

ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Otil Carlos Dias dos Santos¹

Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES e Faculdades Santo
Agostinho - FASA
otil.dias@gmail.com

RESUMO

No Brasil, as políticas públicas desenvolvidas, pelo Estado, do bem estar social, têm sido motivo de discussão entre as diversas áreas do conhecimento, tendo em vista que, estatisticamente os resultados alcançados e o cumprimento dos objetivos pretendidos têm se apresentados, na maioria das vezes, distorcidos, por não harmonizar com a verdadeira realidade dos fatos, principalmente no que diz respeito às políticas de proteção e assistência social. Dentre as políticas públicas oferecidas ao povo brasileiro, a da saúde talvez seja a que melhor represente este processo. Sendo assim, este artigo tem como objetivo discutir a estratificação social no sistema de saúde brasileiro, quanto ao nível de acesso dos usuários a este sistema, utilizando três variáveis, as quais acredita-se serem os pilares do processo da desigualdade como, cor da pele, renda domiciliar e educação, a partir das políticas públicas desenvolvidas no país. Portanto, cabe demonstrar que nas práticas das políticas públicas e, principalmente, as do acesso à saúde nem sempre têm apresentado resultados satisfatórios, conforme serão apresentados no decorrer deste estudo. A metodologia utilizada consistiu em levantamento bibliográfico, além dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad de 2003, apresentados no relatório do CPP – Centro de Políticas Públicas (2009).

Palavras Chaves: Estratificação Social, Saúde e Políticas Públicas.

ABSTRACT

In Brazil, public policies developed by the State's welfare, have been the subject of discussion between the various areas of knowledge, considering that, statistically the results achieved and the achievement of desired objectives have been presented, most of the time, distorted, not harmonize with the true reality of the facts, especially with regard to the policies of protection and welfare. Among the policies offered to the Brazilian people, the health is perhaps the one that best represents this process. Thus, this article aims to discuss the social stratification in the Brazilian health system, the level of user access to the system, using three variables, which are believed to be the pillars of the process of inequality as skin color, household income and education, from public policies developed in the country. Therefore, it is shown that the practice of public policy and, especially, the access to health have not always shown satisfactory results, as will be presented in the course of this study. The methodology consisted of

¹ Mestre em Desenvolvimento Social pela Unimontes e Professor de Contabilidade do Departamento de Ciências Contábeis – Unimontes; Professor de Contabilidade das Faculdades Santo Agostinho.

literature, in addition to data from the National Household Sample Survey - PNAD 2003, presented the report of the CPP - Center for Public Policy (2009).

Keywords: Social Stratification, Health and Public Policy.

INTRODUÇÃO

Diversos estudos e pesquisas têm demonstrado que a sociedade brasileira vem vivenciando, nos últimos anos, a exclusão social de milhões de pessoas que, de maneira, são privadas dos seus direitos civis, políticos e sociais.

Apesar da Carta Magna do país preconizar que todos os seres humanos “são iguais perante a lei sem distinção de qualquer natureza”, o reconhecimento de determinados direitos sociais aplicados aos indivíduos se tornaram muito distintos, não sendo, portanto, implementados de maneira mais pragmática, aliás, facultando e delimitando o papel dos cidadãos na organização política da sociedade que, atualmente, é considerada pela ciência como complexa em diversos fatores e, principalmente, sob ponto de vista da inclusão social.

No Brasil, as políticas públicas desenvolvidas, pelo Estado, do bem estar social, em prol do crescimento e do atendimento a toda uma população carente e excluída, têm sido motivo de discussão entre as diversas áreas do conhecimento, tendo em vista que, estatisticamente, os resultados alcançados e o cumprimento dos objetivos pretendidos têm se apresentados, na maioria das vezes, distorcidos, por não harmonizar com a verdadeira realidade dos fatos, principalmente no que diz respeito às políticas de proteção e assistência social.

Porém, quaisquer erros imputados na análise dessa realidade impõem uma suposta iniquidade as quais faz do Brasil um dos países extremamente desigual, revelando que o desenvolvimento beneficia muito mais uns do que outros, aumentando, cada vez mais as disparidades entre os diversos grupos sociais. Assim, tal situação leva a deduzir que as pessoas, de certa maneira, são estratificadas, cada vez mais, na escala social.

