

A pesquisa sócio-econômica aplicada à saúde, é relativamente recente no Brasil. Está longe porém de ser novidade a preocupação com os fatores econômicos que condicionam tanto a prestação de serviços médicos como o próprio nível de saúde da população.

A partir da metade da década de 60 a abordagem econômica assumiu maior importância, com o fortalecimento do sistema federal de planejamento e a capacitação de recursos humanos em planejamento de saúde iniciada na SUDENE e a seguir, institucionalizada na Escola de Saúde Pública do Ministério da Saúde e na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Antes desses eventos, critérios econômicos, ainda que despidos da roupagem metodológica posteriormente desenvolvida, já estavam de certa forma embutidos nos processo decisório setorial ou pelo menos em parte dele: a preocupação com a fixação de prioridades - por exemplo - característica comportamental do sanitarista desde que a saúde pública consolidou-se como ciência e arte, decorre - em última análise - de um contexto econômico no qual:

- i. os recursos são sempre inferiores às necessidades que, por sua vez, são múltiplas, crescentes e ilimitadas;
- ii. existem fins competitivos que podem ser alcançados de diferentes formas. (2).

* Documento apresentado no Seminário sobre a "Saúde no Brasil", promovido pela Universidade de Brasília entre 12 e 14 de dezembro de 1978.

Foi sob essa ótica que se evidenciou - segundo Gentile de Mello^(3) - o "fracasso total ou parcial de inúmeros planos de saúde", onde o despreço às variáveis sócio-econômicas, foi responsável, entre outros equívocos, pelo superdimensionamento da oferta de serviços, o atendimento indiscriminado da demanda e a importação de modelos assistenciais dos países industrializados, esquecendo que as aspirações são sempre limitadas pelas possibilidades.

Inúmeras tentativas bem intencionadas malograram precocemente porque ao serem assumidas, desconsideraram - conforme a conhecida constatação de Pedroso e colaboradores - a "existência de relações de íntima interdependência entre saúde e economia"^(7).

A despeito dessa evidência ainda não há, na prática, unanimidade nesse entendimento, talvez porque no campo da saúde, mais do que em outros, muitas decisões de políticas carregam forte carga emocional.

Parte substancial do elenco de soluções experimentadas, nem sempre contemplou o conflito entre a finalidade do sistema de saúde - melhorar o grau de higidez da população - e sua relativa impotência para alcançar esse objetivo.

O setor saúde frustra-se quando extrapolando sua competência - produzir serviços médico-sanitários - tenta influir por si só nos indicadores de saúde da coletividade, sem levar em conta que a melhoria do nível de saúde de uma população só se torna permanente quando oriunda de medidas que superem as restrições impostas pelo contexto econômico e social. Como referiu Magalhães da Silveira em 1961:

"A saúde pública tem fracassado sempre que pretendendo ultrapassar os limites de sua capacidade lança programas na tentativa de resolver problemas para os quais as soluções estão fora do alcance das técnicas médico-sanitárias".⁽⁸⁾

Ou ainda como, dentro da mesma linha de pensamento, refere Eduardo Kertész (5):

"As ações médico-sanitárias são apenas um dos determinantes do nível de saúde de uma população. E pode-se afirmar que para as populações de baixo nível de renda nunca é o mais importante".

Em 1977, somente na área federal (incluindo previdência social) os dispêndios com assistência médica e outros serviços de saúde alcançaram a Cr\$ 43,5 bilhões.

Esses valores adquirem maior expressão quando se observa que em 1963 e 1971 os gastos da União com a função saúde foram de Cr\$ 5,2 bilhões e Cr\$ 14,7 bilhões (preços de 1977), respectivamente.

Em valores "per capita" o gasto federal evoluiu de Cr\$ 65,00 em 1964 para Cr\$ 153,00 em 1971 e Cr\$ 384,00 no ano passado, a preços de 1977.

