

# Saúde: concepções e políticas públicas

O conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias

Hésio de Albuquerque Cordeiro

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

AMÂNCIO FILHO, A., and MOREIRA, MCGB., orgs. *Saúde, trabalho e formação profissional* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 138 p. ISBN 85-85471-04-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

## O CONCEITO DE NECESSIDADES DE SAÚDE E AS POLÍTICAS SANITÁRIAS

*Hésio de Albuquerque Cordeiro*

No âmbito das representações sociais que envolvem o processo saúde-doença, um problema interessante a ser abordado é pensar de que forma (ou formas) a sociedade se organiza para atender à necessidade de saúde. Essa necessidade traduz-se em três dimensões, que, embora não sejam obrigatoriamente complementares, representam suas próprias verdades.

A primeira delas refere-se ao fato de a necessidade de saúde, enquanto representação social, não se traduzir da mesma forma em cada classe, fração de classe ou grupo social. Ou seja: o que se pode expressar como necessidade de saúde e se transformar numa ação qualquer para buscar apoio, auxílio, cuidado de saúde não é idêntico entre as pessoas de uma mesma classe e muito menos entre classes distintas. Ademais, essa representação da necessidade repercute na forma como as pessoas se relacionam com os serviços de saúde, públicos ou privados.

A segunda dimensão situa-se do ponto de vista do médico, que expressa a necessidade de saúde de uma forma bastante distinta, estabelecendo-se, assim, um choque entre o saber científico do médico, o saber dominante, e a concepção do indivíduo que recorre ao serviço médico. A fala dessa pessoa que busca o médico para relatar seus sofrimentos, suas mazelas, seus modos de vida não coincide, na maioria dos casos, com aquilo que o médico espera. Tampouco esse relato corresponde a uma definição objetiva de doença. Em geral, é um conjunto de sintomas diferentes daqueles que estão transcritos nos consagrados livros de patologia, de anatomia patológica, de fisiopatologia, em que os profissionais de saúde estudam.

Essa diferença de percepções da necessidade de saúde resulta, muitas vezes, numa relação conflitante. Em alguns casos, o médico recusa-se até mesmo a aceitar que dado problema esteja relacionado à saúde. E, na maioria das vezes, ele procura impor sua concepção, sua visão, enquadrando determinado conjunto de sintomas numa categoria de diagnóstico: “Isto é hipertensão arterial, isto é úlcera no estômago.”

Uma terceira dimensão, a dos planejadores de saúde, dos sanitaristas, dos profissionais de saúde pública, também freqüentemente não coincide com as definições do médico. Tampouco coincide com a percepção ou com a definição de necessidade de saúde por parte dos indivíduos que compõem as várias classes sociais.

A definição das chamadas prioridades de saúde, que expressa o modo pelo qual essas necessidades são entendidas pelos planejadores de saúde, usualmente tem uma forma de percepção distinta das outras. Ao dizer: “Não é prioridade nesse momento fazer transplantes renais; vamos destinar mais recursos para combater diarreia infecciosa e desidratação em crianças de zero a um ano”, o planejador de saúde está comprando uma briga com os nefrologistas, que afirmam: “Não, a minha especialidade é que é importante. Todos os que tiverem um rim funcionando mal têm o direito de ter esse rim substituído”, o que é uma verdade também, até no discurso democrático, da universalização do cuidado da saúde. Já o planejador, com um viés mais tecnocrático, dirá: “Não, vamos alocar recursos aqui, formar tais tipos de especialistas, formular tal tipo de programa.” Isso freqüentemente difere do que os especialistas médicos dizem e, muitas vezes, não corresponde às necessidades socialmente determinadas e percebidas pela população, entendida não como um todo homogêneo, mas como uma estrutura de classes.

Essa questão aponta para o problema da própria política de saúde. Para precisar melhor este conceito, é importante salientar que política de saúde não se resume à política oficial ou institucional de saúde, dos aparelhos de Estado. Existem políticas de saúde formuladas por grupos de interesse, por grupos de pressão, por grupos corporativos. Há, também, aquelas vinculadas a grupos sociais marginalizados, ou excluídos dos sistemas de cuidados de saúde, que se organizam nos movimentos populares para pressionar por reformulações no sistema de saúde. É preciso entender a política de saúde (ou as políticas de saúde) como qualquer política, como um processo de contradições e de relações entre grupos que disputam o poder de forma distinta. Disputam fatias de poder no sentido de impor ou de colocar em marcha seu projeto de saúde ou seu projeto de sociedade.

