

# A QUESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Ana Maria Malik\*

A saúde no Brasil, hoje, é assunto sobre o qual as pessoas estão prontas a discutir, mas, em geral, para se queixar. Com frequência o objeto de reclamação é a doença, e atualmente os temas mais comumente associados com saúde têm sido os relacionados à assistência médico-hospitalar, à AIDS, ao sangue contaminado, ao erro médico... enfim, questões com conotações negativas. Entretanto, vista de maneira isolada, a questão da saúde tem interpretação positiva, sendo, por vezes, sinônimo de qualidade de vida.

Há três grandes definições de saúde com as quais se costuma lidar no país: a do senso comum — de que saúde é ausência de doença; a da Organização Mundial de Saúde — de que a saúde é não apenas ausência de doença mas também o completo estado de bem-estar físico, mental e espiritual; e a da Constituição Brasileira de 1988 — de que saúde é um direito de cidadania, conseqüente ao cumprimento, pelo Estado, de seu dever, no sentido de formular políticas sociais e econômicas para a sua concretização.

Embora a primeira definição possa ser, certamente, considerada simplista, reduzindo o conceito a uma visão de cunho biológico, pode-se afirmar que a segunda chega perto de um inacessível Nirvana, colocando em xeque o uso de óculos, a calvície e outros desvios do completo bem-estar. Quanto à terceira, no Brasil ainda não está claro quem é de fato cidadão e que, como tal, exerce seus direitos. Cabe lembrar que, em cada sociedade, as políticas de saúde de fato em vigor refletem a definição que concentra mais forças.

Nos anos 90, está presente (mais) uma crise no setor de saúde, atribuída ora ao financiamento, ora à gerência, ora à situação de baixa valorização das atividades da área. Quando se reforça a noção de assistência médica (a área que consome mais recursos e, ao mesmo tempo, costuma representar um gasto de caráter individual), pode estar sendo perdida de vista a noção de saúde. Pode-se afirmar, porém, que existem algumas premissas falsas repetidas amide por leigos e até por profissionais da própria área.

Costuma-se afirmar, por exemplo, que, se for feita vacinação contra o sarampo, a assistência médica como um todo tornar-se-á mais barata. Realmente, se houver vacinação contra o sarampo serão necessários poucos recursos para se promover assistência a essa doença. Também é correto dizer que a vacinação contra o sarampo é de fato mais barata que o seu tratamento. No entanto, quem sobreviveu ao sarampo pode ter a possibilidade de sofrer certos agravos para os quais o tratamento é caro. Uma das causas alegadas para a ampliação crescente dos custos no campo da saúde é o aumento da idade da população. Este é um fenômeno que só acontece, obviamente, quando diminui a quantidade de pessoas que morrem com idades inferiores, seja por que motivo for.

Na realidade, mais atividades de educação ou prevenção levam, paradoxalmente, a um aumento nas atividades de assistência médica. Pior: os tratamentos das doenças ditas crônico-degenerativas, em geral mais comuns em faixas etárias mais elevadas, são em média mais caras do que aquelas ditas infecto-contagiosas — estas, eventualmente, grandes responsáveis pelas mortes evitáveis nos primeiros anos de vida. Acidentes, traumatismos, violência urbana, aquilo que as classificações de doenças chamam de "causas externas", e que também costumam ter custos elevados, não correspondem necessariamente a uma faixa etária definida, mas certamente só acaba sendo vítima delas quem não foi vitimado por outro tipo de problema que o levasse a óbito mais cedo. Seja como for, certamente é possível afirmar que, em termos médios, além de aumentar a expectativa de vida, no decorrer do tempo, aumentou também a sua qualidade.

Na verdade, fazem parte da noção de saúde atividades voltadas à sua promoção e também à prevenção de doenças: habitação, alimentação, trabalho, lazer, educação. Enfim, uma série de ações relativas a modo de vida, que vão desde o estímulo a não fumar e a não beber, até a utilização de cinto de segurança em automóveis ou capacetes para ciclistas e motociclistas, passando por tipos de alimentos, exercícios regulares, controle de poluentes, condições de trabalho mais ou menos

saudáveis ou estressantes etc. Todos esses fatores levam a encarar saúde como algo revestido de grande complexidade.

