os papéis sociais que assume estenderam-se inexoravelmente. A mulher ingressa no mercado de trabalho ao mesmo tempo em que se vê pressionada a manter as responsabilidades com a família, em um contexto de tensão com os homens pela divisão dos cuidados com o lar.

Um passado de maiores dificuldades não foge, portanto, à memória dessa população, que viveu diretamente situações de grande aperto financeiro. Ela passa, com a melhora das condições gerais de existência, a valorizar bens e serviços que simbolizam essa nova situação conquistada. Confiante quanto ao seu futuro, a Nova Classe Média almeja obter acesso a serviços de maior qualidade, dos quais não pôde usufruir durante boa parte de sua vida. Conferindo forte peso à educação dos filhos – para que eles tenham acesso a oportunidades melhores que as que ele próprio teve acesso –, o indivíduo de classe média emergente começa a sonhar com serviços privados, como escolas particulares e planos de saúde. A relação com o Estado e os serviços públicos, porém, também não passa incólume: procurando afastar-se de tudo o que remete a um passado de maiores dificuldades, o homem de classe média também tende a exigir melhora na qualidade dos serviços prestados por órgãos públicos que afetam diretamente o seu dia a dia. Sendo assim, 70% dessa classe média crê

que a Educação é responsabilidade do Estado, enquanto 75% dela acredita o mesmo sobre a Saúde<sup>7</sup>. Ao mesmo tempo, 62% acredita que a baixa qualidade do ensino vai prejudicar o desenvolvimento do Brasil<sup>8</sup>, o que demonstra o olhar de cobrança sobre o Estado dessa parcela da população. A insatisfação aumenta ainda mais entre os indivíduos de menor renda: em uma pesquisa qualitativa realizada com pessoas de classe baixa que residem no município de São Paulo, por exemplo, a saúde, a educação e a segurança aparecem como grandes fatores de preocupação, resultando na constituição das demandas dessa população pela presença mais marcante de equipamentos públicos, como hospitais, escolas e creches, além de policiamento mais efetivo<sup>9</sup>.

Na prática, muito dos desejos e anseios da Nova Classe Média por serviços de qualidade, sejam públicos ou privados, não foram plenamente satisfeitos. Ainda focando nos serviços públicos, 78% dessa classe consideram insatisfatória a qualidade do atendimento de hospitais e postos de saúde, e 60% pensam o mesmo sobre a qualidade das escolas dos níveis fundamental e médio de ensino<sup>10</sup>. Parte considerável desse estrato ainda não aderiu aos serviços privados, seja por condições financeiras ainda insuficientes – apesar de mais favoráveis que em passado recente –, seja por falta de informações ou pela baixa oferta de serviços direcionados especialmente às demandas desses cidadãos. Tem-se que muitos dos serviços privados ainda são elaborados de acordo com o modo de vida das classes alta e média tradicionais, havendo uma preocupação ainda perene sobre como pensar produtos e serviços especialmente direcionado aos emergentes, compatíveis com sua perspectiva de vida. O novo Brasil, porém, deixa claro o caráter ultrapassado dessa perspectiva, revelando a necessidade de prestadores de serviços – empresas e Estado – levarem em conta, com seriedade, o que a Nova Classe Média pensa e deseja.

## 2.1.4 A relação do brasileiro e da Nova Classe Média com a Saúde

Com a melhora na condição socioeconômica geral do país, houve igualmente um sutil aumento nos índices de qualidade de vida. Com pontuação de 0,665 em 2000, o Brasil atingiu 0,718 pontos no índice de IDH em 2011, ocupando atualmente a 85ª posição no Ranking Mundial. Mais significativa – e a maior responsável pela melhora no índice geral – foi o aumento do Índice de Saúde; entre 2010 e 2011, esse desenvolvimento, medido pela expectativa de vida do brasileiro, foi responsável por 40% da melhora geral do IDH do país (cujo índice variou positivamente, entre os dois anos, de 0,715 para 0,718)<sup>11</sup>.

---

<sup>7</sup> FONTE: DATA POPULAR.

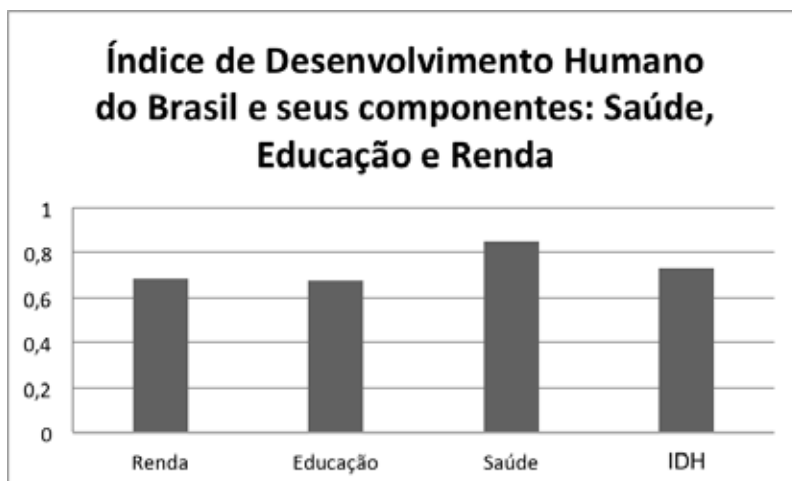
<sup>8</sup> FONTE: SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS (SAE).

<sup>9</sup> FONTE: DATA POPULAR.

<sup>10</sup> FONTE: DATA POPULAR.

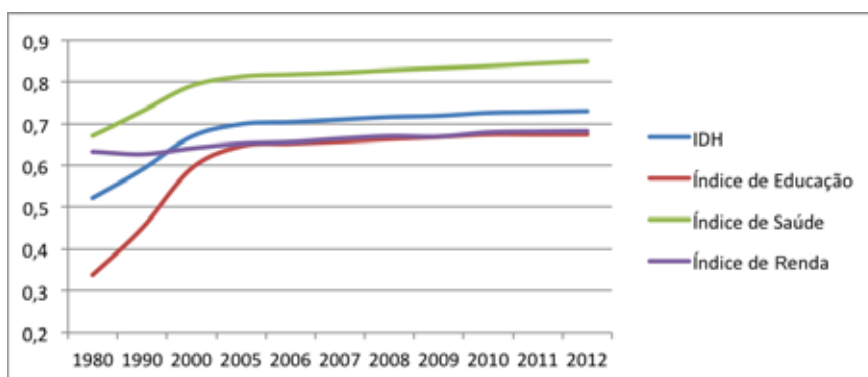
<sup>11</sup> FONTE: PNUD, ONU, 2012.

## Evolução dos Índices de Desenvolvimento Humano, de Educação, Saúde e Renda do Brasil de 1980 a 2011



FONTE: PNUD, ONU, 2012.

## Evolução dos critérios componentes do IDH brasileiro entre 1980 e 2011



FONTE: PNUD, ONU, 2012.

	Expectativa de vida no nascimento	Expectativa de anos de escolaridade	Média de anos de escolaridade	RNB per capita (PPP\$ 2005)	Valor do IDH
1980	62,5	14,1	2,6	7.306	0,549
1985	64,4	14,1	3,2	6.732	0,575
1990	66,3	14,1	3,8	6.978	0,600
1995	68,3	14,1	4,6	7.610	0,634
2000	70,1	14,5	5,6	7.698	0,665
2005	71,6	14,2	6,6	8.260	0,692
2010	73,1	13,8	7,2	9.812	0,715
2011	73,5	13,8	7,2	10.162	0,718

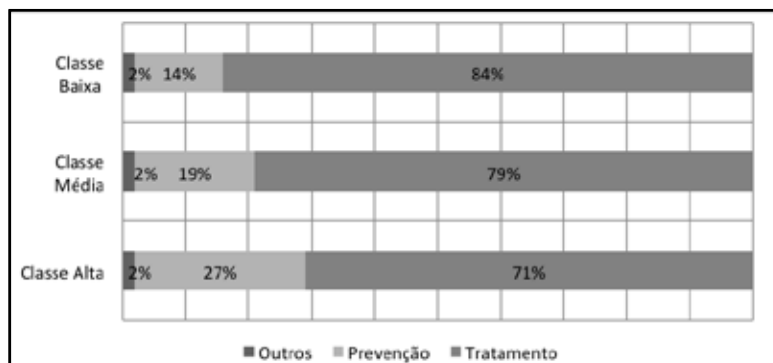
FONTE: PNUD, ONU, 2012.



Vários fatores contribuíram para a melhora geral da condição de saúde do brasileiro nos últimos anos. A expectativa de vida, componente importante do índice de IDH, atingiu os 73,5 anos<sup>12</sup> (aumentando 11 anos entre 1980 e 2011), a mortalidade infantil regrediu para 15,6 por mil habitantes<sup>13</sup> e os brasileiros passaram a ter menos filhos – 1,81 por mulher<sup>14</sup>. Em resumo, vivemos por mais tempo, nossas crianças têm maiores chances de sobreviver e nossas famílias ficaram menores, o que determinou uma melhora geral na condição de vida.

Essa melhora objetiva, ainda que discreta, combina com a percepção que o brasileiro possui sobre a sua saúde: seu estado é classificado como ótimo ou bom por 84% da classe alta e 75% da classe média<sup>15</sup>, enquanto a preocupação com a prevenção não ultrapassa os 27% em nenhum estrato de renda que busca atendimento médico, conforme indica o gráfico seguinte. Assim, o otimismo geral do brasileiro em relação à sua saúde possui efeitos perversos, determinando falta de preocupação generalizada com ações preventivas – o que pode sobrecarregar o atendimento direcionado ao tratamento de doenças já desenvolvidas. Ainda mais inquietante é saber que a preocupação com a prevenção é inversamente proporcional à renda, o que acarreta a maior vulnerabilidade dos estratos mais pobres, que muitas vezes acabam visitando o médico apenas quando os sintomas de uma doença já são bastante visíveis e incômodos. Há de se lembrar, até mesmo, que o tratamento de doenças tardiamente detectadas torna-se, em geral, muito mais doloroso e difícil.

### Qual foi o principal motivo pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?



FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD, 2008.

Da mesma forma, hábitos preventivos em geral, para além da consulta de rotina, variam significativamente de acordo com o nível de renda: a classe alta realiza mais esportes e realiza exames periódicos com mais frequência que as classes média e baixa, como comprova o próximo gráfico. Além

<sup>12</sup> FONTE: PNUD, ONU, 2012.

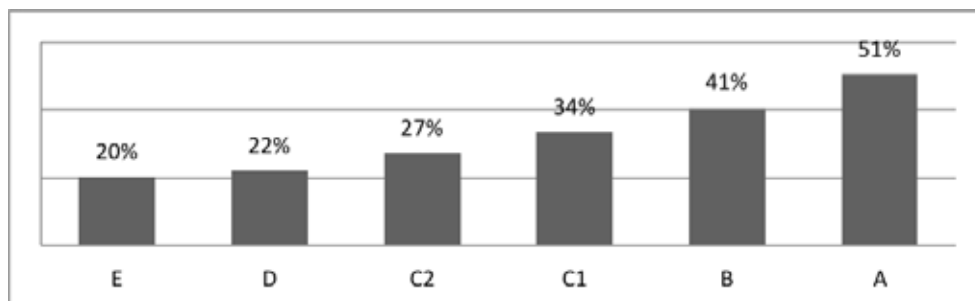
<sup>13</sup> FONTE: BANCO MUNDIAL, COM DADOS ATUALIZADOS EM 30 DE ABRIL DE 2013.

<sup>14</sup> FONTE: DATA POPULAR.

<sup>15</sup> FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD, 2008.

disso, a classe alta evita hábitos prejudiciais, como o fumo, com maior recorrência (11% da classe alta fumam diariamente, contra 12% da classe C1 e 15% da classe C2<sup>16</sup>).

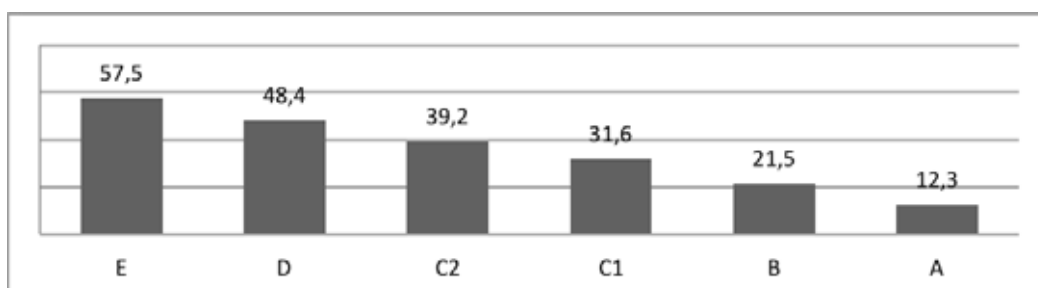
### Praticou algum tipo de esporte nos últimos três meses



FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD 2008.

Vê-se, ainda, que com a renda também variam as preocupações alimentares: enquanto um máximo de 60% procura manter uma dieta balanceada entre a classe alta, apenas 49% dos mais pobres detêm a mesma atenção sobre a questão<sup>17</sup>. Como mais um agravante, temos que apesar de se preocuparem com a saúde preventiva com menor vigor, as classes baixa e média também exercem atividades que exigem maior esforço físico que a classe alta – o que pode resultar em adoecimento mais veloz. Como uma das consequências dessa diferença de hábitos, doenças como hipertensão e as diretamente relacionadas às costas e à coluna aparecem com mais força entre essas classes – e a hipertensão chega a afligir 14% das pessoas dessas faixas de renda<sup>18</sup>.

### No trabalho, anda a maior parte do tempo, carrega peso ou faz outra atividade que requer esforço físico intenso



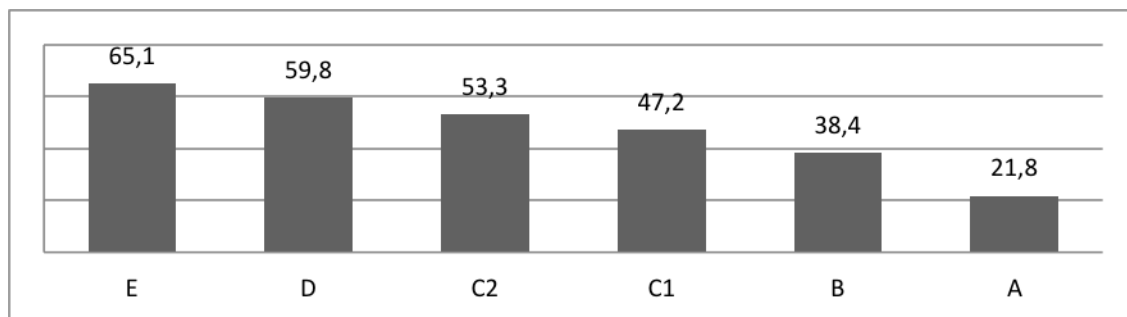
FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD 2008.

<sup>16</sup> FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DOS MICRODADOS PNAD/IBGE 2008.

<sup>17</sup> FONTE: DATA POPULAR, 2011.

<sup>18</sup> FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD 2008.

## Costuma fazer/ajudar a fazer a faxina pesada em casa



FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD 2008.

Essas atitudes das classes baixa e média em relação à própria saúde constituem desafios concretos para um país que busca manter seu desenvolvimento e cuidar de seus cidadãos, especialmente os de menor renda. Tais desafios estão nas mãos do setor público, mas também são cotidianamente encarados pela esfera privada de atendimento à saúde; juntas, elas não devem apenas tratar a população quando esta se depara com problemas graves e urgentes, mas auxiliar na divulgação das formas efetivas de prevenção à saúde, destacando e clarificando seus benefícios.

## 2.1.5 A Nova Classe Média e os equipamentos de atendimento à saúde

Os números de estabelecimentos e profissionais da saúde, no Brasil, são bastante expressivos: em 2011, havia um total de 233.197 estabelecimentos do setor (entre hospitais e estabelecimentos ambulatoriais), 293.331 médicos e 133.359 enfermeiros<sup>19</sup>. Grande parte desses recursos físicos e humanos pertence ao Estado, o grande responsável pela provisão de atendimento médico à população brasileira. Essa política pública é baseada no Sistema Único de Saúde (SUS), e sua larga abrangência é indiscutível: 80% da população brasileira dependem dele para ter acesso a serviços básicos<sup>20</sup>.

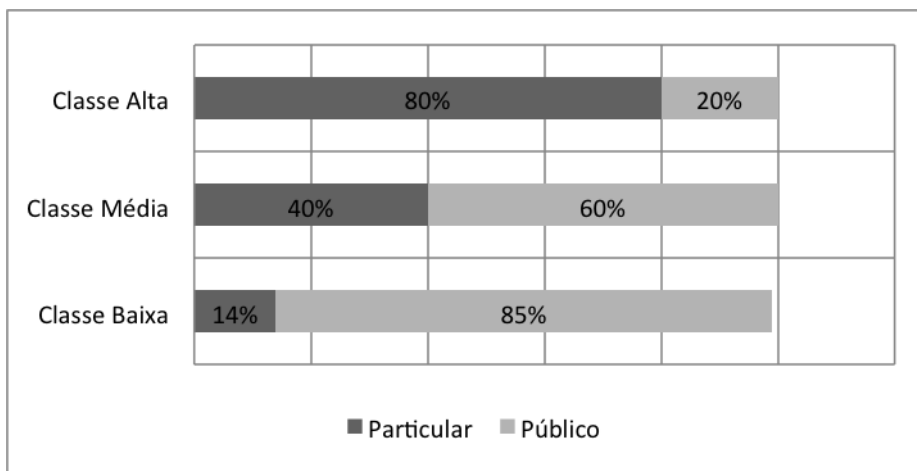
O Programa Saúde da Família, por sua vez, atende a 94,2 milhões de brasileiros – sendo esse o grande responsável pelo acompanhamento da saúde dos cidadãos de baixa renda do país, promovendo ações de saúde, prevenção, reabilitação e recuperação de problemas debilitantes em todo o território nacional. Trata-se de equipes multidisciplinares, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, que fazem a mediação entre o poder público e a população de menor renda. Os Agentes Comunitários de Saúde, moradores das comunidades atendidas, detêm papel imprescindível nessas equipes, sendo preparados para cuidar tanto da própria saúde quanto do bem-estar das pessoas que residem no entorno. Atualmente, existem mais de 200 mil agentes dessa espécie no país.

<sup>19</sup> FONTE: CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2011 | DATASUS, 2011.

<sup>20</sup> FONTE: DATASUS, 2011.

Evidentemente, o grau de dependência da população pelo sistema público de saúde varia de acordo com a classe socioeconômica, sendo um reflexo da profunda desigualdade a que ainda estamos submetidos, apesar dos avanços dos últimos anos. Enquanto 85% da classe baixa procuram atendimento público da última vez que precisou, essa proporção cai para 20% na classe alta<sup>21</sup>. A penetração dos serviços particulares de saúde já é bem mais visível na classe média: 60% dela buscou consultórios particulares pela última vez, contra 40% que buscou, prioritariamente, atendimento no setor público. Esses dados mostram o quanto a classe média emergente possui condições minimamente sólidas para gastar mais com seu bem-estar do que faziam anteriormente, contratando planos de saúde e visitando consultórios particulares com maior frequência do que os médicos que atendem no serviço público.

### Tipo de atendimento que procurou da última vez que precisou



FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD, 2008.

Desigualdades no acesso a serviços de saúde também se fazem notar quando se compara os gastos anuais de cada estrato com esse setor. Enquanto os estratos elitizados do município de São Paulo gastam cerca de R\$ 4.914,00 por ano com saúde, esse valor despenca para R\$ 302,00 anuais entre indivíduos de estratos mais pobres do mesmo município<sup>22</sup>.

Dado curioso é que o SUS ainda mobiliza 20% da classe alta – que afirmam ter recorrido a serviços públicos da última vez que precisaram. Trata-se de indivíduos que, apesar de possuírem renda para usufruir de serviços privados, também possuem suas necessidades básicas de saúde atendidas pelos equipamentos públicos. Além disso, a Pnad 2008 revelou que 5 milhões dos usuários de planos de saúde utilizaram o SUS no último atendimento que realizaram. Essas informações indicam que,

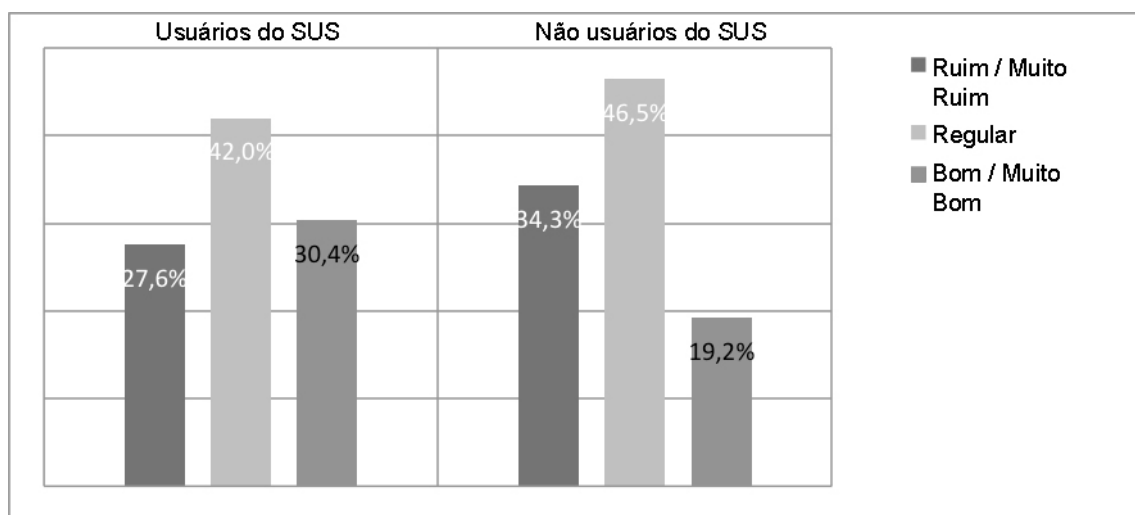
<sup>21</sup> FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DA PNAD, 2008

<sup>22</sup> FONTE: DATA POPULAR, A PARTIR DA PNAD E POF/IBGE, 2012.

por mais que o sistema público esteja sujeito a críticas quanto à sua capacidade de atendimento, ainda é central para a vida de brasileiros de todos os estratos sociais – mesmo entre aqueles que contrataram serviços particulares. Além de se evidenciar a existência de um abismo entre os gastos de saúde dos mais pobres e dos mais ricos, os números revelam que os serviços públicos ainda não são abandonados pelos indivíduos com condições financeiras suficientes para trafegar pelos equipamentos privados de saúde.

Pode-se relacionar algumas justificativas para esse nível de utilização do SUS, mesmo entre aqueles com planos de saúde: de forma geral, a população reconhece seus pontos positivos, com ênfase na amplitude e na gratuidade do acesso (indicados por 52,7%), o atendimento sem preconceitos ou distinções de tratamento (percebidos por 48%) e a distribuição gratuita de medicamentos (elogiada por 32,8% da população). Assim, a análise popular sobre os equipamentos públicos e a abrangência de seu atendimento gratuito é suficientemente positiva para que mesmo os que possuem condições para frequentar o sistema privado ainda os utilizem com certa frequência. Além disso, também é imprescindível mencionar que a avaliação do SUS varia significativamente entre seus usuários e os não usuários, sendo que os primeiros julgam-no de forma mais positiva que os últimos. Logo, aqueles que mais frequentam o sistema público são menos críticos quanto à sua atuação, apresentando tendência menor a abandonar seu uso, substituindo-o plenamente pelo atendimento privado.

### Avaliação Geral do SUS

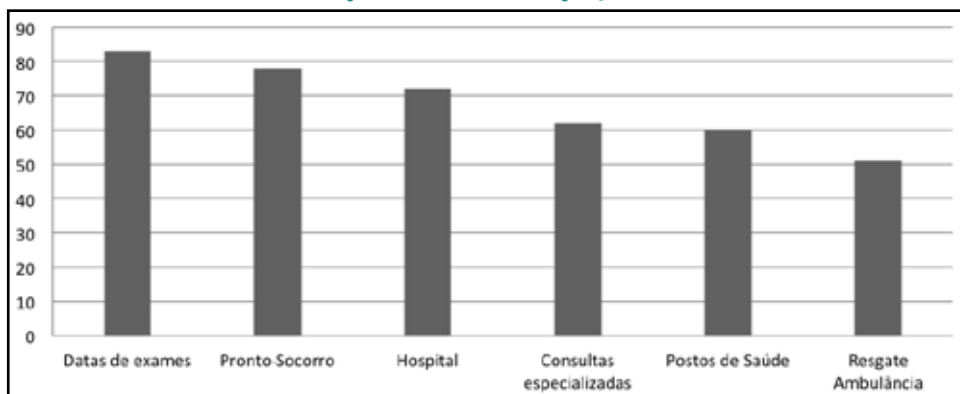


FONTE: DATA POPULAR, A PARTIR DOS DADOS DO IPEA, 2010.

De todo modo, é sabido que o sistema público de saúde brasileiro também enfrenta sérios desafios, que são igualmente percebidos pela população usuária. Entre eles, destacam-se a falta de profissionais da área (58% dos cidadãos reconhecem esse problema), o atraso no atendimento (de

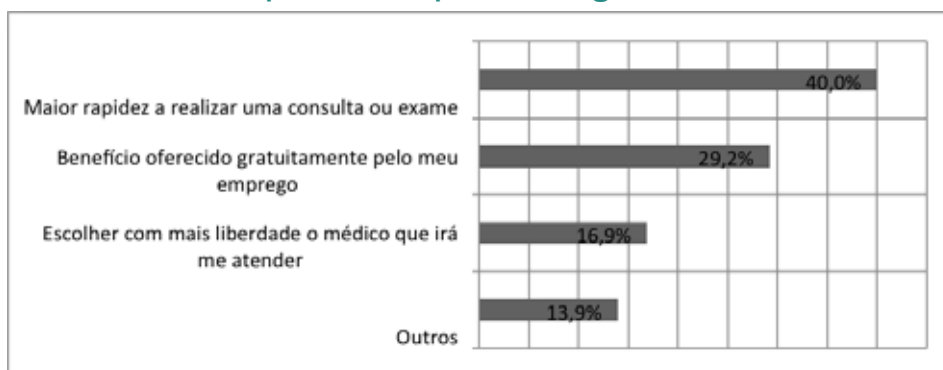
acordo com avaliação de 35,4%) e a demora para marcação de consultas (problema apontado por 33,8% dos respondentes)<sup>23</sup>. A respeito dos problemas de marcação, há reclamação recorrente quanto a impossibilidade de agendamento por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde, além de queixas sobre a necessidade de visita às Unidades Básicas de Saúde, em horários específicos, para marcar esses atendimentos.

### % de insatisfação com o serviço público de saúde



Essa avaliação ambígua do sistema público de saúde do Brasil traduz-se na aplicação de estratégias específicas de uso por parte dos cidadãos: eles utilizam o SUS quando possível, aproveitando-se de seus aspectos positivos, e evitam utilizá-lo quando podem “driblar” suas características negativas. Desse modo, a principal motivação de boa parte dos usuários para a adesão a planos de saúde está intrinsecamente ligada a uma das maiores deficiências do sistema público: a demora para o agendamento de consultas, como podemos confirmar no gráfico seguinte.

### Motivos para ter um plano ou seguro de saúde

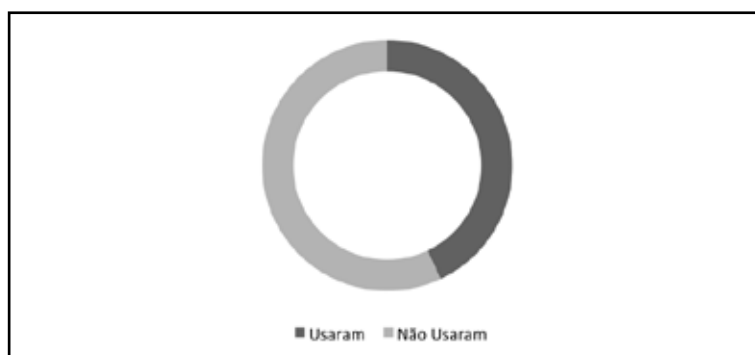


FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DOS DADOS DO IPEA, 2010.

<sup>23</sup> FONTE: DATA POPULAR A PARTIR DOS DADOS DO IPEA, 2010.

Portanto, sabendo que o SUS peca pela dificuldade em agendar consultas a curto prazo, muitos recorrem aos planos de saúde, cujos consultórios cadastrados agendam atendimentos com maior agilidade – garantindo velocidade similar na entrega de resultados de exames. Isso não excluiu, contudo, que esses mesmos usuários não recorram ao SUS em situações específicas, como nos casos em que o sistema público é grande referência de qualidade – como para o tratamento de doenças como câncer, diabetes e hipertensão e a realização de partos em situações de gravidez de alto risco. Mais de 20 milhões de usuários de planos de saúde usaram o SUS ao menos uma vez após adquirir o plano. O atendimento especializado do SUS é, em geral, visto como bastante confiável. Nesse sentido, os planos privados são sinônimos de rapidez, mas não necessariamente de melhores médicos e maior qualidade propriamente dita.

### Usuários de planos que usaram o SUS ao menos uma vez



De todo modo, o aumento da penetração de planos de saúde entre a classe média é evidente. Atualmente, cerca de 25% da população brasileira possui planos de saúde, o equivalente a um total de 48,7 milhões de pessoas<sup>24</sup>.

Pensando na proporção de usuários de planos de assistência médica de cada camada econômica, temos hoje a maioria absoluta dos usuários (51%) dos planos pertencentes à classe média, 40% na classe alta e apenas 9% da classe baixa, conforme distribuição apresentada no gráfico seguinte.

<sup>24</sup> FONTE: DATA POPULAR 2013 COM PROJEÇÃO A PARTIR DA ANS, DEZ. 2012.

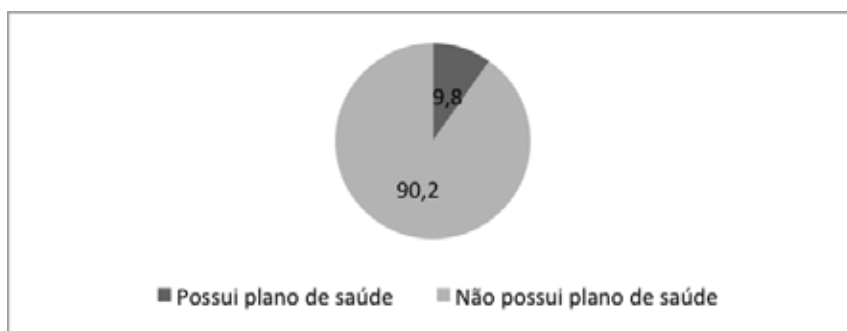
## Divisão da posse de seguro/plano de saúde entre as classes



FORNTE: DATA POPULAR, 2013.

O aumento de empregos formais, aliado à melhora geral das condições de vida da população, pode explicar um aumento substantivo dos cidadãos de classe média que possuem planos. Esse número deve aumentar de acordo com a redução da informalidade do trabalho; a recente formalização das empregadas domésticas, por exemplo, pode acarretar em aumento significativo da adesão a eles, considerando que, antes desse processo, apenas 9,8% dos profissionais do setor contavam com o serviço<sup>25</sup>.

## Planos de saúde e empregados domésticos (%)



Os planos contratados pelos indivíduos de menor renda costumam fornecer menos benefícios que aqueles adquiridos por pessoas mais ricas, mas são planos mais baratos. Ganhou peso, igualmente, o número de planos de caráter coletivo: em dezembro de 2012, eles atingiram o total de 36,9 milhões, ou o equivalente a 77,1% de todos os planos de assistência médica (excetuando-se os exclusivamente odontológicos) contratados no Brasil – o que reforça a relação entre empregos com carteira assinada e o acesso a esse tipo de serviço privado<sup>26</sup>. Por outro lado, essa proporção demonstra

<sup>25</sup> FONTE: DATA POPULAR.

<sup>26</sup> FONTE: SIB/ANS/MS – 12/2012.



a fragilidade da relação dos brasileiros com seus planos, uma vez que os contratos coletivos não são submetidos às mesmas fiscalizações sofridas pelos contratos individuais e familiares pelas agências reguladoras. Desse modo, as operadoras não se submetem aos limites de reajuste impostos pela ANS, e são aptas, até mesmo, a negar atendimento a pessoas doentes ou idosas e a reincidir contratos após o primeiro ano de contratação.

Em suma, os números apresentados sugerem que a classe média, apesar de ainda valorizar o atendimento especializado do SUS, aumentou – e continua a aumentar – seu acesso a planos de saúde como forma de garantia de atendimento em caso de necessidade, sabendo trafegar em ambos os sistemas – público e privado – conforme os benefícios trazidos por cada esfera. Ainda assim, é necessário admitir a fragilidade de seu vínculo com o atendimento privado, além de discutir como essa classe enxerga sua saúde e a necessidade de atendimento médico. Em especial, é necessário dedicar atenção às formas de pensamento que são prejudiciais ao próprio bem-estar dessa população – merecendo, portanto, ações específicas de orientação e educação por parte dos agentes governamentais.

## 2.1.6 Em vias de conclusão: a displicência com a saúde em pauta

Fica claro, até o momento, não apenas o quanto o sistema público de saúde é imprescindível para a população brasileira – incluindo parcela significativa entre os indivíduos de maior renda –, mas que grandes obstáculos ainda obstruem a estrada brasileira rumo a um atendimento de saúde eficiente. Entre os mais vistosos, destaca-se a atitude do brasileiro – especialmente o das classes baixa e média, mais discutidos nesse artigo –, tão otimista que não tem consolidado, em sua rotina, hábitos de prevenção básicos para a manutenção de seu bem-estar. Esse cidadão “pega pesado no batente”, mas não mantém costumes saudáveis e nem visita o consultório médico com a frequência recomendada, pois, no fundo, dificilmente acredita que será afligido por uma doença séria a curto prazo.

A falta de informações é um componente importante desse cenário: faltam informações sobre como identificar e lidar com doenças como hipo e hipertireoidismo, endometriose e depressão<sup>27</sup>. Além disso, os próprios programas governamentais são pouco conhecidos, tal como suas atribuições e responsabilidades. Entre as pessoas de classe baixa, por exemplo, poucos possuem informações consistentes a respeito do Programa Saúde da Família e de sua relação com os Agentes Comunitários de Saúde<sup>28</sup>.

Por fim, a prática da automedicação também é digna de atenção quando falamos sobre o comportamento das classes média e baixa: para amenizar alguns sintomas assim que aparecem, muitos

---

<sup>27</sup> FONTE: DATA POPULAR.

<sup>28</sup> FONTE: SIB/ANS/MS – 12/2012.

ingerem anti-inflamatórios, antigripais e remédios naturais por conta própria<sup>30</sup> ou por meio da indicação de profissionais sem a formação necessária para receitar (como os farmacêuticos que atendem nas farmácias de bairro), em vez de buscar socorro médico imediato. Essa prática, como campanhas governamentais buscam informar, pode causar efeitos contrários ao esperado, piorando o estado clínico daqueles que se automedicam.

Esse conjunto de situações transparece uma das grandes dificuldades com as quais o Estado, real garantidor do bem-estar dos brasileiros (apesar da crescente utilização dos serviços privados de atendimento à saúde), deve lidar para melhorar a condição de vida de seus atendidos: a atitude de relativo descaso de boa parte da população em relação à própria saúde. Para reverter essa situação desfavorável, não basta enxergar essas camadas como meros consumidores, relativamente informados, de serviços de saúde; é imprescindível tratá-las como cidadãs que possuem o direito à plena informação sobre estilos de vida mais saudáveis, assim como sobre a importância de ações preventivas e o funcionamento e os objetivos das políticas públicas especialmente direcionadas à difusão de informações e ao atendimento pleno de suas necessidades vinculadas à saúde. Apesar de o sistema público ainda precisar de grandes melhorias – como maior agilidade e maior número de profissionais –, é impossível alcançar um Brasil mais saudável sem também refletir sobre os comportamentos do brasileiro que barram seu acesso a um estado de saúde minimamente satisfatório, buscando formas de atuar diretamente sobre essas condutas.

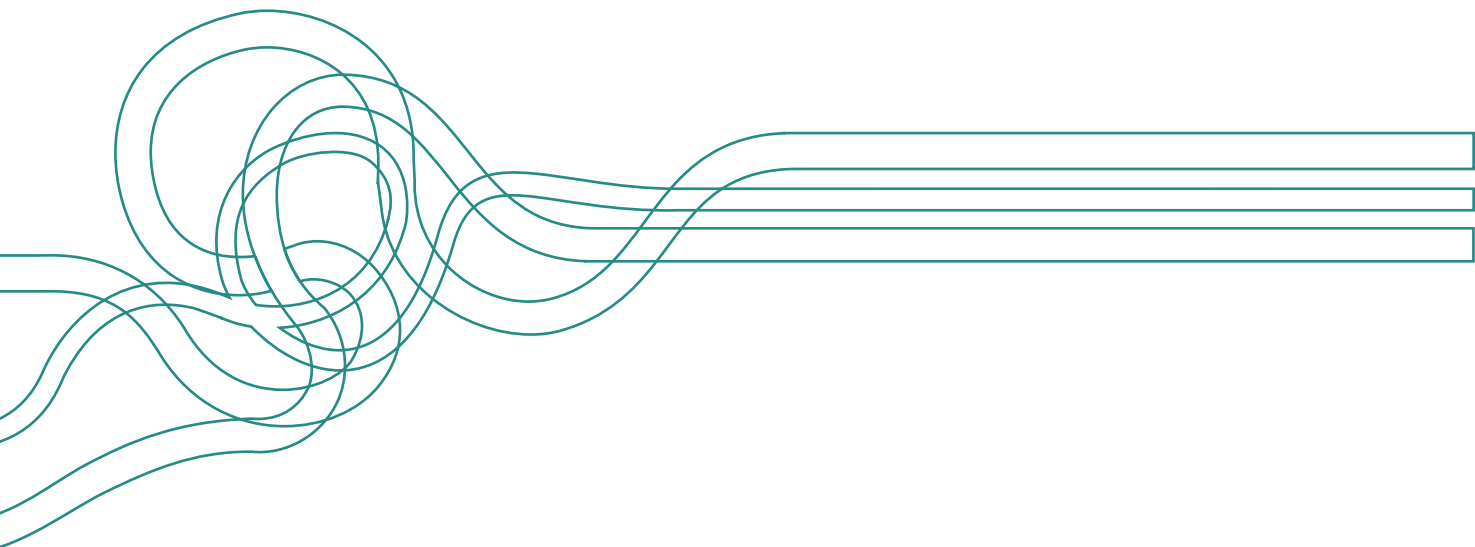
---

<sup>30</sup> FONTE: DATA POPULAR.



# 3

José Cechin<sup>1</sup>



## 3.1 Resumo

O Brasil atravessa um período de inclusões de grande contingente de pessoas na chamada sociedade de consumo. Com o aumento do poder aquisitivo, fruto da estabilidade econômica com crescimento das rendas e do emprego, a fronteira de possibilidades de consumo dos brasileiros ampliou-se de forma significativa. Bens e serviços antes inacessíveis passaram a compor a cesta de consumo da classe média. Entre os diversos serviços, destaque especial é dado ao consumo de bens e serviços de saúde, inclusive de planos e seguros de saúde e odontológicos. Atualmente, a saúde suplementar oferece cobertura para 67 milhões de brasileiros. Qual o impacto desse novo padrão de consumo para os serviços de saúde? E qual o impacto sobre a saúde da população beneficiária? Este artigo buscará responder a algumas dessas questões que atualmente permeiam a atividade, seja nos noticiários, seja no meio acadêmico, seja no âmbito das políticas regulatórias.

---

<sup>1</sup> DIRETOR-EXECUTIVO DA FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E EX-MINISTRO DA PREVIDÊNCIA. O AUTOR AGRADECE PELAS PERTINENTES SUGESTÕES FORNECIDAS PELA EQUIPE DA FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (FENASAÚDE) E PELA COLETA E PELA ORGANIZAÇÃO DOS DADOS FEITOS PELOS ESPECIALISTAS EM REGULAÇÃO DA FEDERAÇÃO, SANDRO REIS DINIZ E PAULA GONÇALVES.

