

Considerações sobre a relação entre pobreza e saúde

*André Cezar Medici**

RESUMO

A crise econômica dos anos 90 no Brasil e seus reflexos nas condições de vida da população têm recuperado, no debate nacional, questões relacionadas à pobreza. Desde a campanha de combate à fome, liderada pelo sociólogo Herbert de Souza, até a forma pela qual têm se orientado as preocupações de órgãos do governo e da sociedade civil, como o IPEA¹ e o IBASE, o CEBRAP e outras.

O retorno das preocupações relacionadas com a pobreza redireciona e focaliza a concepção de política social embutida na Constituição de 1988, a qual se orientava por critérios universalistas, onde o acesso igualitário de toda a população aos serviços sociais se sobrepunha à idéia de garantir uma opção preferencial pelos pobres e pelas famílias de baixa renda.

As políticas de saúde - certamente as que mais enfatizaram o discurso da universalidade - não têm sido pensadas sob a ótica do desenvolvimento de formas que privilegiem a melhoria das condições de saúde das populações de baixa renda. Faltam informações e diagnósticos que consigam recortar analiticamente estes segmentos da população tendo em vista desenhar programas especiais que, sem abandonar estratégias universais de cobertura, enfatizem a focalização como forma de melhorar o acesso e o quadro de saúde destas populações.

¹Ver, entre outras publicações do IPEA, os trabalhos de Ana Feliano relacionados ao Mapa da Fome no Brasil.

*Coordenador da Área de Políticas Sociais da FUNDAP/IESP e presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde.

O objetivo deste artigo é discutir a relação entre pobreza e saúde, abordando a referida questão, inicialmente, sob a perspectiva teórica da equidade. Num segundo momento, serão avaliados os impactos da pobreza nas condições de saúde no País para que, numa terceira parte, sejam tecidas algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil e as formas de enfrentar as desvantagens comparativas das populações pobres quanto ao acesso a estes serviços.

Equidade e Políticas de Saúde

Em sua fábula *The Animal Farm*, o escritor inglês George Orwell relata a insurreição dos animais em uma fazenda contra o poder tirânico dos humanos. Vitoriosos, os animais tratam de construir as novas regras de convivência. O primeiro artigo da nova constituição da fazenda diz que "todos os animais são iguais perante a lei". Com o passar do tempo, a realidade obrigou que sutilmente fosse adendada a este artigo a frase "mas alguns são mais iguais do que os outros". Ao assim escrever, George Orwell imagina o quão difícil é a construção da equidade conduzida pelo Estado, dada a descrença na possibilidade de uma ação pública livre de interesses privados.

Se a sociedade é desigual, essa desigualdade natural vai se refletir na condução da administração do Estado. Sendo assim, a equidade seria possível tratando-se os desiguais de forma desigual: *dar menos aos mais iguais e mais aos menos iguais*. A equidade seria obtida como produto de uma ação assimétrica, visando resolver a assimetria social.

Qual a função pública quando se trata de prover políticas de saúde? É fornecer iguais direitos de acesso a todos os cidadãos, sem um conhecimento da desigualdade preexistente no mercado, ou é corrigir as falhas de mercado, atribuindo uma maior quantidade de direitos àqueles que se encontram em posição desvantajosa?

Existe um enorme gradiente de formas de pensamento sobre essa questão. As vertentes liberais puras, como HAYEK², consideram que o Estado deve promover a equidade até um patamar mínimo, focalizando o acesso aos direitos sociais para os indivíduos ou famílias de baixa renda. Acima de determinado nível básico, o que os indivíduos amealham, em termos de direitos, deve ser diretamente proporcional à posição social conquistada no mercado. Assim, a justiça social preconizada pelo Estado seria feita pelo lado da despesa, criando direitos sociais para os que não podem pagar e negando tais direitos para as classes mais abastadas, que podem adquiri-los no mercado.

²HAYEK, F.A. *O caminho da servidão*. Porto Alegre: GLOBO, 1977.

As correntes sociais democratas clássicas, como a representada pelo pensamento de BEVERIDGE³, atribuem ao Estado a possibilidade de prover direitos sociais a todos, de forma universal, não importando o nível de renda ou a posição social do indivíduo. Cabe ao Estado extrair da sociedade os recursos para custear essa universalização de direitos. Estruturas fiscais progressivas permitem que os mais ricos contribuam proporcionalmente mais ao que recebem, ocorrendo o inverso com os mais pobres. Assim, a justiça social seria feita pelo lado da receita, uma vez que a despesa seria, em tese, igual para todos.

