

Prioridade Versus Escassez de Recursos em Saúde

Vicente de Paula Faleiros

Assistente social; Ph.D em Sociologia pela Universidade de Montreal; Professor Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília-DF

O presente texto discute a questão das opções dos administradores do sistema de saúde diante da escassez de recursos num país marcado pela desigualdade social e de acesso às políticas públicas. Numa primeira parte, discute-se a relação entre vontade política e condições objetivas, analisando-se a exclusão social no contexto do neoliberalismo. Em seguida, analisa-se a dicotomia entre público e privado, o primeiro voltado para os mais excluídos e o segundo para os que dispõem de riqueza e recursos públicos. Para enfrentar em nome da ética e da cidadania o problema das prioridades no setor público, rejeita-se o critério do clientelismo, devendo-se analisar o contexto priorizando-se a equidade horizontal e vertical combinada com a ordem de chegada, o reordenamento institucional, as chances de vida e, em último lugar, a oportunidade econômica. A cidadania implica a garantia e efetivação dos direitos sociais.

UNITERMOS - Recursos e escassez em saúde, acesso à saúde, escolha em saúde, cidadania e ética, prioridade no atendimento

"Como o Hospital de Base é o único a possuir esse aparelho (ecocardiograma), acaba drenando pessoas de várias localidades do DF e do Entorno. Nós não temos condições de absorver todo mundo"

(Lineu Araújo Filho, diretor-substituto do HBB, in Correio Braziliense, 11/1/1997)

A questão da escassez de recursos é sempre entrevista no dia-a-dia dos hospitais e centros de saúde do Brasil, implicando em decisões delicadas e complexas por parte de todo o pessoal, e não só do diretor. Em janeiro de 1997, os principais noticiários de TV mostraram a tragédia do Hospital Universitário de Maringá, no Paraná. Por ser a unidade de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) da região e não possuindo Unidade de Terapia Intensiva (UTI), deve rejeitar ou atender mal a um grande número de pacientes graves que o procuram. Um dos médicos afirmou que iria dar prioridade a uma gestante por se tratar de duas vidas em jogo.

Temos consciência de que a questão é extremamente polêmica e complexa, pois envolve pontos de vista éticos, políticos, religiosos e econômicos, e não pode ser desvinculada do contexto em que se situa.

Tentaremos analisar o problema a partir do mais geral para o particular, isto é, considerando a relação entre as condições e as decisões, o contexto brasileiro da exclusão social e, no atendimento à saúde, algumas opções de ação com seus limites e possibilidades.

Determinismo e voluntarismo

Faz parte da tradição da análise política, desde Maquiavel, a distinção entre as condições objetivas, a *fortuna*, e as condições subjetivas, a *virtù*, que Marx muito bem sintetizou na famosa frase do "18 Brumário", segundo a qual os homens fazem a história, mas a fazem nas condições dadas por esta mesma história. Privilegiar as condições sem levar em conta o sujeito, e principalmente as relações entre os sujeitos, sua interação, pressupõe a aceitação do determinismo e a negação da vontade. Por outro lado, somente considerar, na tomada de decisões, o sujeito

isolado, sem levar em conta as condições reais em que se encontra, é cair no voluntarismo.

Nas situações concretas em que os homens interagem entre si há um confronto de vontades e estratégias, de propósitos e resultados, não só em função dos interesses em jogo, da relação de forças em presença, mas dos recursos disponíveis e das condições gerais e particulares da ação. Estas condições independem da vontade dos homens, mas é na análise das mesmas que se configura o que Sartre, em "*Questão do Método*", denomina o campo das possibilidades. O campo das possibilidades consiste nas alternativas possíveis, nas escolhas e riscos. As escolhas não se apresentam abertas, mas sob a forma de cenários mais ou menos viáveis e oportunos. Nem sempre o que é viável é oportuno, ou seja, é preciso situar a ação em um processo histórico, numa dinâmica social, cultural e política, pois uma ação viável pode não ter aceitação por parte dos sujeitos em razão de sua cultura ou religião. Em razão de fatores morais, religiosos e culturais, conflitos têm existido, por exemplo, quanto à doação de órgãos, à transfusão de sangue, ao atendimento de doentes em fase terminal.

