

O que o direito constitucional à saúde tem a dizer sobre a cobertura universal?

What does the constitutional right to health have to say about universal coverage?

Lo que el derecho constitucional a la salud tiene que decir sobre la cobertura universal?

Maria Celia Delduque¹

Fernando Cupertino de Barros²

Alethele S Oliveira³

Sandra Mara Alves⁴

Moacyr Rey Filho⁵

RESUMO: O presente ensaio crítico tem com o advento o questionamento da compatibilidade das diretrizes da Organização Mundial da Saúde no que se refere à Cobertura Universal à luz da Constituição Federal de 1988 do Brasil, em especial o capítulo da Ordem Social em que é consignado a saúde como direito de todos e proclama a criação do Sistema Único de Saúde, concluindo-se que o conceito desenvolvido pela OMS não guarda simetria com o estipulado na Carta Política.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Cobertura Universal. Direito à Saúde.

ABSTRACT: The present critical essay is about the questioning of the compatibility of the directives of the World Health Organization with regard to Universal Coverage in face of the Federal Constitution of 1988 of Brazil, especially the chapter of the Social Order in which health is consigned as right of all and proclaims the creation of the Unified Health System, concluding that the concept developed by the WHO does not keep symmetry with the stipulated in the Political

1 Fundação Oswaldo Cruz Brasília. Email: maria.delduque@fiocruz.br

2 Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). E-mail: fernandocupertino@gmail.com

3 Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS. Email: alethele.santos@conass.org.br

4 Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Email: smcalves@gmail.com

5 Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Email: moacyr.rey.filho@gmail.com

Charter.

Keywords: UnifiedHealthSystem. Universal Coverage. Right to health.

RESUMEN: El presente ensayo crítico es sobre el cuestionamiento de la compatibilidad de las directrices de la Organización Mundial de la Salud en lo que se refiere a la Cobertura Universal a la luz de la Constitución Federal de 1988 de Brasil, en especial el capítulo de la Orden Social en que se consigna la salud como el derecho de todos y proclama la creación del Sistema Único de Salud, concluyendo que el concepto desarrollado por la OMS no guarda simetría con lo estipulado en la Carta Política de 1988.

Palabras-Clave: Sistema Único de Salud. Cobertura Universal. Derecho a la Salud.

Estamos comemorando os 40 anos da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, endossada por 134 estados-membros e ocorrida na cidade de Alma-Ata, capital da então República Socialista Soviética do Cazaquistão, em setembro de 1978.

A conferência, além de reconhecer que a saúde é um bem complexo, condicionada, determinada e resultante de fortes fatores - muitos deles fora do controle dos chamados setores de saúde - também trouxe à condição de saúde os fatores econômicos, científicos, sociais, políticos etc

Em Alma-Ata constituiu-se uma verdadeira declaração de um “direito de todas as pessoas”¹ aos cuidados primários de saúde.

Já em 1986, a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde respondeu aos crescentes desafios de saúde nas sociedades industrializadas, reconhecendo formalmente os determinantes como parte integrante e vital da saúde para todos². Essas declarações reconhecem o acesso aos cuidados de saúde e seus determinantes como um verdadeiro direito humano.

Implícito nesse reconhecimento foi a obrigação emergente das nações de estabelecer as políticas de saúde capazes de garantir cuidados de saúde universalmente acessíveis.

No que se refere ao acesso à saúde, tem-se Marziale³ para quem, “o acesso universal à saúde é entendido como a ausência de barreiras socioculturais, organizacionais, econômicas, geográficas e relacionadas aos gêneros, no que tange aos cuidados da saúde”.

Já a Cobertura Universal, segundo Puig⁴, é compreendida como a garantia de que todas as pessoas obtenham serviços de saúde de boa qualidade quando assim necessitarem, sem que sofram danos financeiros em seu pagamento. A *Universal Health Coverage* parte da necessidade de uma reorientação na área da saúde num momento de recessão econômica, custos crescentes para a atenção à saúde, envelhecimento da população, aumentos das doenças crônicas e utilização de novas e onerosas tecnologias⁵, apontando para a necessidade de obtenção de mecanismo alternativo de financiamento dos sistemas de saúde, para atingir a cobertura universal.

Mas, como bem salienta noronha, a noção de cobertura universal de saúde, inicialmente, era conceito consubstanciado em sistemas públicos de acesso universal, o que é compatível com a universalidade de acesso e com a integralidade na atenção à saúde.

Ocorre que, ao tempo em que o mundo se envolvia com as questões discutidas em Alma Ata, Otawa e seguintes, reformas neoliberais ocorriam em escala global e tiveram impacto decisivo nos países em desenvolvimento. O início do século XXI também é marcado por uma crise financeira e econômica severa, que evidenciou deficiências graves no funcionamento de algumas estruturas dos Estados contemporâneos, fazendo com que o plano administrativo dos países, o modelo neoliberal fosse reduzido ao paradigma empresarial de governo.

