

Saúde é Democracia e Justiça Social

Gustavo Tenório Cunha

Prof. do Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP

A saúde das pessoas não é a saúde do capital

Na literatura científica é ponto pacífico que os países com sistemas públicos de saúde têm populações mais saudáveis do que aqueles com sistemas privados de Saúde, sempre mais caros e danosos.

O financiamento dos sistemas é um componente estratégico para atingir os objetivos de proteger e melhorar a saúde dos cidadãos. As experiências dos países demonstram que, quanto mais público e solidário for o financiamento dos sistemas, mais ele atenderá estes objetivos” (LOBATO, L.V.C e GIOVANELLA, L. 2012. p 103)

Isto ocorre, entre outros motivos, porque nos países onde predominam sistemas privados:

- (1) as decisões clínicas e gerenciais são constantemente influenciadas pela busca do lucro;
- (2) a ideia de saúde como mercadoria (predomínio do “valor de troca” em relação ao “valor de uso”) induz uma relação com serviços, exames e medicamentos mediada pelo fetiche da mercadoria (“quanto mais melhor”, “quanto mais novo melhor”, “quanto mais caro melhor”);
- (3) é menor, nos países com sistemas privados de saúde, a capacidade de implementar políticas que contrariem interesses de setores poderosos envolvidos com a saúde, como a indústria de equipamentos médicos e a farmacêutica/insumos, além do próprio setor de serviços privado de saúde; e
- (4) nestes países existe uma exclusão permanente do acesso aos serviços de saúde de parte significativa da população.

O país mais estudado e que mais evidencia os resultados negativos da saúde como mercadoria são os EUA. Segundo a Organização Mundial de Saúde,

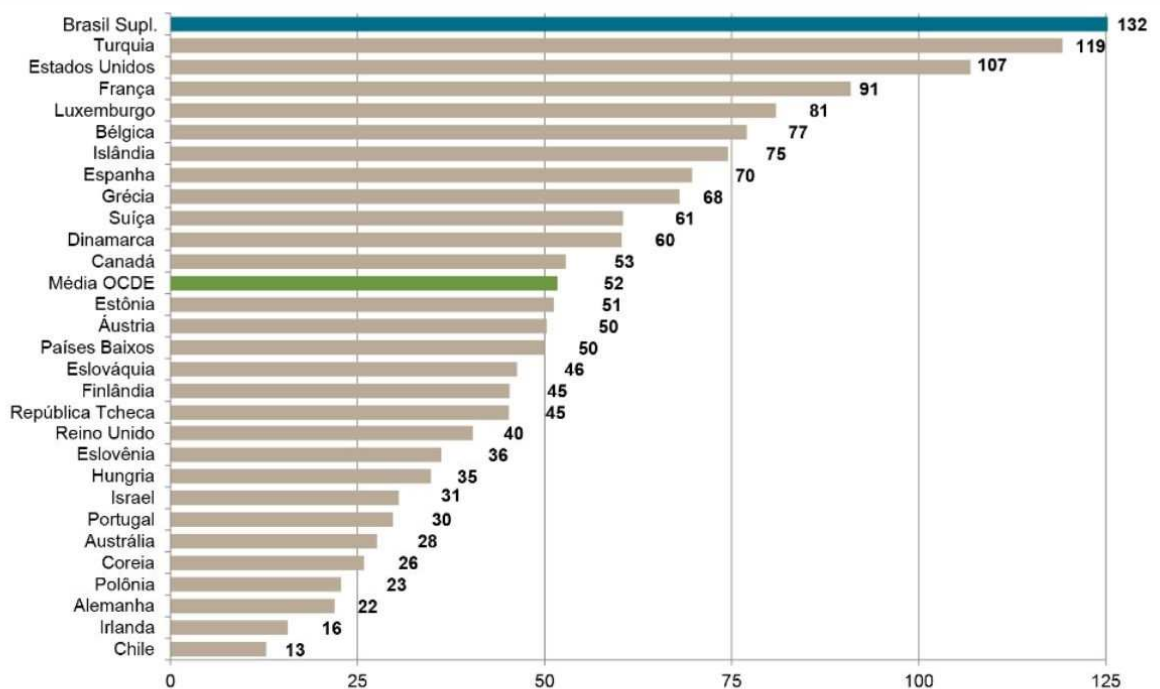
(...) as dívidas médicas são a causa principal de falência pessoal nos EUA. Investigadores de Harvard concluíram em 2008 que as faturas de doença tinham contribuído para 62% das falências do ano anterior (52). Muitas destas pessoas tinham alguma forma de seguro de saúde, mas os benefícios oferecidos eram insuficientes para os proteger dos pagamentos diretos ou copagamentos mais caros. Esta observação não está relacionada com a atual recessão econômica; as faturas médicas já tinham sido a causa de 50% das falências nos EUA em 2001. (OMS 2010 p. 10)

