

Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde?

Universal coverage or universal public health systems?

Fernando Passos Cupertino de Barros

Médico, Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva, Professor da cadeira de Medicina Comunitária, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Brasil
Assessor técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil-CONASS
fernandocupertino@gmail.com

Resumo

O artigo aborda as controvérsias suscitadas pela proposta de cobertura universal de saúde em detrimento da noção consolidada de sistemas públicos universais. Para tanto, o autor recorre a uma síntese histórica sobre a incorporação da saúde como assunto afeto ao Estado, além de relembrar as formas pelas quais as políticas públicas de saúde foram concebidas, tanto no sentido universal e público, quanto no sentido fragmentado. Além disso, evoca a saúde como direito humano fundamental, assim considerado pelo Comitê dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, em 2000, o que cedeu lugar a uma proposta de “cobertura universal”, cujas primeiras menções se deram em 2005, mas que se consolidou e foi adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 2012. Apresenta, no final, as críticas e os potenciais riscos de se abandonar o ideal de sistemas públicos universais para se adotar a noção de cobertura universal.

Palavras Chave:

Cobertura universal, sistemas públicos de saúde, direito à saúde.

Abstract

The article discusses the controversies raised by the universal coverage proposal for health at the expense of the consolidated notion of universal public systems. To this end, the author uses a historical overview of the incorporation of health as a matter affection to the State, and recall the ways in which public health policies were designed, both universal and public, as in the fragmented sense. In addition, evokes health as a fundamental human right , so considered by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights of the United Nations in 2000 , which gave way to a proposed “ universal coverage “ , whose first mentions took place in 2005 but that was consolidated and was adopted the United Nations General Assembly in 2012. It presents, in the end, the criticism and the potential risks of abandoning the ideal of universal public systems to adopt the notion of universal coverage.

Key Words:

Universal coverage, public health systems, right to health.

A saúde e o Estado: uma breve recapitulação histórica

Na era moderna, a saúde torna-se matéria de Estado, através do estabelecimento de políticas públicas. É justamente no grande movimento compreendido pelo processo histórico dos séculos XV ao XIX, em que se estabelece a ordem capitalista na Europa, é que a saúde passa a ser objeto da intervenção estatal por meio de políticas públicas [1].

Esse processo histórico caracteriza-se pela transição de uma lógica territorial – materializada no feudo e nas relações sociais dele decorrentes – para uma lógica setorial – assinalada na formação das categorias profissionais dissociadas do território, materializada nas corporações profissionais e nas relações sociais originadas por elas –, que impera a partir do século XIX. A política pública torna-se o mecanismo de intermediação entre o global (todo) e o setorial (as categorias profissionais), transformando-se em instrumento privilegiado do Estado para minimizar as contradições e os conflitos sociais gerados pelo confronto entre as duas lógicas [2].

Na Inglaterra, no século XIX, a chamada Nova Lei dos Pobres (1834) documenta uma das primeiras incursões do Estado moderno no campo da saúde. A Lei dos Pobres era um sistema de ajuda social aos pobres na Inglaterra e no País de Gales que se desenvolveu a partir da Idade Média tardia e das leis Tudor, antes de ser codificado no fim do século XVI, tendo subsistido até ao surgimento do Estado de bem-estar moderno, depois da Segunda Guerra Mundial. Mediante essa edição, o Estado provia esses indivíduos por considerá-los tendencialmente perigosos para a ordem e higiene públicas. É também muito conhecido o trabalho realizado por Bismarck, na Prússia entre 1883 e 1889, para a construção de um sistema de segurança social voltado para o proletariado e centrado nas corporações profissionais (lógica setorial), que contemplava a assistência médica individual. Tal movimento acabou por atingir outros países europeus, como França, Itália, países nórdicos, mas é na Inglaterra do início do século XX, no período entre 1905 e 1919, que, sob um alinhamento político progressista de inspiração igualitária, institui-se um seguro nacional de saúde aliado a um sistema fiscal fortemente progressivo.