Inobstante, o nível de saúde da população não apresenta evolução compatível com o esforço setorial. A mortalidade infantil - um indicador de boa sensibilidade - apresenta taxas "fortes" e até "muito fortes" nas áreas mais deprimidas.

A evidência empírica indica, na verdade, que os indicadores de saúde e nutrição apresentam estreita correlação com a distribuição de renda e o nível de emprego, demonstrando - sem negar sua importância - as limitações do sistema médico-hospitalar.

A mortalidade por doenças de veiculação hídrica, um dos mais importantes problemas de saúde pública do país, só pode ser reduzida através da implantação de sistemas de saneamento básico com ampla cobertura populacional, mas a viabilização desse benefício depende, em grande medida, da capacidade de compra das

comunidades.

Os elevados índices endêmicos de desnutrição só regredirão para valores toleráveis, quando o percentual mais carente da população tiver melhor acesso aos alimentos básicos. Em outras palavras: a melhoria do grau alimentar e nutricional de uma coletividade depende basicamente de sua renda; programas oficiais de suplementação alimentar como solução definitiva só teriam viabilidade e eficácia se o problema tivesse menor magnitude.

Esforços isolados do setor saúde podem tornar factíveis resultados positivos em uma etapa inicial; passam porém a apresentar, a partir da intensificação dessas ações, fases de rendimentos decrescentes e posteriormente nulos (6).

Outra não é a posição oficial sobre o assunto como se depreende das formulações contidas em pelo menos 2 projetos governamentais recentes, como o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição-PRONAN e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste-PIASS.

Essas iniciativas, caracterizam indubitavelmente uma tendência inovadora e progressista, enfatizada a partir dos avanços conceituais contidos no II PND.

O primeiro - o PRONAN - propondo uma interveniência concreta na área econômica, atribui-lhe maior conteúdo social, ao incentivar a produção de alimentos básicos através de estímulo ao pequeno produtor, já que esses constituem a parcela menos protegida do setor primário e, singularmente, aqueles que respondem pela maior parte da produção de alimentos básicos. Assim através da área social e por iniciativa desta - que abdica de sua anacrônica e indesejável posição contemplativa como caudatária da política econômica - interfere-se na área produtiva, estabelecendo-se, por conseguinte, uma relação de coerência entre o diagnóstico e a terapêutica. Vale dizer: se o problema da desnutri-

ção, está fundamentalmente ligado à renda e à disponibilidade de alimentos, sua solução não pode ficar na dependência exclusiva de medidas de caráter assistencialista.

O segundo projeto - o PIASS - dirige-se aos contingentes menos protegidos de uma região deprimida, representando a contrapartida do setor saúde para a elevação do nível de vida do interior do Nordeste, mediante a implantação de sistemas médico-sanitários regionalizados, hierarquizados e integrados, voltados para as necessidades básicas da população e de acordo com as possibilidades das comunidades beneficiadas.

A nova doutrina de extensão de cobertura dos serviços de saúde, respaldada em critérios econômicos e sociais, substitui antigas concepções baseadas no transplante para a zona rural de sistemas urbanos, no desenvolvimento de modelos médico-sanitários não reproduzíveis por força de seus custos ou na clássica opção de serviços itinerantes de grande efeito visual mas com pequeno impacto social.

Na medida em que essas colocações adquirem consenso entre os estudiosos dos aspectos econômicos e da política do setor, a participação do estado no sistema de saúde continua a ser objeto de polêmica, menos quanto à presença governamental em si - de fácil justificativa mesmo em uma economia de mercado - do que quanto à forma dessa intervenção.

Um exame retrospectivo, mesmo que superficial, do processo de desenvolvimento econômico e social demonstra a preocupação histórica do estado na condução direta de assuntos que, por sua peculiaridade, não podem ser atendidos pelas pessoas de forma individual e isolada.

Durante muitos anos a ação do Estado esteve voltada apenas para as funções da justiça, defesa e relações exteriores. Dois acontecimentos neste século no entanto, contribuíram para reorientar e ampliar suas funções: a revolução socialista e a de pressão americana.