## 3.2 Introdução

O texto apresenta as principais tendências que envolvem a nova e emergente classe média nas suas relações com a saúde. Argumenta-se que ao ascender socialmente as pessoas intensificam seu consumo, especialmente o consumo de serviços e produtos de saúde, entre eles os planos e os seguros. Em seguida, destacam-se as origens dessa nova classe média, sua importância numérica e o que se pode esperar de seu consumo de serviços e produtos de saúde. Prossegue-se com a formação das aspirações dessa classe e a consequência sobre o consumo de serviços de saúde. Destaca-se a atualização virtualmente instantânea de suas aspirações com as mundiais pelo seu acesso ao que se passa globalmente. Como resultado, tem-se a abertura de um hiato entre as aspirações globalizadas e as possibilidades de sua satisfação que são dadas pelo crescimento das rendas internas que segue em ritmo independente. Apresentam-se a estrutura do setor de saúde suplementar, sua evolução recente, as tendências das despesas e o que se pode esperar para o futuro próximo. A última seção é dedicada aos desafios e às perspectivas, em particular aos desafios decorrentes das mudanças demográficas, epidemiológicas, da tecnologia médica e dos estilos de vida.

## 3.3 Saúde: para onde vai a nova classe média

A nova classe média vai ao consumo e à busca de mais serviços e produtos de saúde, públicos e privados. Pobreza e miséria andam juntas com desemprego, baixa escolaridade, pouco acesso à informação, exclusão social e dos mercados consumidores e também junto com a exclusão dos serviços de assistência à saúde. A miséria econômica deixa a pessoa sem condições de uma indumentária adequada para frequentar ambientes sociais, unidades de assistência médica ou os próprios consultórios médicos. Enfatize-se, a baixa utilização dos serviços de saúde não se deve à menor incidência de doenças na classe de menor renda, pois adoecem tanto ou mais que as pessoas de classes de renda mais alta. A falta de acesso aos serviços de saúde vem essencialmente da escassez de informação e das dificuldades concretas indicadas.

Anteriormente à sua ascensão à nova classe média, as classes de menor renda não pertenciam ao mercado consumidor nem eram usuárias dos serviços de assistência médica. Com a ampliação de seu poder de consumo e ascensão social, essas pessoas, felizmente, passaram a integrar os mercados consumidores, inclusive demandando serviços e produtos de assistência à saúde, públicos e privados.

As evidências empíricas mostram que, na medida em que as rendas das pessoas ou das sociedades crescem, frações maiores dela são destinadas aos serviços de saúde. Essa é uma realidade em todos os países do mundo e vem sendo observada durante décadas. É simplesmente natural que

as pessoas desejem ter um melhor estado de saúde e invistam frações crescentes da renda à medida que vão satisfazendo o desejo de consumo por bens materiais. Boa saúde é até condição para se desfrutar dos objetos e dos desejos de consumo.

Portanto, antes praticamente sem acesso aos serviços de saúde, a ascensão a classes de maior renda leva a classe emergente a utilizar ou a intensificar a utilização dos serviços médicos, quer os públicos do SUS quer os privados, custeados diretamente do próprio bolso ou por meio da aquisição de planos e seguros de saúde.

Não é por outra razão que diversos serviços de assistência à saúde, públicos e privados, ficaram lotados e até superlotados. O rápido crescimento das rendas do trabalho associado ao baixo índice de desocupação fez crescer de forma igualmente rápida a demanda por esses serviços. Seu atendimento requer investimentos em infraestrutura física (hospitais, leitos, equipamentos para diagnóstico), bem como na formação e na capacitação de profissionais. Essa nova tendência precisa ser percebida e entendida como permanente para motivar os respectivos investimentos, públicos e privados, que por sua vez demoram a maturar.

A publicação *SUS: avanços e desafios* bem ilustra a elevação do consumo de serviços de saúde com a renda. Em 2003, enquanto as famílias de mais alto rendimento familiar médio mensal (acima de R\$ 6.000,00) gastavam com saúde por mês R\$ 498,16, as famílias de menor rendimento (até R\$ 400,00) gastavam apenas R\$ 19,95, ou 25 vezes menos<sup>2</sup>. Em termos *per capita* a diferença é ainda maior, pois as famílias de menor renda (e escolaridade) normalmente têm mais membros.

A mesma relação prevalece para os dados da POF/2008-2009 (tabela 1), embora a diferença tenha ficado menor. De notar que a maior fração do gasto das famílias de menor renda é com medicamentos (quase três quartos) e apenas uma pequena fração vai para saúde suplementar (7,0%). Já o maior gasto das famílias de maior renda vai para plano de saúde – dois quintos. Os dados dessa tabela também mostram que é muito baixo o gasto direto do próprio bolso com serviços e saúde, com tendência de redução, excetuados os gastos com medicamentos e planos (gráfico 7.7 ).

---

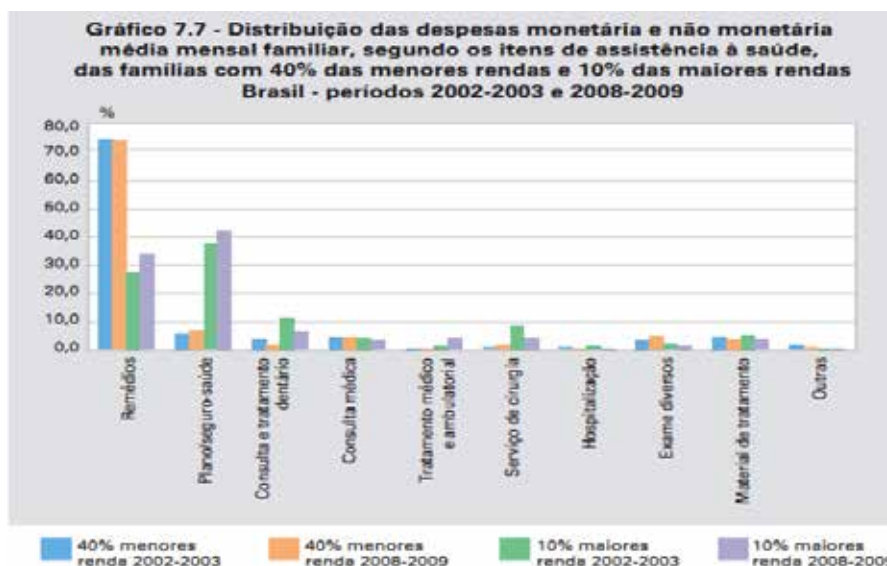
<sup>2</sup> CONASS. **SUS: AVANÇOS E DESAFIOS**. BRASÍLIA: CONASS, 2006. P. 56.

**Tabela 1. Distribuição das despesas monetárias e não monetárias médias mensais com saúde, por itens de assistência à saúde, segundo classes de rendimento mensal familiar selecionada. Brasil, 2008-2009.**

Item da Despesa	Grupo de menor renda		Grupo de maior renda	
	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%
<b>Despesa total</b>	<b>53,45</b>	<b>100,0</b>	<b>563,69</b>	<b>100,0</b>
Remédios	39,65	74,2	189,41	33,6
Plano/seguro-saúde	3,74	7,0	238,21	42,3
Consulta e tratamento dentário	0,99	1,9	36,06	6,4
Consulta médica	2,36	4,4	18,00	3,2
Tratamento médico e ambulatorial	0,27	0,5	22,77	4,0
Serviço de cirurgia	0,91	1,7	23,73	4,2
Hospitalização	0,22	0,4	3,53	0,6
Exames diversos	2,74	5,1	8,31	1,5
Material de tratamento	2,04	3,8	20,28	3,6
Outras	0,53	1,0	3,39	0,6

FONTE: IBGE, DIRETORIA DE PESQUISAS, COORDENAÇÃO DE TRABALHO E RENDIMENTO, PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2008-2009.

Em adição aos dados apresentados, vale observar duas relações entre renda e saúde (tabela 2). Uma, as famílias de maior renda utilizam em maior proporção os serviços assistenciais de saúde. Outra, a autoavaliação do próprio estado de saúde também está relacionada ao nível de renda familiar – maior renda, melhor autoavaliação do estado de saúde. Essa relação deve ser produto da maior utilização dos serviços de saúde, que resulta do maior acesso aos serviços, bem como do maior grau de informação que as classes de maior renda possuem.



FONTE: IBGE, DIRETORIA DE PESQUISAS, COORDENAÇÃO DE TRABALHO E RENDIMENTO, PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2002-2003/2008-2009.

**Tabela 2. Proporção de pessoas segundo autoavaliação de saúde e usos de serviços por classe de rendimentos. Brasil, 2008.**

Classes de rendimento mensal familiar	Autoavaliação ruim e muito ruim	Uso de serviços
Até 1 salário mínimo	4,5%	57%
Mais de 1 a 2 salários mínimos	3,5%	23%
Mais de 2 a 3 salários mínimos	2,4%	7%
Mais de 3 a 5 salários mínimos	1,8%	5%
Mais de 5 salários mínimos	1,5%	4%

FONTE: PNAD/IBGE – EXTRAÍDO EM 2/4/2013.

Na medida em que a renda aumenta, as famílias não apenas gastam proporcionalmente mais com saúde, mas também alteram o perfil de gasto, dedicando proporções crescentes para planos e seguros de saúde. As pesquisas de opinião indicam que ter plano de saúde é o segundo objeto de maior desejo depois da casa própria<sup>3</sup>. O plano é visto como uma das formas de acesso aos serviços de saúde, especialmente para os casos, felizmente pouco frequentes, de doenças muito graves com custos de tratamento que podem absorver o patrimônio da família. Outro fenômeno recentemente observado, é que a posse de um plano de saúde além de fornecer maior sensação de segurança diante dos possíveis eventos futuros e incertos, também está cada vez mais se convertendo em símbolo de *status*.

### 3.4 A nova classe média – origens, números, proporção, aspirações

Desde a estabilização econômica trazida pelo Plano Real, em julho de 1994, observou-se um crescimento importante da renda das classes de menor renda. A estabilidade trazida pelo Plano Real estancou a alta corrosão inflacionária dessas classes de baixas rendas porque não tinham proteção contra a inflação e melhorou imediatamente sua renda real. Em seguida, foram os programas sociais, especialmente da Previdência e da Assistência Social, junto com o aumento real progressivo do salário mínimo, que permitiram importantes melhoras na renda dessas classes e nos indicadores de pobreza e desigualdade.

<sup>3</sup> PESQUISA ENCOMENDADA PELO INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS) AO DATAFOLHA, REALIZADA EM OITO REGIÕES METROPOLITANAS, MOSTROU QUE TER PLANO DE SAÚDE FOI O SEGUNDO OBJETO DE DESEJO, ATRÁS APENAS DA CASA PRÓPRIA, EXCETO EM DUAS REGIÕES (RIO DE JANEIRO E MANAUS) NAS QUAIS ESSE DESEJO EMPATOU COM O DE TER CASA PRÓPRIA.



O salário mínimo cresceu 52% entre dezembro de 1994 e dezembro de 2003 e mais 62% entre essa data e dezembro de 2012, totalizando 146% desde o Plano Real<sup>4</sup>. Esse aumento teve grande impacto na promoção das classes de menor renda, bem com na redução da pobreza e da desigualdade. Isso decorre do fato de 20,3 milhões de pessoas receberem atualmente benefícios previdenciários ou de prestação continuada da Assistência Social no valor de um salário mínimo. Além desses, deve-se adicionar o expressivo número de 20,7 milhões<sup>5</sup> que recebem o abono salarial anual de um salário mínimo. A esses benefícios devem-se ainda acrescentar os mais de 12 milhões de Bolsas Família, cujos valores não são vinculados ao salário mínimo.

A queda na taxa de novos entrantes em idade ativa adicionada ao atraso na idade de entrada no mercado de trabalho fez que a taxa de desemprego declinasse continuamente desde 2003, mesmo diante do fraco desempenho do PIB. A baixa taxa de desemprego permitiu reajustes salariais reais (gráfico 1). Entre janeiro de 2005 e dezembro de 2012, o rendimento médio real das pessoas ocupadas nas regiões metropolitanas pesquisadas pela PME do IBGE foi de quase 30%. Esse aumento distribuiu-se desigualmente entre os diferentes decis de rendimento, como mostrou Neri: os aumentos foram maiores nos menores decis de rendimento. Entre 2009 e 2011, os 10% de menor rendimento tiveram aumento real de 69,08%, enquanto os 10% de maior rendimento tiveram aumento de 12,80%<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> IPEA DATA, CONSULTADO EM 22/4/2013. VALORES CORRIGIDOS PELO INPC DO IBGE.

<sup>5</sup> INFORMAÇÕES PRESTADAS PELA ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. REFEREM-SE AO NÚMERO DE ELEGÍVEIS DO EXERCÍCIO 2012/2013.

<sup>6</sup> NERI, M. A NOVA CLASSE MÉDIA: O LADO BRILHANTE DA PIRÂMIDE. SP: SARAIVA, 2011. P.25.

## Gráfico 1. Taxa de desemprego e rendimento real médio – Regiões Metropolitanas – PME/IBGE.



FONTE: PESQUISA MENSAL DE EMPREGO/IBGE – EXTRAÍDA EM 1º/4/2013 (INSPIRADA NA APRESENTAÇÃO DE H. ZYLBERSTAJN NA CNSEG EM 24/8/2012).

A consequência desses movimentos foi a migração entre classes sociais, das classes de menor renda para cima, especialmente para a classe média ou classe C. O percentual da população nas classes D e E declinou, passando de 63,0%, em 1993, para 54,8%, 10 anos depois, e finalmente para 33,2%, em 2011. O número absoluto de pessoas nas classes D e E aumentou pouco depois do Plano Real e até 2003, mas, em grande contraste, declinou muito entre 2003 e 2011. As classes D e E esvaziaram-se com a ascensão de 32,6 milhões de pessoas dessas classes para a classe média (tabela 3). Essa nova classe média ascendeu ao mercado consumidor e demanda serviços de saúde com frequências e intensidades crescentes.

**Tabela 3. População (milhões) e distribuição (%) por classes de renda.**

	1993		2003		2011	
AB	8,8	6,0%	13,3	7,6%	22,5	11,8%
C	45,6	31,0%	65,9	37,6%	105,5	55,1%
DE	92,9	63,0%	96,2	54,8%	63,6	33,2%
Total	147,3	100,0%	175,4	100,0%	191,6	100,0%

FONTE: NERI, M. A NOVA CLASSE MÉDIA: O LADO BRILHANTE DA PIRÂMIDE. SP: SARAIVA, 2011. P.28.

A questão relevante é se essa tendência se prolongará no tempo. Conquanto o desempenho

econômico brasileiro seja incerto, algumas tendências parecem inexoráveis. Primeiro, a transição demográfica. A população com idade inferior a 20 anos está declinando, tendência que deve perdurar pelas próximas décadas, e a da população em idade ativa (aqui considerada aquela com idades de 20 a 59 anos) crescerá marginalmente nos próximos 10 anos, para decrescer tanto em números absolutos quanto em percentual, a partir de então (tabela 4).

Segundo, e como consequência, menor será a necessidade de geração de empregos para manter baixo o índice de desemprego. Mesmo um crescimento modesto do PIB será suficiente para manter baixo esse índice. Pode-se, assim, esperar continuadas pressões salariais, exceto se a economia do Brasil mergulhar em prolongada recessão. Aliás, o risco é que sem novas reformas de diversas ordens o crescimento econômico fique restrito a ser continuamente modesto<sup>7</sup>.

**Tabela 4. Estrutura etária da população 2000 a 2045.**

	2000		2012		2025		2035		2045	
	Qtd.	(%)	Qtd.	(%)	Qtd.	(%)	Qtd.	(%)	Qtd.	(%)
0-19	68,2	40,2	64,0	33,0	53,8	25,3	47,6	21,8	42,0	19,3
20-5 anos	87,1	51,3	109,1	56,2	124,1	58,4	125,0	57,2	117,2	53,8
60 ou +	14,5	8,6	20,9	10,8	34,5	16,2	46,1	21,1	58,7	27,0
<b>Total</b>	<b>169,8</b>	<b>100,0</b>	<b>194,0</b>	<b>100,0</b>	<b>212,4</b>	<b>100,0</b>	<b>218,6</b>	<b>100,0</b>	<b>217,9</b>	<b>100,0</b>

FONTES: PARA 2000: CENSO DEMOGRÁFICO/IBGE; PARA 2012: ESTIMATIVAS POPULACIONAIS ENVIADAS PARA O TCU, ESTRATIFICADAS POR IDADE PELO MS/SGEP/DATASUS. PARA 2025 A 2045: PROJEÇÃO IBGE/REVISÃO 2008.

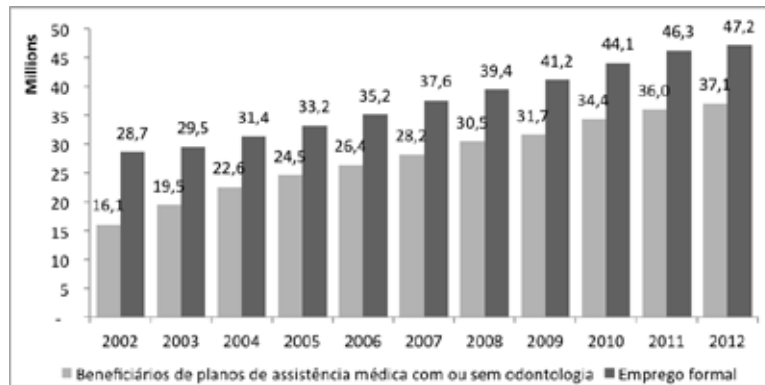
Terceiro, esse cenário sugere uma continuada pressão salarial, com aumento real dos rendimentos do trabalho, pressões inflacionárias, continuidade do esvaziamento das classes E e D e sua migração para a classe média. Assim, o consumo deverá continuar crescendo e com ele a demanda por serviços de saúde e por planos e seguros de saúde. Claramente, essa tendência deverá esmorecer em algum momento futuro, pela perda progressiva de competitividade dos produtos brasileiros (exceto se houver crescimento importante da produtividade e a depender também do cenário internacional).

A continuidade dessas tendências deverá favorecer por alguns anos ainda o crescimento do número de beneficiários da saúde suplementar, uma vez que, como se verifica no gráfico 3 há estreita

<sup>7</sup> DAS DESPESAS NÃO FINANCEIRAS DA UNIÃO, CERCA DE TRÊS QUARTOS E DESTINAM AO QUE SE PODE CHAMAR DE A "GRANDE FOLHA DE PAGAMENTOS", QUE INCLUI OS SALÁRIOS DOS SERVIDORES, OS PROVENTOS DE SERVIDORES APOSENTADOS E PENSIONISTAS, OS BENEFÍCIOS DO INSS, OS BENEFÍCIOS DA LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, O BOLSA FAMÍLIA, O SEGURO DESEMPREGO E O ABONO SALARIAL (GASTOS ESSES BEM RÍGIDOS). O OUTRO QUARTO DEVE COBRIR OS GASTOS COM EDUCAÇÃO, SAÚDE, CUSTEIO E INVESTIMENTOS. O AJUSTE VEM SENDO FEITO NOS INVESTIMENTOS E GASTOS COM SAÚDE. A PERSISTIR ESSA POLÍTICA, A CARGA TRIBUTÁRIA NECESSITARÁ PERMANECER ALTA, INIBINDO O INVESTIMENTO PRIVADO E MANTENDO ESCASSAS AS POSSIBILIDADES DE INVESTIMENTOS PÚBLICOS. SEM INVESTIMENTOS, A ECONOMIA DIFICILMENTE SEGUIRÁ UMA TRAJETÓRIA DE CRESCIMENTO ALTO E SUSTENTADO.

correlação entre esse número e o emprego formal, normente quando acompanhado do crescimento dos salários.

**Gráfico 3 – Evolução do emprego formal e os planos coletivos**

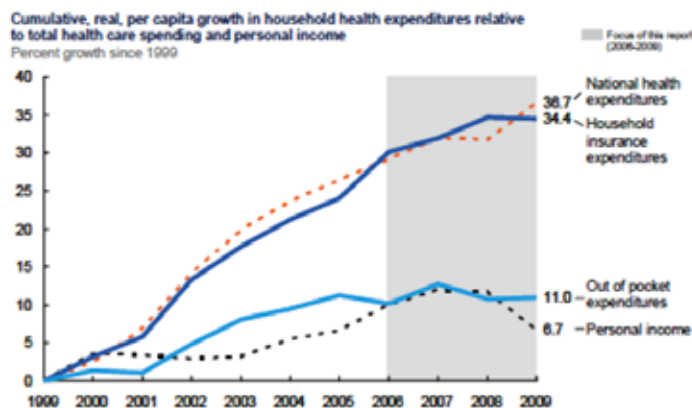


ELABORAÇÃO PRÓPRIA. FONTE: RAIS E CAGED/MTE E TABNET/ANS – EXTRAÍDO EM 10/8/2012. NOTA: OS DADOS DE EMPREGO FORMAL DE 2002 A 2011 FORAM EXTRAÍDOS DA RAIS. O DADO DE 2012 FOI CALCULADO SOMANDO-SE AO DADO DE 2011. O SALDO ENTRE ADMITIDOS E DEMITIDOS, EXTRAÍDO DA BASE DE DADOS CAGED.

Relação similar é identificada para os gastos com planos e seguros de saúde nos Estados Unidos. Entre 1999 e 2009, o gasto *per capita* das famílias com planos e seguros de saúde cresceu 34,4%, em linha com o crescimento das despesas nacionais com saúde, 37,6%. Ou seja, as mensalidades dos planos e dos seguros de saúde cresceram no mesmo ritmo do aumento das despesas. Não poderia ser diferente. Os gastos *per capita* do bolso com saúde, por sua vez, acompanharam o crescimento da renda pessoal (exhibit 8).

**Exhibit 8**

**Household insurance payments have grown with total health expenditures while out-of-pocket spending has tracked with personal income**



SOURCE: Centers for Medicare & Medicaid Services, Bureau of Economic Analysis, McKinsey analysis

FONTE: MCKINSEY CENTER FOR US HEALTH SYSTEM REFORM. DEC 2011, P. 13.

Os fenômenos descritos não ocorrem somente no Brasil. A transição demográfica está presente, com maior ou menor velocidade, em todos os países, até mesmo naqueles com idade média mais alta que a brasileira. Do lado do crescimento das rendas, a explosão da classe média será particularmente intensa na China e na Índia. Estima-se que a classe média na China incorpore mais de 40 milhões de pessoas por ano. Em todos os países em crescimento, a classe média deverá assumir proporções crescentes da população. O mercado mundial terá anualmente milhões de novos consumidores por diversos anos pela frente e, observe-se, demandando quantidades crescentes de serviços de saúde, impulsionadas por um conjunto de forças, como o crescimento das rendas, o envelhecimento, as mudanças nos padrões epidemiológicos e as incorporações acrílicas de tecnologia<sup>8</sup>.

Um dos principais desejos da população brasileira, enfatize-se, é ter plano de saúde privado com as garantias de acesso a ele acondicionadas. Recentemente, as condições econômicas, felizmente, permitiram que importante contingente de pessoas, em especial nas regiões Norte e Nordeste, pudesse usufruir da assistência privada.

Esse novo consumidor de plano de saúde será crescentemente mais idoso em razão de sua maior longevidade (como se mostrará mais adiante), do sexo feminino, do setor de serviços e comércio (por seu desempenho econômico mais expressivo nos anos recentes). Mas acima de tudo, conta maiores proteções legais e regulatórias e é mais bem informado e cobrador de seus direitos.

A contrapartida que dele se espera é uma maior responsabilidade com o uso dos recursos. A adoção de hábitos saudáveis e o uso responsável dos recursos da medicina parecem ser o canal de comunicação e de compatibilidade entre o “empoderamento” crescente do consumidor e a sustentabilidade econômica do sistema.

O consumidor responsável cuida de usar adequadamente os recursos que são contribuídos pela mutualidade e, cada vez mais, cobra a eficiência do sistema em termos de resolubilidade e qualidade da assistência prestada. Usa os recursos da medicina na medida certa. Nem posterga a busca de assistência, nem a usa de forma desnecessária. Cabe conjuntamente ao setor público e ao suplementar melhorar as informações sobre os desfechos clínicos e sobre os direitos e os deveres do consumidor de saúde para que ele possa fazer melhores escolhas e ser atendido da melhor forma em suas expectativas conforme previstas nas normas que regulam a assistência pública ou, adicionalmente, no caso da saúde suplementar, conforme fixadas em contrato.

Contudo, nem sempre as expectativas do consumidor correspondem estritamente ao previsto na regulamentação e nos contratos. Formadas a partir do acesso virtualmente instantâneo a informações geradas em todo o globo, aspira acesso às últimas novidades tecnológicas anunciadas pe-

---

<sup>8</sup> PARA QUE NÃO RESTEM MAL ENTENDIDOS, SÃO BEM-VINDOS OS AVANÇOS TECNOLÓGICOS DA MEDICINA QUE RESULTEM EM MAIOR PRECISÃO DE DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS MENOS INVASIVOS, MENORES TEMPOS DE RECUPERAÇÃO, MENOR SOFRIMENTO. NORMALMENTE, AS NOVAS TECNOLOGIAS SÃO MAIS DISPENDIOSAS E POR ISSO SE FAZ NECESSÁRIO AVALIAR A RELAÇÃO ENTRE CUSTOS E BENEFÍCIOS. INCORPORA-SE AQUELA COM RELAÇÃO FAVORÁVEL DE CUSTOS E BENEFÍCIOS E QUE ESTEJA NAS POSSIBILIDADES ECONÔMICAS DE TODA A SOCIEDADE.

los meios de comunicação, ainda que nem sempre acompanhadas da necessária comprovação de eficácia e custo-efetividade. As aspirações formadas no contexto internacional, globalizadas, podem conflitar com as rendas que continuam sua trajetória em solene desconhecimento das aspirações. Na condição de paciente, a pessoa deseja acesso a cada nova tecnologia que promete reduzir sofrimento, encurtar tempos de recuperação e prolongar a vida. Compreensivelmente, para o paciente os custos são irrelevantes.

No entanto, frequentemente confunde-se a última e mais cara tecnologia como sendo a melhor, o que nem sempre é verdadeiro.

A despesa será sempre custeada, quer pelo sistema público, quer pelo próprio paciente, seus familiares, ou pelo plano ou seguro de saúde. Em qualquer hipótese, quem inevitavelmente paga a conta é o conjunto dos contribuintes de impostos no caso do sistema público ou os beneficiários do plano ou seguro de saúde. Dadas as tendências ao crescimento das despesas médico-hospitalares, a conta pode ficar insuportavelmente alta levando os contribuintes de impostos ou os membros das mutualidades do plano a perderem a disposição de arcar com elas.

Enfatize-se que cada real que o SUS usa para pagar um prestador teve como origem um pagamento tributário, assim como cada real que a operadora use para pagar pela assistência à saúde teve como origem as mensalidades pagas pelos próprios beneficiários. As despesas e a necessidade de seu equacionamento originam-se da utilização dos serviços de assistência à saúde e, por isso, o uso responsável é condição para a sustentabilidade do sistema, quer público ou privado.

Além disso, boa parte do estado de saúde depende dos hábitos das pessoas, cultivados durante muitos anos. Os consumidores sabem que certos hábitos oneram os sistemas de saúde – os fumantes, em regra geral, têm despesas médias com saúde mais altas que os não fumantes, assim também as pessoas obesas. Por isso, deve-se combater tanto o tabagismo e uso de outras drogas quanto os hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo que levam ao sobrepeso e à obesidade<sup>9</sup>.

Diante desses fatos, os consumidores concordam com a importância de seguir estilos de vida saudáveis, até porque acreditam que isso lhes trará maior longevidade com mais saúde. No entanto, frequentemente sucumbem à tentação do prazer imediato à custa do amanhã<sup>10</sup>.

Isso precisa ser incansavelmente lembrado ao consumidor porque, embora saiba que ele é o pagador em última instância, nem sempre é isso que lhe parece no ato de consumir. É que a presença do terceiro pagador (SUS ou o plano/segundo de saúde) mascara essa relação de custeio. O consumidor tem a sensação de que os serviços são gratuitos porque o ato de pagar está dissociado do ato de utilizar. Por isso, tende a consumir em excesso, gerando desperdícios e pressionando custos. O consumidor precisa estar sempre alerta para as consequências sociais de seus atos de consumo.

---

<sup>9</sup> ESTUDO QUE RELACIONA CUSTO *PER CAPITA* POR ÍNDICE DE MASSA CORPORAL MOSTROU QUE PESSOAS COM ÍNDICE ENTRE 35 E 39 TÊM CUSTO *PER CAPITA* 55% MAIS ALTO, E AQUELAS COM ÍNDICE ACIMA DE 40 TÊM CUSTO 91% MAIOR QUE AQUELAS COM ÍNDICE ATÉ 25. FONTE: CBO ECONOMIC AND BUDGET ISSUE BRIEF – SETEMBRO DE 2010.

<sup>10</sup> NÃO RESISTO A REFERIR ATLETA PROFISSIONAL, QUE ESTANDO COM SOBREPESO, PREFERIU A CLÍNICA DE LIPOASPIRAÇÃO AOS CAMPOS DE TREINAMENTO.

### 3.5 Estrutura e dinâmica do setor de saúde suplementar

A tabela 4 mostra a estrutura do setor. Em dezembro de 2012, o setor suplementar era responsável pelo atendimento de 66,5 milhões de beneficiários, dos quais 47,9 milhões em planos médicos e hospitalares (25% da população brasileira) e 18,6 milhões em planos exclusivamente odontológicos (9% da população).

Esses beneficiários estavam distribuídos entre 1.320 operadoras das seis diferentes modalidades. Destacam-se desta estrutura: *i*) o pequeno número de seguradoras especializadas em saúde (13 das 1.320), mas que respondem por 10,1% dos beneficiários, 20,3% das receitas e 21,0% das despesas com assistência médica; *ii*) as modalidades com maior número de beneficiários são as cooperativas médicas (Unimed) e as medicinas de grupo; *iii*) em contraste, as autogestões são mais numerosas, mas com baixa participação de beneficiários e alta proporção das despesas assistenciais. A maior participação das autogestões nas despesas assistenciais resulta de sua origem, normalmente de empresas estatais ou estatais privatizadas, que por tradição mantêm os aposentados em seus planos, tendo em consequência elevadíssima participação de idosos em seus planos.

**Tabela 4. Estrutura do setor de saúde suplementar.**

Modalidade	Dez/12		2012*	
	OPS	Beneficiários	Receitas	Despesas
Autogestão	196	7,9%	10,5%	12,1%
Cooperativa Médica	320	26,9%	35,1%	35,0%
Filantropia	84	2,4%	2,2%	2,2%
Medicina de Grupo	348	30,4%	28,9%	28,2%
Seg. Especializada	13	10,1%	20,3%	21,0%
Exclus. Odontológico	359	22,3%	2,3%	1,4%
<b>Total</b>	<b>1.320</b>	<b>66,5 milhões</b>	<b>R\$ 94,3 bilhões</b>	<b>R\$ 76,5 bilhões</b>

FONTES: TABNET/ANS – EXTRAÍDO EM 9/4/13 E DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS DAS OPERADORAS/ANS – EXTRAÍDO EM 18/12/12. \* OUT/2011 A SET/2012.

Antes de prosseguir com a evolução do setor, faz-se necessário esclarecer o destino das receitas de R\$ 94,3 bilhões das operadoras. Conforme se mostra na tabela 4, as despesas com assistência médico-hospitalar e odontológica somaram R\$ 76,5 bilhões, tendo, portanto, absorvido 82,1% do total. As despesas com a administração das operadoras, a comercialização e os impostos

absorveram outros R\$ 17,4 bilhões. O resultado depois de deduzidas todas as despesas foi de R\$ 421 milhões ou 0,4% das receitas. Tendo em vista a grande heterogeneidade entre as operadoras, algumas obtiveram resultados expressivos enquanto outras podem ter amargado prejuízos (não é por outra razão que a ANS mantém sob direção técnica ou fiscal um expressivo número de operadoras e determina a liquidação extrajudicial de outras).

Nos últimos cinco anos, entre 2007 e 2012, as despesas totais do conjunto de 716 operadoras com 62,5% do total de beneficiários cresceram 98,1%, taxa superior a das receitas das mensalidades, de 93,9%, provocando redução do resultado. A despesa assistencial cresceu 103,2%, taxa superior à total, e a diferença foi acomodada pelo menor crescimento das despesas administrativas (tabela 5).

**Tabela 5. Fontes e usos do setor de saúde suplementar (R\$ bilhões).**

Contas	2007	2012*	Variação (%)
Receita	42,4	82,3	93,9
Despesa total	41,3	81,8	98,1
Despesa Assistencial	32,6	66,3	103,2
Despesa Administrativa	7,9	14,0	77,2
Impostos	0,8	1,5	105,0
Resultado Operacional	1,2	0,4	(66,2)
Beneficiários (junho)	45,7	66,3	44,9

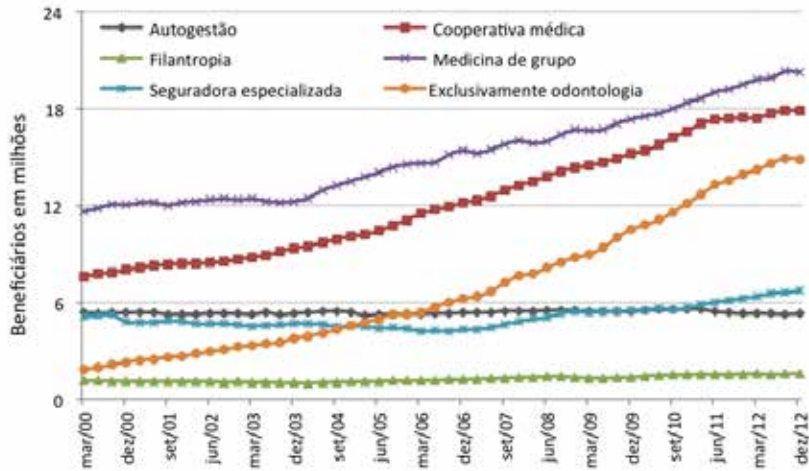
FONTES: DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS DAS OPERADORAS/ANS. EXTRAÍDO EM 18/12/2012. NOTA: FORAM CONSIDERADAS 716 OPERADORAS QUE REPRESENTAM 62,5% DOS BENEFICIÁRIOS DO SETOR. \* OUT/2011 A SET/2012.

Entre 2000 a 2012, o mercado de planos de saúde médicos e hospitalares cresceu 58,1%, dado este superestimado pela necessária e esperada melhoria das bases de dados públicas que registram o número de beneficiários do sistema privado, como mostram dados da Pnad 2003 e 2008<sup>11</sup>. Não obstante, o crescimento do setor já mostra, *per se*, a grande importância que tem na vida das pessoas. Os gráficos 4 e 5 mostram o número de beneficiários e o crescimento relativo desde março de 2000 das seis modalidades de operadoras. Vale destacar que as Seguradoras Especializadas em Saúde perderam beneficiários entre 2000 e 2006, mas após esse período voltaram a crescer em número de beneficiários. De notar também o acelerado crescimento dos planos exclusivamente odontológicos, na faixa de dois dígitos a cada ano desde 2000.

<sup>11</sup> ENTRE 2003 E 2008, A TAXA MÉDIA ANUAL DE CRESCIMENTO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS, SEGUNDO A PNAD 2003 E 2008, FOI DE 2,7%; NESSE PERÍODO, A TAXA INDICADA PELOS REGISTROS ADMINISTRATIVOS DA ANS FOI DE 5%, DIFERENÇA ESSA ATRIBUÍDA, EM GRANDE PARTE, AO APERFEIÇOAMENTO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS À ANS PELAS OPERADORAS QUANTO AO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS.

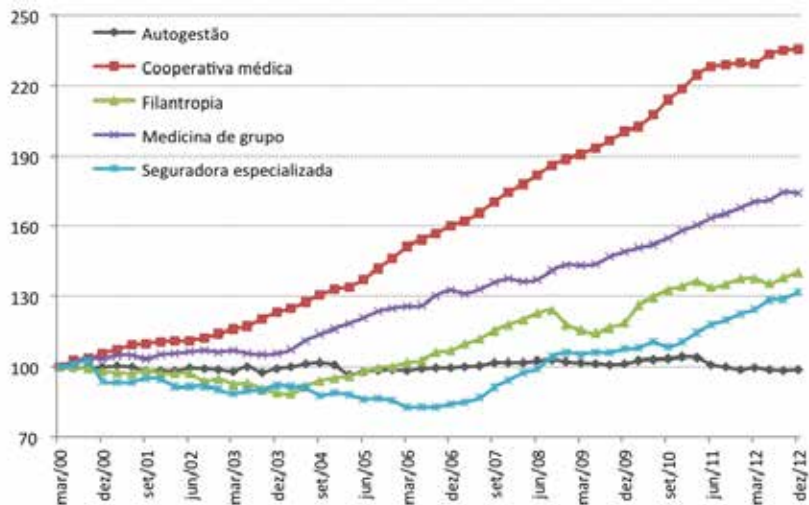


Gráfico 4. Número de beneficiários por modalidade de operadora.



FONTE: TABNET/ANS - EXTRAÍDO EM 1º/4/2013.

Gráfico 5. Índice do crescimento dos beneficiários, por modalidade - Mar/2000 = 100



FONTE: TABNET/ANS - EXTRAÍDO EM 1º/4/2013.

Na década perdida<sup>12</sup> dos anos 1980, caracterizada por baixo crescimento econômico, elevada

<sup>12</sup> HÁ AVANÇOS INEGÁVEIS DA DÉCADA DE 1980, COM O FIM DA DITADURA E A DEMOCRATIZAÇÃO, QUE CULMINARAM NA ELABORAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. ESTA CONSIGNOU O DESEJO CRESCENTE POR LIBERDADE E CONQUISTA DE DIREITOS. FALTOU A CONTRAPARTIDA DOS MECANISMOS E DAS RESPONSABILIDADES PARA A EFETIVAÇÃO DESSES DIREITOS, TANTO POR PARTE DOS INDIVÍDUOS QUANTO DO GOVERNO.

dívida pública e inflação galopante, as pessoas tinham suas preocupações voltadas para o planejamento financeiro e a proteção contra corrosão inflacionária. Plano de saúde não era objeto de intenso desejo, até porque as classes trabalhadoras contavam com a assistência pública do Inamps. A estabilização monetária conseguida com o Plano Real permitiu às pessoas condições de planejar seus orçamentos domésticos e incluir o plano de saúde entre as intenções de consumo. Com o fim dos ganhos financeiros, os reajustes dos planos de saúde submeteram-se mais intensamente ao controle governamental da política anti-inflacionária.

A edição do Código de Defesa do Consumidor em 1990 afetou a saúde privada. As relações de consumo, antes reguladas pelo Código Civil e pelos contratos privados, passaram a ser guiadas pelo prisma desse Código. Alguns anos mais tarde, a Lei n. 9.656/1998 cristalizou o conjunto básico de regras norteadoras do setor. Nela estão estabelecidos os principais direitos e deveres dos consumidores e das operadoras. O ambiente institucional e regulatório pavimentou o caminho para o desenvolvimento da saúde privada, ainda que se questione a extensão dos benefícios garantidos pela norma legal, diante da capacidade econômica limitada de financiamento. Graças ao crescimento econômico da última década, que manteve baixa e declinante a taxa de desemprego, pôde-se aumentar de forma substancial a penetração do setor na população brasileira.

Parte expressiva do crescimento do número de beneficiários proveio da contratação coletiva empresarial, como resposta à criação de postos de trabalho no mercado formal. Benefício altamente valorizado no mercado de trabalho por seu impacto positivo na produtividade da mão de obra, o crescimento econômico permitiu que os empregadores expandissem a adesão a planos de saúde para seus colaboradores.

No esteio do crescimento do setor corporativo, o destaque vai para os planos direcionados às pequenas e às médias empresas. As grandes empresas já eram demandantes de planos de saúde. Convém lembrar que esse mercado surgiu no Brasil da necessidade das grandes empresas industriais, inicialmente as montadoras automobilísticas aqui chegadas por ocasião do Plano de Metas do Presidente Juscelino Kubitschek, de melhorar as condições de saúde de seus colaboradores. Esse novo mercado, de planos para pequenas e médias empresas, expandiu-se essencialmente para o setor de serviços, caracterizado pela prevalência de pequenas e médias empresas, geralmente menos formalizadas e mais intensivas em mão de obra (isto é, empregam mais trabalhadores por unidade de produto que o setor industrial). Essas empresas viram na oferta de planos de saúde para seus colaboradores uma forma de atrair e reter talentos em um mercado de trabalho com baixo índice de desemprego. Esse setor foi o setor dinâmico da economia brasileira, capaz de manter baixa a taxa de desemprego mesmo diante do crescimento modesto do PIB.

Ainda sob o enfoque macroeconômico, há alta associação entre crescimento econômico e saúde suplementar. O crescimento das rendas das pessoas e das instituições viabiliza a satisfação do desejo por plano de saúde que passa a ser incorporado no planejamento real e

financeiro. Não é por outra razão que a taxa de crescimento do número de beneficiários supera o crescimento do PIB.