No conjunto da Europa, a relação Estado/saúde terá sua máxima expressão após a Segunda Guerra Mundial, com a constituição do *Welfare State*, representando o desenvolvimento desse tipo particular de Estado que se denomina Estado Social e ainda hoje é muito vigoroso naquele continente. Seu princípio fundamental é expresso pelo postulado de que, independentemente da renda, todos os cidadãos têm direito a ser protegidos, com pagamento em dinheiro ou serviços, contra situações de dependência longa, tais como velhice ou invalidez, e curta, como doença, desemprego e maternidade. O *slogan* dos trabalhistas ingleses em 1945, “participação justa de todos”, resume o conceito do

universalismo da contribuição que é o fundamento do *Welfare State*, como destaca Regonini (1998) [3].

Mendes (2004) [4] chama atenção para as diferenças entre esses dois grandes modelos de organização de sistemas de saúde: o modelo público universal, praticado em sociedades que se conformaram como projetos democráticos sociais, fundado nos princípios da solidariedade social, como Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia; e o modelo segmentado, calcado em valores individualistas e de mercado e praticado em sociedades como a dos Estados Unidos da América. Os sistemas segmentados são justificados, tal como se faz no Brasil, por um argumento de senso comum, de que ao instituírem-se sistemas privados para quem pode pagar por serviços de saúde, sobrariam mais recursos públicos para dar melhor atenção aos pobres. As evidências empíricas mostram que tal argumentação pode ser sedutora, mas é completamente equivocada, como bem destaca Mendes [4]. Ao criar-se um subsistema público especial para os pobres, dada a pouca capacidade desses grupos de articular os seus interesses e de vocalizá-los politicamente, esse subsistema tende a ser subfinanciado e a ofertar serviços de menor qualidade. Nunca é demais lembrar a célebre afirmação de Lord Beveridge, idealizador do sistema de saúde britânico, sobre a inconveniência de sistemas destinados apenas aos pobres: “políticas públicas exclusivas para os pobres são políticas pobres”.

A saúde como direito humano fundamental

Ao considerar-se a política de saúde como uma política social, uma implicação decorrente é a de que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, uma vez que a participação plena dos indivíduos na sociedade política somente se realiza a partir de sua inserção como cidadãos [5]. Mais que um direito social, há uma tendência cada vez mais perceptível de se considerar o direito à saúde como um direito humano [6]. Em 2000, o Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas aprovou o Comentário-Geral #14, que reafirmou a saúde como direito humano fundamental [7]. O texto enfatiza que “o direito à saúde não é para ser entendido como o direito de ser saudável”, mas interpretado como “um direito inclusivo ampliado não somente ao acesso aos cuidados médicos apropriados, mas também, aos determinantes de saúde como o acesso a água potável e saneamento adequado, segurança alimentar, nutrição e moradia, condições ocupacionais e ambientais saudáveis e acesso à informação e educação em saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva”. O documento mencionado destaca o papel importante da participação comunitária “nas decisões relacionadas à saúde, nos níveis comunitários, nacionais e internacionais”. De forma textual ressalta a não discriminação, a disponibilidade, a acessibilidade (física, económica e de informações), a aceitabilidade (incluindo as questões éticas e culturais apropriadas) e a qualidade dos serviços (incluindo qualidade médica e científica) [8].

O processo de globalização, ao mesmo tempo que gera possibilidades de crescimento económico e avanço científico e tecnológico dos atores internacionais, resulta cada vez mais em contrastes económicos e sociais que se refletem na exclusão de muitos países e pessoas que continuam imersos no “subdesenvolvimento” [9].

A pobreza permanece como realidade para bilhões de pessoas no globo, limitando a criação de condições sociais necessárias para a saúde e gerando vastas iniquidades entre e dentro dos países. Com isso, surgem assimetrias de poder na ordem económica internacional, que limitam o desenvolvimento económico e social dos países em desenvolvimento. Tais desigualdades, muitas vezes transformadas em iniquidades por serem desnecessárias e evitáveis e ainda consideradas injustas e indesejáveis, na concepção de Whitehead [10], fortalecem o potencial do direito em atuar como instrumento de mobilização em prol da dignidade humana.