A primeira, em 1917, marcou o início da intervenção do Estado em todas as funções econômicas e sociais. A segunda, a depressão americana, em 1929, gerou a doutrina de Keynes consagrando, mesmo nos países de livre empresa, a participação do estado na economia, pelo menos para atenuar eventuais crises econômicas.

A neutralidade, característica da conduta estatal em relação à economia até o fim do século passado, sucedeu uma fase distributiva quando a ação do estado nas áreas sociais, educação, saúde e habitação passou a constituir estratégia indireta na garantia de uma melhor distribuição de bens e serviços (1).

A atuação governamental, sobretudo nas últimas décadas, não se limitou aos setores sociais, atingindo áreas antes sujeitas exclusivamente às livres forças de mercado, tais como energia, abastecimento, comunicação e tantas outras.

A fim da 2ª Guerra Mundial catalizou-se essa participação, não só como tentativa de assegurar o pleno emprego na economia, como pela necessidade de reconstrução dos países devastados pelo conflito.

Nos dias atuais, a interferência do estado, independentemente de qualquer conotação ideológica, se explica tanto nos países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos - segundo Alvim (1) - por diversos fatores.

Nos países industrializados:

- i) atenuação de eventuais crises econômicas;
- ii) a necessidade de grandes gastos ligados à defesa e segurança;
- iii) a prevalência de problemas sociais em áreas urbanas decorrentes do desequilíbrio de oportunidades econômicas;
- iv) as conquistas e avanços na legislação social.

Nos países subdesenvolvidos, além dos problemas relacionados ou decorrentes da baixa renda "per capita" e sua forte concentração, bem como a necessidade de investimentos que exigem grandes períodos de maturação (para os quais o setor privado não se capacita), prevalecem - entre outros, os seguintes aspectos condicionantes da ação estatal:

- i) necessidade de eliminar ou diminuir o nível de pobreza absoluta;
- ii) adequação da oferta de serviços sociais básicos;
- iii) promoção e desenvolvimento do capital social básico compreendendo habitação, saneamento, infraestrutura de transporte, etc...
- iv) criação de grandes empreendimentos econômicos não só como mecanismo catalizador da demanda geral de bens e serviços e estimulador de economias de escala, mas, também, como estratégia para minimizar o desemprego.

A participação estatal no sistema de saúde, tanto no Brasil como em outros países de economia de mercado vem assumindo grandes incrementos.

As razões específicas determinantes dessa participação decorrem do seguinte contexto:

- i) os serviços de saúde apresentam custos crescentes face à frequência e rapidez com que novos e sofisticados instrumentos e métodos de diagnóstico e terapêutica são incorporados à tecnologia médica;
- ii) a necessidade permanente de pesquisa pura e aplicada no campo das ciências biológica e da saúde, requer a ação governamental direta ou indireta, já que, com exceção da indústria farmacêutica

(convencionalmente a parte do sistema de saúde), o empresário não tem emulação para investir no campo da investigação científica;

- iii) não condicionada à necessidade de custos operacionais baixos para permitir maior margem de lucro, a atuação do estado faculta a garantia de altos níveis técnicos nos serviços de saúde.

Não é por outra razão que os hospitais de grande porte com especialidades médicas mais complexas e equipamentos modernos e, portanto, com tecnologia de custo elevado, pertencem, via de regra, à esfera pública;

- iv) a pressão da demanda requer, até mesmo como imperativo ético, não só permanentes incrementos na oferta como uma distribuição mais equânime dos serviços por toda a população. A exigência social de maiores coberturas conduz a uma atuação do governo, criando e mantendo direta ou indiretamente serviços de saúde. No Brasil, como em muitos outros países, coexistem os dois tipos de atuação.