O estabelecimento de prioridades não se resume, pois, no que comumente se tem denominado de "vontade política". Implica uma visão do "outro", do ponto de vista contrário, do jogo de interesses frente à questão e das condições concretas. A prioridade para uns pode não ser a prioridade para outros. Os recursos também são limitados para se alcançar determinados objetivos em função, muitas vezes, de sua concentração ou distribuição, apropriando-se uns de sua disponibilidade em detrimento de outros. Em outras palavras, a questão dos recursos não pode ser naturalizada, vista apenas de um ângulo estático, mas se inscreve em um movimento relacional complexo.

As condições de atendimento à saúde

O atendimento à saúde no Brasil é um reflexo (não mecânico, é claro) das condições sociais e políticas do país, ou seja, consiste num modelo atual, com um filão para os pobres e outro para os ricos e segurados individualmente ou em grupo, em consequência da concentração de renda e da exclusão social. Esta dualidade, de certa forma, sobrepõe-se a que divide o atendimento à saúde em público e privado. O primeiro, compreendendo ao mesmo tempo um grande volume de atenção ambulatorial e de casos graves acaba sendo o filão dos mais pobres e vive em situação sucateada e precária. Compreende 98% dos postos e centros de saúde e 21% dos hospitais. O segundo, que detém 79% dos hospitais e 2% dos postos e centros de saúde, está voltado para os que podem pagar direta ou indiretamente pelos serviços prestados, seja como particular seja por meio de seguradoras privadas, cooperativas, medicina de grupo ou ressarcimento de despesas. Para ingressar nestes planos é necessário possuir renda suficiente para pagá-los, sendo mais acessíveis a quem está inserido no mercado formal e mais ainda aos que trabalham em grandes empresas estatais ou privadas.

Com a piora das condições de trabalho, o desemprego e a desativação de planos de seguro das empresas e organizações, a demanda pelos serviços públicos de saúde deverá aumentar, acrescida da diminuição da oferta por parte dos hospitais privados que estão fechando suas portas ao SUS, favorecendo os usuários de planos, que passaram de 22.400.000 _ em 1987 _ a 34.400.000 _ em 1993 _, o que significa um aumento de quase 54%. No entanto, segundo Cohn e Elias o setor público é responsável por 81% das internações, mas a média de dias de internação é aproximadamente o dobro da ocorrida no setor privado. O atendimento à saúde é também geograficamente concentrado nas regiões mais ricas do país. "Revela-se no Brasil (a partir dos dados) um padrão de organização de serviços excludente e iníquo que destina ao setor público a vocação para responsabilizar-se pelos estabelecimentos de mais baixo custo, grandes produtores de atendimento elementar e voltados para a atenção primária em saúde, enquanto que o setor privado concentra-se fundamentalmente na atividade hospitalar e nas consultas médicas aos pacientes externos" (1).

O gasto brasileiro com saúde situa-se em torno de US\$ 95,00 anuais *per capita*, inferior à média da América Latina, que é de US\$ 105,00 *per capita*. No PIB, a proporção de gastos públicos em saúde é de 1,5% (dado de 1990, do Relatório Mundial do PNUD, de 1996, enquanto que o Relatório Nacional, por sua vez, considera 5,5%, levando em conta saúde e saneamento); segundo o Relatório do Desenvolvimento Humano, de 1996, o Chile aloca 3,2% e os países industrializados, em média, 6,1%. De acordo com esse mesmo relatório, existem no Brasil 26,6 milhões de pessoas sem saneamento básico e 20,3 milhões sem água potável, ou seja, respectivamente, 17% e 13% aproximadamente (2). No país, há 3,5 leitos por mil habitantes, sendo 4,4 em São Paulo. Já nos Estados Unidos este índice é de 5,3, na França 9,3 e no Canadá 16,1. Por outro lado, o Brasil possui uma situação satisfatória no que se refere ao coeficiente (1,5) de médicos por mil habitantes.