A “cobertura universal de saúde”

Ao longo da última década têm crescido a discussão e as pressões para a adoção de um conceito de “cobertura universal” proposto pela Fundação Rockefeller e pela Organização Mundial de Saúde - OMS [11] no ano de 2005, quando o termo aparece num dos relatórios para a 58ª Assembleia Geral, intitulado Seguro Social de Saúde: Financiamento Sustentável da Saúde, Cobertura Universal e Seguro Social de Saúde. Nele, como bem destaca Noronha (2013), [12] tem início a transformação semiótica do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde para o conceito de “cobertura universal” indelevelmente associado à “proteção do risco financeiro” e à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial. Os Estados-Membros da OMS comprometeram-se, naquela ocasião, a desenvolver sistemas de financiamento da saúde que permitam o acesso das pessoas a serviços de saúde sem enormes sacrifícios financeiros para pagá-los. Tal meta foi definida como cobertura universal, por vezes também chamada de “cobertura universal de saúde”. Cinco anos mais tarde, no relatório de 2010, a ordem das expressões é invertida finalmente, e o tema central passa a ser o do financiamento setorial como “caminho para a cobertura universal”. Já na abertura da 65ª Assembleia Mundial de Saúde, a Diretora-Geral da OMS declara que “a cobertura universal de saúde é o mais singular e poderoso conceito que a saúde pública tem a oferecer”. Assim, a proposta de um caminho para a cobertura universal de saúde, constante do Relatório da OMS de 2010, acabou por despertar um grande interesse em representantes do pensamento conservador da saúde e nos defensores da presença do mercado na área da saúde. Em dezembro de 2012, o tema foi levado à Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) e incorporado como um dos itens da Resolução A/RES/67/81 - Saúde Global e Política Externa [12].

Qual o caminho a seguir?

Habermas (1997) [13] ensina que é essencial construir um conceito de sistema público universal de saúde a partir de fóruns de discussão que permitam sua génese democrática. Tão essencial quanto essa construção, porém, é a realização do direito assim gerado, como bem lembra Dallari (2014) [14].

Diferentes países que dispõem de sistemas públicos universais de saúde, como é o caso do Canadá, da Espanha, do Reino Unido, de Portugal e do Brasil, têm experimentado mudanças, reformas e ajustes, ao longo de suas existências, com maior ou menor grau de garantia efetiva da universalidade, da integralidade e do financiamento público, sem entretanto abrirem mão de continuarem a ser sistemas públicos de acesso universal [15].

A crise do capitalismo global que eclodiu em fins de 2008, principalmente nos Estados Unidos da América (EUA), em diversos países da Europa e no Japão, põe à mostra a fraqueza do processo de globalização, de domínio financeiro, e deve levar, a longo prazo, ao descrédito das políticas e do discurso liberal dominantes. Esse processo, que foi imposto de cima para baixo, a partir dos países da tríade EUA-Europa-Japão, representa a luta em nível mundial das diversas frações de capital internacional hegemónicas, procurando ampliar sua área de influência, de domínio e de sua hegemonia económica e política a nível global [16].

Sónia Fleury, em 2011 [17], ao referir-se aos exemplos do Chile, do Brasil e da Colômbia em matéria de organização de sistemas de proteção social, realçou que todos eles promoveram um aumento efetivo de cobertura, porém foram incapazes de eliminar desigualdades, ao mesmo tempo em que permitiram a persistência de um convívio entre os interesses públicos e privados, com tendência ao favorecimento destes últimos. E lembra ainda, de maneira enfática:

“a universalização não se encontra prisioneira de uma escolha trágica entre direitos e restrições financeiras, já que a disputa pelos direitos igualitários impõe uma nova pauta de reflexões sobre a organização estatal em todas as suas dimensões, particularmente em relação às formas de captação e distribuição dos recursos. As condições financeiras não podem ser tomadas como um dado que se impõe à lógica de ampliação e universalização dos direitos, porque este a priori é apenas uma forma de escamotear o carácter essencialmente político de constituição e distribuição do fundo público. Ao contrário, o passo seguinte que tanto sanitaristas como juristas deverão tomar como parte da trajetória de universalização da saúde é, por suposto, a discussão das finanças públicas, não como limite, mas como expansão da esfera pública igualitária. A subordinação da universalização a esquemas de garantias mínimas em modelos de proteção que se referem a seguros individuais permite a compatibilização do financiamento público com o asseguramento e provisão privados, mas não assegura a igualdade e a integralidade pressupostas na garantia estatal do direito universal à saúde.”

No caso do Brasil, onde um subsistema público, o SUS, convive com um subsistema privado, representado por planos e seguros de saúde, as experiências negativas acumuladas com o atendimento oferecido por estes últimos desfazem ilusões de que unicamente o mercado seja capaz de resolver necessidades sociais [18].