Embora os EUA comprometam cerca de 17% do seu PIB com saúde, sendo o país que mais gasta no planeta, seus indicadores de saúde sempre foram os piores entre os países ricos e são piores até mesmo do que alguns países pobres. Inclusive a agência de apoio ao capital financeiro, Bloomberg, com sede em Nova York, que costuma classificar os sistemas de saúde com base nos dados da OMS, em 2019 classificou os EUA na 35ª posição, enquanto Cuba ocupou o 30º lugar. Em relação à esperança de vida, por um importante indicador que reflete o resultado de um conjunto de políticas sociais, os EUA também ocupam costumeiramente uma posição ruim. A esperança de vida dos EUA é semelhante à dos países do leste europeu (Europe Commission – 2014 p. 93), sendo pior do que quase todos os demais países europeus.

Não bastassem os resultados globais de saúde e qualidade de vida, nos EUA as pessoas que conseguem acesso aos serviços ainda sofrem mais danos intrínsecos causados pelo sistema de saúde (chamados iatrogenias) do que em outros países. Dentre todas as pessoas que morrem anualmente nos EUA, um número equivalente à terceira causa de morte é devido às iatrogenias (MAKARY e DANIEL, 2016). Estes danos intrínsecos dos sistemas de saúde existem também nos países com sistemas públicos, porém eles ocorrem em uma quantidade menor.

No caso do Brasil, apesar de não dispormos de informações tão precisas quanto aos danos dos serviços de saúde privados e convivermos com corporações profissionais poderosas, podemos tomar como indicador um dado simples da própria Agência Nacional de Saúde (ANS 2015)¹.

¹*These Are the World's Healthiest Nations. Disponível em <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips>. Acesso em: novembro/2019*



Fonte: OECD (2015b), SIP/ANS/MS - 03/2016 e SIB/ANS/MS - 03/2016

Nota: A barra em verde é a média da OCDE e a em azul petróleo representa o número de exames de ressonância magnética realizados em regime ambulatorial por 1.000 beneficiários da Saúde Suplementar (planos que incluem a segmentação ambulatorial) em 2015.

Os usuários do sistema privado, se tomados no seu conjunto como se se fossem um país, têm uma proporção de ressonância nuclear magnética sem paralelo no mundo. O mesmo relatório apresenta dados semelhantes em relação ao parto cirúrgico. O que exemplifica o quanto as práticas nos serviços privados são influenciadas mais pela busca do lucro do que pela busca da saúde.

Apesar de tudo que se sabe sobre os sistemas de saúde privados, a presença deste setor em um país como o Brasil, onde convivem os dois sistemas, é fortemente apoiada na crença de que o sistema privado é intrinsecamente “melhor” do que o público. O sistema público seria destinado a atender os pobres e fadado à baixa qualidade. Esta crença é tão poderosa que, diferentemente dos sindicatos europeus, os sindicatos brasileiros sempre incluíram a demanda por acesso aos planos de saúde na pauta de reivindicações. No Brasil, os planos privados empresariais se configuraram como “ganha pão” do setor privado. É aquela fatia de mercado em que empresas de saúde têm lucro garantido, porque selecionam os mais jovens e saudáveis. Este sempre é o objetivo maior de uma empresa de serviços de saúde: manter entre os seus pagantes os mais saudáveis (e, portanto, menos custosos) e expulsar (ou não permitir a entrada) dos mais doentes ou com maior risco de adoecerem. A descrença de que o sistema público de saúde possa oferecer os melhores serviços tem autorizado o desinvestimento público na saúde e legitimado o setor privado. Desta forma, estabelece-se um círculo vicioso: quanto menos demanda social organizada pelo sistema público de saúde, menos investimento no setor público e mais legitimidade para o setor privado, ainda que este não se comprometa em defender a vida daqueles que não têm dinheiro

para pagá-lo e nem tenha condições de competir, em termos de qualidade, com sistemas públicos com o mínimo de investimentos e gestão.