O pensamento de HAYEK considera um limite mínimo de oferta de bens públicos (incluindo a política social) até onde o Estado agiria de forma a eliminar as desigualdades. A implementação prática deste limite, ao se basear em preceitos éticos e limites fiscais, deixa muito a desejar, consolidando desigualdades de acesso, em alguns casos inaceitáveis. Considerando, por exemplo, a reforma feita pelo sistema de saúde chileno, o nível básico - destinado a pessoas que são atendidas pelo Ministério da Saúde ou pelos serviços locais de saúde, as quais não têm renda para pagar um plano de livre-escolha - oferece bons serviços ambulatoriais e internações em especialidades básicas, mas é ineficiente e insuficiente nos casos onde há demanda de meios sofisticados de diagnóstico e terapia.

Analogamente, o pensamento de BEVERIDGE pode induzir ao desconhecimento de que a sociedade não é desigual somente em termos de renda, mas também em termos de acesso aos benefícios líquidos da ação do Estado. Assim, os médicos que trabalham nos serviços financiados pelo Estado pertencem às classes média e alta. Por razões de nepotismo ou corrupção eles podem estabelecer informalmente canais privilegiados de acesso aos sistemas de saúde, diferenciando, na prática, as condições de oferta entre ricos e pobres. Esta forma de privatização dos interesses públicos tem sido muito comum na área de saúde e justifica a consolidação de privilégios, mesmo no interior de sistemas que se dizem universais.

Outra crítica consiste na ausência de preocupação com o gasto. O universalismo se baseia num sistema de balcão, onde prevalece a filosofia da oferta ilimitada de serviços. Não é por outro motivo que os gastos com saúde nos sistemas universais europeus aumentaram fortemente entre os anos sessenta e oitenta, trazendo limites à expansão da universalidade, em função de seu impacto sobre o orçamento dos governos. Entre 1960 e 1983 a média dos gastos públicos com saúde nos países da OECD aumentou de 2,5% para 5,8% do PIB, num contexto onde a taxa média de crescimento anual destas economias foi superior a 4%.⁴

³Uma síntese do pensamento de Beveridge pode ser encontrada em SIEGERIST, E. *De Bismarck a Beveridge*. Rio de Janeiro: ENSP: FIOCRUZ, 1977.

⁴Ver MEDICI, A.C. *Las fronteras de la universalización: el dilema de la política social hacia fines de siglo*. s. Rosario, n.60, mayo 1992.

Saúde e Pobreza no Pensamento Sanitário

Dos anos sessenta até meados dos anos setenta, a principal corrente de pensamento sobre a relação entre pobreza e saúde foi o sanitarismo desenvolvimentista. Segundo esta visão, pobreza e más condições de saúde, nos países da periferia capitalista, formavam uma espécie de círculo vicioso. Eram fenômenos que se retroalimentavam.⁵

Os ecos do sanitarismo desenvolvimentista nas políticas de saúde no Brasil foram muito fortes, dada a própria realidade social do País, uma vez que os segmentos que não tinham acesso aos serviços de saúde se enredavam em muitas outras exclusões. Pertenciam aos segmentos informais do mercado de trabalho urbano ou à chamada pobreza rural, não fazendo jus aos serviços de saúde ofertados pelas instituições oficiais de previdência. Moravam em habitações que não dispunham de sistemas adequados de água e esgoto, estando sujeitos a maiores riscos de infecção e morte por doenças de veiculação hídrica.

As más condições nutricionais da população também afetavam negativamente os níveis de saúde. As famílias de trabalhadores informais urbanos, sujeitas ao desemprego e ao subemprego, não auferiam rendas monetárias suficientes para sua adequada subsistência e segurança alimentar. As famílias rurais pobres, castigadas pela concentração fundiária, pela falta de meios tecnológicos adequados e pelas intempéries climáticas, não produziam ou não adquiriam alimentos suficientes. As conseqüências básicas se refletiam em taxas mais elevadas de mortalidade infantil e pior qualidade de vida para os sobreviventes, em que os riscos à saúde, provocados por fatores ambientais e laborais, eram mais altos.

Assim, a visão deixada pelo sanitarismo desenvolvimentista apontava que as acumulações sociais negativas derivadas da pobreza constituíam os principais determinantes das más condições de saúde de uma nação subdesenvolvida. Como decorrência, maiores níveis de desenvolvimento trariam melhorias nos níveis de renda, instrução e conseqüentemente de saúde e nutrição. Havia, nesse sentido, um certo determinismo entre pobreza e más condições de saúde, o qual poderia ser eliminado pelos efeitos sinérgicos do processo de desenvolvimento.