A postura do estado moderno frente aos problemas de assistência médica, não mais se limita à ação legislativa ou à arbitragem no choque de interesses entre produtores e consumidores, mas alcança um desempenho mais efetivo, financiando o setor privado em condições favoráveis, subsidiando entidades beneficentes e mesmo comprando serviços médico-hospitalares ou os prestando diretamente.

A história dos serviços de saúde no Brasil demonstra que a atuação governamental, de início restrita à luta contra as doenças transmissíveis, formação de recursos humanos e a polícia sanitária, passou a comportar modalidades médico-assistenciais mais abrangentes, sobretudo depois do advento da previdência social.

Alguns indicadores, ratificam o vulto e a importância da participação do estado no campo médico-sanitário.

Estima-se, que pelo menos 80% dos médicos e enfermeiros, possuam um ou mais empregos públicos. A clínica particular, modalidade ortodoxa de exercício profissional, ocupa como atividade exclusiva menos de 3% da força de trabalho médico⁽⁴⁾.

Entre os profissionais da odontologia - com certeza a última das profissões liberais da área da saúde - apenas 20% de seu contingente de recursos humanos exerce com exclusividade a clínica privada.

O nível de cobertura hospitalar propiciado pela previdência social, revela com igual clareza, a crescente responsabilidade estatal na assistência médica.

Enquanto em 1972, 36% dos nascimentos ocorreram em hospitais próprios ou contratados da previdência social, em 1977 a cobertura alcançou a 56%, não incluídos nessa contabilização a demanda atendida pela rede pública - estadual e municipal - não conveniada com o INAMPS.

A faixa de atendimento sob responsabilidade oficial é bem mais ampla em outras especialidades médicas, onde a opção por cuidados domiciliares a cargo da medicina popular é mais remota*. Na assistência obstétrica, como é sabido, o parto domiciliar que não chega a ser raro na periferia dos centros urbanos, é uma realidade na zona rural, tanto por motivos culturais como, sobretudo, por inacessibilidade à chamada medicina científica.

A predominância da presença do estado nesse setor social, não surpreende: em um país onde a metade da população economicamente ativa participa em menos de 14% da renda e 70% das pessoas empregadas recebe menos de 2 salários mínimos, o papel das profissões de saúde na sua antiga concepção liberal, fica restrito à atenção ao pequeno segmento da sociedade com poder aquisitivo suficiente para atender o consumo dos serviços de saúde que deseja.

* Estima-se que o INAMPS atenda direta ou indiretamente a pelo menos 70% do total de hospitalizações.

Não se pode -a rigor - considerar como exercício liberal, a atividade privada remunerada pela previdência social federal ou estadual. O liberalismo profissional, tipificado pela livre escolha do médico por parte do paciente, a posse dos instrumentos de trabalho, a liberdade de terapêutica, a livre fixação de honorários e a ausência de intermediários entre produtor e consumidor, deixa de existir ou, pelo menos, perde a sua autenticidade, quando ausente uma dessas características.

A polêmica, exacerbada nos últimos anos, entre defensores da presença do estado na economia e os adversários da empresa estatal, não envolve - até certo ponto - a área social, particularmente o setor saúde: nem os mais fervorosos paladinos da livre iniciativa advogam o abandono do setor ao livre jogo das forças de mercado.

A eloquência dos indicadores do nível de renda tem grande efeito persuasivo, ao demonstrar que a grande maioria da sociedade, não dispõe de condições econômicas de acesso à medicina.

Se considerarmos que a população com renda abaixo de 2 salários mínimos não tem possibilidade de utilizar a clínica particular, o apreciável contingente de profissionais de saúde disponível em 1980, e composto por 100 mil médicos, 60 mil dentistas, 20 mil farmacêuticos - para só citar as categorias que mais cresceram numericamente nos últimos anos - estaria voltado para atender as necessidades de menos de 30% da população, se - apenas por hipótese - fosse possível retroagir a ação do estado, aos termos vigentes no início do século.