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, ao posicionar-se contra a proposta da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana da Saúde de se focalizar a atenção sobre cobertura universal em detrimento de sistemas públicos universais, considera que "... a proposta, apesar de utilizar a ideia da universalidade, visa combater o conceito de direito universal à saúde para fortalecer o papel do setor privado na oferta de seguros e serviços de saúde" [19].

No Brasil, pelo menos, apesar de todas as ameaças mais recentes, não há que se falar em "cobertura universal" como sucedânea da ideia de "sistema público universal de saúde" pela simples razão de que, por dispositivo constitucional, "a saúde é direito do cidadão e dever do Estado" [20]. É bem verdade que o sistema de saúde brasileiro, em seu componente público, padece de muitas mazelas, porém foi talvez a política pública de maior amplitude em benefício da população, ao possibilitar o acesso de milhões de cidadãos, até então excluídos, aos serviços de saúde. Há, sem dúvida, uma gama de interesses que se vislumbram por trás da proposta de cobertura universal, um pouco no mesmo sentido da expressão popular consagrada, que evoca a figura do lobo em pele de cordeiro.

Bibliografia

1. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
2. Elias, PE (2004). Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em perspectiva*, 18(3), 41-46.
3. Regonini, G. Estado do Bem-Estar. In: Bobbio, N.; Matteucci N.; Pasquino, G. *Dicionário de política*. 11. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.
4. Mendes, E. V. (2004). O dilema do SUS. *Radis: Comunicação em Saúde*, 25.
5. Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.23-64.
6. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde Pública, Bioética e Equidade. *Revista de Bioética*, vol. 5 no.1 (1999). Disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462. Acesso em 04 de junho de 2014.
7. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)*, 11 August 2000, E/C.12/2000/4, available at: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>. Acesso em 04 de junho de 2014.
8. Jillson IA, Eisenstein E. Direitos à saúde e questões éticas durante a adolescência: desafios atuais! *Adolesc Saude*. 2013;10(Supl. 2):53-60.
9. Ventura CAA. Afirmando o direito à saúde num mundo caracterizado por desigualdades. Disponível em <http://saudedireito.org/2014/01/29/afirmando-o-direito-a-saude-num-mundo-caracterizado-por-desigualdades/>. Acesso em 14 de fevereiro de 2015.
10. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22 (3): 429-445, 1992.
11. Rodrigues PHA, Kornis GEM. Manifesto do CEBES em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio. Disponível em http://www.google.com.br/url?sa=t&rc=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fconselho.saude.gov.br%2Fweb_plenaria%2FXVIII_Plenaria_mai014%2FManifesto_CEBES_defesa_direito_universal.ppt&ei=oYjIvOomL4GXgwTR7IGQAw&usq=AFQjCNEYIptmgMzZPhuwvXijgJ8FTs6qw&bvm=bv.85970519,d.eXY. Acesso em 14 de fevereiro de 2015.
12. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(5):847-849, mai, 2013.
13. Habermas, J. *Droit et democratie: entre faits et normes*. Paris: Gallimard, 1997.
14. Dallari SG. Sistemas públicos universais de saúde e participação popular: o papel do Judiciário Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília, v.3, n.3, out/dez. 2014.
15. Sousa AMC. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *R. Katálysis*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/download/32679/28074>. Acesso em 15 de fevereiro de 2015.
16. Costa Filho S. Crise global e o novo ataque aos direitos sociais: a latino-americanação da Europa? *Informe Econômico*, ano 16, no. 33, dezembro 2014. Editora da Universidade Federal do Piauí. Disponível em <http://www.ufpi.br/substiteFiles/economia/arquivos/files/INFORME2014dezembro.pdf>. Acesso em 15 de fevereiro de 2015.
17. Fleury S. Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (1):18-30, 2011.
18. Costa AM, Bahia L, Scheffer M. Onde foi parar o sonho do SUS. *Le Monde Diplomatique*, edição de 12 de fevereiro de 2013. Disponível em <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1395>. Acesso em 15 de fevereiro de 2015.
19. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio. Disponível em http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Sa%C3%BAde_%C3%A9_direito_e_n%C3%A3o_neg%C3%B3cio.pdf. Acesso em 20 de fevereiro de 2015.
20. Brasil. Constituição Federal, artigos 196 a 200. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anosus/legislacao/constituicaoefederal.pdf. Acesso em 20 de fevereiro de 2015.