O caso brasileiro, no entanto, ainda guarda peculiaridades protetoras do capital que outros sistemas privados não ousaram fazer. O Brasil é único país que, ao criar um sistema público (que nasceu na década de 90 do século passado em um período de estagnação da economia), verificou o crescimento exponencial do seu sistema privado (BAHIA 2005). O Brasil subsidia o setor privado de várias maneiras:

- (1) através da renúncia fiscal para pessoas físicas e jurídicas que compram serviços privados de saúde;
- (2) através da compra de serviços privados pelo setor público e;
- (3) através do não ressarcimento pelo setor privado ao SUS dos gastos com atendimento no SUS daquelas pessoas que pagam serviços privados.

Se considerarmos que os gastos públicos com saúde no Brasil não chegam à metade do gasto total com saúde no país, apesar de o sistema público se responsabilizar diretamente por 75% dos habitantes, podemos perceber a dimensão da iniquidade que a presença do sistema privado perpetua.

A Construção de Sistemas Públicos de Saúde é inseparável do enfrentamento das iniquidades

Não existe modo de uma sociedade buscar honestamente a melhor saúde e qualidade de vida possíveis para todos sem enfrentar a desigualdade econômica. Para os estudiosos da Saúde Pública não existe dúvida quanto à influência de fatores sociais na condição de saúde.

Tanto é assim que a Constituição de 1988 define, no seu Artigo 196, que a saúde é um *direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*.” (Constituição Federal – art. 196)

Da mesma forma, a Lei 8080, de 1990, que cria o Sistema Único de Saúde, no seu Artigo 3, define que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

A legislação brasileira expressa o que se sabe cientificamente da relação entre saúde e as condições de vida. Os mais pobres sofrem incidência maior de um conjunto enorme de patologias e, nos países com maior desigualdade, vivem menos. O infarto agudo do miocárdio, por exemplo, mata mais no extrato social mais baixo da sociedade do que no mais alto, assim como as chamadas “causas externas” (mortes violentas), o câncer de colo do útero e as doenças infectocontagiosas. Também é maior a proporção de pessoas com diabetes, hipertensão, artrite reumatoide e dores lombares no extrato social mais baixo. (Barros et al, 2006; C & SC. 11(4):911-26).

No plano internacional, o tema da equidade em saúde é foco de comissões na Organização Mundial de Saúde desde 1996. Conferências mundiais sobre os Determinantes Sociais de Saúde têm

sido realizadas e a última (2011) foi no Rio de Janeiro, onde se escreveu a “Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde”, em que se destaca:

Reafirmamos que as desigualdades em cada país e entre os países são política, econômica e socialmente inaceitáveis — além de injustas e, em grande parte, evitáveis — e que a promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos, o que, por sua vez, contribui para a paz e a segurança. (OMS 2011)

A falta de equidade em saúde faz com que o direito mais elementar, que é o direito à vida, esteja condicionado à situação econômica e social. E, embora os serviços de saúde sejam muito importantes na garantia desse direito, não são suficientes para determinar a equidade em saúde em uma população. Estudos demonstram que a desigualdade econômica é um forte determinante da saúde e da qualidade de vida na comparação entre os países (Wilkinson R, Pickett K. 2015). Quanto menos desigual economicamente é o país, maior esperança de vida ao nascer, menores a população prisional, o número de homicídios, a obesidade e o analfabetismo. Ou seja, a busca da equidade em saúde passa necessariamente pela construção de uma sociedade menos desigual.

Por causa disso, em todo o planeta a luta por saúde e por qualidade de vida dos povos passa pelo enfrentamento dos interesses de setores econômicos poderosos (cigarro; indústrias alimentícia, automobilística, farmacêutica; especulação imobiliária etc) e pelo direcionamento das políticas públicas para a defesa da vida.