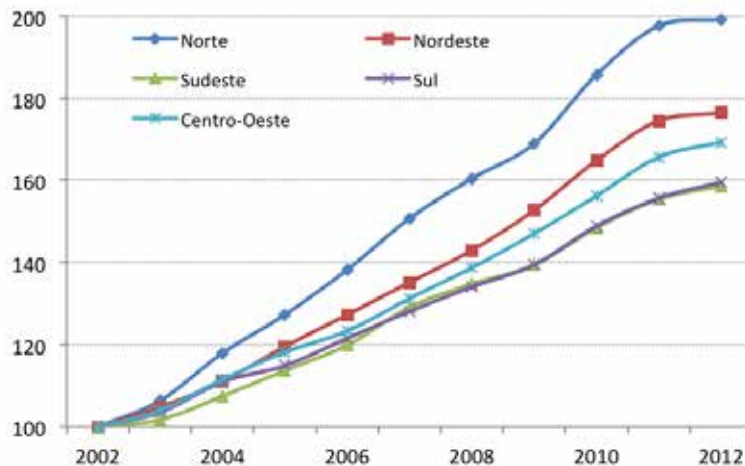
Em termos regionais, o crescimento dos planos de saúde acompanha o deslocamento da atividade econômica. A região Norte destaca-se com crescimento expressivo, acima da média do mercado. Entre 2005 e 2012, o crescimento nesta região foi de 83,5% enquanto o total do Brasil foi de 35,3% (tabela 6). Apesar do grande crescimento, a região Norte ainda é a que tem o menor número de beneficiários de planos médicos com 1,8 milhão em dezembro de 2012 ou 4% do mercado. As regiões Nordeste e Centro-Oeste tiveram taxas similares, praticamente o dobro da taxa da região Sudeste. Essa mesma tabela mostra a taxa de cobertura (proporção de beneficiários na população). As regiões Norte e Nordeste, que ainda têm as menores taxas de cobertura, foram as que mais cresceram em taxa de cobertura. Esse fato simplesmente espelha o maior crescimento do emprego nessas regiões (gráfico 6).

**Tabela 6. Beneficiários e taxa de cobertura de planos médico-hospitalares por região.**

Região	Número de beneficiários (mil)			Taxa cobertura*		
	dez/05	dez/12	Cresc. % (2005/2012)	dez/05	dez/12	Cresc. % (2005/2012)
Brasil	35.441	47.943	35,3	19,0	25,0	28,6
Norte	963	1.767	83,5	6,6	10,8	63,6
Nordeste	4.118	6.510	58,1	8,1	12,1	49,4
Sudeste	23.979	30.521	27,3	30,6	37,4	22,2
Sul	4.625	6.491	40,3	17,1	23,4	36,8
Centro-Oeste	1.737	2.646	52,3	13,3	18,3	37,6

FONTE: TABNET/ANS - EXTRAÍDO EM 1º/4/2013. \* NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS/POPULAÇÃO.

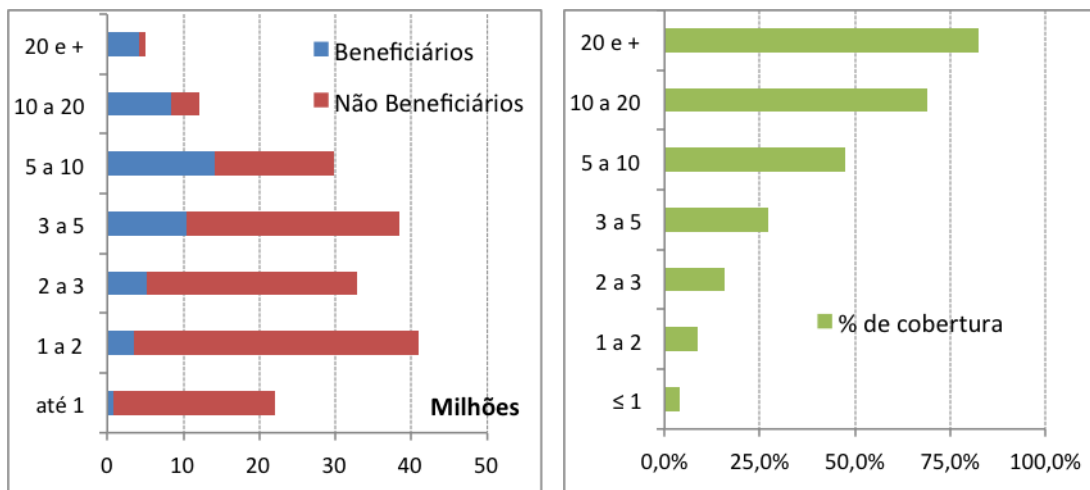
**Gráfico 6. Número-Índice do crescimento de emprego formal, por região – 2002 = 100**



FONTE: RAIS E CAGED/MTE E TABNET/ANS (EXTRAÍDO EM 1º/4/2013). NOTA: OS DADOS DE EMPREGO FORMAL DE 2002 A 2010 FORAM EXTRAÍDOS DA RAIS. O DADO DE 2012 FOI CALCULADO SOMANDO O SALDO ENTRE ADMITIDOS E DEMITIDOS DO CAGED.

Note-se ainda que a taxa de cobertura está relacionada ao nível de renda. Dados da Pnad 2008 mostram que é alta a taxa de cobertura das famílias de alta renda *per capita* domiciliar, chegando a mais de 80% no estrato com renda acima de 20 salários mínimos. Essa taxa decresce continuamente para as faixas de menor renda *per capita* familiar, chegando a menos de 4% na classe de até um salário mínimo (gráfico 7).

**Gráfico 7. População e beneficiários (milhões) de renda familiar *per capita* em salários mínimos e taxa de cobertura por faixa de renda familiar *per capita* em SM.**



FONTE: PNAD/IBGE – EXTRAÍDO EM 2/4/2013.

## 3.6 Suficiência da infraestrutura de atendimento e produção assistencial

Criou-se na sociedade, a partir da veiculação de informações incompletas, a percepção de que a infraestrutura de atendimento da assistência médica para beneficiários de planos e seguros de saúde não seguiu o mesmo ritmo do crescimento do número de beneficiários. As evidências empíricas (demoras nos atendimentos, tempos de espera nas emergências, dificuldades de conseguir leitos de internação) parecem dar suporte a essa percepção.

Como argumentado anteriormente, a ascensão de dezenas de milhões de pessoas das classes E e D para a classe C incorporou esses milhões aos mercados consumidores, até mesmo de serviços e produtos de saúde. A expansão da capacidade é a resposta lógica a esse aumento da procura. Mas o fenômeno precisa ser percebido e entendido como permanente para que se tomem as decisões de investir. E a maturação dos investimentos não é imediata, tanto no setor público quanto no privado.

Não se nega a possível existência de problemas de capacidade localizados, todavia fazem-se necessárias algumas qualificações.

A primeira diz respeito à quantidade de leitos hospitalares. O número total de leitos de internação e complementares ficou praticamente estável entre 2005 e 2012 (tabela 7). Apesar de a demanda ter crescido com a migração de classe de renda, está em curso uma tendência de redução dos tempos de internação, resultado de procedimentos cada vez menos invasivos, e de desospitalização. Por isso, a necessidade de leitos cresce em proporção menor que o número de consumidores ou de beneficiários.

Na hipótese de os leitos disponíveis ao SUS não estarem disponíveis ao setor privado, observa-se redução de 6,1% nos leitos destinados a pessoas que dependem exclusivamente do SUS, resultado da redução de 39,8% da aquisição de leitos privados para atendimento público. Já a quantidade de leitos disponíveis para beneficiários de planos de saúde aumentou em 21,7%, resultado do investimento privado que ampliou o número de leitos em 20,0%.

**Tabela 7. Leitos de internação e leitos complementares.**

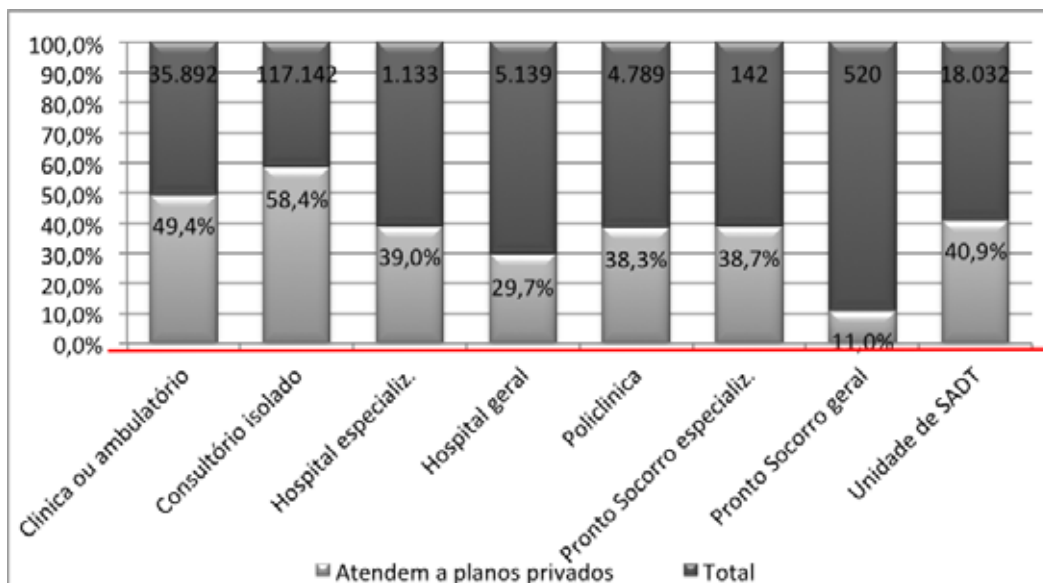
Tipo de Prestador	dez/05	dez/12	Varição %
<b>Total</b>	<b>499.566</b>	<b>503.498</b>	<b>0,8</b>
Público	162.258	187.082	15,3
Filantrópico	149.053	154.602	3,7
Privado	188.255	161.814	-14,1
<b>SUS</b>	<b>375.738</b>	<b>352.830</b>	<b>-6,1</b>
Público	156.587	177.383	13,3
Filantrópico	112.016	110.956	-1,0
Privado	107.135	64.491	-39,8
<b>Não SUS</b>	<b>123.828</b>	<b>150.668</b>	<b>21,7</b>
Público	5.671	9.699	71,0
Filantrópico	37.037	43.646	17,8
Privado	81.120	97.323	20,0

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE/CNES – EXTRAÍDO EM 1º/4/2013. NOTA: I) LEITOS DE INTERNAÇÃO – LEITOS HOSPITALARES NAS CATEGORIAS DE LEITOS CIRÚRGICOS, CLÍNICOS, OBSTÉTRICOS, PEDIÁTRICOS, HOSPITAL DIA E OUTRAS ESPECIALIDADES, NA QUANTIDADE EXISTENTE E DISPONIBILIZADA PARA ATENDIMENTO PELO SUS E NÃO SUS. NÃO CONSIDERADOS OS LEITOS DE OBSERVAÇÃO NEM OS COMPLEMENTARES (UTI E UNIDADE INTERMEDIÁRIA). II) LEITOS COMPLEMENTARES – LEITOS EM AMBIENTES HOSPITALARES, DE UTI E UNIDADE INTERMEDIÁRIA, NA QUANTIDADE EXISTENTE E DISPONIBILIZADA PARA ATENDIMENTO PELO SUS E NÃO SUS.

Publicação da ANS<sup>13</sup> (gráfico 8) mostra a disponibilidade de estabelecimentos de saúde para beneficiários de planos de saúde e para dependentes do SUS. Em todos os casos, exceto Pronto-Socorro Geral, a proporção disponível para beneficiários de planos excede bastante a proporção de pessoas com planos na população, de 25%.

<sup>13</sup> FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR/ANS – JUNHO 2012. P. 50.

**Gráfico 8. Estabelecimentos de saúde por tipo de usuário (abril/2012).**



FONTE: FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR/ANS - JUNHO 2012. P. 50.

Relação ainda mais favorável é observada na disponibilidade de Tomógrafos Computadorizados, equipamentos de Ressonância Magnética, profissionais de saúde, somente para citar alguns (tabela 8). No caso dos médicos, a população dependente do SUS conta com 1,5 médico para cada mil pessoas enquanto os beneficiários de planos contam com 3,6. Esses dados revelam a grande desigualdade existente entre pessoas que dependem exclusivamente do SUS e as que têm planos ou seguros de saúde. A desigualdade também é gritante entre regiões, variando no SUS desde 0,6 médico por mil habitantes no Maranhão e Pará até 2,4 no Distrito Federal. Na Saúde Suplementar, varia desde 1,3 no Amapá até 8,1 no Distrito Federal.

**Tabela 8. Disponibilidade de tomógrafos, ressonâncias magnéticas e médicos Brasil, SUS e saúde suplementar.**

	Brasil	SUS	Saúde Suplementar
Tomógrafos	3.179	1.469	1.710
Ressonância Magnética	1.413	516	897
Médicos	388.015	215.640	172.375

FONTE: DATASUS/MS - EXTRAÍDO EM 1º/4/2013. PESQUISA DEMOGRÁFICA MÉDICA NO BRASIL, 2013. EXTRAÍDA EM 3/4/2013. NOTA: CALCULOU-SE A DISPONIBILIDADE PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR CONSIDERANDO-SE QUE OS EQUIPAMENTOS E OS MÉDICOS DISPONÍVEIS AO SUS NÃO ESTÃO DISPONÍVEIS PARA O SETOR PRIVADO. ISSO SUBESTIMA A DISPONIBILIDADE PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR.

Não obstante esses dados, todos os problemas que emergirem terão de ser solucionados, nos prazos que as normas estabeleçam para a saúde suplementar. O entendimento preciso do que se passa é condição para que se desenvolvam soluções adequadas aos problemas. O que importa é a assistência à saúde da população. Para isso, são necessárias as contribuições tanto do sistema público quanto do suplementar. Em nenhum país do mundo, exceto talvez Cuba e Coreia do Norte, o sistema público é o único ofertante de sistemas de assistência à saúde. Da mesma forma, a presença do sistema público organizado pelo Estado é imprescindível em qualquer país.

À parte as questões de disponibilidade de equipamentos para a saúde, examina-se a produção assistencial dos sistemas. Em 2012, o sistema suplementar realizou quase 1 bilhão de procedimentos médico-hospitalares (tabela 9), dos quais 244 milhões de consultas (5,1 consultas *per capita* no ano); 582 milhões de exames complementares (2,39 por consulta ou 12,2 *per capita* no ano); 7,4 milhões de internações (17,7 para cada 100 beneficiários, índice muito superior ao de anos anteriores). A frequência de consultas nesse ano (5,1 *per capita*) foi menor que nos anos anteriores, mas ainda assim semelhante à observada em países europeus (tabela 10).

**Tabela 9. Produção assistencial da saúde suplementar em 2012.**

Evento	2012	Taxa <i>Per capita</i>
Assistência médica com ou sem odontologia <sup>1</sup>	996.604.551	-
Consultas médicas	243.961.106	5,1
Exames complementares	582.489.861	-
Terapias	50.676.948	-
Internações	7.423.323	17,7 <sup>2</sup>
Outros atendimentos ambulatoriais <sup>3</sup>	112.053.313	-

FONTE: MAPA ASSISTENCIAL/ANS, 2012. NOTAS: <sup>1</sup> NÃO INCLUI PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS. <sup>2</sup> PARA CADA 100 BENEFICIÁRIOS. <sup>3</sup> OUTROS AMBULATORIAIS: CONSULTA/SESSÃO COM FISIOTERAPEUTA, FONOAUDIÓLOGO, NUTRICIONISTA, TERAPEUTA OCUPACIONAL, PSICÓLOGO.



**Tabela 10. Taxa de consultas médicas per capita ano em diversos países.**

País	2008	2009	2010	2011*
Brasil				
Sistema Público (SUS) <sup>1</sup>	3,3	3,5	...	3,5
Saúde Suplementar	5,4	5,5	5,4	5,6
Alemanha	7,9	8,4	8,9	8,9
Austrália	6,4	6,5	6,5	6,7
Canadá	5,5	5,5	...	5,5
Chile	3,0	3,2	...	3,2
Estados Unidos	3,9	...	...	3,9
França	6,7	6,7	6,7	6,7
México	2,8	2,9	2,9	2,9
Portugal	4,3	4,1	4,1	4,1
Reino Unido	5,9	5,0	...	5,0
Turquia	6,3	7,3	7,3	7,3

FONTES: MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS, IBGE, SIP/ANS E OECD - EXTRAÍDA EM 3/7/2012. <sup>1</sup> NÃO INCLUI A POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DA SAÚDE SUPLEMENTAR. \* 2011 OU ANO MAIS RECENTE.

Destacam-se a seguir alguns procedimentos de alta complexidade realizados pelo conjunto das operadoras filiadas à FenaSaúde e pelo SUS – internações cirúrgicas, cirurgias bariátricas, ressonâncias magnéticas e tomografias computadorizadas (tabela 11). Mostra-se também a taxa *per capita* de cada um desses procedimentos. Os contrastes são de considerável monta. Enquanto os beneficiários de planos realizam 5,39 internações cirúrgicas para cada 100 beneficiários, os dependentes do SUS fizeram 2,87. A desigualdade é ainda maior nas taxas de cirurgia bariátrica, nas ressonâncias magnéticas e nas tomografias computadorizadas. Chama atenção as altas taxas de ressonância e tomografia realizadas pelos beneficiários das filiadas da FenaSaúde, que estão entre as maiores do mundo.

**Tabela 11. Procedimentos realizados (Jul/2011 a Jun/2012)**

Procedimentos	FenaSaúde	SUS
Internação cirúrgica <sup>1</sup>	714.169	4.194.750
Cirurgia Bariátrica	4.557	5.602
Ressonância Nuclear Magnética	1.613.483	647.488
Tomografia Computadorizada	1.598.620	2.679.534
<b>Taxas</b>		
Taxa de internação cirúrgica <sup>2 3</sup>	5,39	2,87
Taxa de cirurgia bariátrica <sup>4</sup>	0,43	0,04
RNM por 1.000 habitantes <sup>3</sup>	117,15	4,43
TC por 1.000 habitantes <sup>3</sup>	116,08	18,34

FONTES: TABNET/ANS. DPE E COPIS/IBGE. SIH/SUS/MS. EXTRAÍDA EM 13/3/2013. NOTAS: <sup>1</sup> NO SUS, CONSIDERADAS AS INTERNAÇÕES DO GRUPO 4 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. <sup>2</sup> A TAXA DE INTERNAÇÃO É CALCULADA PELO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DIVIDIDO PELA MÉDIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA MENOS OS BENEFICIÁRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR VEZES 100. <sup>3</sup> PARA O CÁLCULO DAS TAXAS FOI CONSIDERADA A MÉDIA DA POPULAÇÃO E BENEFICIÁRIOS NO PERÍODO DE JUL/2011 A MAR/2012. <sup>4</sup> TAXA FOI CALCULADA PELO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DIVIDIDO PELA MÉDIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA MENOS OS BENEFICIÁRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR (MAIORES DE 20 ANOS) VEZES 1.000.

Tamanho disparidade entre quem tem plano ou seguro de saúde e quem depende exclusivamente do SUS não pode ser tolerada e requer políticas públicas para seu enfrentamento. No entanto, é preciso também indagar se os recursos da medicina estão sendo utilizados na estrita medida do necessário ou se, ao contrário, estaria havendo utilização em excesso por parte dos beneficiários de planos e seguros de saúde. De um lado está o paciente que deseja acesso a todos os recursos, de outro o profissional disposto a satisfazer à aspiração do beneficiário, uma vez que nenhum dos dois é onerado pelo procedimento. Está claro o incentivo à sobreutilização. Há ainda outra consideração a fazer. O equipamento instalado precisa ser utilizado para gerar retorno ao investidor, no clássico caso de a oferta gerar sua própria demanda. Essas questões precisam ser mais bem esclarecidas e enfrentadas.

**Tabela 12. Taxa de tomografia computadorizada p/ 1.000 habitantes.**

País	2008	2009	2010	2011*
Brasil				
Sistema Público (SUS) <sup>1</sup>	10,6	12,4	15,3	17,6
FenaSaúde	...	116,7	118,4	107,8
Alemanha	...	117,1	...	117,1
Austrália	86,6	91,5	93,0	90,6
Bélgica	179,3	...	...	179,3
Canadá	118,2	122,2	126,9	126,9
Chile	41,9	50,2	...	50,2
Coreia	80,2	92,6	106,2	118,5
Dinamarca	81,1	91,5	105,2	117,2
Estados Unidos	240,3	252,7	265,0	265,0
França	129,6	138,3	145,4	145,4
Grécia	320,4	...	...	320,4
Holanda	60,1	65,2	66,0	66,0
Israel	115,7	122,8	127,2	127,2
República Tcheca	82,0	87,5	86,5	86,5
Turquia	77,7	96,3	103,5	103,5

FONTES: DATASUS/MS, IBGE, SIP/ANS E OECD. EXTRAÍDA EM 3/7/2012. <sup>1</sup> NÃO INCLUI A POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DA SAÚDE SUPLEMENTAR. (...) DADO NUMÉRICO NÃO DISPONÍVEL. \* 2011 OU ANO MAIS RECENTE.

**Tabela 13. Taxa de ressonância magnética p/ 1.000 habitantes.**

País	2008	2009	2010	2011*
Brasil				
Sistema Público (SUS) <sup>1</sup>	2,1	2,6	3,4	4,2
FenaSaúde	...	98,6	103,5	108,4
Alemanha	...	95,2	...	95,2
Austrália	19,7	20,9	23,0	23,9
Bélgica	52,8	...	...	52,8
Canadá	40,3	42,5	46,7	46,7
Chile	6,0	7,4	...	7,4
Coreia	12,6	13,1	14,7	18,2
Dinamarca	42,3	51,0	57,5	61,7
Estados Unidos	93,4	95,9	97,7	97,7
França	48,3	55,1	60,2	60,2
Grécia	97,9	...	...	97,9
Holanda	38,6	43,6	49,1	49,1
Israel	14,2	15,6	18,1	18,1
República Tcheca	27,4	32,2	33,5	33,5
Turquia	48,8	67,6	79,5	79,5

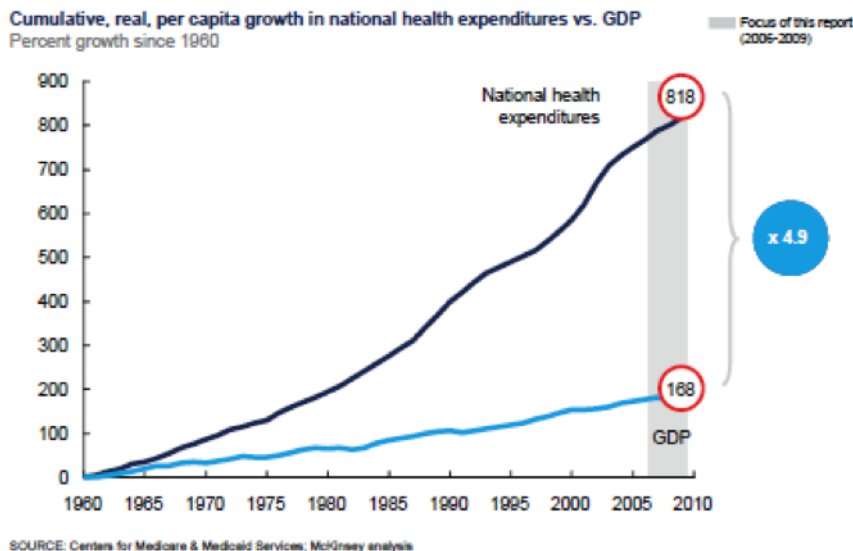
FONTES: MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS E INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), SIP/ANS, ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OECD) – EXTRAÍDO EM 3/7/2012. <sup>1</sup>NÃO INCLUI A POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DA SAÚDE SUPLEMENTAR. (...) DADO NUMÉRICO NÃO DISPONÍVEL. \* 2011 OU ANO MAIS RECENTE.

### 3.7 Desafios e perspectivas: custos crescentes e demografia

As despesas *per capita* com saúde seguem uma trajetória crescente há décadas e em todos os países da OECD ou que tenham trajetória de desenvolvimento econômico. Nos Estados Unidos, o gasto *per capita* com saúde como proporção do PIB passou de 5% nos anos 1960 para 17,6% em 2009; na Espanha, de 1,5% para 9,3% em 2010. O crescimento acumulado do gasto com saúde entre 1960 e 2010 nos Estados Unidos foi de 818% comparado com crescimento do PIB *per capita* de 168% (exibit 3).

### Exhibit 3

#### Adjusting for inflation and population growth, spending on health care has grown nearly 5 times as much as GDP since 1960



FONTE: MCKINSEY CENTER FOR U.S. HEALTH SYSTEM REFORM, ACCOUNTING FOR THE COST OF U.S. HEALTH CARE. DEC 2011, P.6.

Diversos fatores impulsionam as despesas, entre eles a incorporação de tecnologia médica, o crescimento das rendas, as mudanças epidemiológicas e o envelhecimento, que é um dos fatores que movem o perfil epidemiológico da população. As inter-relações entre desenvolvimento econômico, condições ambientais, mortalidade infantil, fecundidade, expectativa de vida, longevidade e gastos com saúde são multifacetadas, não lineares e complexas, não cabendo seu exame minucioso neste texto. Basta dizer que com o desenvolvimento econômico vem a elevação da escolaridade, a migração rural para o meio urbano, a queda da fecundidade, a evolução no padrão alimentar e na atividade física, entre outras. Mais controverso é o efeito de desenvolvimento econômico sobre o meio ambiente e deste para o estado de saúde da população. Inicialmente, ocorrem importantes melhorias trazidas pelo saneamento e pelo combate a endemias, mas a continuidade do desenvolvimento também acumula resíduos poluentes, que afetam o estado de saúde das pessoas. O padrão alimentar passa por um ciclo. Há mais de meio século, a revolução verde e o barateamento dos transportes permitiram a diversificação das dietas alimentares com ganhos expressivos para a saúde das populações. Com o tempo, a opção pelo *fast food* vem produzindo uma mudança para pior no padrão alimentar, com aumentos do conteúdo calórico e gorduroso dos alimentos. A essa mudança soma-se ainda a crescente inatividade física, que vem com a mecanização do trabalho, a sedentarização do

lazer, a substituição do caminhar pelo transporte motorizado. A consequência é o crescimento da incidência de sobrepeso e obesidade.

O resultado revelado pela experiência de todas essas transformações em muitos países é o crescimento dos gastos *per capita* com saúde. E não se vislumbra uma reversão dessa tendência no futuro previsível.

Nas sessões seguintes, escolheu-se tratar dos dados das fontes de financiamento e dos usos do conjunto de operadoras da saúde suplementar filiadas à FenaSaúde (tabela 14). A despesa total desse conjunto de operadoras cresceu mais que a receita das mensalidades entre 2007 e 2012. Em consequência, o resultado depois de deduzidas todas as despesas ficou menor. A despesa assistencial (aquela voltada para o pagamento a profissionais, clínicas, laboratórios, hospitais – enfim, toda a despesa com assistência à saúde) cresceu ainda mais rapidamente que a despesa total, o que foi em parte compensado com a despesa administrativa. Todavia, deve-se ressaltar que o maior aumento da despesa assistencial provém do alto crescimento da despesa com internações, 215,4% no período, seguida pelas despesas com exames.

Compreensível, pois a internação é o *locus* importante de incorporação de novas tecnologias e os exames vêm assumindo importância crescente na medicina. Para o futuro, esse crescimento poderá se deslocar para o tratamento ambulatorial, com as novas drogas orais para o enfrentamento ambulatorial ou domiciliar das neoplasias.

**Tabela 14. Receitas e despesas das operadoras filiadas à FenaSaúde.**

Contas	2007	Out/11 a set/12	Variação (%)
Receita	17,1	35,8	109,6
Despesa total	15,7	34,7	121,0
Resultado Operacional	1,4	1,1	(22,2)
Despesa Assistencial	12,9	29,0	125,0
Exames	2,9	6,8	136,6
Internações	4,9	15,4	215,4
Outros	5,1	6,7	31,9

FONTE: DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS DAS OPERADORAS/ANS – EXTRAÍDA EM 18/12/2012.

Os mais importantes itens de custo nas internações para as operadoras são materiais, medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). Materiais e medicamentos respondem por 34,5% da despesa dos hospitais e outra fração significativa deve-se às OPMEs (incluída no item Outras – tabela 15). Dessa forma, mais da metade da conta hospitalar paga pelas operadoras vai para esses itens.

**Tabela 15. Despesa com eventos na internação – acumulado até o terceiro trimestre de 2012.**

Tipo de evento	R\$ milhões	%
<b>Total</b>	<b>25.370,2</b>	<b>100,0</b>
Honorário Médico	4.776,3	18,8
Exames	1.308,1	5,2
Terapias	1.769,0	7,0
Materiais Médicos	5.592,4	22,0
Medicamentos	3.182,6	12,5
Procedimentos com Preço Fixo	84,3	0,3
Outras Despesas	8.566,8	33,8

FONTE: DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS DAS OPERADORAS/ANS – EXTRAÍDA EM 18/12/2012. NOTA: VALOR TOTAL DE INTERNAÇÕES EM LEITO HOSPITALAR (ENFERMARIA, QUARTO OU UNIDADES DE CURTA PERMANÊNCIA, TERAPIA INTENSIVA OU SEMI-INTENSIVA). GASTOS COM OPME ESTÃO CONTIDOS NA CONTA “OUTRAS DESPESAS”.

A composição dessas despesas no passado deve ter sido bem diferente, como revelam os dados da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP). Na composição da despesa dos hospitais, esses itens representam em torno de 30% do total, mas na composição das receitas sua participação cresceu quase 10 pontos percentuais, de 44,4% para 54,0%, entre 2005 e 2010 (tabela 16).

O tema merece mais estudos, especialmente no que se refere às condições de comercialização ou de mercado desses materiais. Esse mercado carece de maior transparência, necessária para que prevaleça a concorrência. Transparência e concorrência são os ingredientes essenciais para o adequado funcionamento dos mercados, a redução das atitudes oportunistas e dos ganhos ilícitos. Em suma, para que se alcance maior grau de eficiência e equidade nos tratamentos de saúde.

**Tabela 16. Estrutura da despesa e da receita dos hospitais associados à ANAHP.**

Natureza do evento	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	<b>Despesa</b>					
Insumos hospitalares	30,4	29,6	30,5	30,1	30,9	31,2
Diversos	69,6	70,4	69,5	69,9	69,1	68,8
	<b>Receita</b>					
Insumos hospitalares	44,4	44,8	46,3	48,6	50,9	54,0
Diversos	55,6	55,2	53,7	51,4	49,1	46,0

FONTE: ANAHP 2011.

Não se trata simplesmente de compatibilizar as aspirações humanas com as possibilidades materiais. Trata-se de assegurar que o comércio desses dispositivos, materiais e medicamentos não seja objeto de ganhos injustificados e que a introdução de inovações tecnológicas seja precedida da necessária avaliação de seu custo-efetividade. A política pública tem muito a contribuir nesse campo.

Pesam também na tendência ao crescimento das despesas de saúde as consequências do rápido processo de envelhecimento da população, que decorre da drástica queda da fecundidade e dos aumentos da longevidade. Nesse processo, aumenta a proporção de idosos na população, o que trará também aumentos nas proporções de pessoas com doenças crônicas. Parece inevitável que com isso sobrevenha um aumento nas despesas médicas da população, pois as doenças crônicas não são curáveis, mas são tratáveis e exigem tratamento continuado, complexo e dispendioso.

O fato concreto é que a população está envelhecendo. Entre 2000 e 2012, caiu a proporção de jovens entre os beneficiários de planos médicos, de 29,8% para 24,0%, como reflexo da queda da participação dessa faixa etária na população, de 40,2% para 33,0% (tabela 17). A faixa da idade ativa aumentou sua participação tanto entre beneficiários quanto na população, assim como a faixa de 60 anos ou mais, embora o crescimento da proporção de beneficiários dessa faixa tenha se atrasado em relação ao da população. O menor crescimento da proporção de beneficiários de 60 ou mais anos de idade em relação ao da população dessa faixa etária deve-se ao maior crescimento dos planos coletivos empresariais que se destinam a colaboradores em idade ativa. No entanto, vale notar que a quantidade de beneficiários com 80 ou mais anos mais que duplicou entre os beneficiários de planos médicos.

**Tabela 17. Beneficiários de planos médicos e população por faixa etária.**

Faixa Etária	Beneficiários				População			
	dez/00		dez/12		2000		2012	
	Qtd.	(%)	Qtd.	(%)	Qtd.	(%)	Qtd.	(%)
<b>Total</b>	32.665	100,0	50.567	100,0	169.799	100,0	193.977	100,0
0-19	9.733	29,8	12.140	24,0	68.206	40,2	64.023	33,0
20-59	6.265	49,8	27.660	54,7	87.057	51,3	109.064	56,2
60 ou +	3.321	10,2	5.381	10,6	14.536	8,6	20.890	10,8
60-64	1.026	3,1	1.661	3,3	4.601	2,7	6.607	3,4
65-69	821	2,5	1.188	2,3	3.581	2,1	4.912	2,5
70-74	663	2,0	912	1,8	2.742	1,6	3.795	2,0
75-79	413	1,3	699	1,4	1.780	1,0	2.599	1,3
80 ou +	398	1,2	920	1,8	1.832	1,1	2.976	1,5

FONTES: TABNET/ANS, EXTRAÍDA EM 1º/4/2013; IBGE: 2000 – CENSO DEMOGRÁFICO; PARA 2012: ESTIMATIVAS POPULACIONAIS ENVIADAS PARA O TCU, ESTRATIFICADAS POR IDADE PELO MS/SGEP/DATASUS.



Para os próximos anos, conforme já se observou, a fração da população em idade ativa atingirá seu pico nos próximos 10 anos e começará a declinar (tabela 18). Já o número absoluto de pessoas com 60 ou mais anos de idade praticamente triplicará até 2045, de 20,9 milhões em 2012 para 58,7 milhões em 2045. Com isso, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais passará de 10,8% para 27,0% nesse período. Todas as faixas etárias acima de 60 anos aumentarão sua participação na população. Os maiores de 80 anos, por exemplo, passarão de quase 3 milhões (1,5%) para 11,7 milhões (5,4%).

**Tabela 18. Projeção da população por faixa etária para 60 ou mais anos de idade.**

Faixa Etária	2025		2035		2045	
	Qtd.	(%)	Qtd.	(%)	Qtd.	(%)
60 ou	34.476,1	16,2	46.080,2	21,1	58.745,8	27,0
60-64	10.938,9	5,1	12.196,0	5,6	15.444,3	7,1
65-69	8.513,7	4,0	10.850,3	5,0	12.808,2	5,9
70-74	6.135,4	2,9	9.150,3	4,2	10.372,1	4,8
75-79	4.088,2	1,9	6.441,6	2,9	8.379,8	3,8
80 ou +	4.799,9	2,3	7.442,0	3,4	11.741,4	5,4

FONTE: PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DO BRASIL POR SEXO E IDADE PARA O PERÍODO 1980-2050 – REVISÃO 2008.

A questão crucial é o impacto nas despesas que o aumento da longevidade trará. Os estudos indicam que há impacto, mas divergem quanto à estimativa de sua magnitude. Segundo alguns autores, o impacto seria muito grande, já para outros, ele seria menos significativo<sup>14</sup>. O aumento lastreia-se na evidência de que a maior parte das despesas acontece nos meses que antecedem o fim da vida. O aumento da longevidade postergaria a morte e com isso também as despesas médicas, seguindo a tese da compressão da morbidade. De acordo com esse tese, o aumento da longevidade alongaria os anos de vida saudável, reduziria a taxa de mortalidade e portanto as maiores despesas (pela sua postergação). Todavia, há tese oposta, de dispersão da morbidade, segundo a qual aumentariam mais que proporcionalmente os anos vividos com doenças incapacitantes. Segundo essa hipótese, os aumentos de longevidade aumentariam consideravelmente as despesas *per capita* com saúde. Há ainda uma tese intermediária, segundo a qual os anos a mais de vida seriam distribuídos propor-

<sup>14</sup> RECHEL ET AL. REPORTAM ESTIMATIVAS PARA OS 27 PAÍSES DA COMUNIDADE EUROPEIA PARA 2007-2060. O ENVELHECIMENTO NESSES PAÍSES ELEVARIA OS GASTOS PREVIDENCIÁRIOS COMO PROPORÇÃO DO PIB EM 2,4 PONTOS PERCENTUAIS (DE 10,2% PARA 12,6%). PARA CUIDADOS COM SAÚDE, O AUMENTO SERIA DE 1,5 PONTOS PERCENTUAL (DE 6,7% PARA 8,2%). MAS PARA CUIDADOS DE LONGO PRAZO O AUMENTO SERIA DE 1,2 PONTO PERCENTUAL (DE 1,2% PARA 2,3% - UM AUMENTO PROPORCIONALMENTE BASTANTE IMPORTANTE). RECHEL, B. ET AL. **HEALTH IN EUROPE: AGEING IN THE EUROPEAN UNION**. MACH 27, 2013.

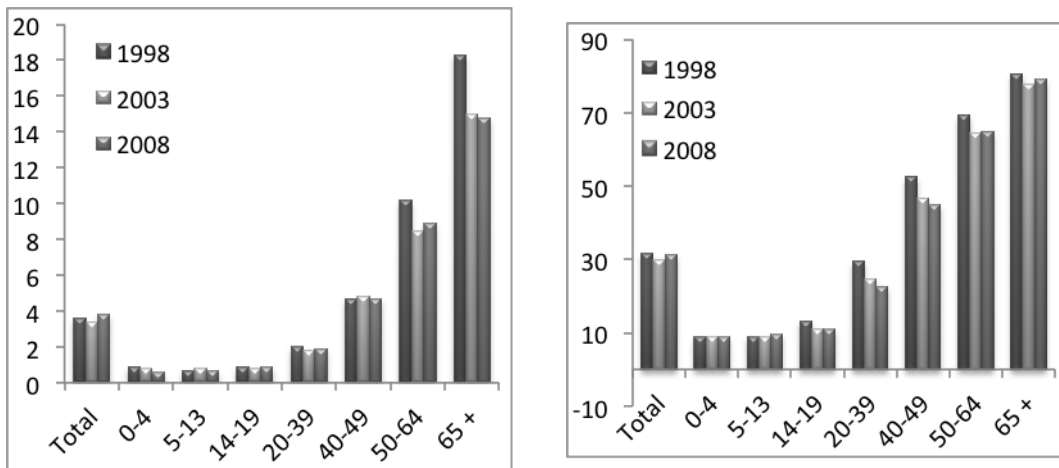
cionalmente entre anos de vida saudável e anos com doenças incapacitantes. O efeito nas despesas seria neutro.

Artigo de Rechel *et al.*, em revisão de literatura sobre o impacto do aumento da longevidade nas despesas *per capita*, mostra que as experiências são variadas na Comunidade Europeia – em alguns países pode-se verificar a tese da compressão da morbidade, em outros a dispersão e, finalmente, em outros ainda a neutralidade. Mas o interessante é que a tese da compressão foi constatada em países com alta longevidade e pequeno crescimento.

O que se pode esperar para o Brasil? Inegavelmente, um aumento considerável nas despesas *per capita*. As razões são óbvias. A esperança de vida ainda é muito baixa comparada com países da Comunidade Europeia, mas vem crescendo a uma velocidade nunca antes vista, triplicando a proporção e o número absoluto de idosos na população. Como a incidência de doenças crônicas aumenta muito com a idade, haverá não apenas maior número de portadores dessas doenças, mas também maior proporção relativamente a toda a população. Haverá, portanto, proporções mais altas de pessoas em tratamentos continuados.

Com o tempo e depois que o Brasil tiver elevada proporção de idosos, pode-se esperar uma compressão da morbidade. A experiência parece apontar para uma melhora modesta nas condições de saúde com o tempo. Os suplementos de saúde da Pnad/IBGE indicam melhoras nas condições de saúde autoavaliadas ou doenças crônicas autorreferidas entre 1998 e 2008. Essa melhoria, no entanto, não é clara entre 2003 e 2008 (gráfico 9).

**Gráfico 9. Proporção de pessoas que autoavaliaram o seu estado de saúde como ruim ou muito ruim (esquerda) e que autoreferiram doença crônica (direita), por idade. Brasil, 1998/2008.**



FONTE: PNAD/IBGE – EXTRAÍDO EM 1º/4/2013

Diante dessas perspectivas, a precaução é recomendável. Trata-se de um desafio adicional para a sustentabilidade econômica da saúde como um todo, tanto para o SUS quanto para a saúde suplementar, a exigir ações de diferentes ordens, como novos mecanismos de financiamento, planos de saúde com componente de capitalização, incentivo aos estilos de vida adequados, promoção da saúde e prevenção da doença.

## 3.8 Conclusões e recomendações

O Brasil passa por uma profunda mudança social, movida por questões demográficas (menor fecundidade e maior longevidade que elevam a proporção de idosos na população) e político-econômicas. Os resultados consolidados manifestam-se no progressivo esvaziamento das classes E e D e sua migração para a classe média. A continuidade dessa tendência dependerá de muitos fatores, mas a tendência demográfica persistirá.