Dentre as políticas públicas oferecidas ao povo brasileiro, a da saúde, talvez seja a que melhor representa os processos de estratificação social, tendo em vista, os aspectos contraditórios entre os princípios igualitários preconizados pela Constituição Brasileira de 1988 e as profundas desigualdades em todas as regiões do país. O acesso universal e gratuito adotado incorpora a um princípio denominado integralidade, partindo da premissa de que todo ser humano, sem distinção e preconceitos, tem direito ao acesso e aos melhores atendimentos de serviços básicos disponíveis à população. De forma clara, percebe-se que, nas diversas políticas públicas de governo, existe sempre uma lacuna entre o que é determinado pelas legislações e os resultados de pesquisas publicados nos jornais e revistas, demonstrando que o sistema se apresenta como insaciável, uma vez que a política de saúde não é vista, na opinião de muitos, como principal prioridade no rol de diretrizes estabelecidas pelo povo, através de seus representantes legais.

É neste contexto que buscar-se-á, neste artigo, estudar a estratificação social na saúde brasileira, quanto ao nível de acesso dos usuários a este sistema, utilizando três variáveis as quais acredita-se serem os pilares do processo das desigualdades sociais como cor da pele, renda domiciliar e educação. A metodologia utilizada para a concretização deste estudo será a bibliográfica, além dos dados quantitativos levantados

pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad de 2003, apresentados no relatório do CPP – Centro de Políticas Públicas (2009). Tal estudo se justifica, tendo em vista que o papel do Estado é garantir a todos os cidadãos o direito de acesso a este serviço, provendo um atendimento eficaz e integral aos usuários efetivos e plenos de seus serviços com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, para que se tenha um melhor entendimento do assunto, aqui abordado, será preciso discorrer sobre a história da saúde no Brasil e o seu processo de estratificação social no desenvolvimento nas duas subseções seguintes.

O PROCESSO HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

Para melhor compreensão desse processo histórico serão elencados os fatos a respeito da saúde no Brasil, cronologicamente, conforme preconiza (BAPTISTA, 2007).

Segundo essa autora a história das políticas de saúde no Brasil remete a um contexto maior do que a própria história do Estado-Nação.

As inquietações com relação à saúde deram início a discussões, a partir de 1808 com a vinda da família real.

Nesse período, as diversas doenças se agravaram comprometendo e ameaçando a mão de obra saudável, capaz de manter os negócios da realeza.

Naquela época, não existia recursos adequados para enfrentar os problemas existentes e as pessoas não tinham o conhecimento sobre os ciclos das doenças, o que de certa forma comprometia toda a estrutura social.

A saúde era praticada de acordo com as crenças e religiões de cada grupo social constituídos por estrangeiros, índios, negros e escravos, onde os doentes se submetiam aos tratamentos, numa relação de confiança e de acordo com a experiência e as técnicas desenvolvidas por cada grupo. Vários eram os costumes praticados no meio social, onde os líderes considerados mais velhos se utilizavam do poder das plantas, orações aos Deuses, feitiços e das chamadas “simpáticas”, para tratar dos considerados enfermos.

Para os doentes considerados em estado grave, estes eram isolados sob o regime de privação social até a morte.

A partir daí, surgiram às primeiras preocupações no que diz respeito à qualidade das condições de vida da população nas cidades, aparecendo mais médicos e o início de uma proposta de institucionalização da saúde no Brasil, contribuindo para que o Estado tomasse providências, quanto a se pensar em elaborar políticas voltadas para a proteção dos indivíduos e da população em geral.

Em 1852 foi construído o primeiro hospital psiquiátrico, no Rio de Janeiro, para tratar de doentes mentais, onde o interesse pelo tratamento era voltado para questões políticas e econômicas, garantindo aos detentores do poder a produção de riqueza, cuja assistência aos trabalhadores surgiu pela necessidade de garantir a implementação dessas políticas.

Com o surgimento das fazendas cafeeiras em 1889, a saúde ganha mais espaço na sociedade, tendo em vista que os coronéis necessitavam de trabalhadores saudáveis e o Estado de garantias de que o crescimento da economia não seria abalado por aquele momento histórico.