Por outro lado, os determinantes sociais em saúde também devem ter consequências na prática clínica dos profissionais de saúde e nas decisões gerenciais dos sistemas de saúde de diversas formas, ao se reconhecer, por exemplo, que algumas pessoas e grupos precisam de cuidados especiais e prioridades por viverem em determinadas condições de vulnerabilidade (princípio da “equidade” do SUS). Além disso, os serviços de saúde conseguem perceber os determinantes sociais e divulgar essas informações para a sociedade (como propõe o artigo 5 da Lei 8080 em seu primeiro objetivo para o SUS²). E os profissionais de saúde devem, sempre que for oportuno, informar os indivíduos que o seu adoecimento e/ou dificuldades com o tratamento têm relações causais com um conjunto de políticas públicas que poderiam, ao menos, diminuir a prevalência do problema, quando não eliminá-lo.

Um exemplo antigo, porém muito didático, diz respeito às condições de saneamento básico, pois um serviço de saúde pode cuidar de diversos problemas gastrointestinais de uma população que está submetida à falta de saneamento básico. Os serviços de saúde não têm poderes nem mandato da sociedade para resolver a falta de saneamento, no entanto é elementar que informar a população (para que se organize e interfira nas políticas públicas) e notificar os poderes constituídos de que existe uma situação

²Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

de falta de infraestrutura, que precisa ser resolvida, definem a diferença entre um serviço de saúde que é cúmplice das iniquidades e aquele que atua para enfrentá-la. O mesmo se pode dizer da obesidade, que em situações de insegurança alimentar é o primeiro degrau depois da desnutrição (uma vez que os carboidratos são os alimentos mais baratos) e, coletivamente, é resultante de um conjunto de políticas, como políticas agrícolas, trabalhistas (tempo livre do trabalhador), políticas de segurança, lazer, transporte, moradia, educação, entre outras. Desta forma, o cuidado individual, que pode envolver a motivação e propostas singulares para o indivíduo/família, não pode estar separado de ações coletivas do serviço de saúde junto à comunidade. Dizendo de outra maneira: clínica e política se distinguem, porém não se separam.

Infelizmente, uma perspectiva reducionista e fragmentada do processo de adoecimento e do papel dos serviços de saúde, associada a uma forte ideologia conservadora, culpabiliza os grupos sociais mais vulneráveis pelas condições sociais em que eles vivem e limita a atuação dos profissionais, que se enredam em frustrações e até mesmo em conflitos com estas populações mais vulneráveis. Uma atuação coerente das organizações de saúde (que são capilares na sociedade), considerando as evidências científicas e as melhores recomendações dos sistemas públicos de saúde, é potencialmente transformadora das relações de poder na sociedade.

O direito à saúde inclui instituições democráticas

Existem muitos motivos para defendermos que as instituições (de saúde, inclusive) funcionem de forma mais democrática. Um primeiro aspecto é a função de mediação das instituições: em países com maior grau de democracia (política, social e econômica), as instituições atenuam o poder dos governos, que são menos capazes de intervir nas instituições, como, por exemplo, no sistema de justiça, educação ou saúde, a ponto de comprometer as finalidades expressas dessas organizações. Nestas ocasiões, as instituições permitem preservar as políticas de Estado das sazonalidades das políticas de governo. Onde os trabalhadores têm espaço de participação (e podem refletir sobre as finalidades do trabalho) costuma ser mais difícil perverter as finalidades socialmente pactuadas. Uma das medidas indiretas da força dos trabalhadores na afirmação dos compromissos sociais das instituições são as denúncias do *Wikileaks*, grupo jornalístico que sempre teve como um dos seus princípios acolher anonimamente as denúncias de trabalhadores que presenciam crimes ou irregularidades.