Em que pese a validade dos nexos encontrados pelo sanitarismo desenvolvimentista, a relação entre crescimento econômico, pobreza e saúde passa hoje por outros determinantes. A tradicional visão que dicotomiza o processo de desenvolvimento num dualismo centro x periferia vem sucumbindo frente à recente tendência de

⁵Ver sobre este ponto os trabalhos de MYRDALL, G., particularmente *Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas*. Rio de Janeiro: Saga, 1956 e *Les aspects économiques de la santé*. *Croniques de la OMS*, Genève, v.6, n. 7-8, 1952.

aumento das franjas de pobreza e marginalidade no interior dos próprios países desenvolvidos. Essa *terceiro-mundização* do centro passa a conviver com processos de criação de ilhas de desenvolvimento na periferia, fazendo com que os *networks* de progresso técnico e riqueza não obedeçam necessariamente às divisões geográficas norte-sul ou oriente-ocidente. Tanto é assim que os termos *países subdesenvolvidos* ou *em desenvolvimento* vêm sendo abandonados em prol de outros conceitos, como o de *países de desenvolvimento diferenciado*.

Conseqüentemente, aumenta a heterogeneidade das condições de saúde em cada região, ao ponto de ser possível encontrar quarteirões em Manhattan onde a mortalidade infantil se assemelha à existente em cidades como Rio de Janeiro e São Paulo, ao lado de áreas restritas em Calcutá ou Fortaleza, onde as condições de saúde são similares à média da França ou do Canadá.

Por outro lado, a separação clássica difundida pelo sanitarismo desenvolvimentista, entre *doenças da pobreza* (infecto-contagiosas) e doenças do desenvolvimento (crônico-degenerativas) deixa cada vez mais de ter sentido. Muitos países da América Latina (inclusive o Brasil) têm galgado grandes progressos na redução da incidência de enfermidades infecto-contagiosas, através de saneamento, saúde pública e programas assistenciais.

Assim, as doenças crônicas passam a ser mais importantes na estrutura de mortalidade da nova pobreza urbana brasileira. Os diferenciais de renda constituem um divisor de águas na delimitação do acesso às tecnologias necessárias ao tratamento de enfermidades crônicas. Como corolário, as populações pobres morrem precocemente pela incidência de doenças crônicas em relação às populações de alta renda, que passam a ter uma maior sobrevida pela melhor atenção médica que recebem.

Pobreza e Condições de Saúde no Brasil

No Brasil, em 1988, as maiores causas de mortalidade eram as doenças do aparelho circulatório (35,3% dos casos conhecidos), seguidas das causas externas (14,3%), dos neoplasmas (11,7%) e doenças do aparelho respiratório (10,5%). Embora continuasse a ser a segunda causa de mortalidade infantil (20,3% dos casos entre os menores de um ano), o grupo das doenças infecciosas e parasitárias representava a quinta causa de mortalidade geral no Brasil, respondendo por menos de 8% da estrutura de mortalidade.

Assim, embora ainda se tenha muito a ganhar com o combate às chamadas "doenças da pobreza", é o tratamento das doenças

crônicas o principal desafio de um sistema de saúde voltado para a população pobre do País. Pode-se dizer, portanto, que dois fatores determinam as más condições de saúde para as populações de baixa renda:

- a) as acumulações sociais negativas associadas à pobreza;
- b) a inexistência de redes de proteção social que permitam atender populações pobres, facilitando o acesso aos serviços de saúde e a outros serviços indispensáveis a uma boa qualidade de vida.

Começemos pelo primeiro ponto: o das acumulações sociais negativas. Estas se traduzem em menores níveis de educação, saneamento básico e renda para as populações pobres. Assim, pode-se avaliar como as condições de saúde se comportam segundo estas variáveis.⁶

Como variável sintética das condições de saúde, considerou-se a taxa de mortalidade infantil, a qual é muito mais elevada entre as famílias que moram em domicílios com sistemas inadequados de saneamento, conforme demonstra a tabela 1. Verifica-se que em fins dos anos setenta, os níveis de mortalidade infantil para as populações desprovidas de sistemas adequados de água e esgoto chegavam a ser 52% mais altos do que os relativos às pessoas que viviam em domicílios com sistemas adequados de saneamento.