O esvaziamento da classe E e o crescimento da classe média incorporou dezenas de milhões de brasileiros aos mercados consumidores, com destaque para “consumo” de serviços e produtos de saúde. A pressão exercida sobre a infraestrutura de saúde está levando a uma expansão da capacidade, demonstrando que há disposição para investimento nesse setor. Uma possível ação do Governo é desamarrar os entraves burocráticos para que essas iniciativas completem-se em menor tempo.

O cenário que se vislumbra é de maior “empoderamento” do consumidor, derivado de seu maior acesso à informação, da formação internacional de suas aspirações, da maior consciência de seus direitos e disposição para fazer valê-los. Mas a esse “empoderamento” deve corresponder uma maior responsabilização, para ponderar em que medida a sua ação afeta a terceiros. Objetivamente, ao maior poder do novo consumidor deve ser adicionada maior responsabilidade, sobre suas ações com relação à sua própria saúde e sobre a sua atitude diante dos demais. Uma atitude compatível com a sustentabilidade do sistema deve ser a de melhoria dos hábitos de vida, responsáveis por cerca de 50% do estado de saúde geral das pessoas. O consumidor que despreza as suas condições de saúde causa danos especialmente a si próprio e, em consequência, a todos aqueles que coletivamente incorrem no custo da reparação e da recuperação da saúde, pois vivemos em um sistema de repartição de recursos no qual muitos contribuem para que aqueles que necessitem possam utilizar o benefício proporcionado pela coletividade. Assim funciona o mutualismo, com base nas regras contratuais e estatísticas. Assim também funciona o SUS, com o mutualismo mais amplamente coletivo possível, pois todos recolhem suas contribuições para que o Estado possa cumprir com seu dever constitucional da assistência à saúde.

Disso decorre a utilidade de política voltada para a conscientização do consumidor, quer do sistema único quer da saúde suplementar.

O novo consumidor, independentemente de ser idoso ou jovem, nordestino ou sulista, deve ter preocupação crescente com os seus hábitos de vida e com o impacto que suas escolhas provocam em si mesmo e nos demais membros da coletividade. Cabe aos gestores dos sistemas de saúde bem como ao governo a assunção da importante tarefa de informar cada vez melhor seus novos consumidores e chamá-los à reflexão sobre a adoção de hábitos saudáveis e sobre as consequências positivas tanto em termos individuais quanto sociais. A longevidade do sistema de saúde suplementar depende em grande medida da mudança positiva de comportamentos frutos da maior responsabilidade dos indivíduos e da melhoria da informação.

Na linha dos custos, deve-se agir para que todos fiquem cientes da tendência de crescimento. Observou-se no texto um crescimento acelerado dos gastos com internações e, nesse item, dos gastos com materiais e medicamentos, inclusive com destaque para as Órteses, Prótese e Materiais Especiais. Juntos materiais e medicamentos já respondem por mais da metade das despesas hospitalares das operadoras e das receitas dos hospitais. Pelo lado dos custos, respondem por cerca de 30% da despesa. Essa tendência afeta todo o sistema de saúde e por isso se torna relevante uma política pública para esse mercado, particularmente uma política de incorporação de novas tecnologias com base na avaliação de seu custo-efetividade.

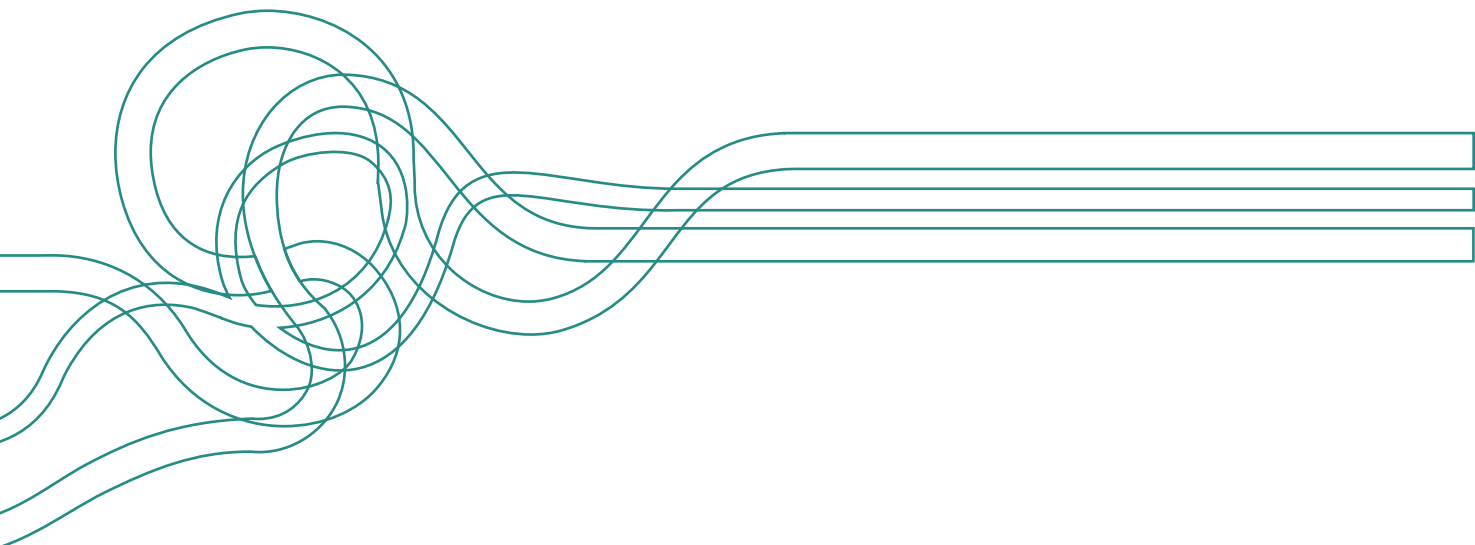
Além da adesão a hábitos saudáveis, a pessoa pode ser mais previdente. Diante dos custos crescentes e sabedor que sua renda cai na inatividade, o indivíduo poderia e deveria formar reservas voltadas para ajudar a custear sua saúde ou as mensalidades de seu plano na inatividade. Para isso, o governo deveria permitir o desenvolvimento de produtos que acoplassem de alguma maneira um plano de previdência-saúde junto com o plano de saúde. Esse poderia ser o instrumento para maior responsabilização das pessoas para com sua saúde e assistência futura. Ainda teria a vantagem de permitir a formação de poupanças de longo prazo de que o Brasil é muito carente.

Quanto à gestão dos sistemas, faz-se necessário caminhar para novos modelos de remuneração que alinhem incentivos com o objetivo de se oferecer tratamentos resolutivos aos indivíduos. Esses modelos devem incorporar entre suas dimensões a previsibilidade, o desfecho clínico, a qualidade dos serviços. Trata-se de competir e entregar valor para os pacientes.



# 4

## Lígia Bahia



### 4.1 Introdução

A partir de 2003, milhões de trabalhadores foram incorporados à base da nossa pirâmide ocupacional urbana, especialmente nos serviços. Esse expressivo aumento do emprego concentrou-se nas ocupações menos qualificadas, mas típicas dos decis situados logo acima dos relativos à pobreza e à miséria. A mobilidade social desse imenso contingente populacional, recém inscrito em situações superiores de renda, consumo e formalização no mercado de trabalho, denominado corretamente ou não de “Nova Classe Média” (NCM) traz imensos desafios à saúde.

São desafios que afetam muitas dimensões do processo saúde-doença, especialmente àquelas relacionadas com as mudanças entre as condições de vida e alterações no perfil epidemiológico da população brasileira. Contudo, as luzes jogadas nas perspectivas da abertura de novos mercados iluminam apenas um dos prismas das importantes mudanças em curso: o das oportunidades de expansão e diversificação de negócios envolvendo assistência médico-hospitalar.

É voz corrente, inclusive entre alguns técnicos e especialistas da saúde, que o fato de termos nos tornado um “país de classe média” estimula a privatização da saúde. A relação causal não precisa ser explicitada, é intuitiva, a melhoria da renda individual e familiar induziria a preferência por alternativas assistenciais personalizadas, customizadas, de qualidade superior, portanto privadas. Um dos corolários dessa anunciada tendência de corrida ao privado seria a descaracterização do SUS como sistema universal.

Diante da “ameaça” de perda de clientes, agora com capacidade de vocalização de demandas, algumas autoridades governamentais passaram até a concitar uma disputa entre o SUS e o setor privado pela retenção ou atração da “nova classe média”. Assim, a variável “nova classe média adquiriu um *status* explicativo para a configuração do sistema de saúde brasileiro. O modelo causal implícito é o de que a inclinação da classe média pelo público ou privado definirá a trajetória da organização da atenção à saúde.

Entretanto, essa associação aparentemente racional entre aumento da renda, “nova classe média” e a inexorabilidade da resposta privatizante às necessidades de saúde é bizarra. No restante do mundo, a ascensão das massas trabalhadoras a melhores condições de vida originou tanto sistemas públicos de saúde robustos quanto a portentosa indústria de seguros saúde nos EUA. Portanto, essa discussão não se baseia nem nas coisas da lógica nem na lógica das coisas e, sim, em uma extravagante mistura de dois ingredientes: a tentativa de comprovar a existência de uma “nova classe média” mediante a exibição do aumento das coberturas de planos de saúde como indicador de mudança de *status* com as intenções de agentes do mercado de expandir seus mercados.

Se a marca de distinção de integração da classe média fosse a vinculação a um plano privado de saúde, os habitantes de países com renda *per capita* três vezes superiores a brasileira atendidos por sistemas universais de saúde (OECD, 2013) seriam classificados como pobres? Mesmo no Brasil, uma relação causal entre aumento da renda individual e privatização da saúde não é verificável empiricamente. A cobertura de planos privados de saúde tanto cresceu durante as denominadas décadas perdidas quanto no período mais recente (SESTELO, 2012).

O erro da equação linear mais renda mais privatização da saúde consiste na homogeneização e associação de fenômenos de natureza distinta. Não existe fundamentação teórica que sustente essa associação causal espúria. O máximo que se pode afirmar, considerando o velho “efeito demonstração” é que não há nada que indique um comportamento diferente por parte dos segmentos emergentes. Se as classes médias tradicionais sempre optaram pelo atendimento com médicos de universidades públicas em seus consultórios particulares, usam centros de saúde para realizar vacinas e pela escola básica privada e pelo ensino superior público, o mais provável é que, pelo efeito demonstração, a NCM irá reproduzir o mesmo padrão de comportamento.

Quando se leva adiante, o colapso do movimento de deslocamento para cima da base da pirâmide de renda com a privatização da saúde resulta em predições sobre a inexorabilidade do enfraquecimento das teses e práticas universalistas, dotadas de forte teor de oráculo. As extrapolações determinadas são inerentes à projeção de um futuro desejado e seriam pouco recomendáveis de um ponto de vista estritamente científico. No entanto, não devem ser descartadas em nome de um cientificismo pernóstico porque estão fortemente disseminadas e são importantes para conferir vitalidade ao debate. Mas que debate? Certamente os termos apresentados, no momento, são bastante confusos.

A previsão de um cenário, no qual o que é bom para o Brasil será péssimo para o SUS, é uma armadilha difícil de ser desarmada. Segundo o senso comum, já está tudo bem definido. Para alguns, a perspectiva implica deixar o SUS e seus problemas de lado e seguir manifestando júbilo pela redução da desigualdade de renda. O raciocínio é amarrado com as constatações sobre as “preferências” “naturais” dos indivíduos pela privatização da saúde. Já tem quem esteja dizendo por aí que a privatização da saúde é uma opção da “sociedade”. O conjunto dessas opiniões constitui uma barreira sólida à controvérsia. Quem ousará negar o que está tão visível a olho nu?

O debate em um ambiente de tantas certezas, de tantas evidências sobre a privatização da saúde no Brasil causa embaraços. E é exatamente nesse sentido, o de questionar a “verdade” estabelecida em fóruns empresariais, de entidades do movimento social e político-partidários que se recorre a um conjunto de argumentos sobre as associações entre renda e saúde, discernindo-se aquelas que têm validade, como as que envolvem o processo saúde-doença e a caracterização do mercado de trabalho médico, daquele constructo economicista que toma o aumento da renda, como variável explicativa para a privatização da saúde. A intenção do presente trabalho é a de valorizar a relevância das relações entre classes sociais, classes de renda e saúde. O que se pretende demonstrar é que a privatização do sistema de saúde brasileiro é contingente, depende de arranjos institucionais, contextos regulatórios, circunstâncias políticas e não apenas a demandas individuais.

## 4.2 Classes sociais e classes de renda e a prática médica

As relações entre as diferentes classes sociais com os médicos tende a variar de acordo com o *status* socioeconômico dos pacientes. Estudos clássicos e recentes evidenciam que as lacunas de comunicação e compreensão na relação entre médicos e pacientes são mais intensas no atendimento de segmentos populacionais de menor renda e escolaridade.

O estudo intitulado “As Classes Sociais e o Corpo”, realizado entre 1967 e 1968, em Paris, constatou que as pessoas mais ricas e instruídas recorrem aos profissionais de saúde em circunstâncias, em geral, voluntárias e tendem a procurar consultas em ambientes privados e personalizados, as quais são pagas, em vez de buscar atendimento em instituições públicas ou aquelas pertencentes às redes credenciadas das empresas de planos e seguros de saúde. Os integrantes das classes superiores, frequentemente, escolhem seus médicos dentro seu grupo de relações pessoais e costumam valorizar a competência profissional. O compartilhamento de marcos culturais similares entre médicos e pacientes permite-lhes conversar abertamente, falar de igual para igual, estabelecer relações de amizade (Boltansky, 1979).

A relevância do atendimento médico diferenciado segundo classes sociais também foi tematizada no esforço de compreensão sobre a organização da medicina como profissão nos EUA. O livro “A



Transformação Social da Medicina nos Estados Unidos”, publicado em 1982, ressalta que os membros das classes trabalhadoras e os segmentos populacionais de menor renda costumam ter problemas de comunicação com os médicos em função de diferenças relativas aos antecedentes culturais e linguísticos. Por não assumirem os mesmos valores que os médicos, é frequente que os pacientes se sintam estranhos e hostis quando expostos ao relacionamento com médicos. Muitos dos contatos dessas populações com agentes e serviços de saúde são involuntários. A ausência de controle sobre o momento e as condições de atendimento contribuem para estabelecer relação de dependência entre médicos e serviços de saúde, e não de confiança (STARR, 1982).

Mais recentemente, o relacionamento entre os pacientes e os prestadores de serviços tornou-se um componente essencial da qualidade da oferta de serviços de saúde, efetividade terapêutica e uma trincheira na batalha contra as iniquidades na saúde. Inúmeros estudos acentuam que a comunicação com os pacientes é essencial para a construção de um “relacionamento terapêutico”, associado com a satisfação com o cuidado e adesão às orientações médicas. Pesquisas centradas na avaliação das habilidades comunicacionais dos médicos evidenciaram que a conduta dos profissionais de saúde varia de acordo com o *status* socioeconômico dos pacientes. Os médicos quando atendem pacientes com maior nível educacional e renda dedicam maior tempo ao exame, transmitem mais informações sobre saúde. Pacientes de menor *status* social recebem mais orientações sobre nutrição, não são estimulados a perguntar sobre seus problemas de saúde ou métodos diagnósticos ou ainda participar nos processos de decisões terapêuticas (VERLINDE *et al.*, 2012).

Em função do reconhecimento dos problemas da distância entre o *status* dos médicos e da maioria dos pacientes, um dos indicadores utilizados para monitorar os sistemas de saúde é aquele que relaciona a renda média da população com a remuneração média dos médicos. A maior distância entre os rendimentos sugere uma tendência de afastamento dos médicos das vivências cotidianas de seus pacientes.

Segundo dados da OECD para 2009, os médicos especialistas autônomos da Holanda são aqueles com maior remuneração em relação ao restante da população (5,5 vezes maior do que a média dos salários do país). Enquanto os proventos dos médicos generalistas assalariados na Noruega, Reino Unido, Holanda e Austrália se situam em torno de duas vezes aqueles auferidos pelo conjunto dos trabalhadores de cada país (OECD, 2013), nos EUA os rendimentos dos médicos em 2010 foram cinco vezes maiores do que os dos trabalhadores em geral (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2013).

No Brasil, segundo informações do Ministério do Trabalho, a remuneração dos médicos, registrados pela Relação Anual de Informações (Ministério do Trabalho e Emprego, RAIS, 2013) (R\$5.800,00) foi 3,2 vezes superior a do restante dos trabalhadores. Segundo a Pnad 2003, a renda de todas as fontes dos médicos foi 4,3 vezes superior à da população acima de 10 que declarou receber algum rendimento e 2,9 vezes maior do que os ocupados com escolaridade compatível com a de curso

superior. Os dados para 2011 sinalizam que os rendimentos dos médicos (em média R\$10.099,00) ficaram ainda mais distanciados dos demais trabalhadores: 7,2 para todos os que declararam renda diferente de zero e 5,1 para quem possivelmente cursou ensino superior. Embora a remuneração dos médicos forneça pistas para a detecção sobre a natureza e vínculos desses profissionais com a população e os indicadores brasileiros sejam similares aos de outros países, é importante observar que as barreiras objetivas para o acesso à carreira, tais como dedicação em tempo integral a um curso longo, recursos para a aquisição de livros, transporte e alimentação discriminam o ingresso às faculdades de medicina.

## 4.3 Classes sociais, classes de renda e saúde

Observações sobre as variações das relações entre saúde e condições socioeconômicas e riqueza não são recentes. Em 1826, Louis René Villermé demonstrou empiricamente, pela primeira vez, utilizando dados do censo de Paris, a existência de um gradiente socioeconômico em saúde, obtido mediante uma taxa de mortalidade por localidade e a proporção de moradores que não pagavam um tipo de imposto cobrado dos mais ricos. Essa associação entre a saúde da população e política econômica, no contexto do debate entre as explicações contagionistas e anticontagionistas se opôs à teoria hipocrática sobre a importância dos fatores topográficos para o processo saúde-doença. Os tratados hipocráticos consideravam que as disparidades na saúde decorriam de diferenças na altitude, densidade populacional, proximidade de rios etc. (JULIA e VALLERON, 2011). Friedrich Engels, ao publicar seu trabalho em 1844 sobre o impacto do início da industrialização na saúde, também reuniu evidências sobre a maior mortalidade em casas pobres de ruas pobres, em comparação com aquelas dotadas de melhores condições urbanas, demonstrando a relevância, não apenas das condições socioeconômicas individuais dos trabalhadores, mas também do contexto de vida e trabalho e das consequências da privação na infância para a saúde dos adultos (KRIEGER, 2001).

Nesse mesmo período, outros trabalhos baseados em estatísticas de mortalidade que procuraram demonstrar a existência de doenças preveníveis e mortes prematuras causadas por condições físicas insalubres causaram polêmicas teóricas e políticas. No contexto do debate sobre a “natural” insalubridade das cidades, procurou-se evidenciar que projetos sanitários eram essenciais para a melhoria das condições de saúde. A melhor ilustração sobre as discussões travadas entre aqueles que atribuíam os problemas de saúde à pobreza e deprivação contra os “reformistas sanitários” é o *Report on sanitary condition of the labouring population of Great Britain*, conduzido por Edwin Chadwick, divulgado em 1842, que contém informações sobre dramáticas diferenças nas “chances de vida” de três grupos sociais (trabalhadores, comerciantes e agricultores e classes altas) em diferentes regiões da Inglaterra. O estudo foi considerado tecnicamente frágil por estatísticos e criticado

por sugerir que o traçado dos novos sistemas de água e esgoto afetasse propriedades particulares. No entanto, o poder, ainda que retórico, dos argumentos que relacionam sujeira e saúde foi decisivo para a eliminação de antigas instalações de esgotos, substituindo-os por sistemas que desaguavam em locais distantes dos aglomerados urbanos e ampliação de sistemas de distribuição de águas e antecipando o cenário das novas cidades saneadas da era industrial.

No final do século XX, duas observações sobre as relações entre saúde, classes sociais e condições de vida e trabalho estavam incorporadas à epidemiologia: 1) existe um gradiente socioeconômico na saúde que se estende de cima para baixo da classificação social e não apenas um limiar que separa ricos de pobres; 2) o contexto e nível de renda em relevância para a ocorrência de fenômenos relacionados com o processo saúde-doença; moradores pobres que vivem em localidades degradadas são mais propensos a ter pior *status* de saúde do que segmentos populacionais igualmente despossuídos vivendo em regiões mais abastadas.

Apesar do conhecimento sobre as relações entre condições de vida e *status* de saúde, a publicação Black Report, em 1980, fundamentada em pesquisas sobre desigualdades de condições de saúde na Inglaterra, gerou imenso interesse no mundo inteiro. A conclusão do trabalho sobre a existência de significativas e crescentes diferenças nas taxas de mortalidade e morbidade favoráveis às classes sociais mais elevadas revelou que essas desigualdades não estavam sendo reduzidas pelo sistema de saúde e de proteção social. O relatório identificou quatro tipos de explicação para desigualdades nas condições de saúde: 1) um simples artefato (vieses de informação e classificação no numerador e no denominador); 2) viés de seleção, ou seja, o estado de saúde de certa forma determina a condição socioeconômica, assim as classes sociais mais baixas podem concentrar pessoas menos saudáveis, com alto risco de morte; 3) características culturais e comportamentais, especialmente tabagismo, hábitos alimentares e exercícios; 4) condições materiais decorrentes da distribuição de renda e oportunidades que se expressam na exposição involuntária a riscos à saúde (SMITH, BARTLEY e BLANE, 1990). Assim, o Black Report contribuiu para conformar uma nova onda de pesquisas sobre desigualdades na saúde.

Atualmente, as medidas de posição socioeconômica (PSE) e os processos utilizados para estratificar grupos sociais são objeto *per se* de estudos epidemiológicos. As medidas isoladas de PSE por exemplo escolaridade e renda embora apresentem superposições, podem diferir, ainda que de modo discreto, quando aplicadas nas análises sobre PSE e determinadas condições de saúde. As medidas mais utilizadas para definir PSE são obtidas por registros no nível domiciliar e individual são: 1) posse de bens e condições de moradia (condições de construção, acesso a água, saneamento, eletricidade, internet; tamanho do domicílio; bens duráveis tais como televisão, geladeira etc.); 2) despesas de consumo (despesas domésticas de itens que somadas constituem um agregado equivalente ao total da despesa, frequentemente usada na análise de contas nacionais); 3) escolaridade; 4) renda; 5) ocupação.

## 4.4 A constituição de sistemas de saúde e classes sociais

Os sistemas de saúde contemporâneos não são “puros” no que diz respeito à natureza pública ou privada das fontes de recursos que os financiam e dos formatos jurídico-institucionais de seus serviços assistenciais e organização de demandas. A tipologia tradicional que sugere a existência de três modelos (universal, meritocrático e residual, cujos casos emblemáticos seriam o Reino Unido, a Alemanha e os EUA) baseia-se em uma gradação da intervenção estatal sobre a oferta e demanda de serviços de atenção à saúde. Na prática, as trajetórias do sistema de saúde inglês, paradigma de sistema público, quanto a do americano, apanágio da privatização, foram atravessadas por processos político-institucionais, relacionados com a organização da profissão médica, da atuação das empresas empregadoras e organizações mutuais e associativas, sindicatos de trabalhadores, partidos políticos e características da concentração do poder executivo.

No final do século XIX, os problemas de saúde que até então preocupavam associações profissionais e mutuais, que procuravam dar respostas assistenciais, mediante o recolhimento de contribuições voluntárias dos trabalhadores, tornou-se uma política pública. Em 1883 a Alemanha estabeleceu o primeiro sistema nacional obrigatório de seguro contra a doença. Outros países também adotaram o seguro social, como a Noruega em 1909, a Suécia em 1910, a Inglaterra em 1911, a Rússia em 1912 e a Holanda em 1913, enquanto em outras nações as políticas governamentais se concentraram em subsidiar os fundos voluntários. Os países europeus instituíram seguros obrigatórios de saúde como parte de uma estratégia proteção aos acidentes de trabalho, invalidez, aposentadoria e desemprego, movidos por esforços defensivos, voltados à estabilização da ordem política no contexto que antecedeu a I Guerra Mundial. A memorável declaração de Lloyd George em 1918, primeiro-ministro inglês entre 1916 e 1922, ilustra a intencionalidade do seguro de saúde para civis e militares: “não se pode ter um império A-1 para uma população C-3”.

Nos EUA, as condições políticas e as instituições pré-existentes eram diferentes das europeias. A partir dos anos 1900 o governo federal descentralizou suas atividades e interveio pouco na economia e nas atividades de assistência social e saúde. Além disso, os fundos voluntários (as caixas de ajuda mútua) se desenvolveram menos nos EUA do que na Europa (US Department of Labor, 1916). No início do século XX, os imigrantes europeus organizaram inúmeras instituições beneficentes, mas as mais estáveis, compostas por trabalhadores de mais idade, ofereciam quase que exclusivamente seguros de vida. Outro traço distintivo entre a conformação dos seguros sociais europeus e a inclinação pelo seguro privado voluntário nos EUA foi o posicionamento da American Federation of Labor sob o argumento de que o Estado restringiria o poder dos sindicatos para obter salários e benefícios mais elevados. As entidades empresariais também consideravam que o seguro saúde obrigatório representaria muitos gastos e não reduziriam nem a pobreza nem as doenças porque se destinariam a proteger apenas 1/3 da população (STARR, 1982).

Às diferenças nas formas individualizadas ou coletivas de responder às necessidades de assistência à saúde corresponderam formas distintas de inserção dos médicos ingleses e americanos no mercado de trabalho. Os métodos e os valores de remuneração na Inglaterra foram determinados pela Lei dos Pobres e organizações como *sick club*, sociedades filantrópicas mutuais e posteriormente pelos seguros obrigatórios (sociais) de saúde. No início do processo de industrialização, parcela considerável dos médicos ingleses estava vinculada a ambulatórios, hospitais filantrópicos, dispensários de caridade subsidiados e era remunerada mediante pagamentos *per capita* ou por visitas com valores definidos pelos “contratantes”. Nos EUA, a disposição dos médicos era a de não aceitar nenhum tipo de relação contratual nem com os poderes públicos, nem com as empresas ou ainda com associações de trabalhadores, do que originou o sistema de pagamento por procedimento.

A relação social dos médicos americanos e europeus com hospitais existentes, similares quanto à natureza jurídico-institucional, também apresentava singularidades. Na medida em que os hospitais deixaram de ser ‘casas de morte’ e se converteram em centros de tratamento, a origem social de seus usuários se alterou. Anteriormente, os hospitais como instituições de caridade e não de cura abrigavam pobres. Os hospitais modernos passaram a atender pacientes de diversas origens sociais.

Na Inglaterra, a ampliação do acesso aos hospitais filantrópicos, com atendimento gratuito, inclusive para pacientes que poderiam pagar consultas, ocorreu mediante a expansão de atividades de atendimento ambulatorial. Havia pontos de vista diferentes sobre o atendimento para pobres e classes médias nos mesmos hospitais. Os filantropos, autoridades públicas e os denominados médicos consultores (especialistas dos hospitais) tendiam a se posicionar mais favoráveis aos critérios amplos de admissão de pacientes. Os médicos generalistas, com consultórios externos aos hospitais, eram aqueles que manifestavam maior preocupação com a assistência médica gratuita que lhes estaria “roubando pacientes e prejudicando a prática profissional”. Em 1873, a criação de um fundo dos trabalhadores da elite artesã para assistência médica, consolidou o perfil universalista dos hospitais e incluiu representantes dos trabalhadores em seus comitês de direção. No início do século XX (1911), o seguro social promoveu um deslocamento do fluxo de pacientes dos ambulatórios dos hospitais para os consultórios dos médicos generalistas apoiado pela British Medical Association. Foi o seguro social que trouxe a solução para a disputa entre médicos que realizavam atendimentos ambulatoriais nos hospitais e os generalistas. A instituição do sistema de remuneração por capitação para problemas eletivos e pagamentos por procedimentos para casos de emergência ou consultas com especialistas estabeleceu uma reorientação do fluxo de demandantes. A relação entre generalistas e especialistas, estabelecida mediante uma rede de referências, permitiu a ambos os grupos profissionais se desenvolverem (WADDINGTON, 1998).

Nos EUA, os primeiros hospitais gerais foram impulsionados pela iniciativa de médicos que se aliaram com patrocinadores ricos e poderosos. Essa disposição dos médicos estadunidenses, de

buscar o apoio de empresários e autoridades governamentais, foi inspirada na experiência inglesa. A filantropia, o pertencimento a comitês de direção de hospitais, era um indicador de importância e inserção social, especialmente para grupos empresariais emergentes. Essa origem comum, no entanto, gerou ao longo do tempo variações quanto à inserção dos médicos particulares nesses hospitais.

Na Europa, os pacientes são encaminhados aos hospitais e ali são atendidos por médicos que os consultam apenas enquanto estiverem internados ou forem encaminhados para assistência especializada. Nos EUA, os médicos particulares que atendem em consultórios acompanham os pacientes hospitalizados. Assim, a mesma natureza filantrópica-comunitária dos hospitais em ambos os países originou dois modelos de prática médica. Nos EUA, os hospitais se tornaram “abertos” aos médicos, enquanto os europeus constituíram um corpo permanente e restrito àqueles que lá atuavam como empregados desses estabelecimentos. Assim, os EUA conferiram às instituições hospitalares um papel central no sistema de saúde, tornando-os uma espécie de “área física comum”, edificações, dotadas de infraestrutura, disponíveis para o atendimento de pares de médicos-pacientes, que nelas ingressam mediante autorização dos primeiros. Os postos de trabalho para os médicos nos hospitais eram mais importantes do que a cobrança pelo atendimento para pacientes internados.

Nos EUA a “universalização” do acesso aos hospitais norte-americanos realizou-se mediante uma estratificação arquitetônica que internalizou a privacidade dos pacientes das classes altas. Enquanto os pacientes das classes sociais inferiores eram atendidos pelo staff do hospital em quartos coletivos, os das classes altas escolhiam e eram acompanhados por seus médicos e eram internados em quartos particulares. Além das diferenças em relação à escolha do médico e tipo de acomodação, era comum que a alimentação fornecida aos pacientes dos quartos particulares fosse diferente e que os mesmos pudessem receber visitas frequentemente. Assim, os hospitais voluntários construídos pela elite conjugaram pobres e ricos sob o mesmo teto mediante fundos filantrópicos. Em 1880, a imensa maioria dos hospitais proibia a cobrança de honorários e, em 1905, só era permitido que os médicos fossem remunerados por pacientes internados em quartos particulares. Em função de os médicos considerarem que as doações eram essenciais para a manutenção dos hospitais e necessitarem ter pacientes para ensinar e dispor tempo para atender seus os ricos no mesmo lugar, a divisão entre hospitais privados e públicos não se tornou um limite definido de classe social.

Embora distintos, os modos de inserção dos médicos nas instituições de saúde, especialmente nos hospitais na Europa e nos EUA, convergiram em torno da universalização do atendimento, seja em função das progressivas coberturas do seguro social, seja mediante a ampliação da participação dos médicos nos hospitais americanos e reconhecimento da importância da filantropia para a construção e custeio de instituições hospitalares. Ambos os modelos se afirmaram mediante a emissão de leis e normas voltadas a legitimá-los. O quadro 1 procura sintetizar o desenvolvimento inicial dos sistemas de saúde inglês e norte-americano, evidenciando diferenças relevantes na institucionalização da assistência à saúde e a importância das normas e leis emanadas das instâncias estatais, inclusive para a preservação do ethos liberal da medicina nos EUA.

Quadro 1. A Origem dos Sistemas de Saúde na Inglaterra e nos EUA						
	Contexto	Legislação	Organização do Sistema	Sindicatos de Trabalhadores	Empresários	Médicos
Inglaterra	I Guerra Mundial, Restabelecimento da Ordem Social (contenção do socialismo)/ Autoridade Política mais Centralizada	Em 1885 a Lei que determinava que o uso de enfermarias de hospitais fosse restrito aos pobres (derivação da Lei dos Pobres) foi abolida (por exemplo, o Royal Free Hospital, fundado em 1828, não aceitava nenhuma restrição ao ingresso de pacientes)  1890 instância de coordenação de todos os hospitais e dispensários por distrito  1911 Seguro Social Relatório Dawson em 1920 Localização das unidades de saúde "de acordo com a distribuição da população e dos meios públicos de transporte" e com "as correntes naturais de fluxos comerciais e de tráfego", variando "em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias"	Caixas de socorros e mutualidades   Serviços "domiciliares" apoiados por centros de saúde primários e auxílio de laboratórios, radiografias e acomodação para internação Nas cidades maiores, centros de saúde, com serviços especializados (clínica, cirurgia, gineco, oftalmo, otorrino)	Favoráveis/ consentimento passivo ao seguro social	Apoio ao seguro social	Apoio ao seguro social (Generalistas pago per capita e especialistas assalariados)
EUA	Liberalismo (Defesa do seguro social pelo Partido Socialista)/ Descentralização da Autoridade Política	Entre 1905 e 1917 tribunais de diversos estados decidiram que as corporações médicas não poderiam participar da prática comercial da medicina (na prática contra o investimento de terceiros na organização de empresas e contra a contratação de serviços médicos por empresas empregadoras)	Mutualidades voltadas ao seguro de vida (exemplos Prudential e Metropolitan)	Contrários ao seguro social	Contrários ao seguro social	Contrários ao seguro social (pacientes particulares, nos hospitais atendimentos gratuitos exceção quartos particulares)

## 4.5 Os sistemas de saúde contemporâneos e as classes sociais

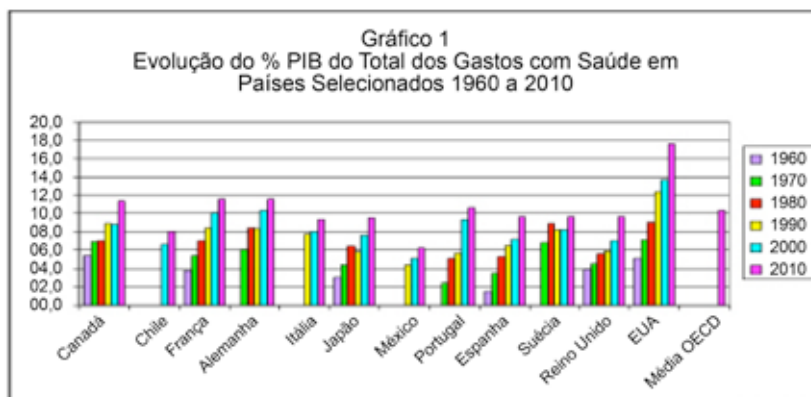
Os sistemas de saúde contemporâneos, no mundo ocidental, têm sido classificados segundo uma tipologia que os agrega segundo a natureza e extensão da intervenção estatal sobre o financiamento, gestão e provisão de serviços. Os universais são aqueles nos quais todos os cidadãos têm direito à saúde mediante acesso à oferta de cuidados e serviços disponíveis. O termo meritocráticos refere-se aos sistemas de saúde baseados no seguro social. O terceiro tipo de sistema é o denominado residual, no qual a intervenção do Estado limita-se à assistência focalizada de grupos populacionais definidos por situação socioeconômica, patologias, deficiências e idade. Os paradigmas dessa clássica tipologia são respectivamente: Inglaterra, Alemanha e EUA. Após a II Guerra Mundial, os sistemas universais se consolidaram no continente europeu. Nos EUA, as mudanças se basearam na constituição de organizações de porte estadual e nacional não lucrativas e posteriormente pelo ingresso das seguradoras comerciais no sistema de saúde.

Após a quebra da bolsa em 1929, os problemas de ociosidade dos hospitais nos EUA e incapacidade de pagamento pelos pacientes viabilizaram e disseminaram esquemas de pré-pagamento para internações hospitalares. Por volta de 1930, a American Hospital Association apoiou os planos de pré-pagamento, desde que fossem observados os princípios de não lucratividade e livre escolha de médicos e hospitais (que na prática significou posicionamento contrário a plano de hospital único).

Esses planos hospitalares se disseminaram com a constituição da Blue Cross, caracterizada pela natureza não lucrativa e no risco comunitário (cobrança de valores dos planos *per capita* e não pelo *status* individual). Em 1939, a legislação de 25 estados permitia a constituição de planos hospitalares e isentava-os da necessidade de constituir reservas. Logo depois admitiu-se que os planos pudessem incluir atendimentos em regime ambulatorial por meio das *Blue Shields* que adotavam uma pauta de preços de procedimentos e a seguir unidade de serviço para remunerar os médicos.

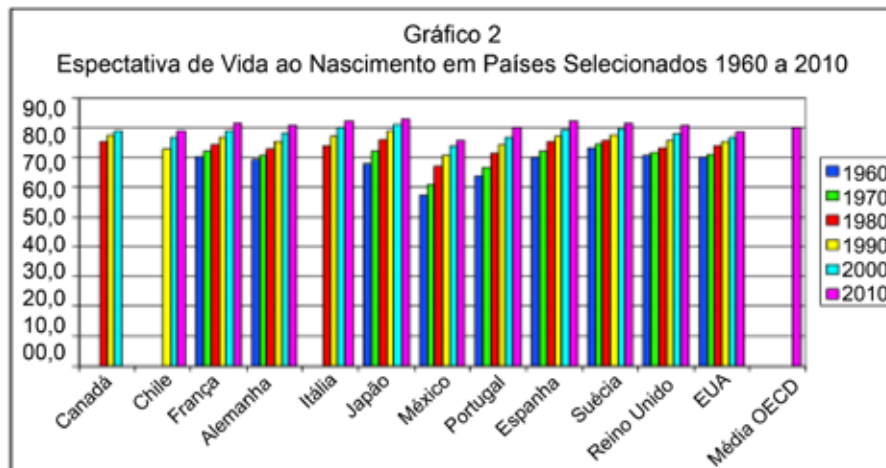
O ingresso das empresas comerciais no sistema de saúde foi um pouco posterior e deveu-se a legislação sobre as relações de trabalho e decisão da Suprema Corte, nos anos 1940, reconhecendo que os planos de benefícios (incluindo planos e seguros de saúde) eram compatíveis com as normas referentes às condições de trabalho. A inclusão da atenção à saúde como item de negociação entre trabalhadores e empresários conferiu aos sindicatos, especialmente das empresas de médio e menor porte, a função de estabelecer acordos com organizações de planos de pré-pagamento. Embora os sindicatos manifestassem uma preferência pelas *Blues*, os empresários das firmas de grande porte impuseram acordos com empresas comerciais que ofereciam maior flexibilidade para o pagamento dos planos. Estima-se que, em 1954, os sindicatos fossem responsáveis pela negociação de 25% dos planos de saúde nos EUA (MARKOWITZ e ROSNER, 1991).

Por volta dos anos 1950, os sistemas de saúde em diversos países europeus e Japão, propiciavam cobertura universal para assistência à saúde. Nos EUA, mais de 60% da população americana estava vinculada a algum tipo de plano ou seguro de saúde. As diferenças entre a organização de sistemas de saúde em países afluentes estimularam a realização de estudos comparados. As relações entre sistemas de saúde e saúde *vis-à-vis* a relativa paridade no acesso e utilização de serviços de saúde ou gastos com saúde tem sido consideradas proxies de efetividade. A principal conclusão das investigações sobre o desempenho dos sistemas de saúde refere-se à assimetria entre gastos e os indicadores de saúde. O país que mais gasta com saúde (EUA) não é o que apresenta melhores resultados em termos de condições de vida e saúde, medidas por indicadores como esperança de vida (Japão).



FONTE: OECD, DATAHEATH, 2013.





FONTE: OECD, DATAHEATH, 2013.

O Japão é a quinta economia mundial com cerca de 127 milhões de habitantes em 2013, apresenta uma proporção de gastos com saúde relativamente inferior a outros países da OECD (9,4% do PIB em 2010), mas tem os melhores indicadores mundiais de esperança de vida e mortalidade infantil. Esse impressionante desempenho é em parte explicado pelas menores demandas ao sistema de saúde de problemas decorrentes de acidentes, violências, uso de drogas e menores taxas de prevalência de obesidade e HIV/AIDS (OECD, 2013, IKEGAMI, 2008).

Comparações entres países com sistemas universais e os EUA com base em indicadores de qualidade (por exemplo, taxas de mortalidade por doenças sensíveis aos cuidados de saúde e amputação de extremidades de pacientes diabéticos são mais elevadas no EUA) evidenciam a melhor performance dos primeiros. No entanto, a proporção de sobrevivida após cinco anos para pacientes com câncer de mama entre 2002 e 2007 foi maior nos EUA (90,5%) do que no Reino Unido (78,5%) (OECD, 2009).

