

## Capital Humano em saúde

Vimos à problemática da oferta pública de educação, mas os cuidados a saúde da população também representam uma parte crucial do problema. Para a população mais pobre, o investimento público em saúde é até mais importante do que o apoio à educação. Mais crucial que o capital humano medido em conhecimento, o capital humano em saúde é vital à população mais pobre. À medida que as sociedades se tornam mais ricas, o tipo de trabalho demandado tem um menor componente físico e se dirige crescentemente aos aspectos que mais distinguem a pessoa como ser evoluído: inteligência, conhecimento e criatividade. No entanto, em sociedades menos desenvolvidas, especialmente os mais pobres e desprovidos de capital humano desempenham uma função essencialmente braçal. Os pobres dependem, no exercício da função produtiva, de maneira essencial de sua saúde e vigor físico. O rendimento do trabalho simples que desempenham possui uma relação direta com atributos físicos como saúde, força e estatura física. Tais atributos relacionam-se com herança genética, mas possuem também forte correlação com os cuidados de higiene, médicos e nutricionistas, especialmente os que incidem nos primeiros anos de vida da pessoa.

Estudos comparativos entre países mostram uma forte correlação entre o consumo de nutrientes na infância e a estatura média da mesma geração na fase adulta. Também outros atributos físicos relacionam-se aos cuidados na infância: incidência de doenças, número de faltas no trabalho por problemas de saúde, massa corporal, força física, disposição para o trabalho etc. Tudo isso afeta diretamente a produtividade no trabalho braçal. Uma importante variável de controle a se levar em conta na ênfase à política social em saúde são as elevadas taxas de mortalidade infantil em países atrasados, que afetam a própria “oportunidade de liberdade”, no conceito de Amartya Sen, ou o que outros chamariam de o direito à vida. Nesta última ótica, fenômenos como a mortalidade infantil violam o direito humano básico à vida; direito primordial de qualquer ser humano, previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, e o primeiro a ser comprometido em situações de pobreza e miséria. A redução da mortalidade na infância demanda um crescimento significativo nos investimentos público e privado em setores como assistência à gestante e saneamento básico.

O Brasil vem obtendo certo sucesso no combate à mortalidade infantil. Vimos que a taxa de mortalidade infantil passou de 109 por mil nascidos vivos, em 1970 para 27,5 em 2003. O nível atual ainda é considerado elevado e o país se comprometeu a reduzi-lo, alcançando o padrão de nações avançadas até o ano de 2015, quando da assinatura das chamadas *Metas do Milênio*, estabelecidas pelos Estados - membros da ONU, em 2000. No documento, o Brasil comprometeu-se a reduzir em dois terços outra variável importante como indicador de saúde: a taxa de mortalidade materna que foi, em 2000, de 51,7 mortes maternas para cada 100 mil nascimentos nesse ano. O número vem se reduzindo, mas ainda é considerado alto quando comparado ao dos países desenvolvidos (de no máximo 20 mortes de mães por 100 mil nascidos vivos).

Difícilmente o Brasil conseguirá cumprir as metas de redução da mortalidade infantil sem o acesso universal a esgoto. Também no mesmo documento, o país se obriga a reduzir pela metade a proporção de pessoas sem esse benefício. Historicamente, entretanto, o país tem avançado lentamente em saneamento básico: nas áreas urbanas, a porcentagem da população atendida por rede geral ou fossa séptica passou de 65,9%, em 1992, para 75,7% em 2003. Portanto, mesmo hoje quase um quarto das residências urbanas não possui saneamento.

Políticas redistributivas compensatórias como Bolsa-Família e Fome Zero desempenham um papel importante no combate à desnutrição e no acompanhamento da saúde da população jovem. O Bolsa-Família foi criado com a fusão dos principais programas sociais do governo Fernando Henrique Cardoso: Bolsa-Escola, Bolsa e Cartão Alimentação, Auxílio-Gás e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. A ideia foi a de unificar o cadastro dos beneficiários para evitar fraudes e sobreposição de benefícios. Entretanto, discute-se a eficácia de se ter um programa unificado de transferência de renda aos mais necessitados, uma vez que cada iniciativa atende a propósitos particulares e fora concebida mediante uma

contrapartida específica do público beneficiado. O Fome Zero lançou-se mais enquanto marca publicitária do que um programa efetivo. Na prática, ele significou apenas a distribuição esporádica de alimentos em situações de calamidade, a construção de poucos restaurantes populares, de algumas cisternas em regiões semiáridas, a compra de alimentos de agricultores familiares e coisas assim. No máximo, sendo generoso, as ações do Fome Zero beneficiaram, no primeiro ano do programa em 2003, e na perspectiva de impacto até o médio prazo, cerca de 3 milhões de brasileiros, muito pouco diante dos cerca de 20 milhões de miseráveis. O Bolsa-Família é que representa o programa emergencial de amparo aos pobres de eficácia comprovada, utilizando tecnologia social de última geração. Não se deve esquecer que se trata de um legado da gestão anterior, não sendo mérito apenas do atual governo, embora ele tente vender essa ideia.

Estima-se que o Bolsa-Família esteja atendendo hoje a quase 80% dos miseráveis, oferecendo benefícios mensais que ultrapassam 90 reais. É uma grande conquista que certamente influenciará os indicadores de saúde e nutrição dessas populações. A exigência de contrapartida do beneficiado do programa redistributivo representa parte fundamental da iniciativa: deve-se associar a transferência de renda à aquisição efetiva de alimentos, à frequência escolar e a visitas a postos de saúde. O governo atual tem hesitado em acompanhar esses objetivos. A tentação política é a de que estes programas se expandam apenas como fito de garantir uma base de apoio eleitoral nos chamados grotões da pobreza, tema que discutiremos mais adiante. Na ótica do desenvolvimento humano, entretanto, não basta a expansão dos programas sociais. Deve-se acompanhar a eficiência, a focalização da iniciativa no público almejado e o monitoramento e avaliação dos resultados.

Percebem-se assim os esforços de seguidos governos do Brasil em oferecer à população oportunidades de saúde, nutrição e de educação para o desenvolvimento. O país já pode comemorar algumas conquistas, entretanto há muito que fazer. Particularmente, os desafios principais na área social e de combate à pobreza residem no oferecimento de ensino universal de qualidade, na continuação e avanço dos programas de combate à fome, monitoramento da saúde da população e investimento em saneamento básico. Estes são setores estratégicos em que se conclama a todos para o estabelecimento de um consenso suprapartidário que perdure por muitas gestões de governo, independentemente de quem esteja na liderança de plantão. O governo deve preocupar-se com o investimento (formação de capital físico), ao mesmo tempo em que cuida das áreas sociais prioritárias. Fazer bem as duas coisas e ainda ir pagando a dívida pública é uma árdua missão. Em realidade, não há recursos públicos para tanto, e é por isso que não se deve prescindir do apoio do setor privado, não apenas nos impostos que paga, mas atuando diretamente nessas áreas.