Nos últimos vinte anos, as políticas de saúde traduziram fundamentalmente um projeto excludente, que não contemplou os movimentos populares, não contemplou reivindicações por outras políticas de saúde e prestigiou, basicamente, um conjunto de articulações, de relações, que se foram dando em torno do Estado para sustentar determinado modelo. Isto se deu, primeiro, estabelecendo-se uma profunda dicotomia entre a saúde pública e a assistência médica, em particular a assistência médica hospitalar. Historicamente, no Brasil, consolidou-se uma forma bastante esquizofrênica de concepção: de um lado, no Ministério da Saúde, um conjunto de instituições foi-se especializando em saúde pública; de outro lado, um segundo conjunto de instituições, vinculadas à Previdência Social, foi-se organizando para dar assistência médica e hospitalar, separando não só as formas de per-

ceber e de representar a doença, mas também as formas de intervenção do Estado no sentido de promover umas ou outras.

Em consequência dessa separação, a saúde pública, historicamente, foi perdendo prestígio e recursos, tendo seus orçamentos reduzidos de tal forma que, entre 1969 e 1970, o do Ministério da Saúde representava apenas 0,9% do orçamento global da União, enquanto, na década de 50, girava em torno de 3 a 4%. Embora a saúde pública nunca tenha tido muito prestígio, constata-se que a situação se agravou mais ainda a partir da década de 70, quando se reduziram os projetos de saúde pública e se hipertrofiaram os projetos de organização da assistência médica e hospitalar.

Esse movimento partiu de um mecanismo de concentração de poder e de recursos econômicos na Previdência Social, no então INPS, criado em 1967. Dez anos depois, deu-se o segundo momento de maior concentração, com a criação do Inamps e uma reestruturação de todo o sistema da Previdência Social, orientado por uma visão e por uma política de expansão do atendimento hospitalar, atendimento esse constituído fundamentalmente pela área hospitalar privada. Ademais, o movimento direcionou a ampliação do mercado de consumo de medicamentos e de equipamentos médicos a partir da ação do Estado via Previdência Social, estabelecendo o que se vem constituindo como o complexo médico-industrial. Essa estruturação proporcionou uma forma de organização intensamente privada da prestação da assistência médica, articulada com as indústrias farmacêutica e de equipamentos e, mais recentemente, com o seguro-saúde, uma espécie de presença do capital financeiro 'organizando' o setor saúde privado, intrometendo-se no setor público e esvaziando o projeto de organização pública do sistema de saúde.

A partir do processo iniciado em 1966 – e considerando que estamos hoje enfrentando um processo contraditório e transitório de reordenação desse sistema de saúde –, estabeleceu-se, em termos de políticas oficiais de saúde, uma separação crescente entre 'saúde pública' e 'medicina curativa', com um esvaziamento institucional da chamada saúde pública e uma privatização acelerada e intensa dos recursos da Previdência Social. Privatização não só dos recursos dos trabalhadores, mas também dos consumidores, pois hoje todas as pessoas que adquirem qualquer bem estão contribuindo indiretamente para a Previdência Social, já que a parcela do empregador se transfere ao preço da mercadoria consumida. Esse tipo de concepção certamente contribui para fragmentar a própria concepção de saúde e doença.

Essa dicotomia foi representada por uma fragmentação extremamente acentuada das políticas sociais no campo da saúde. Não é exagero dizer que essas políticas não só segmentaram a saúde pública, como também a medicina curativa, separando as doenças por nível de competência: doenças federais, doenças estaduais e doenças municipais. "Malária é da esfera federal, é com a Sucam, mas tratar criança já se tornou uma tradição das Secretarias Municipais." Essa segmentação traduz uma forma também bastante desintegrada de cuidar do fenômeno vida,

porque se lida com o vetor, com o vírus ou com o sistema, de modo que a relação entre a população e o serviço de saúde se apresenta de forma totalmente rompida.

O que ocorreu de grave no Brasil foi um processo intenso de privatização, ao se restringir o âmbito do processo de saúde e doença ao restabelecimento – ou à restituição – da força de trabalho, e, principalmente, ao se criar um sentido da lucratividade do trabalho de prestação de cuidados de saúde. Assim, além de ser uma forma de restabelecer a capacidade de trabalho do indivíduo, também se tornou objeto de lucro, objeto de um processo específico de transformação e de crescimento, de acumulação capitalista, consubstanciado e estruturado na forma das empresas médicas.

São, portanto, dois processos simultâneos, o que leva ao entendimento de que, na própria organização do sistema de saúde, não há uma única representação da doença. Assim é que o empresário da saúde – ou aquele que vende a apólice do seguro-saúde –, o sanitarista e o médico liberal – que atende no consultório do subúrbio – vão expressar concepções bem distintas em relação ao processo saúde e doença. Isso tem gerado e ampliado um sistema de desigualdades.