Outras evidências voltadas a examinar alternativas para promover as condições de saúde e reduzir custos relacionam o tipo de infraestrutura do sistema de saúde e investimentos na coordenação dos cuidados à saúde com os gastos com saúde. Um trabalho recém-publicado que utilizou informações sobre a atenção primária em 31 países europeus, nos anos 2009 e 2010, concluiu que os gastos totais com saúde foram maiores em países com infraestruturas de cuidados primário consolidadas. No entanto, a prestação de serviços de atenção primária abrangente correlaciona-se com um crescimento mais lento das despesas totais de saúde de cuidados *per capita*. Esses resultados sugerem que a manutenção e o fortalecimento da atenção primária por meio de unidades de saúde, embora acarrete incremento de gastos no curto prazo, tende a reduzir no médio e longo prazo o crescimento global de custos, em função da redução de taxas de internações potencialmente evitáveis e diminuição da mortalidade por doença isquêmica cardíaca, doença vascular cerebral, asma crônica,

bronquite e enfisema. Além disso, os países com maior abrangência e continuidade de ações de atenção primária estabeleceram condições para aprimorar os vínculos das relações médico-paciente e reduzir as desigualdades socioeconômicas no acesso e utilização de serviços de saúde (KRINGOS *et alli*, 2013).

Contudo, a abundância de evidências sobre a superioridade dos sistemas públicos universais sobre o modelo orientado pelo mercado e no interior dos primeiros, a respeito do melhor desempenho daqueles que estabelecem amplas redes de atenção primária à saúde que se responsabilizam pela coordenação dos cuidados à população não é o único, nem o principal elemento que pauta a agenda política das mudanças em curso nos sistemas de saúde. Por um lado, as constatações a respeito da efetividade dos sistemas universais construíram uma narrativa para justificar o “Obamacare”, baseada, nas denúncias de exclusão de coberturas e exaustiva exposição das comparações entre o sistema de saúde canadense e o norte-americano, trazendo à tona os elevados custos administrativos e de transação envolvidos com o sistemas orientados pelo mercado (BAHIA, 2011). Por outro lado, os ataques ao *Welfare State*, especialmente em países da Europa central, desde os anos 70 e mais recentemente a crise econômica mundial põem em xeque a perspectiva de manutenção da solidariedade fiscal e oferta pública ou dos sistemas *single payer* que são as bases de sustentação para os sistemas universais.

Embora os desdobramentos da crise mundial e seus efeitos sobre os sistemas de saúde dos países desenvolvidos não sejam previsíveis, é plausível supor que as trajetórias dos EUA em direção a uma universalização baseada na garantia da vinculação de todos os cidadãos americanos a planos de saúde, e os cortes de gastos com programas sociais em países europeus provoquem modificações estruturais em seus pilares financeiros e institucionais. Novos processos em curso tais com a expansão de coberturas nos EUA e a atuação de organizações privadas na gestão e oferta de serviços públicos de saúde em alguns países europeus ainda são incipientes ou muito recentes. O expansionismo das coberturas nos EUA e a possível racionalização e privatização de sistemas europeus, que a princípio parecem tendências opostas têm como elemento comum a convocação de empresas privadas para atuar no sistema de saúde. Embora nos EUA a legislação pretenda ampliar a intervenção estatal na regulação de preços e coberturas, haverá oportunidades para o crescimento dos negócios nucleados pela assistência à saúde. Do mesmo modo, algumas estratégias contencionistas levadas a cabo nos contextos dos ajustes fiscais na Europa consistem na transferência de funções estatais para empresas privadas.

O Affordable Care Act (ACA) foi aprovado como lei em 23 de março de 2010, embora suas mais importantes disposições, referentes aos segmentos populacionais não segurados, só entrem em vigor em janeiro 2014 (os novos subsídios federais irão viabilizar a cobertura de pelo menos 14 milhões de pessoas em 2014 e 27 milhões em 2021, oferecendo opções para as pessoas que deverão adquirir

planos de saúde nos novos mercados organizados para atender essa demanda em expansão) já vem sendo implementado. O quadro abaixo sistematiza as medidas do ACA já implementadas.

<b>Implementação da Reforma do Sistema de Saúde nos EUA (situação no início de 2013)</b>	
<b>Coberturas/Reorganização do Mercado</b>	<b>Detalhamento</b>
Cobertura para jovens adultos de até 26 anos	Jovens que morem em domicílios diferentes, não sejam estudantes, nem dependentes para fins de declaração de impostos (cerca de dois milhões de jovens adultos adquiriram cobertura)
Seguro de Condição Pré-Existente	Início em 23 de setembro de 2010. Proibição de exclusões de coberturas para crianças com condições pré-existent
Controle dos recursos captados pelas empresas de planos e seguros de saúde	As empresas de planos e seguros de saúde devem gastar pelo menos 80% a 85% com cuidados à saúde (visando a redução dos custos administrativos, com marketing e dos lucros)
Controle de preços das mensalidades dos planos e seguros de saúde	revisão dos aumentos das prestações (prêmios) de planos e seguros por estados e governo federal negando aumentos de tarifas solicitados em determinados casos, levando a redução do crescimento das mensalidades;
Organização de um novo ambiente para o mercado de seguros de saúde	Início das atividades em início de outubro de 2013, para atender a obrigatoriedade da oferta de planos para todos os cidadãos, independente do status socioeconômico e de saúde (existem estados que estão definindo como as empresas de planos e seguros irão participar da oferta das coberturas, os tipos de planos que serão oferecidos e a assistência necessária para auxiliar as pessoas a se vincularem aos novos planos; outros estados estão prevendo a contratação de planos por meio de cooperação com o governo federal;
Guia obrigatório de coberturas	Sumário de coberturas e benefícios (todas as empresas de planos e seguros de saúde deverão fornecer informações sobre garantias assistenciais, limites e exclusões e co-pagamentos (easy-to-read summary of benefits and coverage –SBC) incluindo ilustrações que os clientes não devem pagar por cuidados a problemas prevalentes como gravidez de baixo risco e tratamento de diabetes

**Fontes: U.S. Department of Health & Human Services, 2013 e Kaiser Family Foundation, 2013**

Países europeus vêm adotando medidas de privatização de seus sistemas de saúde. O Health na Social Care Act (HSCA) do Reino Unido promulgado em 2012 tem feição dos conservadores, ora no poder. Centra-se na redução de custos e nas ideias sobre a sinergia entre a competição e eficiência. Um dos pontos mais polêmicos do HSCA, que também prevê mudanças gerenciais nos hospitais, é a regulamentação da seção 75 em abril de 2013, que se desdobra na competição entre os *clinical commissioning groups* e permissão para contratação de organizações privadas para gerir e ofertar serviços (BMJ, 2013). Os sistemas de saúde da Espanha e de Portugal, submetidos a cortes orçamentários, privatizaram serviços, adotaram mudanças na gestão de unidades de atenção primária e introduziram novos copagamentos para medicamentos e outros procedimentos.

O aperto na regulação de preços e coberturas nas empresas de planos e seguros de saúde americanas e o crescimento econômico dos países em desenvolvimento provocaram alterações na rota de grandes negócios na saúde. A escala da operação que envolveu a “autovenda” da empresa

brasileira Amil para a americana UnitedHealth sinaliza uma perspectiva de forte expansão das demandas por planos de saúde não apenas no Brasil, mas também em outros países da América Latina. Por sua vez, a aquisição de sete hospitais em Portugal, por € 85,6 milhões em 2012 pela Amil, expõe claramente os condicionantes da privatização. Os hospitais pertenciam ao grupo financeiro Caixa Geral de Depósitos, que foi obrigado a se desfazer-se de operações para atender ao acordo de ajuste que Portugal assinou com o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Central Europeu e a União Europeia. Países da América Latina também se mostram atrativos para os investimentos empresariais na saúde. Segundo notícias divulgadas na imprensa, a Amil pretende realizar nos próximos cinco anos aquisições de hospitais no Peru, na Colômbia, no Chile e no México (Valor Econômico, 2013).

As informações sobre os sistemas de saúde europeus e a respeito do norte-americano são essenciais para desfazer comparações inadequadas com a realidade brasileira. Não há nenhuma similaridade entre os atuais processos de inclusão e restrição às coberturas de ações e serviços de saúde dessas populações com o padrão nacional de segmentação e estratificado. Os processos de privatização dos sistemas de saúde europeus poderão redundar em um retorno à organização da atenção à saúde segmentada de acordo com as classes sociais. Mas no momento, os cortes de recursos nos sistemas universais atingem de modo homogêneo toda a população indistintamente (com exceção, é claro, dos muito ricos, que sempre tiveram esquemas assistenciais particulares). Os processos de reforma dos sistemas de saúde dos EUA e Europa não são similares no que se refere aos objetivos a serem atingidos. Enquanto os EUA pretendem alcançar a universalização, os países europeus estão racionalizando a atenção à saúde universal.

Nos EUA, existem diferenças de atendimento para os segmentados situados nas classes altas. Mas, o fato de os seguros públicos *medicare* e *medicaid* se responsabilizarem pelas parcelas mais vulneráveis, em termos de necessidades de saúde, contrabalança a projeção da estratificação social na estratificação assistencial. Os segmentos vinculados aos planos denominados “cadillac”, que oferecem coberturas abrangentes, sem franquias, sem copagamentos e poucas restrições e limites para utilização de serviços pagam cerca de \$40.000,00 por ano (cerca de \$3.3000 por mês). No entanto, os gastos *per capita* do Medicare (\$10.942,00) e do Medicaid (\$7.366,97) são superiores àqueles dos clientes de planos privados (\$4.198,00) (Centers of Medicare and Medicaid Services, 2013).

## 4.6 A constituição do sistema de saúde no Brasil e as classes sociais

Para quem é familiarizado com a trajetória do sistema brasileiro de saúde, é desnecessário detalhar a construção das inúmeras veredas que confluíram para conformá-lo. Considerando o domínio

sobre o tema dos leitores, basta recordar que a intervenção estatal na institucionalização da atenção à saúde tem sido ao longo de toda a nossa história muito extensa e intensa. No Brasil colônia e no Brasil império, as ações estatais abrangeram desde o licenciamento para o exercício da prática médica, a criação de escolas médicas e se sobrepuseram às iniciativas filantrópicas. Assim, a marca de origem caracterizada pela inequívoca intervenção estatal tanto no que se refere à prática médica quanto na construção e modernização dos hospitais filantrópicos, que constituíram as primeiras instituições de saúde no Brasil, distingue-se, tanto daquelas de países europeus com sistemas universais de saúde precoces, quanto das norte-americanas.

## 4.7 Prática da medicina e escolas médicas por decreto

A intervenção do Estado na organização da prática médica coincide com a chegada de dom João VI ao Brasil. Em 1808 foram criadas as funções de provedor-mor, físico-mor e cirurgião-mor, além de juizes-comissários, delegados do físico-mor e guardasmores da Corte do Estado do Brasil. Nesse mesmo ano foram criadas as Escolas de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. O ingresso nas escolas médicas exigia conhecimento da língua francesa e o pagamento de uma taxa de matrícula. Os critérios de ingresso e os conteúdos dos cursos de medicina foram sendo estabelecidos por sucessivos decretos. Por exemplo, o Decreto de 1º de abril de 1813 não era tão severo quanto às credenciais dos ingressos nos cursos de medicina; os candidatos deveriam saber ler e escrever, compreender as línguas francesa e inglesa e pagar uma taxa de matrícula considerada elevada. Já a Lei de 03 de outubro de 1832 estabeleceu novas exigências, determinando a idade de 16 anos completos para o ingresso nas escolas médicas, o conhecimento de línguas (latim e inglês ou francês), de filosofia racional e moral, de aritmética e de geometria, e a apresentação de um atestado de bons costumes emitido pelo Juiz de Paz da freguesia. Foi também por decreto que se estabeleceu que o diretor da Faculdade deveria ser nomeado trienalmente pelo Governo Imperial, a partir de uma lista tríplice proposta pelas faculdades (Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930), s/d). E, após proclamação da República, outros decretos configuram o ensino da medicina, da odontologia e farmácia, inclusive aquele que autorizou que a eleição do diretor fosse independente da nomeação do Governo.

## 4.8 A filantropia estatal

Os primeiros hospitais brasileiros eram vinculados às Misericórdias. E as relações entre as misericórdias brasileiras e o Estado eram estruturais. As santas casas eram diretamente responsáveis

pelo atendimento das tropas ou pela manutenção de hospitais militares e o cargo de provedor da instituição era, em geral, ocupado por políticos influentes, nobres titulares ou ricos comerciantes, tradição que se manteve ao longo dos séculos. Quando as santas casas foram criadas, governadores-gerais acumularam o cargo com o de provedores. Como quem podia pagar um médico recebia assistência domiciliar, os hospitais das irmandades tinham uma clientela constituída por: negros, brancos pobres, estrangeiros, soldados da guarnição e soldados e marinheiros dos navios de guerra e outros barcos da Coroa. Tanto a Misericórdia da Bahia quanto a do Rio de Janeiro recebiam militares enfermos e feridos em seu hospital em troca de favores régios.

A equipe médica fixa dos hospitais das misericórdias, até o final do século XVII, era integrada, em geral, por um físico e um cirurgião. Esses médicos e cirurgiões eram preferencialmente selecionados entre aqueles que tivessem estudado na Universidade de Coimbra e fossem cristãos-velhos. O restante da equipe era constituído por barbeiros e parteiras. No caso da enfermagem, havia um enfermeiro-mor, dois enfermeiros e uma enfermeira. O corpo de enfermagem geralmente recrutado entre os carregadores de essas (estrado que se erguia em uma igreja para nele se colocar o defunto durante as cerimônias fúnebres). Os enfermeiros eram em sua maioria analfabetos. Ademais, o hospital também mantinha um padre a serviço dos enfermos em tempo integral, o “padre da agonia”, que rezava missas nas enfermarias, ouvia confissões e ministrava os sacramentos aos moribundos. Era difícil para a Irmandade manter funcionando seu hospital, não obstante as taxas diárias cobradas aos pacientes que podiam contribuir com seu próprio tratamento, mas que não teriam condições de pagar um médico em sua casa. O mesmo valor era cobrado aos senhores pelo tratamento de seus escravos, porém a dívida muitas vezes não era quitada (Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930), s/d).

No Brasil, a modernização dos hospitais não foi liderada pelas santas casas, e sim pelos hospitais de ensino tais como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e os da Previdência Social, construídos ao longo dos anos 1940 e 1950. No entanto, os hospitais de instituições filantrópicas e beneficentes seguiram ocupando papel proeminente na assistência à população quer pelo fato de serem os únicos estabelecimentos com internação em inúmeras cidades brasileiras quer pelos incentivos financeiros provenientes da isenção de pagamentos de tributos dispositivos quer por repasses diretos de recursos públicos.

Nota-se que, ao contrário do que ocorreu em países europeus e nos EUA, a estratificação de classes transpôs-se sem sofrer adaptações à organização do sistema de saúde brasileiro tanto no que diz respeito aos critérios excludentes para o exercício da medicina e no uso de escravos como serviçais, quanto na escolha de membros da elite política e empresarial para ocupar cargos nas Santas Casas. Portanto, o modelo arquitetônico norte-americano, do final do século XIX e início do XX, de internação no mesmo estabelecimento de ricos e pobres, desde que em instalações privativas ou coletivas, não se implantou plenamente no Brasil (alguns membros de irmandades e hospitais étnicos

mais abastados eram internados em quartos particulares, mas a maioria dos integrantes das classes altas, em casos de doença, recebia assistência de médicos particulares em casa).

Foi a Previdência Social, nos anos 1970, que internalizou nas Santas Casas diferenças entre classes sociais (não entre ricos e pobres, mas sim entre trabalhadores urbanos – com maior e menor renda e trabalhadores rurais). A expansão das coberturas para trabalhadores rurais viabilizada, fundamentalmente, por convênios com santas casas, dotou-as de importante fonte de receita e as reinseriu no sistema de saúde. No entanto, os recursos do Funrural eram menores do que aqueles referentes ao atendimento para os mesmos procedimentos de trabalhadores urbanos e naquele momento havia também os indigentes (nem trabalhadores urbanos, nem rurais). A diferença do valor pago pela Previdência Social para o atendimento de cada tipo de trabalhador justificou a internação desses segmentos em acomodações hospitalares distintas. Nessa época, consolidou-se a prática da cobrança de uma remuneração em dobro (vigente até os dias atuais) para o médico pelo acompanhamento de clientes que optassem pela internação em quartos particulares.

## 4.9 O sistema brasileiro de saúde contemporâneo e as classes sociais

O sistema brasileiro contemporâneo é extremamente complexo. O SUS, o sistema universal de saúde formalizado por uma legislação que permanece vigente, avançou a passos largos na extensão do acesso à população brasileira. Além disso, houve efetiva universalização no atendimento de pacientes com HIV/AIDS e na realização de procedimento tais como transplantes e hemodiálises, fornecimento de medicamentos excepcionais e aquisição por todos que deles necessitarem de medicamentos subsidiados. No entanto, essas importantes rupturas com o padrão pretérito de discriminação de pacientes não foram suficientes para reverter o padrão estratificado e segmentado do sistema de saúde.

Após 25 anos de aprovação da Constituição de 1988 e de implementação mitigada do SUS, quer em função do subfinanciamento e inadequação das instituições existentes às necessidades de um novo modelo de organização, quer em decorrência do profundo descrédito das autoridades políticas do país no potencial da saúde pública como vetor de desenvolvimento social, a tsunami neoliberal, ao varrer as políticas sociais universalizantes da agenda pública, não poupou o SUS. Durante os anos 1990, o ideário que concedeu às políticas de transferência de renda, o *status* de única política social, atribuiu ao investimento em educação para corrigir um pressuposto *skill-mismatch* e concedeu à saúde pública o papel de mero coadjuvante no alívio da miséria.

As inúmeras e honrosas resistências de integrantes do movimento sanitário lograram manter intacto o direito constitucional à saúde. No entanto, as políticas de isenções e deduções fiscais para gastos privados com saúde retomaram as iniciativas do regime militar de apoio às empresas priva-

das (nos anos 1980, no contexto de modernização da arrecadação fiscal, o pagamento *per capita* dos convênios-empresa firmados pela Previdência Social entre 1964 e início dos anos 1980, foram substituídos por políticas fiscais de incentivo à adesão de empresas e indivíduos a planos privados de saúde). Logo depois, o aumento considerável do repasse direto de recursos governamentais para pagamento de planos de saúde para servidores públicos bem como a extensão da elegibilidade dos dependentes dos planos de saúde das empresas estatais foram interpretados, ora como incongruência com a Constituição, ora como um claro sinal de conformação com as políticas ativas para preservação e renovação de um sistema segmentado.

Ao longo dos anos 1990 e no início do século XXI, a expansão da oferta e demanda por planos privados de saúde, apoiada por outras políticas públicas como a concessão de créditos e empréstimos por bancos públicos e pelo BNDES para hospitais particulares, acentuou a fragmentação da rede assistencial e se contrapôs objetivamente às tentativas de universalização e coordenação racional da rede de serviços existente e organização territorial do SUS (PAIM *et alli*, 2011). O quadro 2 sistematiza políticas públicas de apoio à privatização do sistema de saúde até o governo Lula. Observa-se que a emissão de políticas pró-privatização se renovou e foi ampliada ao longo de todos os governos democráticos. Embora as orientações político-partidárias das coalizões governamentais tenha se alterado e alternado, a orientação privatizante para o sistema de saúde foi resguardada. Durante o governo Dilma, essa tendência se confirmou. A Lei n. 12.715 de 2012, que instituiu o Programa Nacional de Apoio a Atenção Oncológica, prevê a desoneração fiscal para a captação de recursos para a prevenção e combate ao câncer. E, nesse momento, o Governo Federal cogita incluir os hospitais privados e empresas de planos e seguros nos pacotes de desoneração de cadeias produtivas.

Quadro 2 Legislação Selecionada* Relacionada com o Apoio à Oferta e Demanda de Serviços e Planos e Seguros Privados de Saúde no Período Pós-Constituição de 1988		
Governo	Incentivos à Oferta	Incentivos à Demanda
Sarney		Decreto Lei 7.713 de 1988 (ampla os limites do abatimento do Imposto de Renda com despesas com saúde)
Collor Itamar	Lei n.8620 de 5 de Janeiro de 1993 (desconto e parcelamento de débitos de hospitais contratados ou conveniados com o Instituto Nacional INAMIPS)	
FHC	-Decretos n. 3.504 de 2000, n. 4.499 de 2002, n. 4.327 de 2002 e 4.588 de 2002 (alteração da Lei 8.212 de 1991, flexibilização dos parâmetros para a concessão do certificado de filantropia; introduz alternativas: ou 60% das internações para o SUS, ou aplicação de parte da receita bruta em gratuidade ou classificação do hospital como estratégico para o SUS). -Decreto n. 4.481 de 2002 (redução da prestação de serviços dos sistemas de alta complexidade das entidades filantrópicas destinados ao atendimento universal para 20%) - Medida Provisória 2.158-35 de 2001 (deduções da base de cálculo das despesas operacionais e reservas técnicas das contribuições sociais para empresas de planos de saúde)	Lei 9.250 de 2003 (as despesas com saúde passam a ser objeto de dedução integral do Imposto de Renda)  Decreto 3.000 de 1999 (persiste isentando do cálculo do rendimento bruto os serviços médicos, pague, ressarcidos ou mantidos pelo empregador em benefício de seus empregados)  Lei 9.527 de 1997 (altera o artigo 230 da Lei 8.122 de 1990 – Regime Jurídico Único ao introduzir a possibilidade de assistência à saúde do servidor ser realizada mediante contrato)
Lula	-Decreto n. 5.895 de 2006 (introdução de novos critérios para a concessão do certificado de filantropia: oferta de serviços no percentual mínimo de 60% ou realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS nas seguintes áreas de atuação: 1) estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; 2) capacitação de recursos humanos; 3) pesquisas de interesse público em saúde; 4) desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde) -Lei n. 11.345 de 2006 e Decreto n. 6.187 de 2007 (criação de fonte de recursos – Timemania – parte da arrecadação é enviada para o Fundo Nacional de Saúde e destinada a Santas Casas, entidades hospitalares sem fins econômicos e entidades de reabilitação de portadores de deficiência e parcelamento de débitos tributários) -Lei 10.833 de 2004 (preservação do regime de redução da alíquota da Contribuição de para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) de 7,6% para 3% para estabelecimentos privados de saúde) -Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal n.480 de 2004 (promulga a separação das contas dos serviços de terceiros – entre os quais os médicos e autoriza a dedução de impostos e contribuições sociais para profissionais de cooperativas e associações médicas).	Lei 11.302 de 2006 (altera o artigo 230 da Lei 8.122 de 1990 – Regime Jurídico Único ao introduzir a possibilidade de assistência ao servidor mediante a forma de auxílio – ressarcimento do valor parcial dos gastos com planos ou seguros privados de assistência à saúde)

\* Trata-se de um levantamento incompleto e não sistemático  
Fontes: SICOM (Sistema de Informações do Congresso Nacional) <http://www.senado.gov.br/sicom> e SJRUT (Sistema de Informações Jurídico-Tributárias) <http://sijut.farenha.gov.br/>



A expansão da privatização carrega consigo e reproduz na saúde uma estratificação, baseada no *status* socioeconômico das clientelas. No entanto, trata-se de uma estratificação peculiar em razão de subdividir a classe trabalhadora. O valor médio mensal de um plano de saúde no Brasil em 2012 foi R\$162,00, o que parece indicar, na medida em que existem planos com valores muito mais elevados, que a maioria dos contratos refere-se a contratos com coberturas restringidas. Tais contratos são muito diferentes da visão de qualidade e liberdade de escolha difundida pela mídia e acolhida pelo senso comum. É certo que os gastos com saúde para quem está vinculado a planos privados são bem maiores do que os referentes à população em geral. Em 2010, os gastos públicos mensais por habitante corresponderam a R\$ 60,5. Trata-se é claro de profunda diferença, mas possivelmente insuficiente para realizar uma clivagem dicotômica entre ricos e pobres. No Brasil, os planos de saúde foram ajustados para propiciar assistência racionada para os trabalhadores, oferecer acomodações privativas e médicos credenciados para as classes médias tradicionais e contratos de livre escolha e acesso a hospitais de primeira linha para uma proporção ínfima da população (constituída por altos executivos e seus dependentes).

Os estímulos governamentais à privatização, negociados por determinados grupos empresariais que preveem crescimento muito significativo do mercado de planos e seguros no Brasil, por meio da comercialização de produtos adequados a capacidade de pagamento de segmentos dos consumidores C e D seriam, caso aprovados, utilizados para a comercialização de planos com preços ainda mais reduzidos. Se as tendências de preservação dos patamares de gastos públicos e ampliação da comercialização e redução de coberturas e preços foram acentuadas, haverá redução relativa da participação dos gastos com planos de saúde em relação as despesas públicas. Entre 2001 e 2010, a diferença entre os valores pagos pelas prestações de planos de saúde e os gastos públicos com saúde diminuiu de 2,9 para 2,2 vezes (gráfico 3 e tabela 2).

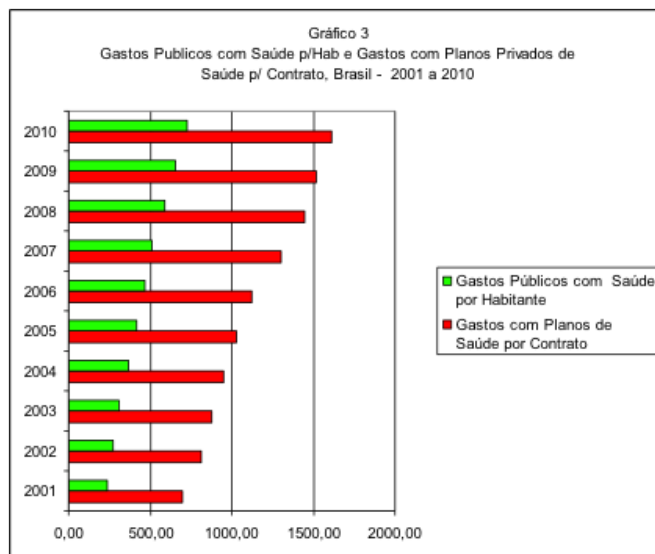


Tabela 2 Gastos c/Planos Saúde (por contrato)/ Gastos Públicos Per Capita, Brasil	
2001	2,9
2002	3,0
2003	2,9
2004	2,6
2005	2,5
2006	2,4
2007	2,5
2008	2,4
2009	2,3
2010	2,2
Fontes: SIOPS, 2013; ANS, 2013	

## 4.10 A financeirização da saúde e planos para segmentos C e D

As duas vertentes de expansão do mercado de planos de saúde são convergentes: a abertura de ações no mercado e associação de empresas com bancos de investimentos está articulada com as perspectivas de crescimento da comercialização de produtos para as denominadas “novas classes médias”. A entrada da United Health no mercado nacional, atraída pela potencial de ampliação das clientelas de planos de saúde para até 50% da população, e conjugação de planos – para segmentos de renda relativamente menor do que aqueles anteriormente cobertos – com negócios financeiros realizada pela Qualicorp, são exemplos representativos dos esforços para buscar investidores para as empresas setoriais e legitimá-los politicamente.

A intervenção governamental, totalmente explícita, abriu um “mercado” de planos por adesão, direcionado para a consolidação e crescimento da Qualicorp, que foi criada em 1997, mas inicia operações de maior escala no mercado em 2004 e em 2011 torna-se uma empresa com capital aberto. A “legalização” dos planos coletivos por adesão pelas Resoluções Normativas n. 195 e n. 196 de 2009 foi realizada sob encomenda e implementada por um de seus ex-executivos, à frente da diretoria da ANS. As regras pra os planos por adesão são mais “flexíveis”, especialmente no que se refere ao rompimento unilateral dos contratos e reajuste de preço, que na prática significam a venda de planos “falso-coletivos” por menor valor relativo no ingresso e reajustes maiores e instabilidade de coberturas.

## 4.11 A filantropia-lucrativa-estatal

Um segundo pilar do processo de transformação em escala da assistência à saúde em ativos financeiros é a filantropia-lucrativa-estatal, representada por um grupo muito restrito de unidades hospitalares (que ao lado de outras poucas unidades privadas), lidera o processo de incorporação tecnológica no Brasil. As plataformas tecnológicas filantrópicas (quase todas localizadas em São Paulo) estão isentas de responsabilidades assistenciais de pacientes não vinculados a planos privados Top e são a referência para o atendimento de autoridades políticas e executivos brasileiros, ao mesmo tempo em que buscam se inserir no mercado internacional de turismo médico e ainda participar do mercado de terceirizações da gestão de unidades públicas. A admissão jurídico-legal da existência da filantropia-lucrativa termina por estender benefícios tais como: concessão para negociar e realizar franquias e desenvolver atividades de *marketing* – que não se encaixam no perfil tradicional de instituições filantrópicas e beneficentes.

A ampla legitimação governamental (iniciada no governo do PSDB e consolidada e expandida nos governos do PT) do filantrópico-lucrativo e o atendimento a clientes de classes altas lhe assegura o *status* de templo de cura. Embora a imensa maioria da população brasileira esteja excluída do atendimento propiciado por essas instituições a persistência em apoiá-las se justifica por duas ordens de razão: a primeira se refere ao orgulho nacional pela suposta proximidade da fronteira tecnológica assistencial e conseqüentemente expectativa que as “descobertas da medicina” terminem por beneficiar posteriormente a todos; e a segunda ao temor implícito que a ineficiência da gestão pública pudesse comprometer a marcha acelerada de instituições de excelência.

A priorização do filantrópico lucrativo, inclusive por políticas governamentais de crédito, consolidou a estratificação da assistência médico-hospitalar no Brasil. Os preços médios estimados de internações em hospitais filantrópico-lucrativos se situam em torno de R\$ 17 mil a R\$ 30 mil. São preços muito mais elevados do que os praticados por outros hospitais, não especializados, também considerados de primeira linha (tabela 3).

**Tabela 3**  
**Porte, Produção e Receitas de Hospitais da Associação Brasileira de Hospitais Privados Seleccionados, Brasil 2010**

Hospitais	Area	Leitos	CTI	Medicos	Internações	Exames	Receita (em RS milhões)	Receita/Internações
São Jose	30.000 m <sup>2</sup>	209	68	6.032	19.929	365.485	191,9	9.584,02
São Luiz	27.218 m <sup>2</sup>	310	70	4.304	16.538	844.207	289,6	17.474,91
Einstein	173.942 m <sup>2</sup>	577	57	5.231	43.241	2.979.743	1.093,80	25.276,94
Sírio Libanês	90.991 m <sup>2</sup>	341	51	2.883	16.996	2.513.942	760,4	44.716,40
Oswaldo Cruz	72000 m <sup>2</sup>	239	34	5.045	16.545	158.203	417,9	25.203,99
Hcor	44000 m <sup>2</sup>	223	40	1.070	8.697	1.232.077	252	28.975,51
Moinhos de Vento	86000 m <sup>2</sup>	335	61	4.441	21.430	488.923	259,2	12.095,19
Pro-cardiaco	N/ Informada	110	25	550	4.379	27.575	155	35.396,21
Real Português	117736 m <sup>2</sup>	584	140	11.244	28.213	482.091	308	10.916,95

Fonte: Observatório ANAPH, 2011. Disponível em [http://www.anahp.org.br/publicacoes\\_observatorio.asp](http://www.anahp.org.br/publicacoes_observatorio.asp)

## 4.12 A estratificação institucionalizada no sistema brasileiro de saúde

A modernização das instituições que compõem o sistema de saúde brasileiro se efetiva pela resultante de dois vetores com direção e sentido contrários. O SUS é uma instituição que objetivamente universalizou a atenção à saúde e busca combater a discriminação (seja relacionada com *status* socioeconômica, seja com atributos individuais como gênero, raça/cor e deficiência física ou mental). Em contraste às políticas de privatização, estão pautadas pela estratificação assistencial, transpondo para a saúde regras para priorização de acesso e utilização de serviços estritamente vinculadas a capacidade direta e indireta de pagamento e não às condições clínicas. A subordinação das instituições de saúde a critérios exclusivamente econômicos reflete-se nos diferenciais de preços, que podem ser tomados como parâmetros de valores distintos para a vida dos brasileiros. O valor médio da AIH em janeiro de 2013, equivalente a R\$ 1.132,56 é cerca de vinte vezes menor do que o referente às internações realizadas em 2011 nos hospitais filantrópicos-lucrativos-estatais e metade daquelas efetuadas por hospitais filantrópicos com planos próprios (quadro 4). A amplitude dessa variação de preços é *per se* um desafio para o monitoramento e melhoria da qualidade da atenção à saúde, na medida em que a formação dos preços de procedimentos médico-hospitalares passa a ser balizada pela estratificação social.

Quadro 4 Valores Informados e Estimados de Internação, Brasil, 2011 (2010)	
Tipo de Instituição	Valor Médio (R\$)
Filantropico-Privado-Estatal*	20.000,00
Seguradora**	10.254,60
Unidas (autogestões)***	8.516,44
Autogestão**	5.619,86
Medicina de grupo**	4.191,44
Cooperativa médica**	3.730,62
Planos filantrópicos**	2.504,63
SUS****	1.132,56
*Estimado a partir de dados da Anaph, 2011 (informações referentes a 2010, projetadas para 2011)	
** Valores Informados ANS, 2013	
*** Valor informado Unidas, 2011	
**** Valor informado, DATASUS, 2013	

Observa-se ainda que os valores públicos inclusivos inerentes ao SUS não foram absorvidos pelo setor privado assistencial, quer aquele voltado ao atendimento das classes médias, quer os dedicados à assistência aos ricos. A Confederação Nacional de Saúde (órgão que congrega diversas entidades empresariais do setor de assistência à saúde) tem atuado tanto junto ao Poder Legislativo quanto Judiciário para: impedir a efetivação de diretrizes como: desospitalização dos pacientes com problemas mentais; regras sobre a presença obrigatória de profissionais de saúde em estabelecimentos hospitalares e esportivos, regras de elegibilidade para a concessão de filantropia etc. O posicionamento contrário de representantes de empresas da saúde estende-se inclusive as normas de inclusão social vigentes. Um dos diretores da ANAHP se declarou veementemente contra a obrigatoriedade de contratação de deficientes físicos pelos hospitais (FALLEIROS, 2012).

## 4.13 A “Nova Classe Média” (NCM) e o sistema de saúde brasileiro

O tema da NCM e sistema de saúde brasileiro pautou o debate sobre o futuro do sistema de saúde. O que está na boca de todos são as previsões para o crescimento do mercado de planos de saúde com feição estratificada, ou seja, a necessidade de ofertar planos de saúde com preços menores (a princípio, acessíveis para os segmentos C e D). O pressuposto implícito nesse argumento, o de que a “nova classe média” tal como a classe média tradicional tem aversão a serviços públicos de saúde encontra substrato em depoimentos de lideranças sindicais históricas (BAHIA, 2005) e em pesquisas

de opinião encomendas por entidades empresarias. No entanto, os resultados de pesquisas realizadas por instituições de ensino e pesquisa sobre o caráter público ou privado do sistema de saúde são contraditórios. Os resultados da recente pesquisa sobre a concordância ou discordância com políticas públicas favoráveis à redistribuição e à igualdade indicam que 63% da população consideram que saúde e educação devam ser bens públicos e universais, enquanto 1/3 do total dos entrevistados julgam que os serviços públicos devam se destinar aos mais pobres (LAVINAS, 2012).

Portanto, os vaticínios daqueles que vêm com empolgação as oportunidades de investimento na saúde não devem ser desqualificados. Mas, não devem ser tomados nem como verdade absoluta e muito menos como destino inexorável para o sistema brasileiro de saúde. Especialmente porque a forte retórica antiliberal, dos governos petistas, possivelmente sem querer, contribui para confundir os fatos e suas origens. A privatização da saúde no Brasil e sua origem e continuidade devem-se, sobretudo, a iniciativas empreendedoras e à intervenção estatal, e não a escolha individual. Não são os indivíduos, nem a sociedade (muitas vezes encarada como um punhado de gente dentro de algum lugar) que decidem privatizar a saúde.

É uma ironia que tenha sido nos governos Lula e agora no de Dilma que saúde tenha se consolidado como *business*. Trata-se então de estudar o fenômeno e não de aceitar que uma suposta preferência da “nova classe média” tenha sido a responsável, isoladamente, por impulsionar as soluções de mercado na prestação de serviços de saúde. Mas, se é a discussão sobre a suposta “preferência” da “nova classe média” (haja aspas) por serviços privados de saúde que domina o debate, não é pertinente evitá-la.

No que se refere às novas demandas por serviços de saúde dos segmentos C e D, pode ser tentador pretender dizer qual a “preferência” deste ou daquele segmento a respeito do atendimento público e do privado, como também seria fácil conseguir fragmentos de evidência que possam respaldar uma preferência pelo mercado. Do lado da oferta, quer dizer, dos interesses empresariais envolvidos, o aumento da classe C e D e a crescente mercantilização da saúde representaria, tão somente mercados em expansão, sejam mercados de bens e serviços, sejam de novas frentes de acumulação financeira. O fato de essa expansão ser turbinada por estímulos e renúncias fiscais em nada altera sua natureza. Quanto mais a demanda puder ser atendida por recursos fiscais, melhor para a “indústria” (SALM e BAHIA, 2013).

Assim, a recente reunião de empresas de planos e seguros de saúde com a presidente Dilma e diversos ministros divulgada pelo jornal Folha de São Paulo em 27/2/2013 poderia ser interpretada apenas como mais do mesmo. Seria apenas uma retomada da solução encontrada pelo regime militar para os trabalhadores com empregos estruturados. Nos anos de chumbo, a transferência de recursos públicos à demanda e oferta de serviços privados de saúde por meio da criação de fundos públicos estimulou a construção de hospitais privados e empresas de planos de saúde para absorver o atendimento dos então trabalhadores de setores mais bem estruturados. E agora, a ressurreição das teses

sobre o atendimento diferenciado à expansão da demanda se apoia em empresários que se tornaram típicos do setor financeiro.

Consequentemente, o que parece ser novidade não é o reconhecimento dos surtos de expansão de mercados, próprios do capitalismo, nem mesmo a inclinação privatizante para o atendimento de segmentos de classe média, e sim que a alternativa universalizante que inspirou a Constituição de 1988 está fora de lugar. Embora a recusa a prosseguir a construção de um Estado de bem-estar social não seja explícita, existem indícios mais do que suficientes para comprovar a tendência de inflexão das políticas universais de saúde. As justificativas pela opção de privatização da saúde e recorrer aos subsídios e deduções fiscais para atender demandas sociais, inclusive as de saúde, podem ser agrupadas em três categorias: a aplicação de teorias de maximização de utilidade; a ineficiência do sistema público e a tendência de individualização do consumo. Essas justificativas merecem um exame mais detalhado.

A primeira e mais recorrente justificativa da privatização é a preferência dos indivíduos pelos planos de saúde baseada em teorias de maximização da utilidade. Segundo essa orientação conceitual, os indivíduos decidiriam comprar ou não um plano privado de saúde mediante comparação de cenários e escolherão a opção que encerra uma utilidade elevada *vis-à-vis* os prováveis efeitos de gastos com saúde nos orçamentos familiares. Assim, a demanda por planos de saúde tenderia a crescer de acordo com um gradiente de aversão ao risco. A existência de informações assimétricas entre compradores e vendedores, ou seja, que os indivíduos aversos ao risco conhecem melhor suas condições de saúde (doença) que os vendedores (empresas de planos) e que os últimos não detêm informações para definir valores de prêmios (mensalidades) ajustados ao risco, conformaria uma seleção adversa no mercado de planos de seguros de saúde, o que implicaria a maior procura por indivíduos doentes, que por sua vez requereriam garantias assistenciais mais abrangentes e, assim, obrigariam as empresas a aumentar os preços dos planos, em função das expectativas do atendimento de um segmento populacional com riscos elevados. Essa “falha” de mercado decorrente da assimetria de informações resultaria no afastamento dos indivíduos não doentes para os quais as coberturas mais restritas e os menores preços seriam, supostamente, adequados (TEIXEIRA, 2001).

Em contraposição, outra vertente teórica considera que o mercado de planos privados de saúde se organizaria a partir da existência de uma seleção vantajosa, na medida em que o risco de adoecer é maior entre os indivíduos com menor renda e habilidades cognitivas mais restritas. Portanto, haveria uma correlação negativa entre os elevados riscos de adoecer e as coberturas de planos de saúde e assim o mercado de planos se protegeria de elevadas despesas assistenciais (MEZA e WEBB, 2001). As tentativas de verificação dos encaixes entre essas teorias e as características dos indivíduos vinculados a planos privados de saúde não são conclusivas. A literatura indica correlações positivas com renda e a qualidade de serviços de saúde públicos, mas não com o *status* de saúde (no quadro 5). Diversos estudos baseados no *status* de saúde como variáveis explicativas encontraram correlações

negativas ou insignificantes com as coberturas de planos de saúde. Os resultados desses estudos questionam a aplicabilidade da teoria sobre a maximização da utilidade e sugerem fortemente que as coberturas dependem fundamentalmente dos contextos institucionais e regulatórios, que conferem sustentação às empresas de planos de saúde (KIIL, 2012).