TABELA 1 - TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL (POR MIL NASCIDOS VIVOS), SEGUNDO O TIPO DE SISTEMA DE SANEAMENTO, NA REGIÃO NORDESTE - 1965 / 1980

SISTEMA DE SANEAMENTO	1965/1970	1975/1980
Água e Esgoto Adequados	128,1	96,3
Água Adequada e Esgoto Inadequado	142,5	112,4
Água e Esgoto Inadequados	176,6	146,0
TOTAL	168,0	131,1

FONTE: Censo Demográfico - IBGE, citado por SIMÕES, Celso C.S.; ORTIZ, Luis P. A mortalidade infantil no Brasil nos anos 80. In: CHADAD, José Paulo Zeetano; CERVINI, Ruben (Org.) *Crise e Infância no Brasil*. São Paulo : USP/PIPE : UNICEF, 1988. p.261.

Outra acumulação social negativa entre as populações pobres é o baixo nível de escolaridade dos pais, uma vez que, quanto maior o grau de instrução, maior a capacidade de compreensão de aspectos de higiene que determinam os níveis de saúde das crianças e a mortalidade infantil. A tabela 2 mostra como a mortalidade infantil está inversamente correlacionada com o nível de instrução da mãe, a ponto de sua incidência em famílias cuja mãe tem maior escolaridade

⁶ Os dados são medidas indiretas calculadas através de informações primárias existentes nos Censos Demográficos de 1970 e 1980. Não foi possível obter informações para a década de oitenta, dado que os resultados do questionário da amostra do Censo Demográfico de 1991 ainda não foram divulgados pelo IBGE.

ser 70% mais baixa do que em famílias onde a mãe tem menos de 1 ano de estudo.

TABELA 2 - TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL (POR MIL NASCIDOS VIVOS), SEGUNDO NÍVEL DE INSTRUÇÃO DA MÃE, NO BRASIL, NORDESTE E SUDESTE - 1980/1984 (MÉDIA)

ANOS DE ESTUDO DA MÃE	BRASIL	NORDESTE	SUDESTE
Sem instrução e menos de 1 ano	112,9	130,7	76,5
1 a 3 anos	82,9	110,90	59,5
4 anos	59,9	95,8	49,9
5 a 8 anos	42,3	64,1	-
9 anos e mais	-	41,1	-

FONTE: PNDA 1984 - IBGE, citado por SIMÕES; ORTIZ, p.263.

Todos essas acumulações sociais negativas estão, obviamente, atreladas ao nível de renda, como demonstra a tabela 3. Observa-se que a mortalidade infantil é inversamente correlacionada com o nível de renda familiar. Os diferenciais chegam a ser enormes, uma vez que as famílias com renda de até 5 salários mínimos têm uma taxa de mortalidade infantil quase três vezes menor do que as com renda total inferior a 1 salário mínimo.

TABELA 3 - TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL (POR MIL NASCIDOS VIVOS) SEGUNDO O NÍVEL DE RENDA FAMILIAR, NO BRASIL - 1980-1984

RENDA FAMILIAR MENSAL (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	BRASIL	NORDESTE	SUDESTE
Menos de 1	103,4	121,6	64,4
Mais de 1 a 2	84,4	112,8	58,9
Mais de 2 a 3	61,9	85,5	49,8
Mais de 3 a 5	53,6	74,6	46,4
Mais de 5	38,0	60,3	-

FONTE: PNDA 1984 - IBGE, citado por SIMÕES; ORTIZ, p.263.

O segundo ponto a ser destacado refere-se aos diferenciais de acesso aos serviços de saúde no Brasil por nível de renda. Evidencia-se que as famílias de menor renda procuram menos os serviços de saúde, seja pela dificuldade de acesso geográfico (distância dos serviços), pela falta de recursos para transporte, pagamento da consulta e remédios, ou até mesmo por falta de esclarecimento sobre a necessidade de visitar os serviços de saúde a partir de determinados sintomas de enfermidade.

Na verdade, quanto maior o nível de renda familiar per capita, maior a taxa de utilização dos serviços de saúde. Dados da PNAD

TABELA 4 - TAXAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR NÍVEL DE RENDA MENSAL FAMILIAR PER CAPITA, NO BRASIL - 1986

CLASSE DE RENDA FAMILIAR PER CAPITA (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO	TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ¹ (%)
Até 1/4 ⁽²⁾	14,2	8,6
De 1/4 a 1/2	19,4	9,3
De 1/2 a 1	25,0	10,7
De 1 a 2	21,5	11,6
+ de 2	15,9	13,8
TOTAL ⁽³⁾	100,0	11,0

FONTE: PNDA 1986 - IBGE

(1) Definida como a relação entre a população que utilizou serviços de saúde e a população total em cada classe de renda considerada.

