O DIREITO À SAÚDE E A PROPOSTA DE COBERTURA UNIVERSAL

FERNANDO P. CUPERTINO DE BARROS
Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, médico, professor de Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Brasil. fernandocupertino@gmail.com

MARIA CÉLIA DELDUQUE
Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, advogada e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz Brasília. Brasília, Brasil. delduque@fiocruz.br

ALETHELE DE OLIVEIRA SANTOS
Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, advogada, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, Brasil. alethele.santos@conass.org.br

Resumo

O artigo aborda o tema da cobertura universal, contrapondo-o à noção já consolidada de sistemas públicos universais em uma perspectiva jurídica e sanitária. Apresenta uma síntese histórica sobre o assunto, além de evocar o processo pelo qual as políticas públicas de saúde são concebidas, tanto no seu viés universal e público, quanto na opção dualista. Situa a saúde como direito humano fundamental e aponta para mudança no sentido de consagrar a proposta de "cobertura universal", adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 2012. Finaliza sobre as críticas e os potenciais riscos do abandono dos sistemas públicos universais para a adoção de proposta diversa.

Palavras-Chave:

Cobertura universal, saúde pública, saúde.

Introdução

Observada a última década, constata-se o aumento dos debates sobre o conceito de cobertura universal de saúde, proposto inicialmente, em 2005, pela Fundação Rockfeller e pela Organização Mundial de Saúde.

Essa afirmativa decorre dos debates havidos na reunião do G8 em Heiligendamm, Alemanha, em 2007, e do G20 em Cannes, França, em 2011, e acabou por se consolidar em dezembro de 2012, quando o tema foi debatido na Assembleia Geral das Nações Unidas e incorporado como um dos itens da Resolução A/RES/67/81 – Saúde Global e Política Externa (1). A proposta foi acolhida por mais de 90 países, entre eles países lusófonos, reunidos na assembleia em 12 de dezembro de 2012 e que passou a definir Cobertura Sanitária Universal (CSU) como o acesso de todos aos serviços de saúde dos quais precisam as popu-

lações, sem acarretar à determinada classe de usuários risco de empobrecimento:

Declara que a cobertura sanitária universal consiste em cuidar para que o conjunto da população tenha acesso, sem discriminação, aos serviços públicos essenciais, definidos em nível nacional, para aquilo que é da promoção da saúde, da prevenção, do tratamento e da readaptação e aos medicamentos de base, seguros, abordáveis, eficazes e de qualidade, fazendo que o custo não leve os usuários a dificuldades financeiras, particularmente os pobres, as pessoas vulneráveis e as camadas marginalizadas da população (2). (original sem grifo).

Esse debate tem influência na forma pela qual os Estados dão guarida ao direito à saúde. Em um primeiro momento, a cobertura universal de saúde era conceito consubstanciado em sistemas públicos de acesso universal, o que é compatível com a universalidade de acesso e a integralidade na atenção à saúde. Essa compreensão desloca-se a partir das discussões apresentadas e o escopo de proteção estatal ao direito à saúde é alterado, na medida em que restringe o caráter universal aos serviços públicos essenciais e medicamentos de base e preocupa-se com os riscos financeiros somente para a população hipossuficiente, vulnerável ou marginalizada.

Em suma, a lógica conceitual é a da preocupação com a proteção dos riscos financeiros e da busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial, em detrimento do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, que são a razão de ser dos sistemas públicos universais de saúde (3).

Países que dispõem de sistemas públicos universais de saúde, tais como Canadá, Espanha, Reino Unido e Portugal, experimentaram mudanças, reformas e ajustes ao longo de suas existências, com maior ou menor grau de garantia efetiva de universalidade, integralidade e de financiamento público, sem, entretanto, alterarem sua concepção de sistemas públicos de acesso universal (4). Essa característica decorre especialmente da presença marcante do princípio da solidariedade nessas sociedades.