<b>Quadro 5</b> <b>Síntese de Pesquisas sobre a Correlação de Variáveis (Atributos dos Indivíduos) e Cobertura de Planos Privados de Saúde</b>	
Socio-Demográficos	+ com renda + renda dos homens > do que das mulheres + com escolaridade + com idade (um dos estudos identificou um efeito geracional, indivíduos de gerações mais jovens mais propensas correlação com sexo não foi encontrada ou os resultados são contraditórios (planos individuais + mulheres, planos coletivos + homens)
Posição Socioeconômica	- desemprego + empregados formais e gerentes - trabalhadores não especializados
Status de Saúde	correlação com status de saúde não foi encontrada ou os resultados são contraditórios Correlação com autodeclaração ou diagnóstico de dças crônicas saúde não foi encontrada ou os resultados são contraditórios
Estilos de Vida	+ para idosos fumantes, com hábito de beber
Qualidade do Sistema Público de Saúde	+ para prolongados tempos de espera + para oferta de cirurgias privadas
Uso de Serviços de Saúde	> uso por indivíduos com maior nível educacional e renda que buscam manterem-se saudáveis (- em relação a noção de moral hazard)
Valor dos Prêmios e Incentivos Fiscais	- valor agregado dos prêmios Indivíduos e grupos de menor renda insensíveis a redução de preços (subsídios não induzem a vinculação a planos privados de saúde na França)*
Fonte: Kiil, 2012 *Grignon, M. Kambia-Chpoin, B. Income and the demand for complementary health insurance in France. IREDS Working Paper n° 24, 2009	

A segunda linha de justificativas da privatização é menos estruturada em termos teóricos. Consiste em uma dispersa aplicação ao mercado de planos de saúde da inadequação dos serviços públicos em geral à perspectiva da diversificação comercial, com o movimento dos mercados para satisfazer necessidades tais como bens e serviços customizados que conformariam um padrão de diferenciação da oferta de produtos e substituição rápida dos mesmos. Com o suposto fim da produção em massa, as novas tecnologias apontariam para a possibilidade de atendimentos mais personalizados, o que seria incompatível com a natureza do serviço público. A variedade de alternativas permitiria que cada consumidor pudesse satisfazer preferências individualizadas e definir, pelas opções de consumo, um lugar no mundo, sem exigências de negociações e compromissos coletivos. Mas essas premissas não são facilmente traduzíveis para a saúde, na medida em que a padronização e o volume de atividades estão diretamente relacionados com a qualidade da atenção. O terceiro ramo de alegações sobre a opção da “NCM” pela privatização, também se refere às dificuldades dos serviços públicos, diz respeito às suspeitas de parcelas importantes da população sobre os defeitos de concepção e corrupção do SUS.



Os três conjuntos de evidências e argumentos permitem problematizar as previsões sobre a tendência de privatização, pelo aumento das coberturas de planos de saúde para a “NCM”. A renda da “NCM” é insuficiente para adquirir planos com coberturas abrangentes, que seriam os preferidos pelos indivíduos que escolhessem racionalmente. Tal como os públicos, os serviços privados de saúde, com exceção daqueles como cosmiatria, não oferecem um cardápio variado de procedimentos e atividades clínicas e laboratoriais, e sim diferenciações em termos de tempo de acesso e acomodações hospitalares. As empresas de planos de saúde não inspiram confiança e respeitabilidade, devido aos seus elevados custos administrativos e de *marketing* e negações de coberturas de empresas de planos de saúde.

Todos querem bom atendimento para a saúde e não há qualquer evidência de que aquele ofertado por empresas privadas seja mais efetivo do que o de serviços públicos. Se hoje tanto a “nova classe média” quanto a classe operária de macacão almejam um plano de saúde, isso não revela uma posição ideologizada ou de princípio, mas tão somente um estado de coisas meramente circunstancial. As políticas em curso de privatização da saúde são contingentes, não se pautam por programas ideológico-partidários, mas sim pela racionalidade de coalizões político-eleitorais. Portanto, é de se esperar que, na medida em que se acumulem as experiências negativas da privatização, a pressão por um efetivo *Welfare State* seja apenas uma questão de tempo. Porque, na saúde, o padrão de inovação tecnológica tal como vem sendo incorporado especialmente pelos serviços privados – incentivando um consumismo acrítico de serviços especializados, medicamentos e exames –, conjugado com o envelhecimento populacional e aumento de agravos e doenças exigentes de tratamentos prolongados, eleva custos. Não é à toa que os planos buscam selecionar seus clientes e, ao não conseguirem elevar os seus preços de forma a acompanhar os custos em ascensão, coíbem o acesso e uso de serviços. Uma assistência à saúde racionada seja ela pública ou privada, não atende os requisitos mínimos do desenvolvimento social.

## 4.14 Uma agenda para a saúde no Brasil do século XXI

Uma vez demonstrado que as instituições de saúde e as normas que as regulam são determinantes para a conformação dos sistemas de saúde e que essas organizações, legislações e convenções são socialmente construídas e não resultam da preferência “natural” de indivíduos, é importante analisar os movimentos e posicionamentos de entidades empresariais e sindicais, entidades de profissionais de saúde, partidos políticos, gestores, técnicos e movimentos sociais. Este trabalho, cujo escopo é limitado não apresenta elementos suficientes para se traçar um panorama do quadro institucional e político do sistema de saúde brasileiro. Algumas singularidades institucionais brasileiras, como: as Unimed e suas relações

com entidades médicas, hospitais filantrópicos e secretarias de saúde; os oligopólios no setor de diagnóstico e terapia e suas relações com empresas de planos de saúde e secretarias de saúde, entre outras, sequer foram mencionadas ao longo do trabalho. Apenas se procurou destacar é que a importância das políticas governamentais no Brasil foi mais acentuada para modelar o sistema que temos do que na Europa e nos EUA. Logo, as lacunas na avaliação do papel e participação de instituições – que definem que os rumos das políticas de saúde sejam como proponentes de mudanças, como veto *players*, consentidoras passivas, ou como conservadoras do *status quo* –, dificultam o delineamento de uma agenda realista. Desse modo, as proposições elencadas a seguir não guardam estreita correspondência com as referências teóricas e as evidências empíricas sistematizadas no presente texto e carecem de calibração política.

O primeiro ponto de uma agenda que conecte saúde com desenvolvimento social é o fortalecimento dos valores de universalidade, da reafirmação da saúde como direito. Consequentemente, seria necessário ampliar e qualificar a oferta pública de serviços de saúde, incluindo reformas nas instalações físicas e nos equipamentos da rede hospitalar de hospitais universitários e das secretarias de saúde e a atração dos filantrópicos para atuarem como se públicos fossem e intervir nos processos de formação, recrutamento e qualidade das atividades desempenhadas pelos profissionais públicos de saúde. Outro aspecto não menos importante refere-se à ampliação da capacidade nacional de pesquisa e inovação tecnológica e produção de insumos para saúde. Mas, para quem está na frente de batalha da implementação do SUS, esse rol de compromissos é mais do que conhecido. As proposições que no momento ganham destaque são a ampliação dos subsídios públicos e a redução (flexibilização) de coberturas de planos privados de saúde para expandir a comercialização para a “NCM”.

O que se apresenta para o debate é uma falsa disjuntiva público-privado. Nesse sentido, o esforço para esclarecer o imbricamento público-privado do sistema de saúde brasileiro pode contribuir para a tomada de decisões governamentais que observem as diferenças entre os horizontes temporais e responsabilidades sanitárias entre os agentes que representam os interesses da financeirização da saúde e os que defendem o SUS. Para tanto, é necessário buscar que as entidades empresariais dos setores produtivos, tais como as federações das indústrias e as entidades sindicais se posicionem. A manifestação da CUT, contrária à concessão de mais subsídios públicos para planos privados de saúde demonstrou claramente uma discordância com as propostas das entidades empresariais setoriais.

Nesse mesmo sentido, o de procurar explicitar interesses trata-se de pôr em cima da mesa as contradições entre instituições privadas (como no caso das filantrópicas e filantrópicas-lucrativas-estatais, privados-SUS e privados-NãoSUS) para encontrar novas possibilidades de articulação entre o público e privado que se coadunem com a universalização da saúde. Para tanto, é preciso formular e implementar uma política nacional de preços voltada a “desestratificação” da atenção à saúde no

Brasil. Remunerar serviços mediante tabelas e ainda por cima com valores diferenciados de acordo com a capacidade de pagamento é um vetor que impõe iniquidades que podem ser evitadas. É claro que o esforço para padronizar preços terá de se apoiar nas secretarias de saúde, entidades médicas e na ampla divulgação dos valores correspondentes às atividades e ações de saúde.

Outro desdobramento da necessidade de fortalecer o SUS refere-se à necessidade de formular e implementar padrões de qualidade assistencial. A criação de um instituto de qualidade pelo SUS com autonomia real para avaliar e monitorar a rede pública e privada e normatizar as ações e atividades de saúde requer relativamente poucos recursos financeiros e afirma a centralidade dos valores e padrões universais, ainda que para instituições e clientela privadas.

No que tange aos planos privados de saúde, é fundamental que a ANS deixe de ser um entreposto de negócios e assuma seu papel de regulação do mercado utilizando os meios legais que dispõe para: estabelecer barreiras à entrada de planos com coberturas restritas; cobrar o ressarcimento ao SUS e punir as empresas que não observarem a legislação. Quanto às empresas de planos e hospitais privados e filantrópicos-lucrativos-estatais, é importante realizar um levantamento, divulgação e debates sobre o montante de recursos aplicados nessas empresas seja em termos de renúncias e deduções fiscais como ainda computando empréstimos e créditos concedidos por bancos estatais.

Pesquisas e estudos são essenciais para subsidiar um debate fundamentado sobre o sistema de saúde brasileiro. Inquéritos conduzidos por instituições oficiais e de ensino e pesquisa sobre valores e percepções da população sobre o SUS e sobre os planos privados de saúde, estudos nacionais sobre preços e pesquisas sobre uso de serviços de saúde subsidiam a formulação de políticas de saúde e fornecem evidências empíricas preciosas.

Esse elenco de proposições não pretende desconhecer ou desrespeitar a existência de desejos e “preferências” pela via da privatização da saúde, e sim sugerir que, em vez de prosseguirmos insistindo em debater propostas falsamente dicotômicas (estatal x mercado), nos detenhamos em procurar apresentar evidências sobre a superioridade da política de subsidiar com recursos fiscais as demandas por saúde por meio do mercado sobre a da solidariedade fiscal e SUS.

## 4.15 Referencias bibliográficas

BAHIA, L. A reforma da saúde nos EUA: ecos e reflexos no Brasil. *Revista Versus*. UFRJ, 2010.

BAHIA, L. (Org.) Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias. *Laboratório de Economia Política da Saúde*. UFRJ, 2005.

BOLTANSKY, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BMJ (British Medical Journal); 346:f1848, 2013.

CENTERS of Medicare and Medicaid Services, 2013. Disponível em: <<http://www.cms.gov/>>.

DE MEZA, D.; WEBB, D. C. Advantageous selection in insurance markets. *RAND Journal of Economics*, v. 32, n. 2, p. 249-262, 2001.

Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>>.

DOMHOFF, G. W. *Who rules America? How corporate moderates created the social security act (... and then tried to undermine it later)* 2013. Disponível em: <[http://www2.ucsc.edu/whorulesamerica/power/social\\_security.html](http://www2.ucsc.edu/whorulesamerica/power/social_security.html)>.

FALLEIROS, I. *Entidades empresariais e a política nacional de saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração*. 2012. Dissertação de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, 2012.

HANLEY, J. Edwin Chadwick and the poverty of statistics. *Medical History*, v. 46, p. 21-40, 2002.

IKEGAMI, N. Health system of Japan. *International Encyclopedia of Public Health*, 2008.

VALLERON, Julia C. A.J. Louis-Rene Villerme (1782-1863), a pioneer in social epidemiology: re-analysis of his data on comparative mortality in Paris in the early 19th century. *J Epidemiol Community Health*, v. 65, n. 8, p. 666-670, 2011.

Kaiser Family Foundation. *The Affordable Care Act: three years post-enactment*, 2013. Disponível em: <<http://www.kff.org/healthreform/8429.cfm>>.

KILL, A. What characterizes the privately insured in universal health care systems? A review of the empirical evidence. *Health Police*, v.106, p. 60-75, 2012.

KRIGER, N. Historical roots of social epidemiology: socioeconomic gradients in health and contextual analysis. *International Journal of Epidemiology*, v. 30, p. 899-903, 2001.

KRINGOS, D. S. et al. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, v. 32, n. 4, p. 686-694, 2013.

LAVINAS, L. *Medindo o grau de aversão à desigualdade da população brasileira*. Instituto de Economia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

MARKOWITZ, G.; ROSNER, D. Seeking common ground: a history of labor and blue cross. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 16, n. 4, p. 695-718, 1991.

OECD, 2013. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>>.

OECD. *Health care quality indicators data 2009*. Disponível em: <<http://www.oecd.org/health/health-systems/healthcarequalityindicators.htm>>.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. *The Brazilian health system: history, advances, and challenges*. *Lancet (British edition)* v. 377, p. 1778-1797, 2011.

PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). IBGE, 2003 e 2011 (microdados).

RAIS (Relação Anual de Informações Sociais). Ministério do Trabalho e Emprego, 2013.

SALM, C.; BAHIA, L. *A nova classe média e as políticas de saúde e educação*. 2013. (no prelo)

SESTELO, J. A. de F. *Produção acadêmica sobre saúde suplementar no Brasil de 2000 a 2010: re-visão crítica e investigação sobre a articulação entre o público e o privado*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2012.

SMITH G.D.; BARTLEY, M.; BLANE, D. *BMJ*, v. 301, p. 373-377, 1990.

STARR, P. *The social transformation of American medicine*. Nova York: Basic Books, 1982.

TEIXEIRA, Aloísio. Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar. *Caderno de Saúde Suplementar*, v. 1, n. 2, 2001.

US Department of Labor, 1916. *Proceedings of the Conference on Social Insurance, 1916*. Disponível em: <[https://www.google.com.br/webhp?source=search\\_app#hl=pt-BR&safe=off&output=search&sclient=psy-b&q=proceedings+of+the+conference+on+social+insurance+1916+pdf](https://www.google.com.br/webhp?source=search_app#hl=pt-BR&safe=off&output=search&sclient=psy-b&q=proceedings+of+the+conference+on+social+insurance+1916+pdf)>.

U.S. Bureau of Labor Statistics, 2013. Occupational employment statistics physicians and surgeons median annual wages, May 2010. Disponível em: <<http://www.bls.gov/ooh/healthcare/physician--assistants.htm>>.

U.S. Department of Health & Human Services, *The Health Care Law & You*, 2013. Disponível em: <<http://www.healthcare.gov/law/timeline/index.html>>.

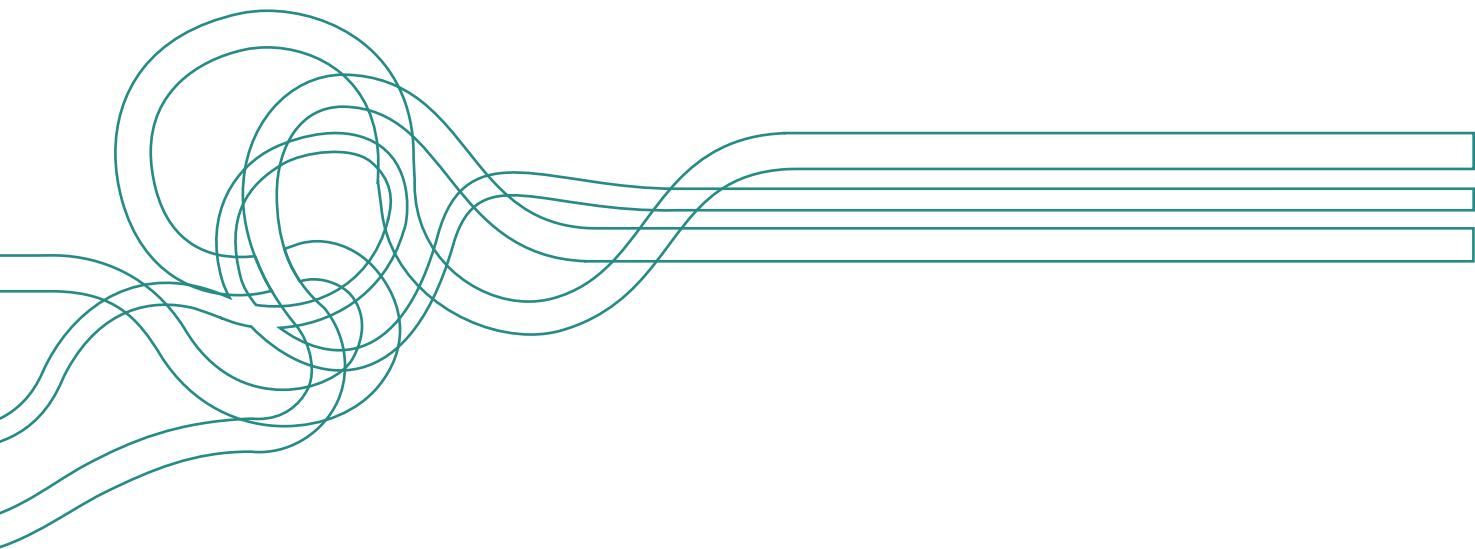
VERLINDE et al. The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*, v. 11, p. 12, 2012. doi:10.1186/1475.9276.11-12.

WADDINGTON, K. Unsuitable cases: the debate over outpatient admissions, the medical profession and late-Victorian London hospitals. *Medical History*, v. 42, p. 26-46, 1998.



# 5

## Ana Maria Malik



### 5.1 A Classe C chegou ao paraíso?<sup>1</sup>

#### 5.1.1 O que é o paraíso?

O discurso deste início do século XXI no país é que a classe C passou a ter acesso (porque em tese, pelo menos desde a Constituição de 1988, direito já teria) ao consumo, de bens e de serviços. No Brasil, a segmentação definida pela ABEP (Associação Brasileira de Estudos Populacionais) divide os brasileiros em oito classes sociais/classes de renda (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E), em função de algumas características comuns com relação a conforto no domicílio, escolaridade e renda. Esta visão é adotada por diversos institutos de pesquisa.

Em salários mínimos (SM), a classe E é aquela cuja renda é até 2 SM, a D fica entre 2 e 4 SM, a C de 4 a 10, a B de 10 a 20 e a A acima de 20 SM.<sup>2</sup> Considerando que, sob o ponto de vista financeiro, a classe A é a que tem renda a partir de R\$ 13.000,00, pode-se dizer que a dispersão dos seus componentes é grande. Certamente renda não deveria ser o critério único – nem o mais relevante

---

<sup>1</sup> JOGO DE PALAVRAS COM O TÍTULO DO FILME “A CLASSE OPERÁRIA VAI AO PARAÍSO” DE 1971 COM DIREÇÃO DE ÉLIO PETRI, QUE TERMINA POR DEIXAR A DÚVIDA NAS MÃOS DA PRÓPRIA CLASSE E DA SUA MOBILIZAÇÃO NO SENTIDO DE OBTER O QUE DESEJA.

<sup>2</sup> EM VALORES DE 2013, R\$678,00.



– para essa classificação. Há quem diga que a capacidade de crítica também faz parte do quadro de referências de determinado grupo, e a possibilidade de crítica tem como base, idealmente, algum tipo de conhecimento. Este, por sua vez, não depende apenas de escolaridade, pois aprovação escolar não tem correspondência direta com aprendizado e capacidade de leitura não garante atenção nem compreensão de textos ou sequer de ideias expostas.

O conceito de classe tem uma profunda conotação sociológica, apesar dessas definições de cunho econômico. Para uma análise mais apressada, como vem sendo feita em relação a este fenômeno contemporâneo no Brasil, o critério de capacidade de consumo tem ocupado o primeiro plano, embora isso não signifique que esta é a melhor definição para classe. O fato de pessoas que antes não chegavam aos serviços de saúde privados agora conseguirem chegar, pelo menos fisicamente, é considerado uma grande novidade. Cabe, porém, a questão pouco teológica quanto ao que não é o paraíso.

Além disso, classe ainda tem significados relacionados à ocupação. Por isso, existem conceitos e pré-conceitos quanto a trabalhadores cujas atividades são mais associadas a trabalho intelectual (como professores, entre outros) ou a trabalho manual (como os empreiteiros, por exemplo). Isso entra na discussão de consumo, pois verifica-se que para distintas ocupações também as aspirações são várias, embora – em tese, como sempre – as necessidades reais sejam as mesmas.

Quando se fala em algum tipo de crescimento da economia do Brasil, ele se deve ao aumento do poder de compra da chamada base da pirâmide, das camadas de população que antigamente estavam (quase) completamente à margem do consumo. Não necessariamente os seus hábitos ou seus locais de preferência são semelhantes aos dos demais, mas na verdade cada grupo, demográfico, econômico ou social, tem as próprias características. A chamada base da pirâmide costuma ser mais jovem, mas vimos de uma percepção mais recente no *marketing* de que as pessoas da terceira idade têm tido um papel cada vez mais ativo no mercado, primeiro em função do envelhecimento da população, mas também devido a algum tipo de acesso a renda.

## 5.1.2 Considerações sobre quem está nesse (não) paraíso

Um dos aspectos pelos quais costumam ser estereotipados esses novos atores do consumo é seu grau de instrução. Mesmo que não sejam considerados analfabetos, pois conseguem assinar o próprio nome e ler anúncios, manchetes de jornais e identificar preços, verifica-se que lhes faltam algumas habilidades consideradas básicas da escolaridade, como compreensão de textos ou capacidade de fazer cálculos, mesmo que os mais simples. “Fazer troco” sem usar calculadoras é reconhecido como um diferencial competitivo. Por isso, quando se fala em juros, crédito, cobranças de planos de saúde, cheque especial, entre outros, essa população é considerada uma presa relativamente fácil para contratos com cláusulas em letra miúda e propostas menos éticas.

Por outro lado, sob o ponto de vista social, costuma-se identificar nessa população uma característica de vida, que é a da solidariedade, do apoio social, do convívio. Em função disso, o grande informante desses brasileiros não são os órgãos de defesa do consumidor, nem os dados mais elaborados, mas sim a grande imprensa, os vizinhos, pessoas que em tese pensam de forma semelhante e têm aspirações equivalentes. Por exemplo, sob o ponto de vista do *marketing*, e das pesquisas, verifica-se que com frequência a renda dos mais idosos vai ajudar a família, e não o seu desfrute. Talvez para a escola dos netos, e não para o próprio plano de saúde.

Para fins deste artigo, foram consideradas as apresentações realizadas no Debate promovido pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), denominado Saúde: para onde vai a nova classe média([http://www.conass.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2351&catid=3&Itemid=12](http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2351&catid=3&Itemid=12)), ocorrido em Brasília em maio de 2013. O texto foi organizado em função das palavras dos diversos oradores, com base nas anotações e análises da autora. Também vale ressaltar que, como no Brasil existe o SUS (Sistema Único de Saúde), ele está sendo considerado como realmente único, sendo que se divide em um subsistema público e um privado, regulado e controlado pelo público (que é onde se inserem, por exemplo, as agências reguladoras, vinculadas ao Ministério da Saúde). Esta visão não é hegemônica, mas faz sentido no momento em que se está discutindo o país e sua população.

Mesmo assim, existe sempre uma grande barreira entre o que se consideram produtos a que todos podem ter direito e aqueles disponíveis só para pequena parcela da população. Da maneira pela qual se costuma tratar isso na área de gestão de saúde, mais uma vez de maneira preconceituosa, há o SUS e os serviços privados (que no imaginário popular acabam se revelando algo próximo dos hospitais de excelência). Mesmo que isso não seja verdadeiro, porque em ambos subsetores há filas e carências, o plano de saúde e o acesso a serviços privados é grande sonho de consumo. Por exemplo, pesquisa de 2012 da CNI-Ibope mostrou que dos entrevistados apenas 1% dos que usaram exclusivamente serviços públicos de saúde tinham algum tipo de convênio. Dos que utilizaram serviços nos meses anteriores à pesquisa, 48% consideraram seu atendimento no setor público como ótimo e bom e 63% fizeram a mesma avaliação do setor privado, mostrando alguma preferência ou viés. Ainda na mesma pesquisa, considerando uma nota de 0 a 10, os hospitais públicos obtiveram média de 5,7 e os privados de 8,1. Os profissionais desses hospitais receberam, respectivamente, 6,3 e 8,2.

É sabido que qualquer avaliação é subjetiva e fortemente dependente de impressões. Estas se baseiam em diferentes tipos de critério. Pensando em serviços de saúde, não se pode imaginar falar apenas em critérios técnicos, portanto a aparência dos locais tem seu peso, inquestionável, bem como o que parece aos usuários a simpatia ou o tipo de interesse/acolhida que recebem dos profissionais, além de uniformes e outras características às vezes inesperadas.

### 5.1.3 Será que há mais de um paraíso?

Para alguns dos formuladores das políticas de saúde no país, notadamente aqueles cujos ideais desenharam o antigo Partido Sanitário, o paraíso seria quando todos os brasileiros quiserem utilizar o SUS, mesmo se tiverem acesso ao setor privado. No entanto, observa-se um paradoxo, que é o fato de muitos dos trabalhadores do SUS, que defendem politicamente o sistema, reivindicarem um plano de saúde suplementar quando têm a oportunidade. O mesmo ocorre, aliás, com lideranças do movimento sindical.

Existe uma frase de um dos autores mais citados da reforma sanitária brasileira, Gastão Wagner de Souza Campos, que se refere à dialética do possível. De uma maneira mais compreensível, pode-se falar na distância entre o que se precisa fazer, o que se quer fazer e o que se consegue fazer, principalmente considerando o modelo atual de governança do sistema. Isso necessita tomar em conta o que são os problemas percebidos, ou aqueles manifestados e qual sua relação com a chamada visão estratégica dos formuladores de políticas de saúde. Quando se utiliza o conceito de que é a voz da população que deveria informar as políticas públicas adequadas, talvez no caso das políticas de saúde o SUS não fosse a imagem objetivo da população. Foi comum em 2012, quando das Olimpíadas de Londres, o comentário de que na abertura do evento apresentaram como um dos símbolos do país o NHS (National Health Service). Como os próximos Jogos Olímpicos serão no Brasil, muitos se perguntava (possivelmente ainda se perguntam) se alguém mostrará o SUS (apresentado como o maior sistema público do mundo) como um dos pontos fortes de nosso país.

Outros autores, especificamente Favaret Filho e Oliveira, referem-se a uma universalização excludente. Embora o trabalho em que esta expressão foi usada seja de 1990, ela ainda reflete a realidade. De fato, a mudança dessa realidade é vista como difícil devido às heterogeneidades intrínsecas ao país, desde em termos puramente físicos e geográficos quanto à distribuição de riqueza e consequente atratividade para cidadãos e, entre esses, os profissionais.

Além disso, o preceito constitucional da equidade em saúde, em 1993, foi analisado por dois autores brasileiros (Jardanowski e Guimarães) como podendo ter diferentes significados, a saber: igualdade de gasto *per capita*; igualdade de insumos (recursos humanos, equipamentos etc.) *per capita*; igualdade de insumos por necessidades iguais; igualdade de acesso por necessidades iguais; igualdade de utilização por necessidades iguais e igualdade de necessidade marginal. Interessante notar que por trás da noção de equidade estão uma série de igualdades (ou não). Cabe considerar que a igualdade certamente não existe. Os seres humanos são intrinsecamente diferentes, desde sua carga genética até sua educação, seu gostos, seus hábitos, suas famílias e suas relações familiares. A relativização trazida por esses autores, embora já com mais de 20 anos, mostra que as diferenças se dão tanto em relação à utilização de recursos (ou a sua possibilidade) quanto às necessidades.

E começa aí uma das discordâncias (eventualmente mais presentes em alguns países que em

outros) entre o que se consideraria uma utilização correta dos recursos e o que se observa na literatura de qualidade em saúde, os fenômenos de *misuse*, *overuse* e *underuse*. Segundo a AHRQ (Agência estadunidense para a Pesquisa e Qualidade na Assistência Médica), *underuse* (ou o uso aquém do necessário) representa a falta do oferecimento de um serviço de saúde quando ele provavelmente teria tido um resultado favorável para um paciente (por exemplo, não fornecer vacinas contra *influenza* ou exames de papanicolau ou não oferecer acesso a determinadas medicações para pacientes infartados). O *overuse* (ou utilização excessiva) refere-se ao cuidado em condições em que o potencial de dano é mais elevado que o de benefício, como, por exemplo, prescrição de antibióticos para casos de infecções virais, para as quais eles são sabidamente ineficazes. Finalmente, *misuse* significa a escolha por um processo de assistência apropriado mas uma intercorrência prevenível ocorre e o paciente acaba não se beneficiando o quanto seria esperado ou desejável, como frente a complicações evitáveis devidas a procedimentos ou prescrições (prescrever penicilia para um paciente alérgico é um exemplo claro e nada infrequente deste fenômeno).

Demanda de pacientes seguida de oferta sem que haja real necessidade é um desperdício de recursos, sabidamente escassos. Isso pode ocorrer quando não há critérios claros de definição técnica de necessidades. Muito do que ocorre no Brasil, levando à situação chamada de judicialização da saúde, decorre da não existência de critérios. Quando não são definidos protocolos claros de conduta para determinado diagnóstico, em diferentes condições físicas e demográficas, ocorre a busca pela obtenção de medicamentos ou procedimentos sem que haja justificativa para ela. Assim, quando se ouve falar de solicitações deferidas de fraldas de determinada marca ou de medicamentos sem comprovação de eficácia, isto pode ser atribuído à falta de transparência das circunstâncias em que as decisões ou as condutas são tomadas. No NHS, por exemplo, usa-se recomendações dos centros de economia da saúde existentes para definir que tipo de procedimento será fornecido até qual idade e em que condições. A busca junto ao setor privado daquilo que o serviço nacional nega é livre aos cidadãos, mas não onera o orçamento público. Já em 1995, Piola e Vianna organizaram uma coletânea de nome *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*, que aborda as diferentes concepções – técnicas e sociomercadológicas – dos conceitos de necessidade, demanda e oferta em saúde. Fica claro que não necessariamente o que os técnicos consideram adequado é compreendido ou aceito como tal pelos cidadãos, o que leva a um sistema de saúde diferente daquele preconizado pelas normas ou a diferentes interpretações de quais seriam as políticas de saúde desejadas pelos cidadãos. A interpretação dos políticos das demandas populares se presta a todo tipo de interpretação.

Pensando nos vários tipos de paraíso, as diferenças entre os brasileiros de todos os estados, classes econômicas, sociais e origens evidenciam a necessidade de desenhar vários mundos ou diversos limites ao que se pretende atingir. Alguns países, como o Canadá, primam por tentar atender a diversidade de sua população, oferecendo em saúde e na educação acesso a conteúdos e a moda-

lidades de acordo com as preferências, as crenças e os valores dos seus habitantes, provenientes de países de todas as regiões do mundo.

Desse modo, o financiamento de todas essas ofertas deve vir de algum lugar, seja dos impostos diretos pagos pelos contribuintes, seja do bolso dos consumidores. Na realidade brasileira, os mais ricos observaram o aumento de renda dos mais pobres. Eventualmente, há uma crença de que as necessidades básicas, como saúde e educação, têm de melhorar muito mais para os mais pobres que para os mais ricos, de maneira a reduzir a diferença percebida como a mais injusta e a que parte da desigualdade, para além da iniquidade. De fato, é possível pensar em reduzir a desigualdade em qualquer tipo de circunstância. Idealmente, seria com crescimento, mas pode também ocorrer um empobrecimento.

Há muito vem se falando em sistemas de proteção baseados em solidariedade, o que pode ser obtido a partir de maior transferências de renda. No entanto, esta não é a parte fundamental do chamado crescimento da classe média. As análises realizadas por institutos de pesquisa, inclusive aqueles voltados basicamente para a chamada classe C, mostram que se trata de um processo sólido, baseado em uma inclusão produtiva, cuja base é o trabalho e não o simples repasse de renda. Pelo contrário, os trabalhadores ocupados têm recebido mais renda em função de sua atividade produtiva, o que no limite traz mais riqueza para o país.

Verifica-se que ocorreu aumento do trabalho formal nos últimos 20 anos no Brasil, desde a última década do século XX até a primeira do século XXI, ou seja, além de ter aumentado o trabalho formal, reduziu-se o informal, o que propicia renda para quem o desenvolve mas não necessariamente gera impostos para o país. E cabe sempre lembrar que a produtividade é uma variável a não perder de vista, uma vez que é dela que depende muito da riqueza gerada. Ela é função da competência técnica (no limite, da educação e do conhecimento) associada à tecnologia disponível e utilizada. Pela lógica do capitalismo, quanto maior a produtividade, maiores os salários e mais forte a classe média.

### 5.1.4 Será que o mundo está melhor?

O aumento do conhecimento e da tecnologia também leva a progresso na área da saúde e permite o aprimoramento das políticas setoriais, no caso da saúde. A mortalidade infantil, que já foi vista como indicador de saúde, também permitia aferir o grau de desenvolvimento, pois evidencia renda, imunização e saneamento. Hoje, porém, mostra o grau de sofisticação de serviços de saúde, pois equipamentos caros e sofisticados, além da competência de profissionais, permitem manter vivos recém-nascidos de alto risco e de baixíssimo peso, que chegam até a idade adulta, muitas vezes com sequelas e requerendo elevada utilização de serviços de saúde. O fato de a meta do milênio (<http://www.objetivosdomilenio.org.br/>) relacionada a essa variável ter sido cumprida pode ser devido, além dos avanços na renda familiar e na saúde, à maior escolaridade das mães, identificada há tempos como um fator relevante na sobrevivência dos filhos.

Enfim, as estatísticas de saúde nacionais mostram queda da mortalidade mais intensa entre os mais pobres. Segundo consta, isso se deve mais às políticas públicas de saúde, mas mesmo assim uma porcentagem não desprezível se deve ao chamado aumento de renda. Por outro lado, analistas de políticas públicas costumam trazer um raciocínio segundo o qual, no limite, políticas públicas bem feitas e bem implantadas correm o risco de morrer precocemente: se a política destinada a erradicar o analfabetismo for bem-sucedida, não há porque mantê-la. No entanto, em alguns casos, quando uma política morre e é esquecida, pode ocorrer de aquilo que se conseguiu exterminar, voltar. No caso do Brasil, a dengue é um bom exemplo disso. E é fácil verificar que tuberculose está longe de ter sido erradicada, permitindo falar sobre um sucesso não mais que relativo dos esforços para seu controle. Em tese, algumas políticas são focadas para a classe média, em outros são previstas para serem realizadas com essa parcela da população.

A mesma pesquisa já citada, da CNI-Ibope, de 2011, mostra a relevância do papel da imprensa na formação de opinião dos leitores/espectadores. Um dos resultados obtidos foi que a saúde no município em que vivem é boa, pelo menos satisfatória. Ao mesmo tempo, quando perguntados sobre sua opinião sobre a saúde no Brasil, manifestam-na como negativa, muito em função das reportagens sobre casos de insucesso, de falta de segurança. Outro assunto tratado amiúde é a fila, o tempo de espera para obter atendimento. Embora este problema seja comum aos setores público e privado, as notas atribuídas ao público são mais baixas.

Outro ponto de queixas ou de insatisfação em relação ao acesso aos serviços de saúde (é inegável que elas são confundidas com reclamações em relação à saúde) são os médicos. De maneira geral, a população procura obter assistência médica, não se satisfazendo com o preconizado atendimento multiprofissional. Dessa forma, imagina-se que a competência profissional é considerada satisfatória, *a priori* e até prova em contrário. No entanto, a ausência desse profissional nos serviços, seja devido à sua baixa motivação, seja devido à lotação insuficiente, é sempre percebida como problema do serviço. Cabe notar que as classes E, D e até C usam o mais SUS e a A, B e cada vez mais a C têm se utilizado do setor privado. Por outro lado, o número de postos de trabalho para médicos no setor público é maior que no setor privado (principalmente contando com as unidades voltadas à atenção básica de saúde), mas isso não significa que o número de médicos seja mais elevado.

Mais uma vez, cabe retomar a diferença entre o que se deseja que o Estado faça e aquilo pelo que a população está disposta a pagar. A questão de quem e como financia os serviços e de quem e como gerencia é central em algumas áreas, como saúde e educação. Em diversos países, a discussão coloca-se em relação a se o Estado vai regular a prestação ou se ocupar-se da produção, se gerencia diretamente o sistema ou se cuida de sua qualidade. De qualquer forma, o papel do Estado se traduz em necessidade de impostos, em relação aos quais a classe média (nova ou antiga) é pouco entusiasmada. A classe baixa se caracteriza por uma responsabilidade menor no que diz respeito ao pagamento

dos impostos diretos e não necessariamente se dá conta dos valores com os quais contribui a cada produto ou serviço. Já a classe média tem um papel destacado como contribuinte e que aumenta junto com sua renda.

Nesse mundo, se ele fosse de fato melhor, o dinheiro não viria dos impostos, mas sim da redução do desperdício, seja ele devido à incompetência gerencial ou técnica, seja ele devido à corrupção. Em uma circunstância mais favorável, resolver este tipo de problema não seria atribuição dos cidadãos, mas sim do governo.

## 5.1.5 Classes sociais diferentes, percepções e aspirações distintas ou Narciso e o espelho

Não necessariamente o assunto da moda no SUS, no século XXI, o relacionamento público-privado, ou a transferência da gestão dos hospitais públicos para o setor privado, é visto como um problema pela classe média, notadamente pelos usuários mais pobres. Dizem pesquisadores que estudam essa camada da população que para eles é menos importante que para os brasileiros das classes A e B que os produtos e serviços da saúde sejam gratuitos. Gratuitos certamente não são, mas quem mais paga o imposto sobre a renda a rigor menos usa os serviços. Apesar disso, são esses pagadores dos impostos os maiores usuários dos planos de assistência médica suplementar.

No mundo melhor, que se preocupa com a saúde e não com a doença, todas as pessoas teriam hábitos de vida saudáveis e se ocupariam com atitudes que obedecem aos ditames da prevenção. Para alguns, o exercício físico faz parte da atividade laboral, para outros, da academia. O mesmo ocorre com a alimentação, que depende do poder de compra, com muita frequência. O estresse pode ser mais forte para aqueles que se preocupam em ter mais renda e condições de vida mais confortáveis (o que não é sinônimo de melhores).

Quanto à informação sobre assistência, no Brasil é conhecido que o parto normal neste século é o parto cesáreo, aquele convencionalmente chamado normal passou a ser conhecido como parto natural. O nascimento pela maneira estatisticamente normal (ou seja, feito pela via cirúrgica) é desejado por todas as camadas sociais, a rigor, induzido pelos obstetras que por vezes não se sentem confortáveis durante um longo e doloroso trabalho de parto. A preferência dos pediatras não é a mesma, mas o direcionador do nascimento em geral é o obstetra, associado à mãe. (e, claro, a muitos formadores de opinião – celebridades – a cuja vida os cidadãos comuns têm acesso pela imprensa, pela TV, pela internet).

As diferenças de percepção se estendem a assuntos de cunho social que podem – ou não – ser percebidos como assuntos da área da saúde. Por exemplo, em tese, o estereótipo das drogas ilícitas junto às classes mais baixas é relativo ao crime e à contravenção. Para as classes

mais altas, tem a ver com aparência física, a vigorexia, à imagem de riqueza, poder e, por que não, saúde.

No limite, as bebidas alcóolicas que as classes mais altas consomem são de melhor qualidade (portanto, espera-se, menos tóxicas); o cigarro é atualmente mais consumido pelos indivíduos de classe social média e baixa (pelo menos é o que dizem institutos de pesquisa) e os indivíduos com maior renda fazem esporte com mais frequência. Finalmente, em situação de doença ou necessidade de licença por motivos de saúde, é mais difícil para aqueles com renda mais baixa se ausentarem do trabalho.