Depois de oito anos foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), com o objetivo principal de desenvolver pesquisas em instituições de medicina e no conhecido Instituto Oswaldo Cruz fundado no ano de 1900, e em seguida, no ano de 1904, o sanitarista Oswaldo Cruz propôs o código sanitário, instituindo a desinfecção domiciliar obrigatória, uma vez que não existiam condições adequadas de saneamento.

A partir daí, em 1910, foram concentrados esforços no saneamento das zonas rurais e os resultados alcançados mostraram que país se encontrava extremamente doente.

No ano de 1920 foi inaugurada a Diretoria Nacional de Saúde, reforçando o papel do Estado na elaboração de políticas e ações preventivas voltadas para a maioria. E mesmo assim, um contingente significativo de pessoas não era absorvido pelo sistema, pela falta de condições econômicas e de prioridade por parte dos governantes. Estes fatos contribuíram significativamente, para o surgimento de movimentos sociais que lutaram contra o Estado, reivindicando pelos seus direitos sociais, quanto a atenção da saúde.

Após três anos de lutas foi proposta, através de lei, a formação dos CAPS - Caixas de Aposentadorias e Pensões, totalmente financiadas por trabalhadores e empresas com benefícios destinados para si e suas famílias, mas tal situação abrangeu apenas uma pequena parte da população. E aí surgiu uma nova realidade, que serviu de alicerce para o esboço de um projeto pioneiro, referente ao primeiro sistema social de saúde, assinalando uma nova era na consolidação dos direitos sociais voltadas para o povo brasileiro.

Neste novo espaço apareceram dois fatos sociais marcantes para a história da saúde, quando foi criado o MESP (Ministério da Educação Saúde Pública), desenvolvendo ações de saúde de caráter preventivo e o MITIC (Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio), voltado para a implementação de políticas de assistência médica e previdenciária, coordenadas pelo o IAPS (Instituto de Aposentadorias e Pensões) e acessível apenas às classes sociais urbanas. Depois disso, os problemas se agravavam, haja vista a inclusão de uma minoria que era de interesse do Estado. Os pobres continuavam às margens das oportunidades e à beira de uma cidadania excludente.

Com o desenvolvimento do processo de industrialização no Brasil, em 1950, o país deixou de ser uma economia agrícola e houve, nos grandes centros, um inchaço da massa operária, aumentando, os agravos sociais como acidentes, violência e doenças mais complexas.

Em decorrência disto, as empresas firmaram convênios com hospitais, que se viram obrigados a se preocupar com a especialização de recursos humanos e a fabricação de drogas que pudessem aumentar a expectativa de vida das pessoas, tornando o sistema, cada vez mais dispendioso.

Somente em 1953 que o Brasil criou o Ministério da Saúde com papel de desenvolver políticas de saúde. E como resultado dessa decisão política foi instituído o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU), em 1956, cuja atividade principal era reorganizar as endemias rurais. Mesmo assim, a assistência integral ainda não era um direito que abrangia todos aqueles que dependiam do sistema. Neste momento, foi necessária a mobilização de recursos para o setor, uma vez que o desenvolvimento trouxe para aquela nova realidade os postos de trabalhos, indústrias do ramo farmacêutico e de equipamentos e ensino profissional, constituindo a base para expansão do setor saúde.

Em 1966 surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social – INSS unificando-se com o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS), ficando responsáveis pelas decisões políticas, favorecendo os interesses do próprio Estado, através da contratação dos serviços privados.

Em seguida, as políticas públicas desenvolvidas pelo INSS contribuíram para a inclusão de novos segurados, como os trabalhadores autônomos, rurais e empregados domésticos, aumentando, significativamente os gastos relativos à saúde e o processo

político se desenrolava de forma um tanto negativa, pelo fato da permanência dos estratos sociais, quanto ao acesso a atenção à saúde. Os resultados positivos dessa política, ainda estavam muito distantes de serem alcançados, mesmo considerando o crescimento econômico na década de 50 até 1970. Nesta década houve uma redução de investimentos no setor, aumentando não só o agravo de doenças, mas principalmente o aumento da pobreza, exclusão e a desigualdade social.