Seria inútil repetir, neste espaço, outros indicadores para mostrar a desigualdade social do país e a prioridade nacional, neste momento voltada para o pagamento das dívidas interna e externa e não para o desenvolvimento humano e social. Além de não ser suficiente, o dinheiro alocado à saúde é intermediado através de mecanismos eleitoreiros, clientelistas e corruptos (pela troca de verbas por comissões, propinas e favores, etc.).

Os recursos disponíveis estão direcionados para prioridades dos mais fortes, ou seja, quem tem mais poder

econômico também garante mais poder político, reforçando-se mutuamente. As pressões populares em níveis local, estadual e nacional têm contribuído para provocar uma inflexão nessas prioridades, mas ainda não foram suficientes para fazer com que as políticas sociais sirvam à maioria. O modelo vigente e tradicional de distribuição de recursos no Brasil é o de custos difusos e benefícios concentrados (maiores detalhamentos sobre esta temática podem ser obtidos em Wanderley Guilherme dos Santos, "*As razões da desordem*" (3)), ou seja, a maioria arca direta ou indiretamente com o ônus tributário das políticas, inclusive os pobres, enquanto os benefícios se concentram em parcelas, grupos ou segmentos de renda mais elevados. Exemplo disso são as políticas educacionais, habitacionais e previdenciária. A aposentadoria por tempo de serviço beneficia grupos de trabalhadores de renda mais elevada, apesar de seu financiamento ser originado, em grande parte, de setores com renda inferior. Na saúde, a transferência de recursos públicos para setores privados acaba favorecendo os indivíduos de rendimentos mais elevados.

A *universalização* do atendimento é a garantia do acesso igual para todos, mas precisa ser articulada à equidade para que esse acesso se efetive concretamente, por meio de dispositivos operacionais que propiciem a efetivação dos serviços em proximidade com o usuário e de acordo com sua complexidade crescente, como prevê, aliás, a legislação brasileira (Lei Orgânica da Saúde).

Nesse quadro de exclusão social ou de dualização social, faz-se necessária uma definição global de prioridades, com o privilegiamento da prevenção e da atenção pública. É também preciso fortalecer financeiramente o setor público, o que se está tentando realizar, de forma temporária, com a adoção da polêmica Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira - CPMF (no valor de 0,2%, aplicável no período de janeiro de 1997 a janeiro de 1998). Essa taxa abre a oportunidade para que se discuta o financiamento à saúde pública - a meu ver, deve ser exigida uma contribuição das seguradoras e grupos médicos pelo atendimento público realizado, bem como maior rigor tributário com os lucros do setor privado. É amplamente reconhecido que os custos da saúde vêm aumentando significativamente em todos os países, e muitos estão, igualmente, colocando freios nos gastos, seja a partir de um maior controle, seja a partir de uma maior contribuição dos usuários. Os fundos destinados à saúde precisam ser mais agilizados e socialmente controlados. No Canadá, onde há acesso universal à saúde, o orçamento do setor saúde é controlado por autarquias estaduais.

O problema da distribuição de recursos e prioridades está vinculado às questões econômicas, sociais e políticas mais gerais que condicionam situações particulares e singulares. Se houvesse saneamento, boa nutrição, boas condições de habitação, melhor distribuição de renda, acesso à terra e ao trabalho, as condições de saúde seriam melhores e, acrescidas de uma política de prevenção de massa, teriam ainda mais qualidade.

Prioridade e recursos são questões também integrantes do cotidiano, como vimos na epígrafe deste artigo. A decisão entre quem atender e quem deixar de fora assume uma tensão política, social e ética de grande relevo. Nos itens seguintes tentaremos abordar algumas destas tensões e critérios, visando analisá-las.

Clientelismo e patrimonialismo

A pressão política para se atender algum afilhado ou apadrinhado, amigo ou indicado, tem sido um dos critérios práticos mais utilizados para se passar na frente das imensas filas de espera. É a prevalência da troca de favores, do clientelismo. Trata-se de uma prática abominável, pois extremamente subjetiva, não-transparente, utilizando a organização pública como se fosse a propriedade privada de quem atende, ou seja, o patrimonialismo. Esse tipo de atendimento não deixa de ser uma privatização do público e, mais ainda, uma regra sem regra, pois fica ao arbítrio de cada um.