Outro motivo para apostar em modos mais democráticos de funcionamento das instituições é o enfrentamento da tendência a reproduzir as relações de poder hegemônicas, como as relações de classe, relações de trabalho, relações de gênero e etnia. Em sociedades muito desiguais, as posições hierarquicamente superiores nas organizações tendem a ser ocupadas pelos grupos dominantes e a cultura institucional possui uma tendência para convocar os membros (mesmo que oriundos dos grupos sociais mais excluídos) a aderirem aos valores da elite dominante. Desta forma, é necessário construir alguma capacidade reflexiva para que tendências predominantes na sociedade não se atualizem nas organizações: o racismo, o machismo, os preconceitos de classe social e os preconceitos religiosos. Nos EUA, os estudos

que procuram determinar a presença de tratamentos diferenciados para minorias nos serviços de saúde (chamados eufemisticamente de estudos das “disparidades étnicas no atendimento”) têm demonstrado de forma irrefutável que os valores e crenças sedimentados em uma sociedade desigual e racista se atualizam no cotidiano dos serviços de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003). A democracia organizacional poderia permitir tanto uma abertura para participação da sociedade no funcionamento das organizações (transparência) quanto um aumento da capacidade de análise, de crítica e de avaliação de resultados, pelos trabalhadores da própria organização, possibilitando melhor enfrentamento da tendência para a reprodução das relações de poder hegemônicas na sociedade dentro das organizações de saúde.

Hannah Arendt (1999), quando analisou o julgamento de um ex-general nazista por Israel, chamou a atenção para o fato de que determinadas lógicas organizacionais, tão presentes no cotidiano das organizações contemporâneas, são capazes de engendrar e autorizar o que ela chamou de “banalidade do mal”. O general argumentava em sua defesa que apenas “fez o seu trabalho, colocando as pessoas no trem”, e que não poderia ser responsabilizado pelo destino do trem (os campos de concentração). Arendt percebe como esse tipo de alienação é condição necessária aos empreendimentos totalitários. No entanto, não é exclusivo destes momentos. O empreendimento das maiores atrocidades depende de pessoas “normais” que apenas “fazem seu trabalho”. Ainda que este não tenha sido o ponto principal da filósofa, podemos dizer com ela que organizações menos transparentes e menos democráticas engendram trabalhadores com grande capacidade de execução e baixa capacidade de compreensão sobre os objetivos do seu trabalho. São, portanto, perigosas para a democracia e são mais capazes de praticar atrocidades e violações dos direitos humanos. Quantos relatos de truculência e violência poderíamos recolher do funcionamento das organizações contemporâneas, em pleno estado “democrático”?

Também podemos constatar que, se as instituições de uma sociedade são verticais e pouco participativas, não serão os momentos eleitorais que tornarão a vida nesta sociedade uma experiência democrática. A democracia não se resume às eleições e à disputa pela ocupação dos cargos representativos nos governos. Seja na família patriarcal, do “pai patrão”, seja na igreja autoritária onde o sacerdote alimenta seu poder sobre as pessoas pelo medo e pela tristeza, tudo pode contribuir para uma dinâmica social que almeja o controle e a passividade. Neste contexto, o mundo do trabalho é um elemento importante, porque toma uma parte significativa do tempo das pessoas e pode possibilitar o direito de criar, de pensar e de ser protagonista nos processos de decisão que dizem respeito ao trabalho. Estas possibilidades se relacionam diretamente com a qualidade do trabalho realizado: nas organizações que lidam com pessoas (como educação e saúde), a falta de democracia e consequente automatização do trabalho diminuem a qualidade dos resultados. Os estudos que avaliam a relação entre a dinâmica do trabalho das equipes de saúde (*team climate*) e os resultados do trabalho encontram associação positiva entre equipes mais participativas e protagonistas com melhores resultados de saúde (BOWER et al. 2003). Por outro lado, estudos que avaliam a relação entre a saúde do trabalhador e o modelo de gestão

demonstram que a saúde dos trabalhadores é pior quando as pessoas têm pouca oportunidade para usar suas habilidades e tomar decisões:

Em geral, ter um emprego é melhor para a saúde do que não ter emprego. Mas a organização social do trabalho, estilos de gestão e relações sociais no local de trabalho são importantes para a saúde. Evidências mostram que o estresse no trabalho desempenha um papel importante contribuindo para as grandes diferenças de status social na saúde, ausência de doença e morte prematura. Vários estudos europeus no local de trabalho mostram que a saúde dos trabalhadores é pior quando eles têm menos oportunidade para usar suas habilidades e baixa autonomia para tomar decisões. (WILKINSON, R. MARMOT, M. 2003. p 18 – tradução livre)