Para melhor compreender o dilema em questão, há que se lançar um olhar sobre a evolução do Estado, do pensamento político majoritário nas últimas décadas, do reconhecimento do direito à saúde como humano e fundamental e, por fim, apresentar as críticas e potenciais riscos sobre a adoção do parâmetro da cobertura universal.

1. Da historicidade

O avanço da democracia liberal, que superou a forma de Estado centrado nas funções de coerção e de guerra, fez que esse se tornasse mais proeminente na sociedade e mais onipresente nas estruturas da vida social, na esfera econômica e de mercado. Essa característica, que teve início especialmente nos países de capitalismo avançado, propiciou uma forma de pensamento que colocava o Estado como o gigante capaz de proporcionar o crescimento econômico, altos níveis de emprego e aumento de renda, juntamente com os benefícios da previdência social, saúde, educação, transporte, segurança pública e habitação. A esse Estado regulador e interventor, denominou-se *Welfare State*, ou Estado Social, e foi aceito maciçamente pelos cidadãos e bem visto pelas principais elites capitalistas e burocratas, especialmente, em países que buscavam a reconstrução de suas bases sociais, no pós-guerra.

No entanto, a elevada carga tributária requerida por este tipo de Estado, agregada a fatores políticos e econômicos, fez com este modelo entrasse em crise, propiciando o crescimento de uma nova forma de pensamento: o neoliberalismo. Diferente do liberalismo clássico que se opunha ao Estado absolutista, as mudanças sugeridas por este novo olhar,

baseadas nos interesses do mercado e da livre iniciativa, tinham como alvo o *Welfare State*.

A reforma neoliberal (5) passou a atuar em escala global e teve impacto decisivo nos países em desenvolvimento. Seu receituário de disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, fim das restrições ao investimento estrangeiro com privatizações das estatais, aliado à desregulamentação das leis econômicas e trabalhistas, fez com que os países endividados tivessem reduzida sua autonomia na definição de políticas públicas.

No plano administrativo para a gestão das políticas públicas, o modelo neoliberal propôs uma lógica de racionalidade econômica do setor privado e de aplicação dos princípios da gestão empresarial, de modo a substituir o paradigma da gestão político-administrativa pelo paradigma empresarial de governo. Assim, as teorias administrativas ou organizacionais passaram a orientar as estruturas e funcionamento do Estado, como foco na necessidade de adaptação a um ambiente em crescente complexidade. Tomaram-se de empréstimo das empresas privadas as normas que orientavam objetivos, metas e os meios para atingi-los. Foram desenvolvidos estudos da ação governamental – o chamado planejamento organizacional – especialmente inspirado em técnicas do *management* empresarial. Esta técnica foi associada ao planejamento estratégico, que também leva em consideração, variáveis externas não controláveis pelo tomador de decisões (gerente). Mais adiante, e para além do planejamento estratégico, as ciências administrativas passaram a desenvolver a ideia de gestão estratégica, permitindo reação imediata da organização aos desafios e oportunidades oferecidos pelo ambiente contextual.

As *policies*, que numa tradução literal designariam diretrizes ou orientação política, são o que concerne ao produto da atividade política que tem lugar nas instituições de Estado, são o conteúdo material das decisões políticas e se constroem por meio de fluxos ou processos.

Mesmo que considerados largos, os avanços do neoliberalismo, cabe registrar o que sociólogos brasileiros têm denominado de neodesenvolvimentismo, que se caracteriza em suma, pela resistência do Estado em preservar direitos de cidadania em detrimento dos direitos de consumo (6). Os debates no Brasil referem a existência ou não desse movimento em território nacional (5), (6), (7), contudo, interessa para esse estudo, exclusivamente a terminologia.

Em que pese as diferenças conceituais, organizacionais e de resolutividade havidas entre os Estados, há de forma incontestável a "impressão digital governamental" (5) nas políticas sociais, entre as quais, a de saúde. Mendes (8) indica a existência de dois grandes modelos de organização de sistemas de saúde: o modelo público universal, apresentado no parágrafo anterior e o modelo segmentado, fundamentado numa lógica compatível à do mercado, havendo oferta privada aos que podem pagar e pública às populações sem poder aquisitivo. Nesses dois grandes modelos há presença estatal.