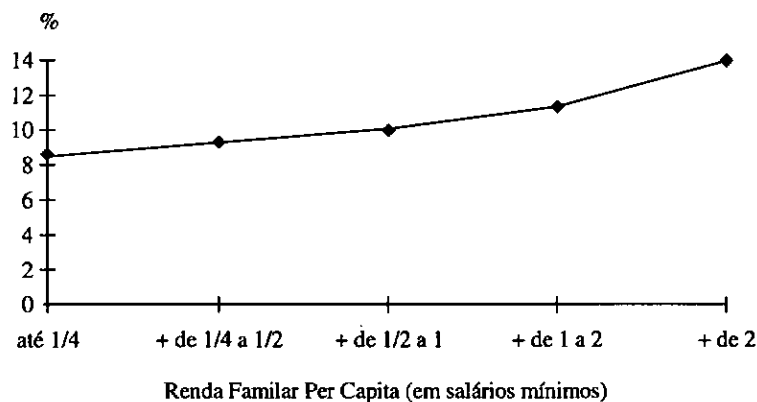
(2) Inclui 1% de pessoas pertencentes a famílias sem rendimentos.

(3) Exclui as famílias sem declaração de rendimentos.

1986, utilizados na tabela 4 e no gráfico 1, podem ilustrar essa questão.

Observa-se que a taxa de utilização de serviços de saúde nas famílias com renda per capita superior a 2 salários mínimos é 60% maior que a taxa de utilização de serviços de saúde nas famílias com renda per capita inferior a 1/4 salário mínimo.

GRÁFICO 1 - TAXAS DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR NÍVEL DE RENDA MENSAL FAMILIAR PER CAPITA, NO BRASIL - 1986



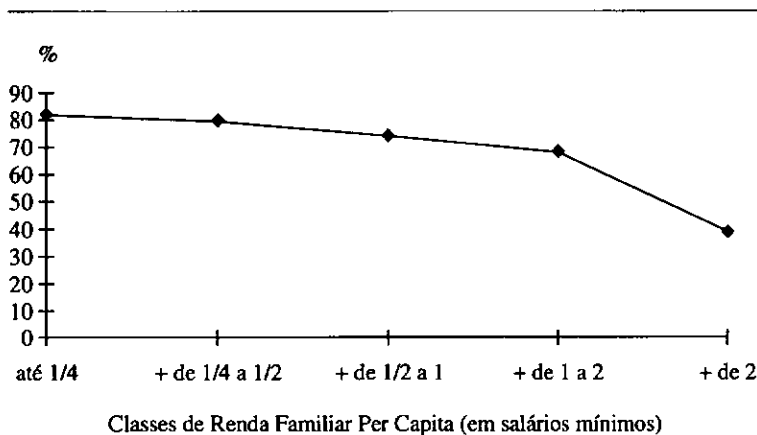
FONTE: PNDA 1986 - IBGE

maior do que entre as famílias com renda per capita de até 1/4 de salário mínimo. Tal fenômeno não está correlacionado aos níveis de morbidade, uma vez que a esperança de vida e a morbidade efetiva são maiores nas classes de baixa renda. Pode-se dizer que são as más condições de acesso e a inapropriada percepção do processo saúde-enfermidade que determinam níveis de utilização dos serviços de saúde mais baixos entre as classes de menor renda.

Por outro lado, os serviços de saúde não são totalmente gratuitos mesmo para as classes de menor renda. O gráfico 2 mostra que existem parcelas de atendimentos que são pagos mesmo pelos grupos mais pobres da população.

As taxas de gratuidade nas famílias de mais baixa renda (até 1/4 de salário mínimo) situavam-se na faixa de 84%, o que significa

GRÁFICO 2 - TAXAS DE GRATUIDADE DOS ATENDIMENTOS DE SAÚDE POR NÍVEL DE RENDA MENSAL FAMILIAR PER CAPITA, NO BRASIL - 1986



FONTE: PNDA 1986 - IBGE

que 16% dos indivíduos pertencentes a estas famílias tinham que pagar pelas consultas utilizadas. Ao desconhecerem que desde 1983 o atendimento público (inclusive no que se refere à distribuição de medicamento) é legalmente universal e gratuito, muitas famílias acabam pagando por serviços que teriam direito. No caso das famílias de maior renda, o pagamento não é necessariamente uma questão de desconhecimento de direitos, mas sim um questionamento da qualidade dos serviços públicos associada a uma maior preferência pelos serviços privados. Em ambas as situações, o Estado nada tem feito para evitar que a universalidade do sistema seja apenas retórica.