Sob o ponto de vista da economia, os brasileiros que ascenderam à classe média representam praticamente um país com 10% da população brasileira, ou seja, a produção de bens e serviços deve aumentar e se movimentar para atrair esses novos potenciais consumidores e, uma vez atraídos, satisfazê-los e mantê-los. Na área da saúde, cabe reconhecer que essa população tem acesso a planos de saúde há não mais que cinco anos e não necessariamente os serviços de saúde aumentaram sua capacidade de atendimento. A rigor, o aumento que se verificou foi nos serviços mais voltados para as chamadas classes A e B, onde reconhecidamente havia carência de instalações e onde, segundo se verifica, o crescimento da demanda, embora continue, tem crescido mais lentamente. Os serviços que atendem as classes média e baixa passaram, segundo se pode verificar, por mudanças na sua governança, por concentração de propriedade, mas não necessariamente por mais portas de entrada. Os últimos dados mostram que as classes de C a E não chegam a 25% dos usuários dos planos. Verifica-se, inclusive, que o retorno, devido à crise econômica na Europa e nos EUA, de alguns brasileiros que emigraram para aumentar sua renda, acabou trazendo demanda para serviços médicos e odontológicos privados, em vários estados do país, onde tampouco se verificou o crescimento da infraestrutura.

Pesquisa realizada em março de 2013 mostrou que, dos brasileiros que tinham passado a dispor de planos no último ano, praticamente a metade tinha utilizado serviços do SUS desde essa aquisição. As causas para isso podem ser ou bem o hábito ou a continuidade do cuidado. Uma das explicações para isso é que os novos hábitos de consumo começam a ser incorporados devagar; outra é que para os problemas de saúde dessa nova classe média o setor privado não é a solução. Finalmente, analisando o perfil de utilização desses novos usuários, foi possível verificar que seu consumo foi mais intenso nas atividades de internação, diagnóstico por imagem e urgência/emergência pediátrica.

A percepção de quanto dinheiro é gasto com saúde, para eles, é diferente. Uma coisa é a dedução do imposto na fonte, ou mesmo seu pagamento. Outra, muito diferente, é se dar conta de que tem um plano privado, pago diretamente por eles e por seus empregadores (e que dá o direito simbólico a uma carteirinha). No final dos anos 1990, início dos 2000, quando Paulo Maluf e Celso Pitta implantaram o PAS (Plano de Atendimento à Saúde) no Município de São Paulo, fora do SUS, entre as diversas pesquisas que foram realizadas, foi possível notar que a população se sentia mais acolhida que no SUS basicamente por causa da “carteirinha”, como prova do direito ao atendimento. A rigor, o cartão SUS pode vir a ocupar este espaço.



Isso tudo ajuda o cidadão a perceber que o acesso à saúde não é mais favor. Dispor de uma alternativa – o privado, caso o público não seja satisfatório, e o público, caso o privado não atenda as expectativas – é uma nova percepção de direito. Além disso, a percepção do senso comum é que como tudo nas unidades de emergência é mais rápido, os usuários têm a sensação de que mesmo as reclamações lá são atendidas com mais presteza que nas unidades básicas de saúde. Da mesma forma, as centrais de *telemarketing* das operadoras, mais facilmente acessíveis que as das secretarias de estado e dos municípios, são um instrumento que aumenta a imagem positiva do setor privado, para quem valoriza as chamadas “amenidades”, conceituadas por Donabedian há muitas décadas. O Disque Saúde, do Ministério da Saúde, é visto como um caso de sucesso desse tipo de atividade.

A existência de um acompanhamento da consulta melhora a percepção do usuário, desde aquelas realizadas com envio de correspondência para os pacientes internados (como realizado pelo Ministério da Saúde, com metodologias diferentes, desde a gestão FHC até as gestões Lula e Dilma e por secretarias estaduais de saúde). Este mecanismo permitiu inclusive a identificação de fraudes contra o SUS ou casos de cobranças abusivas de cidadãos. O fato de ser ouvido melhora a avaliação dos usuários de serviços públicos, principalmente porque as pessoas se sentem individualizadas e não só parte de um coletivo sem rosto (“a população”).

Além disso, uma série de pesquisas dos últimos anos tem mostrado que a percepção do brasileiro médio a respeito da sua vida é que ela melhorou. Com isso, fica mais fácil evidenciar aprimoramento em todos os setores da sua existência, entre os quais a saúde tem lugar de destaque. No entanto, pela lógica, para quem a saúde vai bem, a prevenção e os cuidados com os hábitos de vida parecem menos necessários. Este seria mais um incentivo, conforme compreensão de profissionais de *marketing* – e não de saúde – para a utilização de serviços de ponto atendimento (portanto, voltados à doença ou a problemas) e não de atenção básica (dirigidos a questões de saúde).

Interessante, quando se pensa nos diferentes aspectos da vida cotidiana, é identificar os diferentes setores de maneira individualizada. Não necessariamente as pessoas percebem que os aspectos da vida são interligados, portanto separar saúde de educação ou de saneamento ou ainda de transporte faz pouco sentido. No entanto, é assim que as políticas são tratadas mais amiúde. Já foi mencionada a relação entre educação da mãe e mortalidade infantil. Mais educação e mais rede de serviços aumentam o *empowerment* das cidadãs, que exigem e cobram atendimento no que lhe parece relevante.

Ainda tratando de mulheres, identificou-se uma série de fatores que levam a identificação tardia de câncer de mama: um deles, relacionado à própria mulher, que prefere não se preocupar com o assunto; um de caráter familiar, com maridos que preferem não correr o risco de que médicos do sexo masculino examinem suas mulheres; e um terceiro originado do Estado, que não oferece ou não cobra o seguimento de protocolos por parte dos serviços. Assim, entra escolaridade, educação, cultura, acesso e saúde. Tudo isso sem considerar a realidade de que as mulheres,

em geral, têm mais cuidado com sua saúde do que os homens (estes são muito mais usuários de emergências). Ao mesmo tempo, ante as evidências de adultas jovens, antes da idade de começar a seguir os protocolos de mamografias anuais ou bianuais, sem casos de neoplasia na família mais próxima, são diagnosticadas com câncer de mama após mamografia solicitada a partir de consulta de rotina no ginecologista.

## 5.1.6 Há diálogo com a saúde?

Existe uma questão a considerar: faz ou não sentido tratar saúde como consumo. Não fazê-lo significa negar as evidências dos comportamentos e aspirações dos cidadãos brasileiros. Proporcionalmente, a classe E, sem emprego (formal ou informal), sem renda e potencialmente com acesso exclusivo ao SUS público está se esvaziando, em um processo de migração para a classe D, com direito a previdência, assistência médica privada e salário regular, diante da queda flagrante do desemprego. Com a (lenta) mudança dos indicadores econômicos do país no primeiro semestre de 2013, esta situação pode não ser permanente, mas de alguma maneira interfere nos hábitos e desejos de consumo de quem já experimentou novidades.

Podemos dizer que o consumo dessa população mudou, de maneira que passou a adquirir celular, computador, serviços de saúde privados. Medicamentos também entraram para o rol daquilo de que se quer dispor à vontade (com ou sem necessidade, caracterizando – novamente – o *overuse*, se não algo mais grave), seja como parte dos diferentes benefícios regulares seja pagando diretamente do bolso, seguindo o exemplo dos norte-americanos, mais do que dos países onde o Estado tem maior participação no fornecimento de remédios. O mesmo pode ser dito do consumo de exames: no Brasil, a taxa de Ressonâncias e de Tomografias por população está entre as mais altas do mundo, conforme pode ser observado comparando os dados brasileiros com os da OCDE. Dados da ANS, referentes a 2012 ([http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mapa\\_assistencial\\_abr\\_2013.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mapa_assistencial_abr_2013.pdf)) mostram que no SUS essa taxa era de 4,9/1000 habitantes, enquanto que na suplementar estava em 89,1. Acima desses valores encontra-se a Alemanha, a Grécia e os Estados Unidos. Com níveis de utilização próximos estão o Luxemburgo, a Islândia e a Turquia, sendo a média da OCDE 46,3/1000. Cabe lembrar que a Islândia, a Grécia e a Turquia são (ou foram) considerados pela imprensa internacional como (pré) falimentares.

Uma pesquisa do IESS, de 2011 (<http://iess.org.br/PesquisaDatafolhaIESS.pdf>), mostrou que, entre os 12 bens de consumo e serviços listados, os planos de saúde são o segundo mais desejado, atrás apenas da casa própria. Dispor de plano de saúde é mais desejado do que ter carro, seguro de vida, seguro residencial, eletrodomésticos novos e computador, por exemplo. Por isso, vender os planos é relativamente fácil, embora com novos clientes fosse necessário ter desenvolvido uma rede

previamente. No entanto, quando se faziam análises de necessidades, de maneira equivocada, a partir dos dados de utilização, os serviços do SUS eram relativamente pouco utilizados. Diante de uma nova disponibilidade, pode-se dizer que os usuários tenham ocorrido maciçamente aos serviços, sem que os serviços de saúde se tivessem preparado. Entre as afirmações constantes na área de gestão desde o final do século XX está: não basta vender, é necessário entregar.

Claro que o envelhecimento é mais um fator para a maior utilização de serviços de saúde (e não apenas para o aumento de gastos, como vinha sendo sempre alegado). O envelhecimento saudável (ou em condições de controle de saúde) pressupõe consumo de medicamentos de uso contínuo e de consultas de controle, além de uma série de procedimentos voltados à recuperação da saúde, o que aumenta a utilização em condições controláveis de custo. Mas quando se trata de envelhecimento em más condições de saúde (ou basicamente em condições de prolongamento artificial da vida) é sabido que os gastos nos últimos momentos são muito elevados. Depoimento de um médico que trabalha com cuidados paliativos, sobre uma pesquisa na qual perguntou a cuidadores sobre sua opinião a respeito de quanto tempo de sobrevida os pacientes sob seus cuidados teriam: alguns que tinham dito que pacientes iriam a óbito nas 24 ou 48 horas seguintes, pediram exames de ressonância ou de tomografia nesse mesmo dia. Talvez o motivo fosse seguir algum duvidoso protocolo, talvez fosse seguir a praxe ou talvez fosse por desencargo de consciência ou pressão familiar. No entanto, trata-se da falta de diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços.

Considerando que o aumento dos custos é inexorável, o que pode ser controlado ou administrado é o tipo ou o ritmo do aumento. Isso leva à necessidade de discutir com a população, no sentido de se poder cooperar entre os setores público e privado. No entanto, no Brasil, além das discussões semânticas sobre se a assistência é suplementar ou complementar (independente do nome oficial), verifica-se uma concorrência no que ambos conseguem prover, com duplicação de esforços e recursos, e claros de assistência em outras áreas.

O diálogo entre o setor da saúde e a população ainda é feito muito por meio de intermediários. Assim, em relação a exames, próteses, órteses, procedimentos, o que a imprensa mostra vira objeto de desejo, embora não se possa tecnicamente garantir que seja apropriado. A crítica informada não acontece sem que as informações, que necessariamente são assimétricas, sejam ao menos partilhadas entre as partes, com boa vontade de ouvir, discutir e compreender.

## 5.1.7 Qual Bilac citar: Paramos de súbito na estrada da vida ou Certo perdeste o senso?

As previsões mais otimistas sobre crescimento econômico que foram feitas nos anos 1980 não se concretizaram e, com isso, os anos 1990 não foram os idealizados. Na saúde, os anos 1980

trouxeram para o Brasil, pelas mãos dos empresários do setor privado, o modelo do *managed care* estadunidense. Este foi barrado basicamente pelas sociedades profissionais e pelo modelo de gestão utilizado no país. Por isso, é necessário colocar um reparo nas previsões: o caminho que está sendo seguido não necessariamente é o que leva ao que se deseja e nem é possível garantir que ele continue a existir. O SUS do século XXI é diferente do de 1990.

Assim como os sistemas não obedecem às expectativas dos que os desenham, os novos usuários não seguem os caminhos que foram traçados para eles, nem procuram os serviços que quem lhes vendeu assumiu que eles procurariam. A distinção entre o útil e o supérfluo não tem a mesma definição para todos os observadores. Da mesma forma, mesmo que se queira ter o SUS público como sistema para todos os cidadãos, muitos continuarão na sua busca por utilizar o privado. Militantes do sistema público, que não dispõem de planos privados, quando precisam recorrem – quando conseguem – a entradas paralelas do SUS privado, às vezes suprimindo suas necessidades na rede básica pública.

Quanto aos profissionais de saúde, uma de suas características é que sempre que podem militam no Sistema Único, mas nas suas duas vertentes. Isso significa que tentam sempre que podem ter mais de um emprego. Será que dessa forma eles se apropriam mais da riqueza que os demais trabalhadores? Diz-se muito isso sobre os médicos, mas é necessário lembrar que, em um país como o Brasil, falar da categoria de maneira generalizada é assumir muitas premissas falsas. Competência, rendimentos, vínculo com a população, interesses, tudo isso é muito variável, sem considerar as características pessoais dessas pessoas que cuidam de pessoas. Os mecanismos de remuneração dos profissionais são diferentes. O assalariamento dos médicos, os planos de carreira buscados no âmbito do SUS, como tudo, terá vantagens e desvantagens.

As políticas de transferência de renda não são adequadas à saúde, pois há fatores demais envolvidos. Por exemplo, embora internacionalmente sejam observáveis – em alguns países de renda média e alta – impactos sobre mortalidade e evolução de doenças cardíacas e oncológicas, não se pode atribuí-los exclusivamente aos avanços dos sistemas de saúde. Apenas acesso aos serviços de saúde não garante assistência de qualidade. Acolher cidadãos é bastante diferente de lhes proporcionar diagnósticos corretos e oportunos. Ambas as situações são importantes, mas sua influência na doença e na saúde é diferente.

As políticas assistenciais tampouco têm sido eficazes, até o momento, seja para suprir a demanda de sempre seja para atender as novas procuras. Fortalecimento da política hospitalar, por meio dos hospitais filantrópicos, é diferente quando se fala das Santas Casas brasileiras, que representam a capilarização do nosso sistema de saúde, e quando se fala dos hospitais estratégicos, que têm seu papel diferenciado, devido a suas distintas capacidades, mas sob a mesma denominação. Por vezes, fala-se no fortalecimento dos hospitais de pequeno porte (<http://dtr2004.saude.gov.br/hpp/>), ([http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=36274&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36274&janela=1)), mais

uma vez os representantes da assistência médica do SUS em boa parte dos municípios do país. Outras vezes decide-se que aqueles serviços de menos de 30 leitos não deveriam se considerados hospitais. Na discussão atual, do aumento da classe média, seria interessante caracterizar quem são os usuários desses serviços.

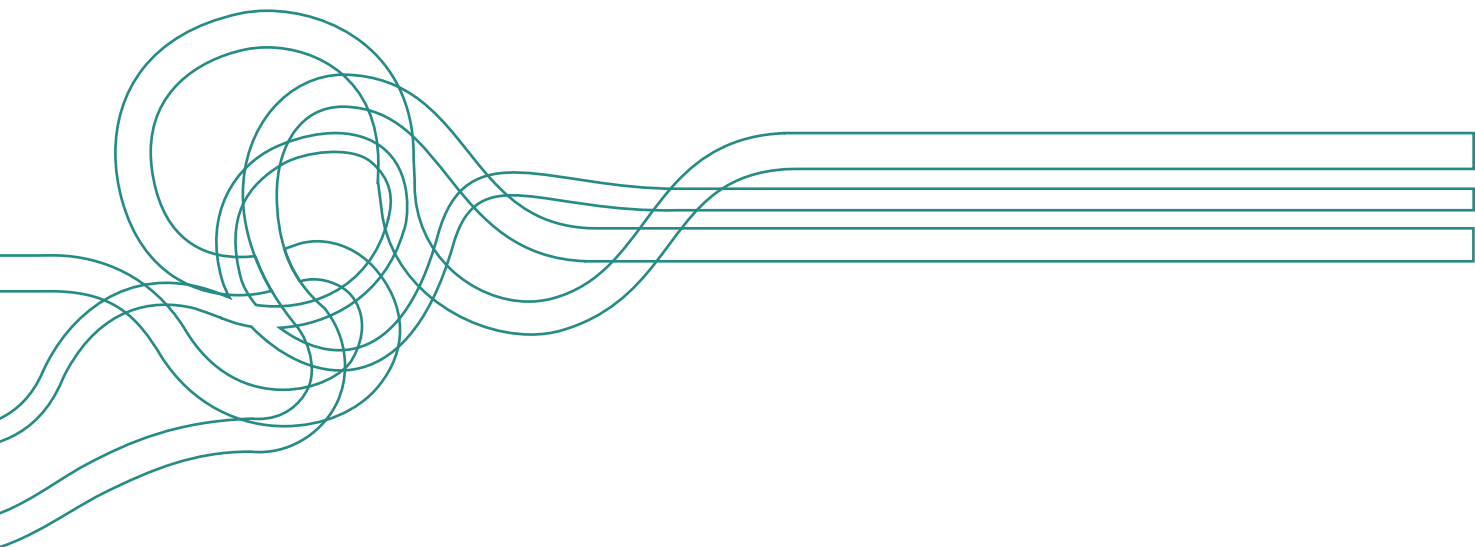
Com muita frequência, as políticas de saúde acabam não tendo continuidade. Os dados coletados são muitos, mas como não necessariamente são analisados, sua utilidade é discutível, porque quem desenhou alguns dos relatórios não necessariamente chegou a explicitar o que pretendia fazer com eles. Assim, a caracterização econômico-social dos usuários dos diferentes serviços de saúde não é usual, ou seja, torna-se difícil falar sobre esses dados no âmbito do SUS público. O mesmo ocorre na assistência médica suplementar, pois é conhecido o fato de que grande número de cidadãos tem, além do SUS, direito a mais de um plano.

Às vezes parece que algumas grandes verdades demográficas e epidemiológicas, faladas por muitos, não são levadas em conta: com o envelhecimento da população, com o aumento das doenças crônicas, com a introdução de tratamentos de agudos mais eficientes, seria esperado um crescimento no número de leitos para pacientes com problemas não agudos. No entanto, o sistema de saúde no Brasil, quer ele se destine à classe média quer à classe baixa quer à classe alta, continua com o desenho que tinha quando a grande ocupação dos leitos de dava em função de enfermidades infectocontagiosas. Os aspectos relacionados a problemas psiquiátricos, que deveriam ser tratados ao máximo fora dos hospitais, atenção voltada a reabilitação, pacientes com afecções que requerem cuidados de longa permanência ainda não são claramente percebidos pelo SUS, seja ele voltado à classe social que for. Insuficiência é um diagnóstico real, porém pode ser relativizado.

As mudanças, seja de população sob cuidado, seja de orientação dos serviços, seja ainda de disponibilidade de unidades e/ou de profissionais, não podem ser consideradas boas em si, só por representarem mudanças. Avaliação de resultados, de impacto, de satisfação, de perfil de usuários, todas elas são imprescindíveis para conhecer o que ocorre, para a tomada de decisões que abreviem os tempos longe do paraíso.

# 6

## José Gomes Temporão



Nas sociedades onde nasceram os sistemas universais (Inglaterra, Canadá), a sociedade e o Estado assim como a democracia já traziam implícitos os sentidos e sentimentos de direito, cidadania e do espaço que a saúde ocupava naqueles contextos e onde os cidadãos entregavam, de modo consciente, a missão de organizar e dirigir esse sistema ao Estado para servir a todos sem qualquer distinção. Eram sistemas que nasciam da vontade coletiva, amadurecida por processos de construção de políticas voltadas para construir uma sociedade menos desigual, onde a saúde era compreendida como espaço onde não poderia haver qualquer tipo de distinção entre cidadãos.

No Brasil, o projeto do SUS surge dentro de um processo político radicalmente distinto. Surge como uma contra-política em contexto de luta pela democracia e com alta fragilidade da própria democracia, das instituições e do Estado. E em um contexto de pobreza e desigualdade que impactava profundamente as condições de saúde da população. O SUS é concebido então conceitualmente como um poderoso instrumento de justiça social e de implantação de um novo padrão de desenvolvimento para o país. O que a proposta da Reforma Sanitária Brasileira apontava era de que a redução das desigualdades e a mobilidade social não se fazem apenas com ganhos na renda (capital econômico): é preciso ter políticas públicas para ampliar o capital social e cultural. Esse novo sistema de saúde – o SUS – surge aos olhos do povo como algo que, embora conquistado no contexto da redemocratização, estava longe de expressar uma consciência sanitária coletiva nos moldes que nos ensinou Giovanni Berlinguer.

O exemplo mais cabal disso é que, ao mesmo tempo em que comemorávamos a conquista do capítulo saúde da constituição de 1988, os setores mais organizados do operariado colocavam como ponto central dos acordos coletivos negociados com seus patrões, o acesso a uma assistência diferenciada oferecida pelo setor privado. Lenta e gradualmente, essa opção ganha espaço junto à classe média e ao funcionalismo público, ou seja, no nascedouro do SUS estão plantadas as bases do modelo concorrente que a partir daí busca hegemonia.

Voltando para o Brasil de hoje. Para que o SUS possa se colocar como a principal opção para esse universo de novos trabalhadores e empreendedores dentro dessa nova dinâmica política e social, ele tem de ser percebido como uma conquista desses novos extratos. Mas eles não veem o SUS dessa forma nem se reconhecem no SUS. Percebem o SUS como algo que o governo provê, que é do governo, que é para os mais pobres (e eles não são mais pobres) e que é precário. Então eles se voltam para a conquista de um acesso diferenciado, buscam no mercado o que já é conquista dos ricos, da classe média, dos funcionários públicos, dos governantes. O capital de renda, social e cultural destes novos atores os dirige para o mercado.

É como se eles fizessem uma leitura de que se “livrar” do SUS aumentará o sentimento de segurança dessas famílias em caso de necessidade de atenção à saúde. Mas nós sabemos que essa opção traz riscos importantes para a segurança dessas famílias, porque ela se enfrentará com uma dinâmica mercadológica e as fragilidades regulatórias que orientam o setor de planos e seguros de saúde, o que leva à ampliação da desigualdade, comprometimento de parte da renda familiar etc.

Na verdade, a criação do SUS introduziu um potente vetor pró sistema público e universal mas que se mostrou insuficiente para se contrapor à dinâmica capitalista setorial. Nessa visão, o SUS limitou a velocidade em que o setor privado se estruturou com algumas conquistas importantes como o PNI, a redução da mortalidade infantil, o Programa Saúde da Família, a política de transplantes, os genéricos etc.

Mas porque o SUS se mostrou insuficiente? As raízes da explicação estão na frágil base econômico-financeira, no modelo de atenção e no processo da luta político-ideológica.

Mas é ilusória a ideia de que o Mercado consiga prover com qualidade e segurança e custos suportáveis as necessidades e demandas dessas famílias brasileiras. Na verdade, o SUS funciona como retaguarda para esse setor: para os procedimentos de alto custo, medicamentos de alto custo para doenças crônicas, atendimentos de urgência e emergência etc. O não ressarcimento desses gastos, somado aos crescentes subsídios e renúncias fiscais, tira do público para dar ao privado. E a insatisfação de pacientes e profissionais só faz crescer.

Aqui, para podermos avançar na compreensão desse complexo processo, é preciso analisar o que denomino de transição cultural no contexto da saúde brasileira. Como se constroem os padrões individuais e coletivos a partir dos quais se estabelecem visões sobre a saúde, o sistema de saúde e a função do estado e do Mercado em seu provimento. O que compõe estruturalmente a consciên-

cia desse novo ator político sobre saúde, seus determinantes e a melhor forma de prover e garantir saúde? Aqui nos enfrentamos com três categorias distintas: o direito à saúde, as necessidades em saúde e a criação, a partir de distintas estratégias mercadológicas da indústria, do “desejo” na saúde. Trata-se de um complexo processo político-ideológico em que devem ser considerados entre outros:

- as estratégias de publicidade das indústrias e dos serviços de assistência privados com as respectivas mitologias construídas em torno disso.
- as experiências prévias desses extratos de contato com o SUS.
- a comparação com os espaços assistenciais garantidos aos mais ricos e poderosos.

Por que então o SUS não é objeto de desejo para esses brasileiros que ascendem socialmente? Por que se disseminou a visão de que o sistema público é um sistema pobre, cheio de problemas, mal administrado, que gasta mal seus recursos etc. Evidente que na base desse processo está a lenta e progressiva asfixia econômico-financeira e tecnológica que reduziu qualidade, ampliou o tempo de espera, restringiu o acesso.

Mas outro olhar pode nos ajudar a entender melhor essa dinâmica. Nos anos 90 do século passado, decidiu-se pela implantação do PSF fortemente baseado no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e concentrando sua cobertura nas regiões mais pobres e com baixa capacidade de atrair profissionais e serviços de saúde. Esta era à época a melhor opção dentro da racionalidade técnica e dos recursos disponíveis. Enquanto esse modelo gradativamente cobria os mais pobres (frise-se que com alta eficácia do ponto de vista de saúde pública), nas cidades médias e regiões metropolitanas a ausência de um modelo desse tipo adequado à realidade urbana abre espaço para o crescimento de modelos centrados na oferta privada de especialistas e da atenção hospitalar. Isto consolida uma cultura que vê a saúde pela ótica médico-tecnológica de ponta centrada no hospital, hegemônica hoje. Aí a racionalidade sanitarista fala para esses extratos urbanos ascendentes: vejam, o PSF é a solução para os seus problemas. Mas, a visão de que a livre escolha de especialistas, máquinas e hospitais é o melhor padrão, já havia fincado raízes profundas. Contruiu-se alguma coisa fora da ordem na saúde brasileira.

Para o SUS se recolocar como opção real, ele necessitaria de uma profunda reconversão que lhe dê nova sustentabilidade econômica, organizacional, política, tecnológica, cultural, clínica e do trabalho em saúde.

Mas isso não significa que não exista nada de novo! Prevalece a razão pessimista? Creio que não. São vários os exemplos:

- A escolar de Gastão Wagner voltada às micropolíticas, tecnologias leves e relacionais, estabelecimento de vínculos, clínica ampliada etc.
- As medidas voltadas ao fortalecimento do denominado Complexo Industrial da Saúde com o estímulo a parcerias entre laboratórios públicos e empresas privadas para a interligação de capacidade produtiva de tecnologias estartégicas para o SUS.



- O programa Aqui tem farmácia Popular com importante impacto dos gastos com medicamentos nas famílias de menor renda.
- As várias experiências voltadas para a introdução de novos modelos de gestão, principalmente o das Fundações Estatais de Direito Privado.

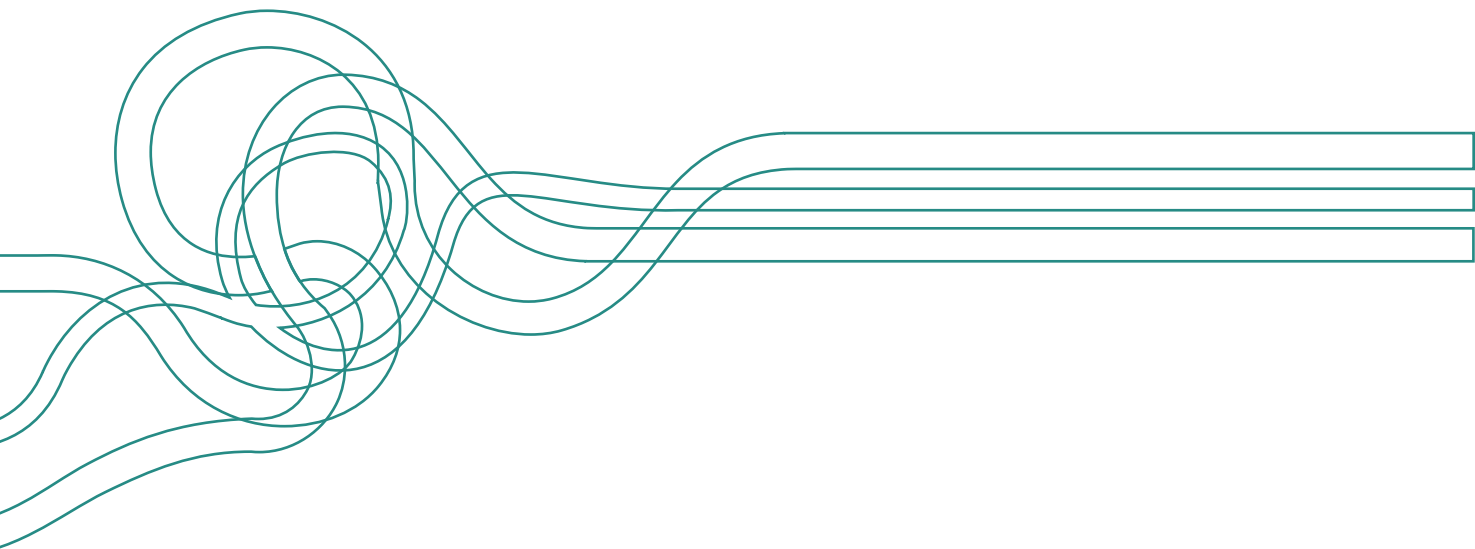
Entretanto, é urgente repensar as relações do SUS com o setor de planos e seguros que hoje já cobre 34% da população.

Mas para onde vai o SUS? Com certeza não irá caminhar guiado apenas pela racionalidade dos sanitaristas e gestores ou pela militância institucionalizada. Talvez por novo modelo que atenda as expectativas de acesso, qualidade e conforto dos brasileiros.

O que fazer para ampliar o grau de consciência política da nação sobre a importância para as futuras gerações de fortalecimento do SUS? Como atender as expectativas e os desejos que surgem desse complexo processo de mobilidade social? São desafios que teremos de enfrentar nas próximas décadas.

# 7

## Síntese dos Debates



O texto que se apresenta a seguir é resultado da relatoria realizada a partir das apresentações e dos debates ocorridos no Seminário. A iniciativa do CONASS procurou desvendar algumas das mudanças significativas no panorama da economia, da demografia e das políticas de saúde contemporâneas no Brasil, além de procurar indicativos de compreensão e resposta a tanto. Entre tais mudanças estão: a mobilidade social e o crescimento expressivo das classes médias nos últimos anos; o crescimento expressivo do mercado privado em saúde, especialmente em relação aos planos de saúde suplementar; a compreensão e a valorização que os brasileiros em geral, mas especialmente uma nova classe média emergente, possuem em relação à norma constitucional da saúde como direito de todos a ser provido por um Estado de bem-estar social, ou para além disso, suas aspirações em relação ao que lhes possa ser oferecido mediante transação econômica dentro do Mercado.

### 7.1 A nova classe média

Não há quaisquer dúvidas sobre as grandes transformações ocorridas, sem precedentes históricos, por que passou a distribuição de renda no Brasil, particularmente ao longo da última década. Isso provocou uma significativa expansão da classe média, gerando daí a expressão “Nova Classe Média”, formada pelos segmentos que até em momento anterior pertenciam à classe baixa.

A expectativa é de que tal segmento continuará em expansão nos próximos anos, passando de 38 milhões de pessoas, em 2002, para 52 e 57 milhões em 2012 e 2022, respectivamente. Esta classe média brasileira, curiosamente, já consome mais que a Holanda ou a Suíça, formando um “país” que é o 12º em população e 18º no consumo, em termos mundiais.

Em termos da distribuição de renda no Brasil na última década, algumas mudanças podem ser destacadas. No crescimento do PIB *per capita* no Brasil, por exemplo, tem-se que os 10% mais ricos o fizeram de maneira próxima à da Suécia; já entre os 10% mais pobres, o ritmo de crescimento se aproximou daquele da China. Verificou-se, também, que o grau de desigualdade na renda no Brasil está em queda progressiva nas últimas décadas, mas especialmente nos últimos 10 anos.

Aspecto a ser lembrado e destacado ainda é o de que, a partir dos anos 1990 do século XX, o Brasil estabilizou sua economia e desencadeou importante processo de reformas estruturais e reorientação da política social. Entre outros desdobramentos, milhões de brasileiros passaram a experimentar uma mobilidade social inédita em termos históricos, que afetou decisivamente a composição de todas as classes. Por exemplo, cada vez mais cidadãos, contados em milhões, passaram a pertencer não mais às classes baixas, mas sim à classe média.

Isso, naturalmente potencializa marcante encurtamento de distâncias sociais e promove difusão do consumo, embora suscite questões do tipo: seus integrantes irão gerar a renda necessária para sustentar os novos padrões? São sustentáveis os índices de expansão dessa nova classe média? A tendência de crescimento é sustentável, de estagnação ou de regressão?

Surgem então, nessa nova classe média, preocupações inéditas, também relativas a dispor ou não de aposentadoria digna, além de sentimentos de insatisfação com a qualidade da saúde, da educação, das ações de governo e de muitos outros serviços oferecidos pelo Estado. A crença na intervenção estatal se mostra presente, mas fica pendente a disposição de se pagarem mais impostos para se obterem tais benefícios. Há também no ar, por parte da classe média, uma inclinação pelo regime democrático como melhor forma de governo, embora partilhe com os demais segmentos da sociedade um sentimento de aversão à política.

No Brasil, como nas democracias contemporâneas, ser de classe média significa valorizar a competição, o mérito, o respeito à liberdade individual, a igualdade perante a lei, ser avesso a risco, valorizar a família e alcançar um nível de renda que a faça sentir que têm nas mãos seu destino econômico. Não obstante, se a classe média tradicional já conquistou casa própria, colocou os filhos em escolas privadas, fez poupança e investimentos e conta com ampla rede de relações, esse segmento emergente, cujas conquistas são recentes, ainda tem de galgar posições. Seu consumo é certamente maior do que o da geração anterior, mas certamente ele acarreta endividamento, por exemplo, com o primeiro imóvel, sendo que ainda não sobra o bastante para constituir uma poupança.

Mas não há dúvida de que o Brasil está diante de algo realmente novo, um segmento social com características próprias e inéditas, como se vê pelos dados seguintes: compõe-se de mais da metade

da população (52% em 2010) e é dominante do ponto de vista eleitoral e econômico, detendo 46,24% do poder de compra total, sendo ainda responsável por 78% do que é comprado em supermercados, por 60% das visitas a salões de beleza, 70% dos cartões de crédito e 80% das pessoas que acessam a internet. Além disso, 68% de seus jovens estudaram mais que seus pais. Enfim, são pessoas que não desejam necessariamente o mesmo estilo de vida das elites, valorizando suas origens, almejando “subir na vida”, viver melhor, consumir mais e, portanto, aprender e se qualificar. Elegem, além do mais, como valores, o respeito próprio, serem aceitos e respeitados, dispõem de segurança para viver, desfrutar da vida, alcançar aspirações. Para eles, a importância do trabalho é patente, mesmo em condições sociais adversas, praticando assim uma “ética do trabalho”.

## 7.2 A DINÂMICA DAS CLASSES SOCIAIS NO BRASIL

Sobre a expansão da classe média, ela foi gerada pela diminuição da classe baixa, tendo havido, além do mais, alguma migração para a classe alta. Assim, enquanto a classe baixa decresceu 21 pontos percentuais, a classe média aumentou em 24 pontos e a classe alta cresceu sete pontos.

Ao contrário de uma imagem às vezes veiculada pelo senso comum, o crescimento da renda da classe média foi fruto, principalmente, da oferta de trabalho formal. Isso configura um processo realmente inclusivo de crescimento, com determinantes bem conhecidos, tais como, políticas públicas adequadas, melhoria de condições econômicas, redução de mortalidade precoce, entre outros.

A “Nova Classe Média” brasileira pode ser definida pelo seu nível de renda, ou seja, com ingresso entre R\$ 1.115,00 e R\$ 4.807,00 por mês. Este segmento passou de 44% da população em 2002 para a 55,05% em 2011, impulsionado pelo crescimento de emprego e renda, inflação baixa e crédito farto típicos deste período. Em números absolutos a classe C atingiu 100,5 milhões de brasileiros em 2011.

As classes de renda familiar mensal imediatamente abaixo da classe C, ou seja, entre R\$ 751,00 a R\$ 1.200,00 ou mesmo abaixo disso, diminuíram sua participação no mesmo período de 96,2 milhões em 2003 para 63,5 milhões. Ao mesmo tempo, a renda dos 10% mais pobres subiu 69,08% e a dos 10% mais ricos cresceu 12,8%. Fator importante nessas mudanças foi o aumento nos anos de escolaridade, responsável por 65,3% do crescimento (de 7,95% ao ano) da renda *per capita* média dos 20% mais pobres no país. Admite-se ainda que um crescimento robusto do emprego formal, duplicado desde 2004, é o principal fator da pujança dessa nova classe média brasileira.

Quais seriam os fatores responsáveis por tal ascensão da classe média no Brasil? O principal deles foi o crescimento da renda, em média de 3,4% ao ano nos últimos dez anos. Além disso, houve também redução da dependência demográfica das famílias com diminuição do número de crianças e aumento de adultos. Devem ser consideradas, também, as transferências de renda pública às famílias, como, por exemplo, acontece com o Programa Bolsa Família e os Benefícios de Prestação

Continuada (BPC), além da previdência rural. Outro fator é o acesso ao trabalho, acompanhado do ganho de produtividade medido, por exemplo, pela remuneração média dos trabalhadores ocupados.

Todavia, a sustentabilidade de tal expansão da classe média pode ser questionada. Como exemplo, na vizinha Argentina, entre 1990 e 2004, a classe média diminuiu de 46% para 34%. Três grupos de fatores estão em jogo na manutenção desse crescimento: o ritmo e a composição do crescimento econômico; a educação, o empreendedorismo e as atitudes em relação ao trabalho; a capacidade de articulação de interesses, de pressão sobre o sistema político e de projeção de uma visão própria de sociedade em termos de objetivos e valores. Do ponto de vista da economia, três pontos afetariam a sustentabilidade do processo: a má distribuição de renda, a não realização de reformas estruturais, além do fato de a mobilidade recente ter dependido amplamente do consumo, e não de novos padrões de organização ou de desempenho na produção.

O fato é que se pode afirmar que a expansão da classe média no Brasil, até agora, pelo menos, resulta muito mais de um sólido processo de inclusão produtiva que de aumentos na cobertura e na generosidade de benefícios assistenciais, o que de certa forma augura sua sustentabilidade futura.

## 7.2.1 A existência de uma “nova classe média” não é unanimidade...

A possível ascensão de parte da população pobre à classe média na última década, como vem sendo defendido por alguns intelectuais e também técnicos do governo, não representa consenso entre especialistas em desigualdade e estratificação social, sem chegar a negar a diminuição da desigualdade social, a redução da concentração da riqueza e a melhoria da renda dos mais pobres. A questão, segundo eles, é que a renda não é o único fator a ser levado em conta. Como diz Eduardo Fagnani, do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), “não se define a classe média pela renda, mas pela posição na estrutura populacional”. Ainda segundo ele, o conjunto da população em ascensão ainda depende muito dos sistemas públicos de saúde, de previdência e de educação e não tem entre as suas despesas, por exemplo, o pagamento de escola particular para os filhos, a manutenção de previdência complementar, o acesso a planos de saúde privados ou o costume de fazer viagens ao exterior.

Em linha semelhante, o sociólogo Jessé Souza prefere chamar a população em ascensão econômica no Brasil de “nova classe trabalhadora” e critica o ponto de vista estritamente econômico que não considera serem “condições sociais, morais e culturais”, repassadas em família, mas que entretanto não permitem a apropriação de hábitos e comportamentos considerados como de classe média.

É criticada, também, a supervalorização de determinadas políticas sociais, como o Programa Bolsa Família, em detrimento da articulação mais acentuada da economia com o social, como ocorreu no governo Lula. Além disso, é destacada a retomada do papel planejador do Estado na coordenação

do investimento público e privado, com políticas fiscais e monetárias menos restritivas, com incremento do crédito e do salário mínimo real, reduzindo assim o desemprego e o trabalho precário. Para a economista Sônia Rocha, ligada ao Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS), foi efetivamente o mercado de trabalho – responsável por 75% da renda das famílias brasileiras – que exerceu o papel fundamental para redução da pobreza e da desigualdade.

## 7.3 O QUE QUER A CLASSE MÉDIA?

Ao contrário da população pobre da classe baixa, que tem de dedicar grande parte de sua atenção à formulação de estratégias de sobrevivência, a classe média dedica sua atenção à visualização do futuro, por meio do desenho de estratégias voltadas à preservação de seus ganhos ou à continuidade do processo de ascensão. Assim se explica, por exemplo, seu reconhecido desejo para o consumo de serviços privados de saúde e educação, com correspondente aumento da demanda pelos mesmos, aliás, um processo já em curso no Brasil. Como exemplo, a porcentagem de pessoas com planos de saúde privados na classe média já é 4,5 vezes maior que na classe baixa. Assim, no caso da saúde, pelo menos a classe média se assemelha muito mais à classe alta que à baixa.

Tomando os casos da saúde e da educação como paradigmáticos, verifica-se que os investimentos em planos de saúde privados são de 71% nas classes A/B, 40% na classe C, 15% na classe D e 10% na classe E; na educação privada estes investimentos são, respectivamente, 54%, 30%, 19% e 12%.

Em relação ao consumo, como um todo, deve ser destacada a relativa vulnerabilidade da classe C em função da instabilidade de seus rendimentos.