Logo após foi instituído um plano nacional de desenvolvimento, elaborando estratégias que pudessem alavancar o setor de saúde, possibilitando o fortalecimento do movimento sanitário em parcerias firmadas com diversas instituições brasileiras, como USP, UNICAMP, ENSP/FIOCRUZ etc..., buscando mudanças no setor, tais como, saúde para todos independentemente de vínculos empregatícios ou quaisquer tipos de preconceitos. A luta nesse processo representou a implementação do sistema tripartite em termos de gestão, administração, financiamento, além da responsabilidade da participação e controle social. Ampliava-se, assim, o debate sobre o direito da saúde no país.

Em decorrência, houve o surgimento dos movimentos sociais que após dez anos, contribuiu para a realização da VII Conferência de Saúde, com o debate sobre a reformulação da política do setor, visando dotar o país de uma rede de serviços básicos, que oferecesse proteção, recuperação e promoção a saúde, propondo a cobertura universal, meta estabelecida até o ano 2000. A questão é que não houve êxito pela pressão das empresas privadas interessadas no setor, que se encontrava, naquele momento ineficiente, complexo e vulnerável em termos de fraudes.

A partir de 1985 foi fundado o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social INAMPS, administrado pelos integrantes do movimento sanitário.

Em 1986 o próprio Ministério da Saúde convocou a sociedade para o debate da reforma do sistema na VIII Conferência Nacional, fato que se tornou um marco histórico da discussão de uma política setorial. O resultado deste encontro apresentado através de relatório se tornou a referência para a discussão da Assembléia Constituinte em 1987/1988, criando o Sistema Único de Descentralização de Saúde (SUDS), modelo que resultou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), representando, pela primeira vez no país, a estruturação de proteção social abrangente em termos de universalidade, uniformidade e equidade. Com esse modelo excluiu-se o padrão anterior e firma-se o compromisso com a democracia.

Com isso, o Estado, supostamente, assume a responsabilidade de oferecer uma saúde como direito de todos e dever do próprio Estado, garantindo um acesso universal e igualitário.

Mesmo assim, discutir saúde e suas condições certamente é uma questão complexa e difusa, que não decorre somente de fatores biológicos, mas também de fatores econômicos, culturais e condições de vida a que as pessoas estão expostas (SOUZA, 2010). E uma das condições para ser beneficiado pelo sistema é o acesso, além de oportunidades. Por esta razão, esse assunto, com certeza, tem uma relação direta com o processo de estratificação social que será discutida na próxima subseção.

ESTRATIFICAÇÃO E DESIGUALDADE SOCIAL

Conforme o que já foi exposto na subseção anterior, percebe-se que a estratificação social tem origens remotas na história da saúde, principalmente na época em que se iniciou a industrialização e a urbanização nas grandes cidades. Com isso, Guimarães (1999) afirma que, no desenvolvimento da economia urbano-industrial, novas classes sociais se tornaram agentes das principais mudanças políticas e sociais, o

que leva a deduzir que tal situação seja consequência da estratificação dos indivíduos numa época em que somente os mais favorecidos tinham as melhores condições de vida.

Segundo Tumin (1970), estratificação social e desigualdade social são termos sinônimos e representa a disposição de qualquer grupo ou sociedade numa hierarquia de posições desiguais em termos de poder e valorização social, baseada em conflitos contínuos. Essa realidade está relacionada, intrinsecamente, com os vários tipos de preconceitos que assolam diversos grupos sociais, sejam pelo fato das pessoas serem negras ou brancas, ricas ou pobres, com anos de estudos ou não, ou por outro motivo qualquer.

A questão principal é a posição social que os indivíduos ocupam na sociedade, em geral, passando a ocupar um lugar importante nas relações sociais que sobremaneira, tem se sido um assunto bastante discutido por vários estudiosos do assunto.

De acordo com Scalon (2010), a desigualdade é a marca mais expressiva da sociedade brasileira e o resultado que ela produz está associado a um estiramento da estrutura social. A autora afirma, ainda, que a desigualdade como construção social depende de circunstâncias e escolhas realizadas ao longo da história de cada sociedade. Schwartzman (2004) corrobora com a ideia, afirmando que pobreza e exclusão são causadas por heranças, escolhas de natureza econômica, política e cultural.