Existem ainda evidências de que as famílias pobres comprometem proporções maiores de seus orçamentos com saúde, quando necessitam ser atendidas, do que as famílias de classe média e alta. Dados da PNAD 1981, relativos ao Estado do Rio de Janeiro, mostram que entre as famílias com renda de até 1 salário mínimo que tiveram gastos com saúde, cerca de 13,4% comprometeram mais da metade de seu orçamento mensal com estes gastos. Este percentual cai para 9,8% para as famílias com renda entre 1 e 2 salários mínimos, chegando a 1,2% entre as famílias com renda superior a 5 salários mínimos.

Os indivíduos que pertencem a famílias de baixa renda têm um gasto proporcionalmente mais alto com saúde, pelo fato de utilizarem menos os serviços, só o fazendo em condições de maior gravidade e risco. Assim, quando têm que pagar pelos serviços, estes indivíduos pagam valores mais altos, em média, do que ocorre com as famílias de maior renda, onde os gastos com prevenção (em geral mais baixos que os gastos curativos) são mais freqüentes. Os motivos pelos quais os serviços de saúde são procurados, segundo os distintos níveis de renda, podem ser vistos na tabela 5.

Verifica-se que as causas pelas quais a população pobre procura os serviços de saúde são muito mais imediatas (doença) e

TABELA 5 - MOTIVOS DE PROCURA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

MOTIVO DE PROCURA PELO SERVIÇO DE SAÚDE	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO	TAXA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ¹ (%)
TOTAL	100,0	100,0
Doença	85,6	64,5
Acidente ou Lesão	5,1	5,1
Problema Odontológico	2,5	7,3
Controle ou Prevenção	4,6	18,9
Outro Motivo ⁽¹⁾	2,1	4,1
Sem Declaração	0,1	0,1

FONTE: PNDA 1986 - IBGE

(1) Inclui obtenção de carteira de saúde, tratamento de reabilitação, psicanálise, etc.

demandam cuidados curativos, enquanto a população de maior renda utiliza serviços de saúde em modalidades mais preventivas como controle ou prevenção, problemas odontológicos e outros. A maior preocupação com o acesso às estruturas de prevenção secundária, por parte das classes de maior renda, é fator fundamental em delimitar sua maior longevidade. Sendo assim, a democratização do acesso a

estas estruturas não é só uma questão de hábitos, mas também de vida e cidadania.

Em resumo, a pobreza tem dois tipos de impacto nas condições de saúde da população brasileira: de um lado, as acumulações sociais negativas que determinam um pior estado de saúde entre a população pobre. De outro lado, a inépcia da ação do Estado tem feito com que o acesso das populações pobres aos serviços de saúde seja menor e mais precário, contribuindo para manter elevada não apenas a incidência de doenças infecto-contagiosas, mas principalmente de doenças crônico-degenerativas, entre essas populações.

Pobreza e Políticas de Saúde no Brasil

A sociedade brasileira tem sido palco da convivência histórica de duas formas de política de saúde. A primeira, voltada para a esfera sanitária preventiva, é constituída pelas ações sobre o meio, no campo da vigilância sanitária e epidemiológica. Tal tipo de política - exercida pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde - é função do Estado em qualquer nação, tendo como objetivo agir mais sobre a coletividade, buscando neutralizar os fatores que causam as endemias. Sua implementação resulta em economias de escala coletivas.

A segunda forma de política de saúde é a assistência médica, a qual se exerce sobre o indivíduo. Mesmo que a assistência médica seja inerente à prevenção secundária (controle do câncer, do consumo de álcool e tabaco, da pressão arterial, etc.), ela é resultado da relação interativa que se desenvolve entre os serviços de saúde (o médico) e o indivíduo.

Dadas essas características, pode-se dizer que a primeira forma de política de saúde tem como pressuposto a equidade, na medida em que um ambiente insano é fator de risco coletivo. Mesmo quando se considera a distribuição espacial da pobreza, verifica-se que todos são favoráveis à eliminação de endemias e condições insalubres nas regiões mais pobres, dada a existência de fatores de risco associados à propagação. A aceitação universal destas políticas não é decorrência de um aumento do grau de solidariedade social, na medida em que ela se justifica, até mesmo, por razões individualistas.

A segunda forma de política, em que pese seu valor ético como direito de todos, acaba sendo diferenciada segundo o nível de renda e as formas de inserção de cada indivíduo no processo de trabalho. Muitas empresas oferecem planos de assistência médica aos seus funcionários e não poucos são aqueles que podem pagar de seu

próprio bolso para ter uma melhor oferta de serviços de saúde. Ao tornar a política de saúde universal, isto é, direito de todos e dever do Estado, o orçamento público aparece como limitante da equidade, pois sempre haverá aqueles que oferecem serviços mais sofisticados e diferenciados, os quais, mesmo não podendo ser comprados pelo Estado, estão disponíveis para um grupo seletivo de pessoas que podem pagar.