A ação do Estado revela-se, para além das leis, nas políticas públicas que devem submeter-se à concretização dos direitos humanos fundamentais.

2. Os direitos humanos e as políticas de saúde

Para guardar compatibilidade com o estado de bem-estar social e o movimento pós-guerra de reconstrução dos Estados, este artigo apresenta o entendimento de direitos humanos a partir desse mesmo contexto histórico. Com vista a evitar que a humanidade se visse novamente de frente a tragédias semelhantes ao holocausto nazista, veio de uma de suas comissões da Organização das Nações Unidas e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), cujo centro é a igualdade e a

não discriminação entre seres humanos e cuja definição de direitos foi dada em âmbito internacional. Desde então, para a defesa e garantia desses direitos há atuação pública e privada.

Tais direitos passaram a ser símbolo do estágio civilizatório das sociedades plurais contemporâneas (5) e por isso, foram consagrados nas modernas constituições. "Os direi tos fundamentais nada mais são que normas objetivas que exprimem valores sociais constitucionalizados a partir de decisões axiológicas integradoras e inspiradoras de toda a ordem constitucional" (9).

No entanto, para que os direitos fundamentais passassem a compor o rol de direitos garantidos numa Constituição foi percorrido um longo caminho, tanto político, como filosófico e teórico. A relação entre direitos humanos e saúde teve estreia na análise de Jonathan Mann – 1º coordenador do programa de AIDS da Organização Mundial da Saúde (OMS) (10). Para Mann, essa associação, poderia vir a ser movimento global para a promoção de justiça social e parâmetros para a saúde dos povos (11).

Ainda que a declaração de Alma-Ata (1978) conceitue a saúde de forma abrangente[a], a linguagem do direito à saúde só foi apresentada, aí sim em caráter internacional, nos Comentários da Convenção Internacional em Direitos Econômico, Social e Cultural (2000)[b] (12). Mesmo que internacionalmente o reconhecimento do direito humano à saúde, enquanto fundamental e social, só se tenha dado no início do século XX, a heterogeneidade dos Estados permite reconhecer diferenças nesse reconhecimento, nos critérios distributivos e de aplicação da justiça.

No Brasil, na política pública para a saúde, a mudança fundamental empreendida pela Constituição de 1988, foi a de alterar o padrão anterior para garantir um sistema único de saúde com acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde. No entanto, na trajetória da política pública de saúde, a implantação do SUS notabiliza-se por um processo de contradições, em que, no mesmo momento em que o sistema se institucionalizou e se transformou em realidade, o fez em condições precárias e de forma incompleta, desvirtuando-se da sua concepção original. Duas lógicas operaram na implementação da política pública de saúde brasileira: uma pública, baseada no Sistema Único de Saúde e outra, baseada nos planos e nos seguros de saúde. A política então se construiu de forma dualista, de um lado um sistema universal e público e de outro, um sistema privado.

Em suma, a intervenção estatal é necessária aos direitos fundamentais sociais, a fim de que produza os efeitos dos direitos sociais, isto porque são, em síntese, verdadeiros instrumentos jurídicos de ordem positiva. Contudo, há que se reconhecer a existência de arenas, que por sua vez agrupam agentes múltiplos e diferentes princípios distributivos, em que se colocam disputas em torno do processo alocativo de recursos e esforços sociais (13).

3. Da relação entre o direito à saúde e a cobertura universal

A palavra "cobertura" para a setorial saúde pode indicar: (i) o alcance de uma medida sanitária e está associada ao cumprimento da prestação positiva de saúde, com seu acesso e

[a] A saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e de enfermidade, é um direito humano funda- mental e sua realização no mais elevado nível possível é o mais importante objetivo universal cuja realização requer ações de outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

[b] Saúde é um direito humano fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. Todo ser humano tem o direito de usufruir o mais alto padrão de saúde que leve a viver uma vida digna.

uso; ou, (ii) a possibilidade de obter uma prestação positiva, que pode ou não se realizar por abstenção do uso ou pela incapacidade de obtenção (14).