Neste sentido, cabe finalmente argumentar sobre o papel da igualdade entre os homens, que na concepção de Karl Max (1851-1852) fazem suas próprias histórias, mas não as fazem sob as circunstâncias de suas escolhas. É preciso garantir os direitos dos homens sem que os mesmos percam sua dignidade humana (ARENDRT, 1989).

Retomando as ideias de Schwartzman (2004), o conceito de exclusão é inseparável do de cidadania e se refere a direitos sociais que os indivíduos têm de participar da sociedade e usufruir de certos benefícios considerados essenciais. Para esse autor, os direitos sociais são direitos de acesso a um conjunto de bens e serviços considerados extremamente necessários para uma vida digna em um processo de convivência social como saúde, educação, proteção em situações de doenças, cuidados na velhice, e outros fatores.

Sendo assim, cabe demonstrar que nas práticas das políticas públicas e principalmente as do acesso à saúde nem sempre têm apresentado resultados satisfatórios, conforme serão apresentados, através de dados da Pnad de 2003 explorados no relatório do CPP – Centro de Políticas Públicas – Insper, Instituto de Ensino e Pesquisa (2009). É importante ressaltar que a pesquisa avaliou o acesso das pessoas ao sistema, levando em consideração os motivos de saúde que as levaram a não realizar suas atividades habituais, sendo escolhidas para este estudo as variáveis como a cor da pele, renda domiciliar e educação.

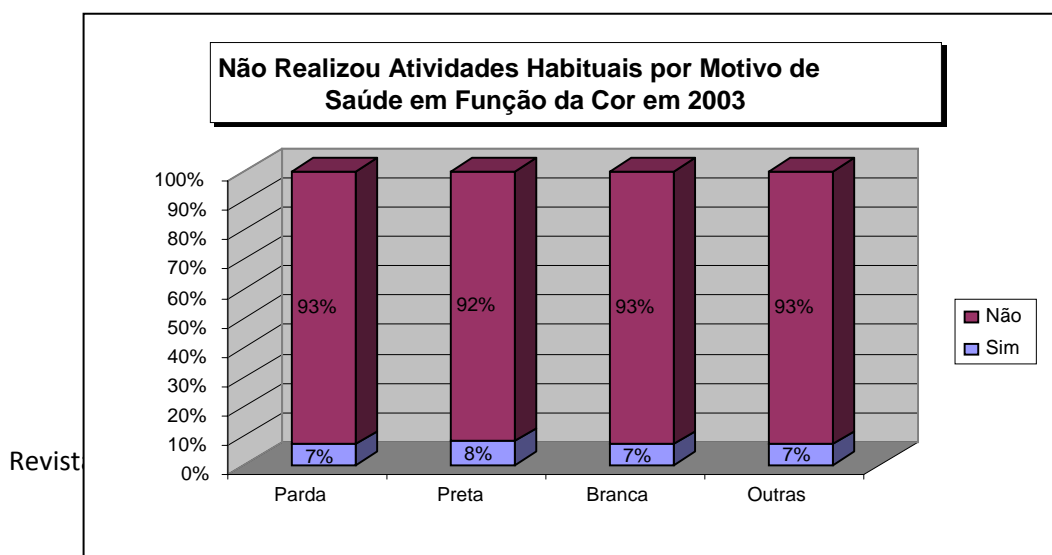


Gráfico 1 - Acesso à Saúde em função da cor da pele

Fonte: Relatório do CPP – acesso em 18/07/2011

Conforme pode ser verificado no gráfico acima, as pessoas negras foram as que mais deixaram de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde. Com isso, deduz-se que, de acordo com o relatório do Centro de Políticas Públicas (2009) que elas detêm as piores condições de acesso ao sistema de saúde brasileiro.