A política de assistência médica no Brasil inicia-se em 1923 com a promulgação da Lei Eloy Chaves, a qual criou as Caixas de Assistência e Previdência (CAPs). Essas caixas, organizadas por empresa, ofereciam serviços de saúde para seus afiliados. Nos primórdios dos anos trinta começaram a ser criados por Getúlio Vargas os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que, estruturados por ramo de atividade, passaram a organizar serviços de assistência médica para seus afiliados, substituindo ou se sobrepondo, em alguns casos, às atividades das CAPs. Em 1967 os IAPs são todos fundidos num único Instituto, o INPS (posteriormente desmembrado como Inamps), que passou a prestar assistência médica a todos os trabalhadores formais do País.

Vale dizer, no entanto, que ao estar voltada somente para os assalariados formais, podendo ser estendida adicionalmente para os contribuintes em dobro da Previdência (autônomos e empregadores), a assistência médica pública tinha um imenso conjunto de pessoas fora do sistema. Entre 1981 e 1990 a participação das pessoas ocupadas que contribuíam para a Previdência Social não variou muito, passando de 49,9% para 50,1%. Metade dos trabalhadores no Brasil não contribui até hoje para a Previdência Social. Como os direitos de proteção à saúde pelo INAMPS eram estendidos ao núcleo familiar (cônjuge e filhos), estima-se que em 1983⁷ cerca de 73% da população brasileira tinha direito aos serviços públicos de saúde, estando, assim, mais de 1/4 das pessoas fora do leque de proteção do sistema.

Ao longo dos anos setenta, algumas medidas foram tomadas no sentido de se chegar progressivamente a uma universalização formal das ações de saúde no Brasil. A extensão da assistência médica para os trabalhadores rurais, através do Funrural (1972), a extensão dos atendimentos de urgência médica para pobres e indigentes nos estabelecimentos da rede própria do Inamps, através do Programa de Pronta Ação (PPA-1974), foram conquistas parciais nesse sentido. Várias outras iniciativas governamentais foram tomadas para aumentar a cobertura do sistema, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em fins dos anos setenta, e o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que funcionou entre

⁷ A PNAD 1983, realizada pelo IBGE, levantou dados num suplemento especial sobre Previdência Social. Esta pesquisa foi a única que permitiu levantar a real cobertura da população (trabalhadores e familiares) em termos de proteção previdenciária.

1983 e 1986, sendo substituído e ampliado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

O movimento de expansão da cobertura foi coroado com a Constituição de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconizava como princípios a universalização, equidade e integralidade das ações de saúde. No entanto, a forma de implementação desses princípios não tem sido adequada, mantendo uma série de vícios, onde cabe destacar o centralismo e a uniformidade do processo de implantação do sistema. Foram desprezadas políticas que pudessem resolver a assimetria social do quadro de saúde no Brasil, as quais necessitariam de medidas mais focalizadas e seletivas, visando aumentar o acesso e a qualidade dos serviços para as populações mais pobres.

A equidade no processo de construção do SUS passou a ser mais um artifício de retórica do que um objetivo de política. Antes de atender às populações carentes, o processo de implantação do SUS tem se voltado mais para questões como a isonomia salarial para profissionais de saúde; garantia de procedimentos de alto custo e formas de pagamento aos médicos e hospitais contratados. Pouco tem sido feito no sentido de avaliar o processo em termos de indicadores de resultado das políticas de saúde junto à população. A equidade vem sendo, na prática, interpretada como uma forma de obter melhores condições de trabalho e remuneração para os agentes do processo e não como uma meta a ser atingida em termos de acesso e qualidade dos serviços para a população.

O caso brasileiro é um exemplo vivo de como uma política universal normativa acabou se transformando numa política diferenciada e regressiva de assistência médica. As classes médias e altas podem ser atendidas sem filas de espera para fazer exames de ressonância magnética em hospitais públicos, enquanto as classes de baixa renda têm que enfrentar longos períodos de espera para serem atendidas nos ambulatórios de emergência destes mesmos hospitais.⁸ Analogamente, as classes de baixa renda muitas vezes têm que pagar "por fora" para conseguir uma consulta num estabelecimento público enquanto as classes de média e alta renda descontam integralmente seus planos de saúde do imposto de renda.