Ou seja, a cobertura que está associada ao cumprimento da prestação positiva de saúde torna-se mais complexa, na medida em que inclui a disponibilidade para o acesso, o uso e não impõe barreiras para que seja efetivado o direito à saúde. Já na outra concepção, em que há oferta de prestação positiva de saúde, mediante o cumprimento de condições (desembolso direto, contratação de seguros ou plano de saúde, contribuição, etc.), o direito à saúde estará à mercê da possibilidade de que barreiras sejam ultrapassadas. A primeira concepção está atrelada aos sistemas universais de saúde e a segunda à oferta condicionada, portanto, mais íntima dos sistemas privados de saúde. A confluência entre o conceito de direito à saúde por meio de acesso a um sistema universal e igualitário e o conceito de cobertura universal da saúde não guardam confluência, nem harmonia.

Ao compreender que os serviços de saúde, no âmbito do conceito de cobertura universal significam métodos para promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, abrangendo assistência médica em comunidades, centros de saúde e hospitais (15), implica afirmar que os serviços essenciais de saúde devem ser assegurados de modo a não permitir que ninguém esteja abaixo da linha da miséria. Isso significa dizer que os custos com a saúde devem ser suportados pelo conjunto da população, o que pode ser obtido pela utilização de índices compostos que agregam uma série de indicadores determinados pelos Estados, individualmente, e em conformidade com a lógica econômica e de financiamento de seus sistemas de saúde.

Não se deve esquecer que o processo de globalização, ao tempo em que gera possibilidades de crescimento econômico e avanços nos campos científico e tecnológico, evidencia contrastes econômicos e sociais que se indicam exclusão de muitos países e pessoas, que continuam imersos em situação de subdesenvolvimento. Isto faz com que a pobreza permaneça como uma realidade fática para bilhões de pessoas no globo, o que limita a criação de condições sociais necessárias para a saúde, com a geração de grandes iniquidades entre países e mesmo dentro deles. Assim estão postas as condições para o surgimento ou manutenção de assimetrias de poder na ordem econômica internacional, com consequentes limitações para o desenvolvimento econômico e social dos países, o que favorece a transformação das desigualdades em iniquidades (15). Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por documento de sua autoria denominado "O Financiamento dos Sistemas de Saúde – o caminho para a cobertura universal" (2), estreia o conceito de cobertura universal com base na necessidade de uma reorientação na área da saúde em um momento que se caracteriza pela recessão econômica, custos crescentes para a atenção à saúde, envelhecimento populacional, aumento de enfermidades crônicas e novas tecnologias dispendiosas. O informe induz ainda para a exploração de evidências entre os países membros da OMS no que se refere ao modo de obtenção de mecanismo alternativo de financiamento de seus sistemas de saúde para atingir o que convencionou chamar de cobertura universal.

Contudo, parece frágil a justificativa na qual se baseia o conceito de cobertura universal, na medida em que responsabiliza o indivíduo pelos custos oriundos da proteção à saúde. Tornar majoritária a lógica do mercado e deslocar o Estado às sombras, ao papel coadjuvante, quiçá caritativo, é alterar a compreensão posta para direito humano, para direito fundamental e para o direito à saúde.

No caso do Brasil, as experiências negativas acumuladas com o atendimento oferecido por planos e seguros privados de saúde

aniquilam os fundamentos de que unicamente o mercado seja capaz de resolver necessidades sociais (16).

Considerações finais

O êxito dos Estados que têm por princípio a solidariedade, a preservação dos direitos humanos e sociais nem sempre se esgota num modelo administrativo e governamental perfeito. Por vezes, revela-se na consideração da realidade social, na equidade, nos padrões de comportamento e nas interações político-sociais.