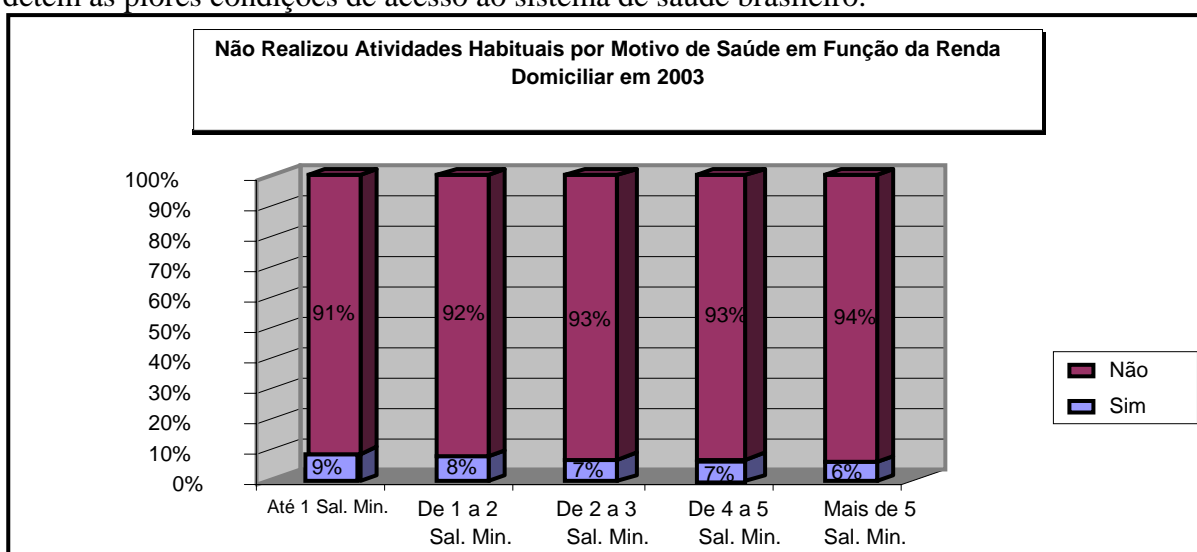


Gráfico 2 - Acesso à Saúde em função da renda familiar

Fonte: Relatório do CPP – acesso em 18/07/2011

No que diz respeito ao fator renda, a pesquisa evidenciou que as pessoas quanto mais pobres, piores são suas condições de saúde, uma vez que as mesmas não possuem acesso aos serviços, medicamentos e informações.