O senso comum — o mesmo que trata saúde como ausência de doença e que acredita piamente que se houver vacina para todos não será mais necessário gastar com câncer — é o que assusta. Por exemplo, ao assistir à televisão, ver que a saúde vai mal e imaginar que tudo seria melhor se houvesse acesso ao atendimento por helicóptero e a exames por computador.

No Brasil, por uma série de fatores, costuma haver, proporcionalmente, muito mais equipamentos altamente sofisticados do que em países mais desenvolvidos. Também pode chamar a atenção o fato de que equipamentos no setor privado costumam ter elevados índices de utilização (há até alguns serviços de alta complexidade nos quais, num esforço por atingir maiores níveis de qualidade, estão se revendo indicações de exames notoriamente utilizados de forma abusiva), e que os do setor público, adquiridos e operados com recursos obtidos dos impostos coletivos, estão ociosos, tanto em termos de números de horas durante as quais são operados em condições normais quanto da quantidade de horas em que não estão em condições de operar, seja por falta de pessoal qualificado, seja por falta de insumos, de manutenção ou de peças de reposição.

Por um lado, é importante observar que nunca tantos brasileiros tiveram, com algum grau de igualdade, acesso a tantos bens e serviços da área da saúde. Nos anos 70, num mesmo local, ainda que em organizações filantrópicas que hoje prestam serviços para o SUS (Sistema Único de Saúde) e oferecem (espera-se) assistência em igualdade de condições para todos os que as procuram, havia distinções de classes segundo, pelo menos, três categorias: os indigentes, os previdenciários urbanos e os previdenciários rurais. A chamada equidade, pelo menos para os que desembolsam, no máximo, o desconto obrigatório em folha, é conquista recente da sociedade brasileira. Um dos diferenciais no tipo de assistência obtida é geográfico, em razão de desigualdades regionais tanto no que diz respeito à formação e à localização de profissionais especializados quanto à existência e à disponibilidade de equipamentos, elementos que permitem ou impedem resoluções em casos de alguma complexidade.

Talvez por otimismo dos *policy-makers* e daqueles que escrevem sobre saúde, a assistência privada, não financiada diretamente pelo Estado, recebe o nome de "supletiva". No Brasil, a assistência privada tem atendido cerca de 30 a 35% da população, número que tem sido oficial nos últimos dez anos. Mais uma vez há uma desigualdade regional no acesso a esse tipo de assistência: nas regiões sul e sudeste, em relação ao resto do país, é maior a porcentagem da população que tem direito a serviços com financiamento privado.

Há ainda outra distorção presente. Quando se depende de procedimentos definidos como de alto custo e alta complexidade, salvo exceções, o prestador, com frequência, e o financiador, quase sempre, passam a ser o setor público. Há quem use este argumento para defender o conceito de equidade, pois independe da capacidade de gasto do cidadão. Isto pode ser observado, quando se fala em diálise, atendimento à AIDS ou transplantes. A quantidade de recursos financeiros gastos com este tipo de procedimento é muito grande, basicamente por dois motivos. Por um lado, são procedimentos caros, principalmente se comparados ao custo e ao preço de uma consulta médica. Por outro lado, ao contrário do que ocorre em países mais ricos, é possível dizer que praticamente não há critérios de indicação para estes procedimentos e mesmo atividades de controle sobre sua execução.

No Brasil, observa-se que os indicadores de utilização de serviços ou procedimentos quando existem, são usados com pouca frequência. Quando o são, têm caráter regulatório, *a posteriori*, com o intuito de racionalizar gastos, e não necessariamente discutir necessidades.

\* Professora do Departamento de Administração Geral e Recursos Humanos e Diretora do PROAHS (Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde) da BAESP/FGV, e Coordenadora de Saúde da Região Metropolitana da Grande S. Paulo da Secretaria de Estado da Saúde.