Mesmo uma melhoria substancial nos padrões vigentes de renda não seria suficiente, já que o custo dos serviços de saúde, mais precisamente da assistência médica, cresce com mais rapidez do que poderia crescer a renda da maioria da população, por mais eficaz que possa ser uma política redistributivista.

Não é por inclinação socializante que nos Estados Unidos, a despeito das fortes pressões das profissões de saúde majoritárias (medicina e odontologia), a assistência médica oficial - até a administração Kennedy limitada aos índios e aos veteranos de guerra - vem gradualmente atingindo outras camadas da população de maior vulnerabilidade social.

Na verdade, a grande controvérsia prevalecente no sistema de saúde brasileiro está centrada na forma como se verifica a presença governamental nos serviços de saúde e não quanto ao seu papel como agente financeiro.

Avocando a responsabilidade da execução direta dos serviços de saúde de caráter preventivo, e de combate às doenças de massa, o governo, através da previdência social, optou por uma atuação eminentemente indireta no campo da assistência médico-hospitalar. Dessa forma em substituição à produção de serviços através de hospitais e ambulatorios próprios, a estratégia previdenciária contempla um desempenho através de terceiros, em especial hospitais e outros serviços privados, com ou sem finalidade lucrativa.

Essa estratégia de ação indireta decorre de um posicionamento pragmático da previdência social com vistas ao aumento da cobertura da assistência hospitalar, a despeito de algumas distorções existentes.

A incidência dessas distorções, inexpressiva sempre que o setor privado conserva sua autenticidade, parece alcançar níveis inquietantes quando o governo se interpõe como parceiro.

A despreocupação de produtores e consumidores com o custo dos serviços exacerba o seu consumo, seja porque os pacientes passam a vincular a qualidade da assistência ao número e grau de refinamento dos atos médicos e exames complementares a que são submetidos, seja porque os profissionais, além de fascinados pela tecnologia e sob pressão do eficiente marketing do denominado complexo médico-industrial, são ainda estimulados por um sistema de remuneração que privilegia procedimentos de alta sofisticação.

A primeira vista é quase irresistível a tentação em adotar medidas que, sem alterar o modelo, erradiquem os procedimentos incorretos.

A idéia inicial é aprimorar os controles, inclusive com a utilização de computadores. A eficácia dessa providência é, em geral, bastante limitada diante as peculiaridades do trabalho médico

Outra opção frequente, dirigida ao consumidor, seria fazê-lo participar do custeio mediante a instituição de uma taxa de moderação da demanda. Sem entrar na discussão dessa medida que, aparentemente significa transferir a expiação da culpa para o paciente, cabe registrar a sua escassa viabilidade política.

A terceira opção, para manter a incolumidade do modelo, seria alterar o sistema de pagamento, que em vez de ser proporcional à quantidade e complexidade dos procedimentos médicos, seria fixado em função do número de pacientes atendidos, qualquer que fosse a terapêutica adotada, ou ainda em relação a clientela sob cobertura.

Parece válido admitir, mesmo aprioristicamente, que essa forma poderia acarretar certos inconvenientes, na medida em que os produtores contratados estariam tentados a diminuir custos operacionais inclusive com o sacrifício de padrões qualitativos.

A forma de atuação estatal, carece portanto de re-exame diante de alguns aspectos insatisfatórios do modelo atual.

Alterações radicais não parecem viáveis, tanto por motivos de ordem econômica como pelo ônus político que acarretariam.

Essa colocação não pressupõe a inalterabilidade do perfil atual e, muito menos, a sua ampliação.

Os controles já mencionados podem e devem ser aprimorados, já que atingem pelo menos a parte visível do iceberg.

A remuneração global em substituição ao pagamento por unidade de serviço poderia, a curto e médio prazo, ser incorporado a todos os convênios do INAMPS com instituições públicas e beneficentes, antes de sua possível extensão gradual às entidades contratadas.