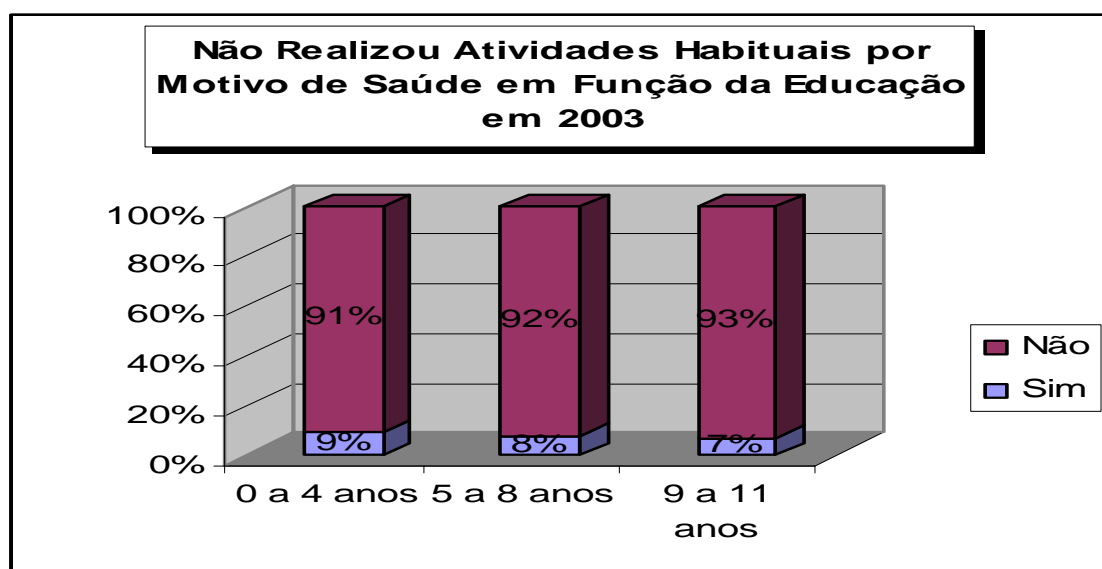


Gráfico 3 – Acesso à Saúde em função da Educação

Fonte: Relatório do CPP – acesso em 18/07/2011

Conforme resultados da pesquisa, verificou-se que quanto menor o grau de instrução das pessoas, menor é a qualidade da saúde das mesmas. Uma explicação para este item é que em decorrência dos poucos anos de estudos, as pessoas são desprovidas de rendimentos e, conseqüentemente, baixo nível de acesso ao sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante deste contexto, conclui-se que os resultados apresentados neste estudo corroboram com a literatura. Percebe-se que muitos daqueles que estão numa condição de pobreza são extremamente vulneráveis em termos de saúde e que o processo de estratificação social constitui características que reproduz condições essenciais de sobrevivência em determinados grupos sociais. A Constituição de 1988 se apresenta como proposta as principais respostas a essas condições e, enquanto isto, os problemas estão cada vez mais evidentes, uma vez que a pobreza e a desigualdade estão arraigadas nos quatro cantos deste país, nas periferias das grandes cidades ou no campo.

Apesar dos enormes avanços da medicina, as pessoas carentes se encontram a margem das oportunidades e a falta do acesso aos serviços de saúde tem gerado incidentes nas profundas disparidades existentes. Com isso, percebe-se que as numerosas políticas públicas defendidas pelo Estado colocam fortes entraves, dificuldades e até mesmo incontáveis frustrações na vida daqueles que mais dependem do sistema.

Ficou demonstrado, ainda, que o sistema de saúde tem cor, preferência e com isso os princípios básicos que norteiam tal sistema, embora fundamentados no preceito igualitário geram contradições quanto ao atendimento a toda população.

Uma melhoria na educação brasileira tem sido considerada, na opinião de muitos, como a principal alternativa viável para a mudança dessa realidade, haja vista que em países considerados desenvolvidos os resultados alcançados provenientes de investimentos, nesta área, têm viabilizado condições dignas de vida e um verdadeiro crescimento integrado em direção ao desenvolvimento.

Mas, independentemente disto, as novas formas de acesso ou inclusão social, em termos de saúde pública ou privada, deve ser constantemente avaliados pelo poder público, buscando sempre uma interação entre o político e o social, não caindo na armadilha de discutir as questões sociais apenas do ponto de vista das normas e legislações implementadas pelas políticas governamentais.

Portanto, é preciso desenvolver políticas públicas voltadas para uma condição de cidadania associada ao bem estar social, que possa contribuir para a análise de uma sociedade, sem preconceitos, nos diversos estratos sociais. Afinal, garantir o acesso e a inclusão de pessoas consideradas pobres, principalmente no sistema de saúde brasileiro será neste momento a principal missão e o principal desafio de um Estado social renovado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARENDRT, H.O declínio do estado-nação e o fim dos direitos do homem - In: Origens do totalitarismo. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória direito a saúde In: Política de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJU/Fiocruz, 2007 – pag. 29-60.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988, Ed. Atual. São Paulo: Saraiva, 2006.

CPP- Centro de Políticas Públicas. Insper – Instituto de Ensino e Pesquisa. São Paulo, 2009.http://www.insper.edu.br/sites/default/files/relatorio_da_pesquisa_sobre_saude_PNAD98-03.pdf – acesso em 18/07/2011.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio. Classes Sociais. In O que ler na ciência social brasileira (1970-1995). MICELI, Sérgio. (Org). São Paulo: Ed. AMPOCS, 1999.

MARX, Karl. O 18 Brumário de Luis Bonaparte. VirtualBooks, Formato: e- book/PDF, Código: CRCM1800009 © Ridendo Castigat Mores, 2000, Linguagem: Português

SCALON, Maria Celi; SANTOS, José Alcides F. Desigualdades, classes e estratificação social. In Horizontes das Ciências Sociais no Brasil. Sociologia. MARTINS, Carlos B. (coord.). São Paulo: AMPOCS, 2010.

SCHWARTZMAN, Simon. As causas da pobreza. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

SOUZA, et. Al. Direito da saúde no Brasil/ André Evangelista de Souza... [et.al.]; Organizadora: Lenir Santos – Campinas/SP – Saberes Editora, 2010.

TUMIN, Melvin M. Estratificação Social. São Paulo: Pioneira, 1970.