

Diagnósticos econômicos da doença e da prevenção



O número de médicos brasileiros tem aumentado. O número de habitantes por médico caiu de 893 em 1990 para 595 em 2005. Daí conclui-se que a escassez de médicos caiu? Não necessariamente, pois mudanças de demanda por serviços, de oferta de profissionais no mercado e das tecnologias que mediam as duas pontas do mercado de saúde podem mais que compensar as tendências de incremento de oferta. Segundo o Censo 2000, os médicos ocupam a liderança da escassez em todos os principais indicadores trabalhistas, como taxa de ocupação, salário e jornada de trabalho. As últimas PNADs indicam aumento relativo do nível de pressão de demanda em todas as variáveis associadas à inserção dos médicos no mercado de trabalho.

Mais grave do que a escassez agregada de médicos é a assimétrica distribuição espacial destes profissionais no nosso grande, diverso e desigual território. Há movimentos pendulares dos médicos que moram em um município e trabalham em outro, assim como a migração destes profissionais entre Estados e municípios, inclusive daqueles que mudaram depois de

estudar. Subsidiemos o debate em torno da iniciativa federal de ampliar o quadro permanente de médicos em cada região concedendo incentivos a recém-formados em universidades federais; e da criação da força nacional de saúde, anunciada pelo ministro Temporão no dia 16 de abril para lidar com emergências locais. Ou seja, as informações de disponibilidade de médicos e dos sinais de mercado de trabalho da escassez relativa deles, o que pode ajudar no diagnóstico (vide o sítio www.fgv.br/cps/medicos).

A assimetria da escassez de médicos não se dá apenas entre os Estados da federação, mas no interior dos mesmos e dentro das mesmas cidades. Movimentos pendulares dos médicos — moram em um município e trabalham em outro —, assim como a migração destes profissionais entre Estados e municípios, tornam complexas as análises e fazem a leitura dos sinais de mercado útil para lidar com assimetrias de localização e de informação.

O Grande Rio destaca-se por abrigar os municípios com as maiores e com as menores razões de médicos por habitante: Belford Roxo ocupa pior posição do ranking dos municípios brasileiros com mais de 250 mil habitantes. Niterói é o líder em número de médicos (93 habitantes por médico, maior que Cuba, líder mundial, com 169 por habitantes). Em Niterói não tinha havido nenhum caso fatal de dengue registrado até dia 16 de abril, data de lançamento da pesquisa, e Belford Roxo ocu-

pava a maior taxa de incidência de mortes pela doença na epidemia em curso. É óbvio, a crise e as respostas a ela evoluem, como "O Globo" do dia 20 mostra — de lá para cá, foram apontados dois casos de morte por suspeita de dengue em Niterói, enquanto o diligente secretário de Saúde do Rio, Sérgio Côrtes, também morador de Niterói, não só anunciou como implementou a transferência e ampliação de uma das unidades espaciais de reidratação da Barra da Tijuca para Belford Roxo.

Na perspectiva dos pacientes acerca dos serviços prestados pelos médicos também há mobilidade de curto prazo, com o movimento de pacientes que migram de um município para outro em busca de atendimento. Neste aspecto a gestão da crise no Rio inovou, ao alocar transporte do Estado para agilizar a transferência de doentes para os hospitais de campanha instalados. Estas são lições valiosas, pois a epidemia de dengue que prospera no Rio, um dos três Estados mais ricos do Brasil, cujo risco foi anunciado pelo secretário estadual em novembro, pelo Jornal Nacional, está com risco eminente de disseminação pelo país.

Além deste update da pesquisa, enfocamos a escassez de médicos pelo lado de demanda, aprofundando a questão do nível e distribuição da escassez de serviços médicos. Senão, vejamos: qual o impacto da incidência de doenças sobre o bem-estar subjetivo e material dos doentes? É feita uma análise do acesso e da qualidade percebidos do atendimento.

Os resultados demonstram que a população mais pobre não apenas é a que fica mais doente, como é também aquela que lida pior com a doença, já que tem menos acesso tanto a políticas preventivas quanto a tratamento de qualidade.

A qualidade percebida dos serviços médicos piorou e o da hospitalização melhorou, para os pobres em especial. Não prevenir é mais caro para todos

Além disso, medimos, nas pesquisas de orçamentos familiares, os impactos dos choques de saúde sobre a saúde financeira das famílias. No caso dos analfabetos, 47,96% deles tiveram despesas privadas de saúde, que consumiram 20,4% do salário dos doentes pobres em remédios e serviços médicos. No caso das pessoas com o nível universitário, 34,6% incorreram em despesas de saúde, o que equivale a 9,4% dos seus orçamentos. Paradoxalmente quem pode menos, paga relativamente mais do seu próprio bolso.

Dados nacionais mostram que aqueles que estiveram doentes são os que possuem o pior acesso à prevenção. Cerca de 22,3% dos que estiveram acamados possuem plano de saúde, contra 24,86% da população como um todo. A qualidade percebida de todos serviços médicos, como plano de saúde, hospitalização e servi-

ços de saúde rotineiros, é pior para quem esteve mais exposto a doenças.

Todos indicadores de acesso e a qualidade dos serviços de saúde indicam menor acesso e qualidade de acesso dos mais pobres. A medicina para os grupos de menor educação é menos preventiva e mais curativa. Os universitários são os que possuem maior acesso a serviços de prevenção — 56,08% possuem plano de saúde, enquanto, nos analfabetos, o percentual é de 11,53%. Apesar do baixo acesso a plano de saúde pelos analfabetos, estes são os que procuram mais atendimento em casos de emergência — 7,27% estiveram hospitalizados nos últimos 12 meses, contra 6,77% dos universitários, o que gera gargalos no sistema público. Mas, como isso evoluiu?

A comparação controlada por regressões da qualidade percebida desses serviços nos dois últimos suplementos de saúde da PNAD indica que a qualidade percebida pela população dos planos de saúde ficou estável, dos serviços médicos piorou e o da hospitalização melhorou. Não prevenir fica mais caro para todos — doentes pobres em particular, mas para os governos também (vide questão de saneamento básico www.fgv.br/cps/tratabrasil2).

Marcelo Côrtes Neri, chefe do Centro de Políticas Sociais do IBRE/FGV e professor da EPGE/FGV, é autor de "Retratos da Deficiência", "Cobertura Previdenciária: Diagnóstico e Propostas" e "Ensaio sociais".
E-mail: mcneri@fgv.br