A ordem de chegada

Em oposição à prática anterior, a estrita ordem de chegada, sem nenhuma contemplação das singularidades e gravidade de cada caso, pode ser extremamente iníqua, pois há situações que não admitem espera, sob risco de morte ou dano irreparável ao paciente. Quando se pode conviver com o incômodo ou o problema (mesmo sem incômodo), sem risco de dano ou morte, pode-se garantir um atendimento inicial (ou mesmo marcação de consulta) com orientação competente e no prazo mais próximo possível da demanda.

Reordenamento institucional

As rotinas de controle pediátrico e a instituição do médico de família, ou mesmo do agente comunitário, podem inverter a relação oferta/demanda de serviços: é a oferta que determina a demanda, facilitando a prevenção. Isto implica um profundo reordenamento institucional, talvez com o mesmo financiamento.

A equidade

A equidade horizontal implica tratar a todos iguais igualmente e a equidade vertical implica um tratamento desigual para os desiguais, ou seja, o estabelecimento de ações afirmativas para inclusão dos mais desfavorecidos social, cultural ou economicamente. O tratamento apenas formal da inserção social escamoteia uma relação de forças e de condições, pois, na realidade, não garante o mesmo acesso a todos, variando conforme o grau de influência ou de "capital" disponível (a expressão "capital" é tomada em sentido amplo, seguindo as indicações de Bourdieu (4), significando as capacidades, patrimônios, trunfos, conhecimentos e cultura de que dispõe uma pessoa nas suas relações sociais). A chamada discriminação positiva visa dar prioridade aos que têm menos condições ou capital, favorecendo-os. Nesse sentido, os que não dispõem de alternativas de atendimento no setor privado, os que têm menos vez e voz, os que têm menos recursos, deverão contar com um atendimento mais rápido, eficiente.

O setor privado tem um critério bem claro para o atendimento: o pagamento, ou seja, o capital disponível é o critério central para o acesso aos serviços, tendo-se já verificado a morte de pessoas na entrada de hospitais privados por não possuírem dinheiro para o pagamento do serviço. Dinheiro é direito. Os pagamentos efetuados para atendimento à saúde são dedutíveis do imposto de renda, o que lhes garante financiamento público.

Os serviços do setor público são pagos por toda a sociedade mediante impostos, contribuições e taxas e, por isso mesmo, os que não têm (*the have not*) mas contribuem devem receber prioridade sobre os que têm e, proporcionalmente, contribuem menos. Para quem recebe um salário-mínimo, o desconto de 8% para a Previdência Social representa um peso maior no orçamento familiar do que o mesmo valor em um salário mais alto. Os mais ricos gozam de privilégios na isenção e anistia de impostos e de facilidades para gerir negócios, com grande renúncia fiscal do Estado. Assim, é preciso, portanto, que seja aprofundada a relação entre os critérios da equidade vertical e horizontal.

As chances de vida

As chances de vida são, muitas vezes, consideradas na prioridade do atendimento. Alguém que esteja com nenhuma chance de sobreviver ou em fase terminal deve ceder lugar a alguém que possa continuar vivendo por mais tempo? O tempo de vida é decisão médica?

Hoje, a sociedade está mais aberta para discutir e decidir o uso de aparelhos para prolongamento da agonia ou sobre a morte em fase terminal. Certas pessoas, inclusive, desejam influir na decisão a tomar sobre si mesmas e muitas famílias preferem que o desenlace ocorra em casa, junto a amigos e com o aconchego do afeto, ao invés de no ambiente das modernas e aparelhadas UTIs. Para isto, é necessário que os médicos forneçam informações claras tanto sobre as reais condições do paciente como sobre as condições do atendimento, avaliadas cientificamente. A participação do paciente nas decisões sobre seu próprio corpo é um direito do mesmo.