Mesmo admitindo que a questão das relações entre a população e os serviços já esteja mais ou menos equacionada, temos que pensar que existem outras formas de desigualdade, e uma delas refere-se ao acesso ao serviço. A situação da população da área rural do País é ainda extremamente precária, correspondendo, em média, a menos de uma consulta/ano por habitante. A área urbana – onde se situam dois terços da população – está na faixa de duas consultas/ano por habitante. É evidente que essa média reflete muito mal também as desigualdades, pois certamente alguns segmentos dessa população urbana, das classes médias para cima, têm mais facilidade de acesso, têm mais consultas, vão ao médico mais ou menos quando querem. Ainda que a população urbana das favelas freqüentemente busque a atenção médica, constata-se que, ainda assim, na média, esse acesso é muito precário. Na Baixada Fluminense, há um déficit de quase três milhões de consultas/ano.

Há, portanto, um diferencial de acesso das pessoas aos serviços, desigualdade essa que se expressa em função das classes, bem como das regiões do País, já que o número de consultas por habitante no Nordeste é menor do que no Sul e Sudeste. Há um acesso diferencial em relação à qualidade do cuidado de saúde, não só em termos da atenção e da forma como se estabelecem as relações médico-paciente, como até, por exemplo, no tempo gasto na consulta com pacientes de classes sociais distintas.

Analisando o conteúdo dessa relação, observa-se que o médico, ao se relacionar com uma pessoa empiricamente classificada como ‘classe média alta’, não é tão impositivo, é mais atencioso, dá muito mais explicações, procurando usar uma linguagem que se aproxime do universo conceitual daquele paciente. Quando se relaciona com um trabalhador ou com um paciente das chamadas classes populares, o

tempo de consulta é menor, e o conteúdo da consulta é muito prescritivo: “Você vai tomar esse remédio porque vai lhe fazer bem”. Não interessa muito explicar o mecanismo da doença e o mecanismo de atuação daquele medicamento. É uma relação muito mais assimétrica do que aquela com um paciente das classes dominantes.

Há ainda um diferencial de gastos em saúde. Embora, no Brasil, o gasto público em saúde não chegue a cinquenta dólares por habitantes/ano, ele está mais concentrado nas regiões Sul e Sudeste, exatamente porque foi muito direcionado para o atendimento hospitalar de natureza privada.

Esse contexto é acrescido de um conjunto de desigualdades das próprias formas de adoecer e de morrer. Desigualdades que se traduzem com maior gravidade, com maior frequência, num maior grau de sofrimento para as classes dominadas, para os segmentos mais pobres das classes trabalhadoras. Costuma-se dizer: “Pressão alta, infarto, câncer, isso é doença de rico.” Pobre morre de diarreia, de desidratação, de infecção respiratória aguda; morre de câncer de pulmão, de câncer de mama, de câncer de colo uterino, de câncer de estômago; morre por homicídio, de acidentes, de várias formas de violência. Morre, inclusive – mais do que o rico – de infarto, derrame, acidente vascular cerebral, lesão nos rins, hipertensão. Isto significa que nas camadas mais pobres não só se concentram as doenças, como também se revestem de maior gravidade aquelas popularmente identificadas como ‘doenças de rico’.

Esse conjunto de desigualdades reflete políticas oficiais, públicas, que na realidade tiveram muito pouco de públicas, já que visaram primordialmente ao fortalecimento de um setor médico empresarial, cuja forma de funcionamento e dinâmica de crescimento reforçaram uma concepção baseada no lucro. Uma concepção, portanto, de reprodução e ampliação das desigualdades sociais, que contribuiu para excluir segmentos importantes da população brasileira do acesso aos serviços de saúde.

Todo o movimento de denúncia e de luta contra o crescimento desse complexo médico-empresarial, assim como a própria politização do conceito de saúde e doença, ampliando-se o sentido do processo saúde e doença, é que caracteriza o conceito ou o movimento da Reforma Sanitária. Ou seja, o entendimento de que é preciso ter um conjunto de políticas sociais articuladas, integradas, para mudar concepções de modos de vida, de alguma forma ligadas à gênese de uma dada situação de saúde e doença da população.