A política de saúde poderia marcar, todavia, uma clara perspectiva de racionalização a partir de uma firme orientação que conduza ao aumento da cobertura dos serviços, mediante a descentralização das atividades médico-sanitárias para os estados e municípios.

Ao modelo teórico (já disponível) de organização dos serviços de saúde baseada em princípios de regionalização, hierarquização e integração, deve ser acoplado um modelo gerencial que harmonize os níveis qualitativos alcançados pelos hospitais e demais unidades de saúde oficiais, com os custos suportáveis obtidos pelo setor privado.

Este - o setor privado - de inegável representatividade no contexto, deve ter como responsabilidade básica a assistência ao setor da sociedade capaz de custeá-la sem a intermediação governamental. O seu papel supletivo na assistência médico-previdenciária teria maior racionalidade se canalizado para as áreas geográficas e especialidades previamente definidos nos planos e programas estaduais.

Procura-se assim inverter, de forma gradual e não traumática, a tendência do setor privado em, através de incentivos e financiamentos governamentais, instalar-se em áreas de menor prioridade para, a partir daí, pleitear contratos do INAMPS, agravando dessa forma o problema da má distribuição dos serviços e até de sua inadequação frente aos agravos à saúde de maior importância social.

As alterações organizacionais introduzidas no setor como resultado da instituição do Sistema Nacional de Saúde - SNS e do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS para terem o alcance desejado, devem ser encaradas menos como uma medida de modernização administrativa, do que uma etapa tática com vista à universalização dos serviços de saúde e saneamento.

Esse objetivo político para ser atingido requer que os recursos setoriais, independente de sua origem, sejam reunidos em um fundo comum, de onde possam ser alocados em função exclusiva dos problemas de saúde da população, desconsiderando discriminações de qualquer ordem.

Uma decisão nesse sentido pode acelerar o prosseguimento do processo de fusão dos vários organismos federais de saúde - iniciado em 1966 com a criação do INPS, continuando mais recentemente com a institucionalização do SINPAS - e que conduzirá, mais cedo ou mais tarde, a integração das atividades setoriais sob a égide de um só Ministério, assegurando assim uma desejável unidade de comando.

Finalmente, não se pode perder de vista, conforme já registrado neste documento, as limitações das ações setoriais quando isoladas.

Com efeito, o aperfeiçoamento do modelo econômico acelerando a incorporação na produção de parcelas significativas da população, aumentando a disponibilidade de alimentos e redistribuindo a renda de forma mais equânime, complementado com a adequação do emprego da tecnologia médica, dirigida prioritariamente para os problemas de maior magnitude e vulnerabilidade, permitirão o alcance e manutenção de níveis de higidez, compatíveis com o notável esforço desenvolvido nos últimos anos pelo sistema de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVIM, E.J. de F. - Orçamento Programa. Rio de Janeiro, Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, s.d. 36 p.
2. CAMPOS, O. - Planejamento setorial de saúde. Rio de Janeiro, Fund. Recursos Humanos para a Saúde. Dep. Administração e Planejamento de Saúde, s.d. 30p.
3. GENTILE DE MELLO, Carlos - Planejamento de saúde e desenvolvimento econômico. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 11(3):81-96, jul/set. 1977.
4. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS PEDAGÓGICOS & NÚCLEO INTEGRADO DE ESTUDOS DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. - Educação de recursos humanos e atual mão-de-obra do setor saúde. Rio de Janeiro, s.d. n.p.
5. KERTÉSZ, Eduardo de Mello. - Proposições de remanejamento do Setor Saúde. Brasília, IPEA, 1974.
6. PROGRAMA de interiorização das ações de saúde e saneamento no Nordeste. E.M. Interministerial 229, de 18.08.76. Brasília, 1976. 38p. "mimeo".
7. PEDROSO, O. et alii. - Assistência hospitalar no Brasil. Revista Paulista de Hospitais, São Paulo, 13(8) ago.1965.
8. SILVEIRA, M.M. da - Saúde Pública. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 1961. 10p.