Com a queda dos gastos com saúde nos anos noventa, o governo federal ficou cada vez com menos condições de incentivar, através dos mecanismos de financiamento, o bom desempenho das políticas de saúde no País. O que acabou ocorrendo foi uma descentralização desordenada, onde os Estados e municípios com mais recursos e maior competência técnico-administrativa conseguiram elevar a qualidade e a cobertura de seus serviços, enquanto aqueles

⁸ A criação de sistemas telefônicos de marcação automática de consultas, em Estados como o Distrito Federal e cidades como Curitiba, tem permitido avanços na equidade, no sentido de propiciar acesso universal nos serviços públicos sem a tradicional intermediação de interesses.

com menos recursos financeiros, técnicos e gerenciais encontram-se numa forte crise, refletida no mau estado dos hospitais públicos e ambulatorios.⁹ Nesse sentido, os anos noventa têm sido palco de um forte aumento da heterogeneidade regional do acesso aos serviços de saúde.

O processo de descentralização em saúde não pode ser uma *camisa de força*, no sentido de ter regras únicas de funcionamento em todos os Estados e municípios, mas sim buscar flexibilidade e autonomia regional, visando que a equidade seja atingida como produto de esforços diversificados.

Pode-se dizer que o Estado brasileiro pouco tem avançado em termos de uma adequada regulação do setor saúde. No que se refere à pobreza, mais importante do que garantir recursos e meios operacionais, é necessário que o Estado mantenha o acesso e garanta a qualidade dos serviços. Para tal, a função pública deve ser efetivamente ampliada, não no sentido da prestação de serviços, mas sim no da fiscalização, acompanhamento e controle social. Somente fiscalizando e estabelecendo regras de conduta para os serviços de saúde estatais e privados - hoje submetidos mais ao corporativismo profissional do que ao controle público - é possível intervir verdadeiramente na busca de padrões aceitáveis de cobertura e qualidade.

A realidade internacional tem demonstrado que controle público e propriedade estatal dos meios de produção são objetivos não apenas distintos, mas muitas vezes divergentes. A apropriação privada do espaço público, especialmente em sociedades desiguais como a brasileira, impediu que a administração pública exercesse um papel verdadeiramente social no sentido de buscar soluções de equidade. É verdade que a heterogeneidade sócio-econômica do Brasil torna muitos espaços sujeitos ao monopólio estatal da prestação de serviços. Mas, especialmente em casos como esse, o controle e a regulação pública são instrumentos indispensáveis.

Resta responder a uma pergunta: é possível dissociar a melhoria das condições de saúde da resolução da questão da pobreza? Ou, em outras palavras, é possível promover maior equidade nas condições de saúde, de forma relativamente independente da estrutura econômica da sociedade brasileira, que tem como um de seus principais atributos a elevada concentração da renda?

Não acreditar nessa possibilidade representa uma total descrença na ação do Estado, que tem, como uma de suas principais funções, promover a equidade social. No entanto, a história recente de nosso sistema de saúde evidencia que o Estado tem sido mais pródigo em referendar as aspirações corporativas e econômicas de

⁹ Existe um grande número de avaliações que têm sido feitas nesse sentido. Consultar, para o caso de São Paulo, os trabalhos de Ana Luíza Vianna, do NEPP/UNICAMP.

médicos e hospitais contratados pelo setor público do que em resolver os problemas de saúde da população.

Algumas experiências internacionais têm mostrado que com uma adequada gerência, regulação e participação social, através da fixação de metas e objetivos a serem alcançados quanto aos indicadores de saúde, é possível galgar eficiência e equidade no acesso à assistência médica. Preocupações como essa só recentemente - de forma tímida e sujeita a retrocessos - vêm ingressando na discussão das reformas do sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HAYEK, F.A. **O caminho da servidão**. Porto Alegre : Globo, 1977.
- MEDICI, A.C. Las fronteras de la universalización : el dilema de la política social hacia fines de siglo. **Cuadernos Médico-Sociales**, Rosario, n.60, mayo 1992.
- MYRDALL, G. Les aspects économiques de la santé. **Croniques de la OMS**, Génève, v.6, n.7-8, 1952.
- MYRDALL, G. **Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas**. Rio de Janeiro : Saga, 1956.
- PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS 1986. Rio de Janeiro : IBGE, 1988.
- SIEGERIST, E. **De Bismarck a Beveridge**. Rio de Janeiro : ENSP : FIOCRUZ, 1977.
- SIMÕES, Celso C.S.; ORTIZ, Luis P. A mortalidade infantil no Brasil nos anos 80. In: CHAHAD, José Paulo Zeetano; CERVINI, Ruben (Org.). **Crise e infância no Brasil : o impacto das políticas de ajustamento econômico**. São Paulo : USP/IPE : UNICEF, 1988. 402p. p.243-268.

RECEBIDO PARA PUBLICAÇÃO
EM SETEMBRO DE 1994