Em termos de capital social, valores e projetos de vida, as preocupações em relação às questões sociais e econômicas colocam a saúde em primeiro lugar, variando de 67% nas classes A/B a 54% na classe E, superando a inflação, o desemprego, a falta de moradia e a qualidade da educação. Pode-se inferir que a gravidade que a classe média atribui a essas questões não deriva, necessariamente, de suas próprias carências, mas da percepção de um quadro que aflige mais as classes menos favorecidas, particularmente no que se refere às questões morais e transgressões, tais como violência, corrupção e drogas.

Em relação à confiança nas instituições, 66% confiam na religião, 26% na televisão, 16% nos empresários e 8% nos partidos políticos. A participação em organizações é de apenas 57% das pessoas, sendo mais alta nas classes mais ricas. Na questão das atitudes políticas e postura ante a democracia, os brasileiros, em geral, apoiam o regime democrático, mas manifestam desconfiança em suas instituições como o Executivo, o Judiciário, o Legislativo, os partidos políticos e os serviços públicos de segurança e defesa.

Quanto ao quesito “o que se espera dos governos”, a classe média se posiciona pelo fim da

corrupção, pela redução de desperdícios e pela transferência de novos recursos às políticas sociais, seguidos, mais longinquammente, pela proposta de criação de novos impostos.

### 7.3.1 A Nova Classe Média e a Saúde

Seis de cada 10 brasileiros da classe média acreditam que sua vida melhorou em período recente. Na saúde, menos de 5% da população considera seu estado ruim, sendo que quanto maior a renda maior a percepção de que saúde está bem situada. Na classe média, especificamente, 81% acreditam que sua saúde vai melhorar no próximo ano, da mesma forma que manifestam expectativas na qualidade de sua vida financeira.

A cultura da prevenção não é muito difundida entre os brasileiros, muito menos entre os brasileiros de baixa renda. Verifica-se que as classes A e B buscam a medicina preventiva com muito mais frequência que as demais classes.

As mulheres exercem papel fundamental na família na questão da saúde, pertencendo a ela o atributo de cuidadora das ações de saúde na família, constituindo, assim, um “agente de saúde da família”, por excelência, pois é ela quem faz os filhos e o marido irem ao médico. Além disso, as mulheres afirmam cuidar mais da própria saúde do que os homens.

Outros aspectos que chama atenção são: a informação ainda é uma barreira na prevenção e no tratamento de doenças e, apesar da preocupação com saúde e forma física, maioria das pessoas não pratica atividade física regularmente.

A classe média acredita firmemente que saúde e educação constituem, principalmente, atributos primordiais do Estado. Porém, como consumidora de serviços públicos a classe média não está satisfeita com a qualidade do serviço custeado com seus impostos. Coerentemente, acredita no voto como ferramenta de poder sobre o Estado, o que se confirma pela afirmativa “o meu voto pode melhorar a política brasileira”, presente em quase 70% das respostas. A afirmativa “prefiro mais uma ditadura competente que uma democracia incompetente” representa praticamente a metade das respostas. O resultado disso é a exigência de Estado cada dia mais eficiente, a garantir a qualidade na prestação dos serviços públicos e a própria manutenção da democracia brasileira.

A avaliação do sistema de saúde pelos brasileiros mostra que a categoria “péssima” obedece a gradiente no qual tal avaliação é mais alta na classe alta, seguida pelas classes média e baixa, respectivamente. Em relação ao trabalho dos hospitais públicos, dominam como fatores negativos o tempo de espera e a falta de médicos ou o não cumprimento de horários por eles. Quando os hospitais públicos são comparados aos privados, contudo, a tal quadro se altera significativamente, mostrando, estes últimos desempenho bem melhor quanto tais aspectos.

O uso de planos de saúde é naturalmente maior na classe alta, seguida de longe pela média e

baixa, com a proporção de planos empresariais dominando nos segmentos mais baixos, ao contrário da classe alta, que tem planos principalmente individuais.

É generalizada a crença de que a privatização da saúde é algo necessário, mas com diferenças entre classes, sendo predominante na baixa e na média. O mesmo ocorre quando está em questão a possível “injustiça” do acesso diferenciado, mediante contribuição igualitária, daqueles que utilizam muito os serviços públicos e os que quase não os utilizam.

Algumas visões da sociedade sobre questões ligadas ao campo da saúde podem ser destacadas: (a) a prevenção é considerada importante, sendo mais valorizada entre os membros das classes baixa e média; (b) sobre as vantagens do parto normal sobre o cirúrgico, sua valorização é equilibrada nas três classes; (c) o uso de tabaco é mais expressivo na classe baixa, seguida da média e da alta; (d) a prática de esportes tem distribuição inversa, sendo mais frequente na classe alta; (e) a perda de dias de trabalho por doença em período recente é mais expressiva na classe alta, seguida da média e da baixa.

É certo que o emprego está puxando o crescimento econômico e a geração de renda no país, apesar de que a maior parte da classe média ainda não possui plano privado de saúde, embora já represente 51% da população com plano de saúde no Brasil. Alguns dados de um panorama em mudança se destacam: em geral, quanto menor a renda, mais recente foi a contratação de plano de saúde; em uma década, as famílias brasileiras tiveram aumento de 54% nos gastos com saúde; a proporção entre o gasto com remédios e serviços se inverteu no mesmo período.

Sabe-se que atualmente aproximadamente 25% dos brasileiros têm plano de saúde. Destes, que somam quase 50 milhões de pessoas, cerca de 21 milhões ainda usaram o SUS ao menos uma vez após adquirir o plano. Além disso, 19% (9,3 milhões de indivíduos) precisaram de atendimento médico nos últimos quinze dias, sendo 16% no setor público e 84% no privado.

Assim, em síntese, alguns desafios estão colocados no cenário da saúde na perspectiva da nova classe média brasileira. Entre outros, podem ser citados: o aumento de adesão aos planos privados de saúde influencia os serviços públicos e traz novos desafios de regulação do setor; o fortalecimento do cidadão por meio do aumento da renda e da escolaridade impacta os serviços públicos de saúde exigindo novo padrão de atendimento; os órgãos gestores de saúde devem desenvolver políticas públicas que interfiram nos hábitos saudáveis e na prevenção e promoção da saúde.

### 7.3.2 Para onde vai, afinal, a classe média?

No lado argumentativo mais alinhado com a defesa do SUS e recusa da expansão descontrolada da saúde suplementar, aponta-se, no atual debate, a tendência a uma simplificação da qual se deve fugir, aquela que diz “se cresce a nova classe média então é fatal que haja o crescimento da pri-



vatização na saúde”. Isso, longe da possibilidade de dar solução real aos problemas atuais do sistema de saúde, com a suposta migração para os planos privados de saúde dos segmentos médios antes excluídos, tornará o SUS apenas um sistema pobre para gente pobre. Um paradoxo, então, se estabeleceria: o que é bom para o Brasil seria nefasto para o SUS? Ou seria exatamente o contrário disso?

Aponta-se, dentro de tal linha de pensamento, que não resta mais dúvida, nos vários estudos nacionais e estrangeiros realizados sobre o tema da privatização da saúde, de que os atributos individuais e os determinantes sociais e econômicos estão comprovadamente correlacionados com o estado de saúde das pessoas, além de também interferirem nas relações entre médicos e seus pacientes. Mas é bom lembrar, como síntese explicativa, que não são exatamente os indivíduos, mas sim as instituições (e em seu contexto a legislação vigente) que determinam a configuração real dos sistemas de saúde. Desde o final do século XIX sabe-se da existência de gradiente socioeconômico que se estende de cima para baixo das categorias sociais e não apenas de um limiar que separa ricos de pobres em relação ao processo saúde-doença. Assim, moradores mais pobres, vivendo em áreas degradadas, são sempre mais propensos a um pior *status* de saúde do que segmentos populacionais igualmente despossuídos que vivem em regiões mais abastadas.

Na outra linha argumentativa, apontam-se os dados atuais de que a saúde suplementar já oferece cobertura para quase 50 milhões de brasileiros, gerando novo padrão de consumo de serviços de saúde no país, com impacto positivo potencial sobre a saúde da população beneficiária. Como pano de fundo, a constatação de que o Brasil passa por profundas mudanças sociais, movidas por questões especificamente demográficas, tais como menor fecundidade e maior longevidade, que elevam a proporção de idosos na população, além de políticas e econômicas. Tem-se, assim, como resultados, o progressivo esvaziamento das classes mais baixas e sua migração para o segmento médio, tendência cuja continuidade dependerá de muitos fatores, sem impedimento que as mudanças demográficas citadas persistirão.

Assim, os milhões de brasileiros assim incorporados aos mercados consumidores, com destaque para os serviços e produtos de saúde, deverão exercer forte pressão sobre a infraestrutura de saúde, levando a uma expansão de sua capacidade, já se demonstrando que existe disposição para investimentos nesse setor. Cabe, assim, ao governo, desamarrar os entraves burocráticos para que iniciativas desse tipo se consolidem em curto espaço de tempo. A classe média vai para o consumo, inclusive na saúde, alertam os defensores de tal posição.

Os defensores da primeira corrente apontam questões ligadas à dinâmica das classes sociais, classes de renda e a prática médica, que variam de acordo com o *status* socioeconômico dos pacientes, com especial destaque para as conhecidas lacunas de comunicação e compreensão na relação entre médicos e pacientes, sabidamente mais intensas em relação aos segmentos de menor renda e escolaridade. Bom indicador relativo a tais discrepâncias seria a diferença acentuada da renda dos médicos quando comparada à renda dos trabalhadores em geral. O que está em jogo e deve ser res-

peitado é o direito constitucional à saúde, ponderam os opositores da posição acima.

Aponta-se, nos dois lados, um cenário que exigirá maior “empoderamento” do consumidor em relação a seu maior acesso à informação, suas aspirações, bem como de maior consciência de seus direitos e disposição para fazer valê-los.

Mas o setor que defende os planos de saúde é mais enfático em relação ao fortalecimento ou “empoderamento” dos consumidores, que deve também corresponder uma maior responsabilização dos indivíduos, para ponderar em que medida a sua ação afetaria a terceiros. Objetivamente, ao maior poder do novo consumidor deve ser adicionada maior responsabilidade, sobre suas ações com relação a sua própria saúde e sobre suas atitudes diante dos demais, por exemplo, atitudes favoráveis à sustentabilidade do sistema e à melhoria de hábitos de vida. O pressuposto assumido é de que consumidor que despreza ou ignora as manutenção de sua saúde causa danos não só a si próprio, mas a todos aqueles que coletivamente concorrem para a reparação e recuperação da saúde, dentro de um sistema de repartição de responsabilidades e recursos, no qual muitos contribuem para que aqueles que necessitem possam utilizar o benefício proporcionado pela coletividade. Esta lógica mutualista permearia também o SUS, de forma ainda mais ampla do que nos sistemas privados.

## 7.4 SAÚDE COMO OBJETO DE CONSUMO E DE DIREITO

É lembrada a forte associação entre crescimento econômico e ampliação da saúde suplementar. Os defensores do sistema suplementar argumentam que o crescimento da renda das pessoas e das instituições viabiliza a satisfação daquilo que representa um desejo de todos: ter acesso ao plano de saúde, objeto que passa a ser incorporado no planejamento real e financeiro das famílias. Não é por outra razão que a taxa de crescimento do número de beneficiários da saúde suplementar antecede e supera o crescimento do próprio PIB.

Quanto às críticas que o sistema de saúde suplementar costumeiramente recebe, argumentam seus defensores que a sociedade tem acesso a informações que não lhe são oferecidas de forma completa, reforçando-lhe a percepção de que a infraestrutura de atendimento da assistência médica neste campo (demoras nos atendimentos, tempos de espera nas emergências, dificuldades de conseguir leitos de internação, por exemplo) não acompanha o ritmo do crescimento do número de beneficiários, admitindo-se que não faltam evidências empíricas que dão suporte a tal percepção.

Assim, os defensores da saúde suplementar argumentam que a ascensão de milhões de pessoas das classes mais baixas ao mercado consumidor de saúde, como vista atualmente, gera expansão da capacidade e de resposta, mas não na velocidade desejável. Entendem que tal fenômeno precisa ser percebido e entendido como permanente para que se tomem as devidas decisões de investir, dentro de um processo de maturação de investimentos que está longe de ser imediato, valendo isso

tanto para o setor público como o privado. E que neste quesito o Estado tem papel fundamental, de flexibilizar a regulamentação de tal subsetor e financiar mudanças, por exemplo.

Não escapa à argumentação dos defensores da saúde suplementar, ainda, que as taxas *per capita* de utilização de procedimentos no público e no privado mostram contrastes considerável monta. Assim, os planos de saúde realizam 5,39 internações cirúrgicas para cada 100 beneficiários, os dependentes do SUS têm esta cifra em nada mais do que 2,87. A desigualdade é ainda maior na cirurgia bariátrica, nas ressonâncias magnéticas e nas tomografias computadorizadas, procedimentos em que os dados das filiais da Fenasaude estão entre os mais expressivos do mundo.

A discussão dos atributos do consumidor é peça forte na argumentação dos defensores da saúde suplementar, enquanto a defesa do outro lado apela mais às noções de direito e de cidadania, nos termos da Constituição Federal. Disso resulta uma argumentação mais substancial, pelo menos em termos de volume, entre os que defendem a opção privatizadora.

Por consequência, são reclamadas novas opções de políticas e ações voltadas para a conscientização do consumidor, quer no SUS ou na Saúde Suplementar. Este novo consumidor, independentemente de ser idoso ou jovem, deve dedicar preocupação crescente aos hábitos de vida e ao impacto que suas escolhas provocam em si mesmo e nos demais membros da coletividade. Caberia, assim, aos gestores dos sistemas de saúde assumir a importante tarefa de informar cada vez melhor ao público de novos consumidores e chamá-los à reflexão sobre a adoção de hábitos mais saudáveis de vida e sobre as suas consequências tanto em termos individuais quanto sociais.

Assume-se, dessa forma, que a longevidade e a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar depende, em grande medida, de certas mudanças de comportamento que sejam fruto de maior responsabilização dos indivíduos e da melhoria da informação, com implicação, também, nos custos, para que todos fiquem cientes da tendência inexorável do crescimento dos mesmos.

Ainda no plano da responsabilidade individual, enfatiza-se que, além da adesão a hábitos saudáveis, as pessoas devem ser mais previdentes em relação ao futuro. Assim, em face dos custos crescentes da assistência e tendo consciência de que a renda cai na inatividade, o indivíduo poderia e deveria formar reservas voltadas para ajudar a custear sua saúde ou as mensalidades de seu plano na inatividade. Para isso, sugere-se que o Governo deveria permitir o desenvolvimento de produtos que acoplassem de alguma maneira a previdência e a saúde em planos a serem comercializados no futuro, o que poderia se converter em instrumento de maior responsabilização das pessoas para com o futuro de sua saúde e previdência, com a vantagem adicional de permitir a formação de poupanças de longo prazo, que é algo de que o Brasil revela-se muito carente.

## 7.4.1 Consumo, mas de que tipo?

É também consensual o fato de que o Brasil atravessa um período de inclusão acelerada de pessoas na chamada sociedade de consumo. Com o aumento do poder aquisitivo, fruto da estabilidade econômica e com crescimento das rendas e emprego, a fronteira de possibilidades de consumo dos brasileiros se ampliou de forma significativa. Bens e serviços antes inacessíveis mesmo à classe média passaram a compor a cesta de consumo habitual.

Argumenta-se que, ao ascender socialmente, as pessoas intensificam seu consumo, especialmente aquele referente a serviços e produtos de saúde, entre eles os planos e seguros. Destaca-se a atualização virtualmente instantânea de suas aspirações com aquelas mundiais, pelo acesso facilitado a tudo que se passa globalmente. As evidências empíricas demonstram que, na medida em que as rendas das pessoas ou sociedades crescem, frações maiores dela são naturalmente destinadas aos serviços e produtos de saúde. Essa é uma realidade em todos os países do mundo e vem sendo observada durante décadas. Pode ser considerado totalmente natural que as pessoas desejem ter um melhor estado de saúde e invistam frações crescentes de sua renda nisso, na medida em que vão satisfazendo seus desejos de consumo por bens materiais, até porque uma boa saúde é condição para se desfrutar dos objetos e desejos de consumo. São novas tendências universais, que precisam ser percebidas e entendidas como permanentes, para motivar os respectivos investimentos, públicos e privados, que por sua vez demoram a maturar.

A autoavaliação do estado de saúde, hoje tão valorizada nas pesquisas de opinião, também está relacionada ao nível de renda familiar, dentro de uma correlação direta: maior renda, melhor autoavaliação do estado de saúde. Isso aparece como produto da maior utilização e acesso aos serviços de saúde, bem como do maior grau de informação que as pessoas adquirem, tanto maior quanto maior for sua classe de renda.

O que significa, então, consumir um plano de saúde? As pesquisas de opinião indicam que ter plano de saúde constitui o segundo objeto de maior desejo da classe média, depois da casa própria. O plano de saúde passa a ser visto como uma das formas de acesso aos serviços de saúde, especialmente para os casos de doenças muito graves, com custos de tratamento que podem liquidar o patrimônio de uma família.

E assim, esse novo consumidor de planos de saúde será crescentemente mais idoso, em razão de sua maior longevidade, do sexo feminino, do setor de serviços e comércio (por seu desempenho econômico mais expressivo nos anos recentes). Mas acima de tudo, mostrar-se-á com maior proteção legal e regulatória, além de mais bem informado e disposto a cobrar seus direitos. A contrapartida que dele se espera é uma maior responsabilidade com o uso dos recursos. Assim, a adoção de hábitos saudáveis e o uso responsável dos recursos médicos parecem ser os canais de comunicação e de compatibilidade entre o “empoderamento” crescente do consumidor e a sustentabilidade econômica do sistema.

Como aspecto negativo, constata-se que nem sempre as expectativas do consumidor correspondem estritamente ao previsto na regulamentação e nos contratos com os planos de saúde. O consumidor, afinal, deseja aquilo que obtém do acesso virtualmente instantâneo pela internet, de informações geradas em todo o globo, ou seja, geralmente aspira às últimas novidades tecnológicas anunciadas nos meios de comunicação, mesmo que nem sempre acompanhadas da necessária comprovação de eficácia e custo-efetividade. Tal tipo de aspiração, lamentavelmente, pode entrar em conflito com a renda disponível para custeá-la, sem impedir que isso deixe de afetar sua trajetória. Nada mais natural, enfim, que as pessoas desejem o acesso a cada nova tecnologia que promete reduzir sofrimento, encurtar tempos de recuperação e, no limite, prolongar e dar maior qualidade à vida. Compreensivelmente, para tanto os pacientes costumam não medir os custos, que na vida real são impactantes.

Isso, mais uma vez, vale tanto para o setor privado como para o público. A diferença é que no privado a distância entre quem paga e quem consome é mais curta (e mais visível) do que no público...

## 7.4.2 Dinâmica e tendências do mercado de saúde suplementar no Brasil

Segundo dados da ANS, tem havido um crescimento sustentado do número de beneficiários da saúde suplementar. Entre 2003 e 2011, esse crescimento varia entre 2,1% a 5,7% com um pico de 8,4% no ano de 2010, o que pode ser explicado pelo alto crescimento do PIB naquele ano. Tal crescimento obedeceu à seguinte ordem: cooperativas médicas, 43%; medicinas de grupo, 22,1%; filantrópicas, 16,6%. Além disso, entre 2000 e 2010, a taxa de crescimento da população, 12,3%, foi bem menor do que a do aumento do número de contratos de planos de saúde, 48%.

O total de beneficiários cadastrados na saúde suplementar era, em 2008, de 40,9 milhões de beneficiários, sendo 74,2% com planos novos e 25,8% com planos antigos. Em relação ao número de operadoras havia 1.867 operadoras. O exame da titularidade dos planos de assistência à saúde em relação aos contratos novos mostra que, no mesmo ano, os planos individuais e familiares representaram 22,7% e os planos coletivos, 77,3%.

A importância do mercado de saúde suplementar no complexo industrial da saúde pode ser medida pelo volume de seu faturamento que, em 2008, foi de 60 bilhões de reais. Esse volume atingiu 85 bilhões de reais em 2011, volume que pela primeira vez supera os gastos federais com o SUS. A estrutura de gastos mostra gastos elevados em despesas administrativas, na média 17,43% (variação de 8,3% nas seguradoras a mais de 60% nas filantrópicas), sendo maior nas operadoras de pequeno porte do que nas grandes. Cabe ainda lembrar que o valor médio dos planos de saúde variou de R\$ 73,00 nas medicinas de grupo e filantrópicas, R\$ 104,00 nas cooperativas médicas e R\$ 154,00 nas seguradoras.

A Lei n. 9.656/1998 inaugurou nova fase no mercado de assistência privada à saúde, ao instituir um marco regulatório que tem como uma de suas principais características a garantia da cobertura assistencial a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças da OMS.

Como movimento recente, a ascensão das classes C e D ao mercado de consumo vem forçando a oferta de planos de saúde com preços mais acessíveis. Isso está em sintonia com a percepção social das deficiências do SUS (dificuldades de acesso a consultas e exames, filas e tempos de espera longos). Assim, a publicidade de novos produtos das operadoras, com preços mais baixos, vem atraindo novos consumidores para a saúde suplementar. Disso decorre que, em médio e longo prazo, o movimento de incorporação crescente de novos consumidores pressionará um sistema que tem limites para o incremento constante da oferta, o que pode trazer problemas em contratos de longa duração, prevendo-se, por exemplo, que problemas de acesso aos serviços do SUS podem se repetir na saúde suplementar, especialmente para os planos destinados às classes C e D.

A “financeirização” do setor dos planos de saúde é outro fenômeno preocupante, ao potencializar as distorções e a inversão de cifras entre o gasto público e o privado no setor saúde. A Resolução n. 195/2009, por exemplo, incentiva a criação de planos privados coletivos de assistência à saúde por adesão, destinado a pessoas que mantenham vínculo com entes jurídicos de caráter profissional, classista ou setorial. Bom exemplo de tal processo é a formação da empresa Qualicorp, inserida em tal segmento, que vem obtendo taxas de crescimento e lucratividade expressivas nos últimos anos.

Outro aspecto preocupante é o desenvolvimento de uma verdadeira “filantropia lucrativa estatal”, no setor hospitalar e de alta complexidade, principalmente no âmbito dos grandes centros urbanos do país. Cabe destacar também visível estratificação institucionalizada entre os diversos componentes da saúde suplementar, com liderança do setor referido acima, seguido das seguradoras, das autogestões, das medicinas de grupo, cooperativas médicas e filantropias tradicionais. Em tal *ranking*, o SUS ocupa um modesto último lugar, com diferença de valores de quase 20 vezes em relação ao primeiro da lista. Nessa situação, torna-se forçoso fazer comparações com a pátria-mãe dos seguros de saúde, os EUA, onde o gasto *per capita* com saúde é da ordem de \$8.680,00. Mas neste país, ao contrário do Brasil, os gastos públicos com subsistemas sociais (Medicare e Medicaid) são superiores àqueles dos clientes de planos privados.

Estudos têm demonstrado diferenças de custo para as pessoas, com potencial prejuízo para a classe média. Serão mais agravados financeiramente, por exemplo, os que detêm mais renda, escolaridade e idade, e também mais os homens do que das mulheres. Um desses estudos identificou que serão afetadas as gerações mais jovens e mais propensas ao desemprego e ao trabalho não especializado. O custo sobe também para determinadas condições, como idosos fumantes, com hábito de beber e é naturalmente mais oneroso quando se trata do acesso a tratamentos privados e no uso por indivíduos com maior nível educacional e renda que buscam manterem-se saudáveis.

Fator agravante é que as empresas de planos de saúde costumam não inspirar confiança e respeitabilidade à sua clientela, devido aos seus elevados custos administrativos e de *marketing*, bem como a prática frequente de negação de cobertura a seus associados.

Algumas estratégias de inovação vêm permeando este mercado, por exemplo, no que tange à comercialização e às características das coberturas dos planos de menor preço, considerando que um reconhecido elemento estruturante do mercado brasileiro de planos e seguros de saúde é a estratificação da demanda e da oferta segundo parâmetros da hierarquia sócio-ocupacional. Afirma-se, assim, uma estratégia de diferenciação dos planos, decalcada nos níveis executivo, gerencial e operacional das empresas empregadoras, baseando-se no desenho de planos e seguros diferenciados quanto à amplitude da liberdade de escolha, acomodação hospitalar e preços.

A associação entre planos de menor preço com prestadores de menor porte e complexidade é outra das estratégias em curso. As empresas de saúde suplementar credenciam um conjunto numericamente importante de prestadores de serviços de saúde (médicos, unidades de diagnóstico e terapia e hospitais que estão simultaneamente vinculados às redes pública e privada). Nesse campo, as empresas e os produtos de menor preço tendem a constituir suas redes assistenciais com prestadores de menor porte quase sempre com uma complexidade assistencial aquém das necessidades de saúde.

Embora essas condições estruturais da rede hospitalar não possam ser automaticamente transpostas para as unidades de diagnóstico e terapia, nem tampouco para os profissionais de saúde, os planos de saúde de menor preço buscariam se viabilizar por meio de incentivos, bem como pela revitalização de empreendimentos de saúde modestos em termos de densidade tecnológica e porte, cujos preços de remuneração e condições de acesso e utilização de serviços são compatíveis com a expansão do mercado para os segmentos C e D.

Surge, assim, a estratégia que vem merecendo destaque e preocupações nos dias atuais, considerando a possível existência de uma mobilização do próprio Governo Federal neste sentido, traduzida pela ampliação da clientela dos planos de saúde entre a população de baixa renda. Seu pressuposto é o de que o setor de saúde suplementar tem no Brasil muito espaço para crescer, estimando-se que seria possível chegar a 100 milhões de usuários, o que significaria alcançar uma cobertura de 50% da população.

Iniciativas voltadas para a coparticipação também são cogitadas, o que representaria, supostamente, algo mais eficiente e justo, pois desestimularia, mediante cobrança de taxas, as idas desnecessárias aos consultórios médicos. Em tal sistema, para cada real pago pelo cliente, o plano economiza três, o que significa que, ao se aumentar a produtividade, é possível melhorar o atendimento sem aumentar custos.

### 7.4.3 O papel do Estado

O Estado não é, definitivamente, um ator alheio e externo ao fenômeno da exclusão e da desigualdade e formação de gradiente socioeconômico a separa as classes sociais. Da mesma forma, não existira qualquer neutralidade sua em face do crescimento constatado na oferta de planos de saúde a segmentos cada vez maiores da população.

No Brasil, por exemplo, o Estado teve fundamental importância na formação dos hospitais, das escolas médicas, do complexo industrial sanitário e de tudo mais que se relaciona com a saúde da população, com todas as consequências que isso tem na distribuição pouco igualitária de tais benefícios à população mais pobre. Assim, a história mostra que aqui, ao contrário do que ocorreu em países europeus e nos EUA, a estratificação de classes se transpôs, sem sofrer adaptações, à organização do sistema de saúde, por exemplo, na imposição de critérios excludentes para o exercício da medicina, na escolha de membros da elite política e empresarial para ocupar cargos do setor etc.

Soma-se a isso a intervenção da Previdência Social estatal, ao longo dos anos 1970, que internalizou nas filantropias da saúde, pelo menos, as diferenças entre classes sociais. No entanto, foram justamente os hospitais filantrópicos e beneficentes que passaram a ocupar papel proeminente na assistência à saúde, pelo fato de serem os únicos estabelecimentos com internação em muitas cidades e também pelos incentivos decorrentes da isenção de tributos, ou mesmo pelos repasses diretos de recursos públicos. O Estado pode e deve ser parte da solução, mas historicamente tem sido também parte da criação do problema.

No sistema brasileiro de saúde, a gestão é, pelo menos nominalmente, estatal. O SUS é, de fato, uma máquina extremamente complexa, configurada como sistema universal de saúde formalizado em legislação. Ele, sem dúvida, tem avançado a passos largos na extensão do acesso a população brasileira e disso vários exemplos podem ser oferecidos. Seus sucessos, entretanto, embora representem rupturas com o padrão pretérito de discriminação, não foram suficientes para reverter o padrão estratificado e segmentado do sistema de saúde anterior ao SUS.

Mas mesmo com todos os sucessos, após 25 anos da Constituição de 1988, constata-se ainda um quadro de “implementação mitigada” do SUS, seja por seu financiamento insuficiente, pela inadequação das instituições frente a novos modelos de organização, pelo profundo descrédito das autoridades políticas no fortalecimento da saúde pública como vetor de desenvolvimento social. A onda neoliberal, ao varrer as políticas sociais universalizantes da agenda pública internacional, não poupou o SUS. Durante os anos 1990, o ideário que concedeu às políticas de transferência de renda, o *status* de única política social, concedeu à saúde pública o papel de mero coadjuvante no alívio da miséria.

O resultado de tudo isso é previsível. Nos últimos 20 anos a extraordinária expansão da oferta e da demanda por planos privados de saúde foi claramente apoiada por políticas públicas, como a concessão de créditos e empréstimos por bancos públicos e pelo BNDES para hospitais particulares,



o que acentuou a fragmentação da rede assistencial e se contrapôs objetivamente às tentativas de universalização e coordenação racional da rede de serviços existente.

Mesmo nos oito anos de governo Lula, os planos privados foram aquinhoados visivelmente pelo Estado brasileiro, por exemplo, com a introdução de novos critérios para a concessão do certificado de filantropia; com a criação de fontes extras de recursos (a “Timemania”, por exemplo, que destina parte de sua arrecadação a entidades hospitalares sem fins econômicos); com o parcelamento de débitos tributários; com a redução da alíquota da COFINS, de 7,6% para 3% para os estabelecimentos privados de saúde; com a manutenção da dedução de impostos e contribuições sociais para profissionais de cooperativas e associações médicas e ainda com a alteração de artigo da Lei n. 8.122/1990 (Regime Jurídico Único), abrindo a possibilidade de assistência ao servidor mediante auxílio ou ressarcimento de gastos com planos ou seguros privados de assistência à saúde. Em toda a década passada, além do mais, chama atenção o crescimento diferenciado dos gastos públicos em saúde, em termos populacionais gerais e com os segmentos beneficiados com planos contratados de saúde, mantendo os primeiros sempre um patamar inferior aos segundos.

## 7.5 Debates: as manifestações da plateia

Admite-se que o encontro presente reúne uma “inteligência sanitária” que precisa ser apoiada e fortalecida mais ainda, com destaque para a importância do ator político chamado CONASS na história do SUS e no momento atual. Deve-se procurar uma agenda mais realista, menos ideológica, mais estratégica, permanente e abrangente para a discussão aqui proposta. A questão de para onde vai, de fato, a assistência à saúde na classe média, dependeria de formulação política e social mais ampla e abrangente, não dos desejos individuais ou mesmo coletivos. Da mesma forma, o debate não pode ser restringindo apenas a dar mais para os mais pobres, mas igualmente para todos. Alerta-se que o aumento da renda e a melhoria das condições sociais não deverão empurrar, necessariamente, o sistema de saúde para mais privatização nem para o consumismo em saúde.

Conclama-se que a razão ideológica deva ser pesada no embate com as evidências verdadeiramente científicas nos argumentos pró e contra a saúde suplementar ou o sistema público de saúde, bem como as relações existentes entre eles. Este é um dilema a ser enfrentado não só no presente debate, como em quaisquer outras circunstâncias.

O sucesso dos planos de saúde possuiria razão direta com a ineficiência do SUS? Melhorar o desempenho do sistema é a grande questão em pauta. Nesse aspecto, uma pergunta que não se cala é: o que se pode oferecer, no SUS, para cativar a nova classe média, além de parcelas maiores da sociedade brasileira? Para tanto, não se pode deixar de lado a questão da comunicação com a sociedade, como o CONASS já vem fazendo, não só com o presente debate como em outras iniciativas.

Assim fica claro que a sociedade deveria ser mobilizada na defesa do SUS como um patrimônio nacional, o que certamente não ocorre na prática. Cabe a questão: para além do consumo puro e simples, como promover tal adesão? Saúde é algo que não pode ser reduzida a mero bem de consumo.

Quanto ao que se espera do SUS, caberia ao sistema ter mais clareza sobre quais segmentos populacionais deseja atingir de fato e com que categoria de serviços. Assim, é importante uma reflexão crítica permanente sobre a questão da qualidade do atendimento no sistema público, que sabidamente deixa a desejar. Por consequência, é necessário definir, também, o que pode e deve ser feito pela saúde suplementar, além do Estado, reservando ao cidadão o direito de fazer suas escolhas, admitindo-se, além disso, o que o momento histórico vivido pelo País é inédito e especial, com crescimento econômico associado à redução de desigualdades, constituindo assim a famosa “divisão do bolo”, que parece finalmente acontecer.

Lamenta-se que o “núcleo duro” do governo, formado pelas áreas de economia e planejamento, tem sido, ao longo das últimas gestões federais, pelo menos, ostensivamente hostil ao SUS. Assim, questão que não pode ser deixada de lado na presente discussão é a do (sub) financiamento do SUS, lembrando-se que 90% dos recursos públicos no Brasil vão hoje para pagamento de juros, salários e manutenção da máquina, sobrando efetivamente pouco pra a saúde e para a educação. Na discussão entre a suposta contradição entre “mais gestão *versus* mais recursos”, é consensual a expectativa de que não se pode abrir mão do incremento destes últimos, sem impedimento de que aquela seja aprimorada cada vez mais.

A discussão sobre as escolhas em saúde, por parte da classe média especialmente, adquire especial relevância no momento atual. Neste aspecto, admite-se que a chamada nova classe média não seria propriamente reacionária, mas apenas conservadora, o que a impeliria para o tipo de solução que se delineia no horizonte atual, qual seja a de recorrer ao setor privado quando a saúde está em pauta. Mas entra no cenário, também, o argumento de que o crescimento da classe média não pode representar, em si, um condicionante de mais privatização na saúde. Antes, o caminho de tal classe dentro de tal setor seria muito mais uma opção a ser ditada pelas políticas públicas. Assim, não há dúvida, ainda, que a equação da sustentabilidade do SUS deve ser revista à luz do extraordinário crescimento de demanda que se vê na atualidade. Nesse sentido, admite-se como legítima a escolha privada por parte da nova classe média, considerando que existe uma crença generalizada entre os membros deste segmento social de que isso agregaria valor à sua qualidade de vida.

Tema que deveria ser contemplado no presente debate é o da “alteridade”. Com efeito, como reagir contra o crescimento da saúde suplementar no país quando se é, particularmente, detentor de um plano, como talvez ocorra com muitos aqui presentes? Isso representa um sério dilema, a ser encarado pelos que possuem tal perfil, neste e em outros cenários.

Ainda no campo das contradições, constata-se que existe, nas entidades públicas, um conflito entre ação e pensamento quando está em foco a saúde suplementar. Quando se trata do desvio re-

presentado pelo possível subsídio conferido aos servidores públicos em termos de saúde suplementar, aponta-se que os dados concernentes a tanto não são de todo conhecidos, embora o fato seja muito apregoado. Em relação aos estados e municípios, por exemplo, a realidade pura e simples é de que não se dispõe de informações. Mesmo nas empresas estatais federais, essas cifras não seriam tão grandes quanto se diz. De toda forma, surge a recomendação de que aos fundos de pensão de empresas públicas seja vedado fazer investimentos em empresas de saúde suplementar e que a supressão de subsídios por parte do setor público à saúde suplementar seja determinação taxativa.

No campo das relações entre o público e o privado, deplora-se que exista um padrão cultural limitante, por parte dos empresários brasileiros, em face das discussões e do eventual desenvolvimento de parcerias entre o público e o privado, e isso tem se constituído como especial fator limitante ao avanço de propostas no campo da saúde. Do lado oposto e como contrapartida, aponta-se a existência de fortes preconceitos e tratamento dos empresários como verdadeiros “vilões”, o que deveria ser arrefecido para que o diálogo prospere. Alerta-se, ainda, para o fato de que os empresários da saúde, no Brasil, não costumam dialogar com o setor saúde nos governos, mas sim com as áreas da economia e da regulação.

De toda forma, é consensual a proposta de que se devem envolver, nas discussões sobre saúde suplementar e suas relações com o setor público, novos atores, entre eles os empresários. Mas é necessário que tal debate seja ampliado, por exemplo, para avançar além do componente meramente assistencial, como é o caso da promoção da saúde, que tem sido um tema negligenciado. Assim, entre os novos temas que se impõem, estão não só a promoção da saúde como a qualidade de vida em geral. Dentro disso, a questão de custos e benefícios de práticas diferenciadas como as citadas acima importa muito e deve ser considerada.

A questão da renda dos contratantes de planos de saúde suplementar é aspecto essencial do debate, um dilema que deve ser resolvido mediante políticas públicas específicas, pois não é possível afastar a necessidade de um desejável equilíbrio financeiro para os prestadores. Assim, por exemplo, a representação da saúde suplementar propõe enfaticamente que deva haver diferenciação de preço, em função da maior facilidade de acesso de usuários, aceitando isso como prática não só legítima como ética.

Não são poucos os desafios que permeiam o cenário dos rumos da classe média na saúde, em cenários futuros no Brasil. Por exemplo, como tem se dado, contemporaneamente, a dinâmica da mobilidade social de crescimento da classe média, seja nos países emergentes ou no Brasil em particular. As apresentações e os debates do presente Seminário, sem dúvida, permitiram ampliar o conhecimento sobre os vários critérios que permitem a categorização dos diferentes estratos de classes no Brasil, tendo como pressuposto um conceito mais apurado a respeito de o que é classe média e quais seriam os valores mais significativos para tal estrato social, em si mesmo e na sua diferenciação com as demais classes.

Foi possível categorizar, também, a dinâmica das classes sociais brasileiras, particularmente no decorrer da última década, mostrando crescimento das classes A, B e C, além da queda das classes D e E. Foram abordados cenários relativos à maneira como tal dinâmica se comportará nos próximos anos, particularmente em relação à potencialidade de que o crescimento da classe C seja sustentável em tal período e mesmo além dele. Foram assim destacadas algumas variáveis importantes na sustentabilidade do referido segmento, citando-se, entre outros fatores, a educação, o emprego, a renda do trabalho e o acesso ao crédito, sem impedimento de que outros tópicos críticos possam vir a ameaçar tal sustentabilidade.

Mostraram-se evidências empíricas de que a classe média brasileira valoriza a presença do Estado na prestação de serviços sociais como educação, saúde, seguro social, assistência social e saneamento. Pairam dúvidas, todavia, se ela estaria disposta a pagar mais impostos para ter esses serviços. Foram identificados e categorizados, ainda, alguns componentes de um sistema de valores da classe média em relação à saúde, por exemplo, em termos de distinção entre direito de cidadania *versus* bem de consumo a ser adquirido no mercado, assim como ocorreria entre as demais classes sociais.

Constatação ampla é a de que acesso ao sistema de saúde suplementar faz parte do portfólio dos desejos da classe média emergente. Sua viabilização dependeria, na prática, da formulação e comercialização de planos de saúde coletivos, mas que dependeriam, em larga proporção, da manutenção do estado de emprego formal. Isso, de certo, implicaria a necessidade de se conhecerem melhor os cenários relativos ao comportamento do emprego na economia brasileira nos próximos anos. Ponto bastante explorado e discutido foi o da identificação e da qualificação das possíveis tendências de migração de pessoas da nova classe média para a saúde suplementar. Questionou-se, nesse aspecto, se as empresas prestadoras têm sido capazes de traçar cenários relativos ao grau de impacto que a expansão da saúde suplementar, por meio de planos coletivos, teria sobre seus custos e competitividade, explorando-se, ainda, algumas tendências de gestão e maximização de lucratividade que elas apresentam.

Tal tendência à coletivização de planos de saúde deixou, sem dúvida, questões em aberto. Por exemplo, se a classe média, tradicional ou emergente, disporia de recursos para arcar com eventuais copagamentos de planos privados de saúde. E certamente a equação se complicaria se também considerasse aqueles indivíduos que permanecem no mundo da informalidade do trabalho. Isso implicaria explorar cenários futuros, próximos e remotos, relativos às tendências de coletivização dos planos de assistência à saúde e se elas guardariam alguma relação com o crescimento dos empregos formais na economia. Seria preciso conhecer melhor, em suma, como e se a saúde suplementar conseguirá aumentar a oferta de serviços para dar conta da expansão da demanda para alcançar as classes C e D.

A possível tendência à segmentação do sistema de saúde, em um subsistema público para

pobres e outro privado para quem pode pagar – por si ou por meio das empresas – certamente há de ter consequências na competitividade da economia e no capital social do país. Nesse aspecto, os debates apontam que deveriam ser investigadas e discutidas algumas alternativas que o SUS poderia adotar para minimizar o fluxo de pessoas da classe C para os planos de saúde privados, bem como se essas alternativas seriam viáveis com o nível de gasto público em saúde praticado no Brasil. Questão que se impõe, ainda, é se a percepção social das deficiências do SUS pela população em geral, mas especialmente pela nova classe média, tenderia a continuar ou se agravar nos próximos anos.