Temos, portanto, muitas razões para que a luta por melhores condições de saúde implique e transforme as instituições de saúde e seus trabalhadores. Neste sentido, a área de Gestão e Planejamento da Saúde Pública tem se dedicado a pensar metodologias de gestão que incluam igualmente, além do compromisso social de produção de saúde, o compromisso com a produção dos sujeitos (trabalhadores) e a reprodução/sobrevivência da organização de saúde. O reconhecimento destas três dimensões confere a todo desafio gerencial uma dimensão política irredutível a protocolos e padronizações (CAMPOS 2000).

Considerações Finais

A luta pelo direito à saúde (e a Seguridade Social como um todo) é praticamente inseparável da história dos movimentos sindicais. No Brasil, a primeira lei que definiu algum direito e alguma regra para aposentadoria é de 1923 (Lei Elói Chaves) e foi específica para os ferroviários, que haviam feito uma sequência importante de greves nos anos anteriores. O movimento operário na Europa ocidental, antes de conquistar a universalização da previdência e dos sistemas de saúde, passou também por conquistas parciais, na previdência e na saúde. No Brasil, a seguridade social (saúde, assistência social e aposentadoria) foi uma conquista de muitos movimentos sociais na Constituição de 1988, mas nunca houve correlação de forças suficiente para fazer valer completamente a “letra da lei”, principalmente quanto ao financiamento. Parte dessas dificuldades se deve à ambiguidade de como a sociedade brasileira (até mesmo os movimentos sociais/sindicais) compreende os serviços de saúde, em relação à saúde como direito ou como mercadoria. Considerando a desigualdade da sociedade brasileira e a reprodução da violência institucional presente nos equipamentos públicos, é fácil entender a preferência de parte da população pelo acesso à saúde como consumidor em vez do acesso como cidadão. Por mais que essa escolha signifique uma grande armadilha em termos coletivos.

No momento atual da sociedade brasileira, em que o fascismo bate à porta sem máscaras, as fragilidades das políticas públicas ficam mais visíveis. Mais do que nunca é necessário compreender e defender os avanços obtidos com estas políticas. Mas é mais necessário ainda analisar os limites desses

avanços. Compreender os impactos sociais do que ainda não foi conquistado e a capilaridade social das organizações de saúde pode aglutinar uma fatia maior da sociedade organizada brasileira em defesa do direito à saúde na sua plenitude.

Bibliografia

ANS – Agência Nacional de Saúde – Mapa Assistencial 2015 – disponível em https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_2016007.pdf

ARENDDT, Hannah. *Eichmann em Jerusalém — Um relato sobre a banalidade do mal*. Tradução de José Rubens Siqueira. São Paulo: Companhia da Letras, 1999.

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saude soc.*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, Ago 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200003&lng=en&nrm=iso>.

Bower P, Campbell S, Bojke C, Sibbald B. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(4):273–279. doi:10.1136/qhc.12.4.273.

Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos. 1a. Ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira et al . Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe 2, p. 37-47, out. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600037&lng=en&nrm=iso>

INSTITUTE OF MEDICINE. 2003. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/102>.

LOBATO, L.V.C. e GIOVANELLA, L. “Sistemas de Saúde, origens componentes e dinâmica” in *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012 (p 89-120).

Wilkinson R, Pickett K. *O NÍVEL: POR QUE UMA SOCIEDADE MAIS IGUALITÁRIA É MELHOR PARA TODOS*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 2015. 374 p.

O.M.S. - Organização Mundial de Saúde “Relatório Mundial da Saúde: financiamento dos sistemas de saúde. 2010 – disponível em https://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf

O.M.S. - Organização Mundial de Saúde- Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011.

WILKINSON, R. MARMOT, M. Social Determinants of Health - The Solid Facts, 2nd edition / OMS – 2003 – disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

MAKARY, M.A., DANIEL, M. Medical error—the third leading cause of death in the US BMJ 2016; 353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139 (Publicado em 3 Maio de 2016).

Europe Commission. “Sixth report on economic, social and territorial cohesion” 2014 – disponível em https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/official/reports/cohesion6/6cr_en.pdf