Os serviços de urgência, no entanto, devem estar preparados para os primeiros socorros, mesmo fora dos hospitais. O hospitalocentrismo pode custar mais caro que a utilização de um serviço móvel básico e eficiente em uma sociedade em que o telefone está amplamente difundido. Não há condições de possibilitar qualquer oferta de serviços de saúde sem que haja uma efetiva capacitação de pessoal, bem como as condições mínimas necessárias para o atendimento.

A oportunidade econômica

Não pretendemos aprofundar a relação custo/benefício, custo/efetividade, custo/utilidade (5) neste curto espaço de discussão, mas salientar que estes critérios influenciam decisões. Num hospital privado lucrativo a receita total deve superar a despesa total; já num hospital não-lucrativo as duas devem se igualar - o que hoje está sendo mais exigido, em nível global, na operacionalização das políticas públicas.

A análise do custo de oportunidade visa comparar alternativas para se estabelecer quais as vantagens e desvantagens de cada uma em termos de perdas e ganhos de recursos e benefícios. Na atenção a doentes crônicos, por exemplo, pode-se comparar os custos e benefícios do atendimento em hospital e do atendimento em casa. Em relação a doenças graves e agudas é também possível pensar em formas alternativas para melhor utilização dos recursos existentes, embora o desenvolvimento da tecnologia e do conhecimento venham implicando aumento de despesas. É preciso, portanto, desenvolver o conceito de *tecnologia apropriada* para evitar que não se empregue um aparato caro em situações sem risco, bem como aperfeiçoar os serviços de triagem colocando-os nas mãos de pessoal capacitado.

Considerações finais

Lunes lembra que não poderemos fugir das escolhas, e que os problemas éticos precisam ser enfrentados, acrescentando que "não cabe ao burocrata ou ao político de plantão tomar essas decisões; muito menos ao profissional de saúde que tem diante de si uma pessoa necessitando de assistência. Esse tipo de decisão pertence

à sociedade" (6). À sociedade, no entanto, pertencem o burocrata, o político e o médico que, inclusive, podem vir a precisar de atendimento. Seu envolvimento nas decisões passa não só pela ação individual mas por sua participação no debate e nas deliberações coletivas dos conselhos de saúde, organismos profissionais, instâncias comunitárias e políticas. A cidadania do paciente se constrói, assim como a cidadania dos profissionais, na garantia e na efetivação dos direitos sociais. Esta é a forma primordial de se avaliar uma política, inclusive o atendimento à saúde, pois a própria sociedade é que definiu estes direitos no seu processo civilizatório e de estruturação do "Estado de Direito". Na relação sociedade/Estado de Direito é que se manifestam tanto as exigências da cidadania como as desigualdades em relação a mesma. Ficar na naturalização das desigualdades é institucionalizar a barbárie. A defesa da vida é, hoje, a defesa do Direito e dos direitos sociais.

Abstract - *Priority versus Shortage of Health Resources*

The current text discusses the issue of the options of health care administrators in view of the shortage of resources in a country marked by social inequality and unequal access to public policies.

In the initial segment the relation between political will and objective conditions is discussed, analyzing social exclusion in the context of neo-liberalism. Then the dichotomy between public and private is analyzed, the first aimed at the more excluded and the second for those who dispose of wealth and public resources. In order to understand the problem of priorities in the health area in the name of ethics and citizenship, the criteria of patronage is rejected, analyzing instead the context by giving priority to horizontal and vertical equity, combined with the order of arrival, the institutional reorganization, the chances of survival, and last of all, economic opportunity. Citizenship implies in the guarantee and enforcement of social rights.

Referências Bibliográficas

1. Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: política, organização e serviços. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1996.
2. Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil. Brasília: IPEA, 1996.
3. Santos WG. Razões da desordem. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
4. Bourdieu P. Réponses. Paris: Seuil, 1992.
5. Piola SF, Vianna SM. Conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995.
6. Iunes RF. A concepção econômica de custos. *In*: Piola SF, Vianna SM. Conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995: 227-47

Endereço para correspondência:

HCGN 716, Bl. K, casa 13
70770-741 Brasília - DF