Esses problemas têm que ser encarados de forma articulada e integrada por meio de políticas que enfrentem os agravos ligados ao meio ambiente, à falta de saneamento, à questão do salário, às condições do ambiente de trabalho, aos riscos que se traduzem no processo de trabalho e à própria qualidade dos serviços de saúde. Mais ainda: seria preciso aproximar essas duas concepções de saúde pública e de medicina curativa que se divorciaram, promovendo o que os sanitaristas e os planejadores de saúde passaram a chamar de “integralidade das ações de saúde”. Isto significa entender que não adianta assistência médica se não houver também

melhores condições de nutrição, de saneamento, enfim, melhores condições de vida. É preciso que essas ações sejam conjuntas e, mais ainda, que isso se traduza num direito de toda a população. Implica, portanto, a universalização do acesso ao serviço de saúde, rompendo com uma outra concepção, a do seguro-saúde.

Quando se organizaram os institutos de aposentadoria e pensão como uma forma de seguro social para a classe operária e vários outros segmentos de trabalhadores do País, no sentido de dar maior garantia em situações de perda de emprego, de doença, isso representou um avanço nos trinta primeiros anos deste século. Representou absorver conquistas extraordinárias das lutas da classe operária europeia dos séculos dezoito e dezenove, mas que, numa visão atual, representam uma concepção restrita do direito social.

A idéia do seguro social é a de que o trabalhador deve contribuir com uma parcela do seu salário para que, na aposentadoria, na doença, na invalidez, tenha condições de se manter. Essa concepção do seguro, contudo, exclui setores que não estão na força de trabalho. Se a pessoa estiver desempregada ou se trabalhar no setor informal da economia, não contribui para nenhuma forma de Previdência Social e, portanto, também não tem qualquer direito. Essa concepção do seguro social está sendo rompida segundo o conceito de universalização, que é a forma mais abrangente, é a forma da Seguridade Social entendida como algo que coincide com a universalização do acesso. De acordo com esse conceito, não é preciso ser trabalhador inserido no mercado formal de trabalho para obter atendimento médico, para ter inclusive certos direitos sociais, certos benefícios, como seguro-desemprego. O idoso sem nenhuma forma de subsistência tem garantido, pela Constituição, o direito de receber pelo menos um salário mínimo para sua manutenção.

Situo todo esse processo e essa formulação das políticas de saúde na atualidade dentro desse marco da universalização, do reconhecimento do direito à saúde e do direito social, do direito numa concepção mais ampla do que a do seguro, que é o da Seguridade Social, dentro de um princípio de integralidade, isto é, o de colocar juntas, do ponto de vista de conteúdos das ações de saúde, as partes tanto preventiva quanto curativa.

A aprovação de uma lei complementar à Constituição vai reordenar o Sistema de Saúde no Brasil, unificando as partes preventiva e curativa via Ministério da Saúde, para, institucionalmente, se traduzir em integralidade das ações. Esse conjunto de propostas é ainda uma espécie de ideário de lutas. Pela história dos sistemas de saúde do Brasil, pode-se entender por que razões surgiram, surgem e surgirão oposições a essas propostas. O setor privado encara com muito temor o fortalecimento e a reordenação do setor público, fazendo uma ofensiva bastante intensa pelos meios de comunicação, no sentido de buscar uma alternativa, fora do Estado, para o financiamento da área privada com a poupança das pessoas que podem pagar seguro-saúde. Atua, assim, de forma até bastante inteligente com a crise, com as dificuldades de fortalecimento do setor público e com o que este signi-

fica em termos de formulação de alternativas para a melhoria do acesso e da qualidade. Jogando com essas dificuldades, o setor privado oferece alternativas do tipo: “Esse negócio de posto de saúde fica para os pobres; vocês, da classe média, que vêem televisão colorida, têm uma alternativa melhor, uma forma de buscar e escolher o seu médico, por meio do seguro-saúde”. Propõe-se, assim, uma nova forma de diferenciação de classes no acesso ao serviço de saúde.

Nessa discussão, um desafio importante na defesa do serviço público de saúde consiste em explicitar que não basta ser público, é preciso que seja democratizado no sentido do acesso, do controle social, da fiscalização e, mais ainda, que ele funcione no sentido da qualidade do atendimento, recebendo recursos que permitam efetivamente tornar disponível o que há de moderno para o conjunto da população. A percepção hoje é de que o serviço público, nessa competição de mercado de consumo de saúde, deve oferecer serviços que contemplem também a classe média, a classe dominante, no sentido de fortalecer a concepção de um serviço público de saúde. O desafio que se enfrenta é o de ampliar realmente o acesso para cerca de quarenta milhões de pessoas que hoje estão praticamente à margem do sistema oficial de saúde. São pessoas que têm estratégias próprias de sobrevivência, que buscam soluções alternativas para seus problemas de saúde em outros sistemas, como os vinculados às religiões ou as práticas populares, como forma de resolver o problema do sofrimento que decorre da doença.