Mesmo considerando que os direitos de bem-estar – dentre eles a saúde – foram recentemente acrescidos ao campo dos direitos humanos e sociais, e, portanto, não estão suficientemente encampados pelos Estados, isso não os exclui de debates e de consequências que interrelacionam o desempenho econômico e a racionalidade pública.

Ainda que padeçam de críticas de institucionalização (os direitos devem ser institucionalizados, ou não são direitos) e críticas de exequibilidade (apesar dos melhores esforços, talvez não seja possível efetivar o direito universal) é preciso, em prol dos sistemas universais, conhecer a tese das obrigações imperfeitas, que indica que mesmo não havendo alcance total do direito, ele não deixa de ser um direito (17).

A adoção de condições para o acesso de direito humano e social à saúde, que fundamenta o conceito de cobertura universal, confronta a igualdade e a não discriminação entre humanos, assevera as divisões oriundas do poder econômico e rende-se à lógica de mercado.

A crescente demanda por ações e serviços de saúde acessíveis e de qualidade impõe aos Estados a tomada de decisões políticas acertadas e que não esgarcem o já corroído tecido social. ■

Bibliografia

1. Rodrigues PHA, Kornis GEM. Manifesto do CEBES em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio [citado em 2016 Mar 31]. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fconselho.saude.gov.br%2Fweb_plenaria%2FXVIII_Plenaria_maio14%2FManifesto_CEBES_defesa_direito_universal.ppt&ei=oYjfVOOmL4GXgwTR7IGQAw&usg=AFQjCNEYIpTmgMzZPh uwvvXiJgJ8FTs6qw&bvm=bv.85970519,d.eXY

2. Organização Mundial da Saúde (OMS). O financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal, 2010. [citado em 2016 Mar 16]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf?ua=1

3. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cadernos de Saúde Pública. 2013;29(5):847-849.

4. Sousa AMC. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. R. Katálysis. 2014;17(2):227-234. [citado em 2016 Mar 31]. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/ka-talysis/article/download/32679/28074.

5. Bucci MPD. O conceito de política pública em Direito. In Maria Paula Dallari Bucci (org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva; 2006. p. 1-49.

6. Boito Jr. A. As bases políticas do neodesenvolvimentismo [citado em 2016 Mar 31]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782013000300004

7. Sampaio Jr. PA. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa [citado em 2016 Mar 31]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n112/04.pdf

8. Mendes EV. O dilema do SUS. Radis: Comunicação em Saúde. 2004;25.

9. Victorino FR. Evolução da Teoria dos Direitos Fundamentais. Revista CEJ. 2007;XI(39):10-21.

10. Mann J. Saúde pública e direitos humanos [citado em 2016 Abr 1] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v6n1-2/07.pdf

11. Nygren-Krug H. Saúde e Direitos Humanos na OMS. [citado em 2016 Abr 1]. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/saude-e--direitos-humanos/pdf/sdh_2004.pdf

12. VanderPlaat M. Direitos Humanos: uma perspectiva para a saúde pública [citado em 2016 Abr 1]. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/saude-e-direitos-humanos/pdf/sdh_2004.pdf

13. Magalhães R. Desigualdades sociais e equidade em saúde [citado em 2016 Abr 1]. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/saude-e--direitos-humanos/pdf/sdh_2004.pdf

14. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios [citado em 2016 Abr 1]. Disponível em: http://www. scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500003

15. Barros FPC. Cobertura universal ou sistemas públicos universais? Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, 87-90, 2014 [citado em 2016 Mar 25]. Disponível em: http://www.conass.org.br/Anais%202014_Cobertura%20universal%20ou%20sistemas%20pu%CC%81blicos%20universais.pdf

16. Costa AM, Bahia L. Scheffer M. Onde foi parar o sonho do SUS. Le Monde Diplomatique, edição de 12 de fevereiro de 2013 [citado em 2015 Fev 15]. Disponível em: http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1395.

17. Sen A. A ideia de justiça. Tradução de Denise Bottmann e Ricardo Dominelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.