Com isso, as teorias administrativas evoluíram para o planejamento estratégico, para o tomador de decisões e as ciências administrativas passaram a desenvolver a ideia de gestão estratégica, permitindo reação imediata da organização aos desafios e oportunidades oferecidos pelo ambiente contextual. Com isso, de uma Administração focada em procedimentos, transitou-se para uma Administração vocacionada para a obtenção de resultados, com atividades governamentais baseadas no planejamento, o que deu ensejo à ideia de política pública. Assim é que as políticas públicas são decididas por leis financeiras e leis-programas, inscrevendo-se, portanto, no Direito.⁷ É por isso que toda política pública tem um suporte legal que pode ser expresso na Constituição, na lei *stricto sensu* como nas normas infralegais, posto que a base da política é o direito.

Assim é que a concretização das principais ideias que assinalam o paradigma da nova gestão pública conduziu à transformação do Estado social num Estado garantidor que “parece ter alma de Estado social e corpo de empresa privada”⁸. A realidade, no entanto, tem evidenciado que a nova gestão pública conduziu à hipervalorização, e conseqüente prevalência, da eficiência e da produtividade sobre os valores da democracia, da cidadania, da ética e da garantia dos direitos.

O Direito à Saúde, direito humano fundamental consignado na Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, tem como mecanismo de concretização a mais importante política pública para o setor da saúde: o Sistema Único de Saúde - SUS, com acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde para todos. 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 SUS 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 privado⁹.

Assim é que a lógica conceitual da proteção dos riscos financeiros e da busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial está em conflito com o conceito jurídico cunhado em 1988 de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, razão de ser do sistema público de saúde -

SUS⁶. Essa compreensão deslocou-se a partir das discussões apresentadas, e o escopo de proteção estatal ao direito à saúde foi 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.

Desta forma, 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, deslocando o papel do estado às sombras, ao papel coadjuvante, quiçá caritativo, tornando majoritária a lógica do mercado. 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 sociais¹⁰.

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 sendo sistemas públicos de acesso universal¹¹. Talvez isso se deva à longevidade e robustez democrática dessas sociedades, às quais o Brasil quis se equiparar pela ousada proposta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRS) tornada texto constitucional. Afinal, como ensina Habermas¹², o essencial é construir um conceito de sistema público universal de saúde a partir de fóruns de discussão que permitam sua gênese democrática. Dallari¹³, por outro lado, lembra que tão essencial quanto essa construção é a realização do direito assim gerado.

Assim é que, se por um lado instituições e pesquisadores defendem o SUS, as pressões exercidas pelos interesses de grupos privados, que cobiçam um imenso mercado consumidor potencial, se fazem sentir de maneira evidente. Um exemplo eloquente foi a sanção da Lei n. 13.097/2015 que, ao modificar a Lei Orgânica da Saúde, passou a permitir a entrada de capital estrangeiro na saúde, com direito a participar de todos os serviços de forma direta ou indireta, até então vedado. Vale lembrar que não houve nenhuma discussão prévia com a sociedade, e nem foi levado em conta o parecer contrário da Advocacia Geral da União (AGU), que sugeriu o veto¹⁴. Por outro lado, analistas já apontaram que um dos principais problemas do sistema de saúde brasileiro é que o setor privado não age de maneira complementar ao público, mas com ele concorre, recebendo muitas vezes orçamento público e indo mesmo à sua procura quando os custos dos tratamentos são muito elevados, como nos casos dos transplantes de órgãos ou das doenças que necessitam equipamentos muito caros e sofisticados, além da existência de volumosa renúncia fiscal para o segmento dos planos e seguros de saúde¹⁵.

O direito à saúde pode ser considerado no Brasil, assim como em muitos outros países do mundo, como um dos principais determinantes sociais da saúde por si só, na medida em que garante o acesso a bens e serviços de saúde a todos, indistintamente. Todavia, especialmente em face de uma abordagem neoliberal que considera cada vez mais a saúde como um negócio,

os sistemas públicos são muitas vezes considerados um poço financeiro sem fundo, uma coisa ideal que não podemos oferecer a todos, particularmente às pessoas “carentes”, que abusariam, assim, da contribuição financeira das pessoas que trabalham. Do ponto de vista ético, vale também lembrar que os programas de bioética preocupam-se cada vez mais com as consequências éticas dos contingenciamentos do orçamento da saúde, considerando, ainda, que “de todos os direitos fundamentais, o direito à saúde é provavelmente o mais crucial, pois condiciona, em larga medida, a capacidade de usufruir de outros direitos e de realizar o plenipotencial de desenvolvimento humano”¹⁶

Do ponto de vista constitucional, o Direito à Saúde é obrigação do Estado Garantidor, que por meios de políticas sociais e econômicas tem o dever de assegurar saúde para todos por meio de ações e serviços. Deste modo, o conceito cunhado pela Organização Mundial da Saúde para a cobertura universal não leva em conta as determinações da Carta Política brasileira, ofendendo-lhe por princípio.

Contribuição dos autores:

Delduque, Barros e Oliveira redigiram o artigo. Alves e Rey Filho fizeram a revisão.

REFERÊNCIAS

1. Promotion and expansion of primary care. American Journal of Public Health. 1979;69(3):302.
2. First International Conference on Health Promotion. Ottawa Charter for Health Promotion; Ottawa: November 21, 1986.
3. Marziale, MHP. Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde: contribuições da Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24: 1-2
4. Puig, P. Cuba Salud 2015 y el reto de financiar la cobertura universal en salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2015;41(3): 398-400
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). O Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal, 2010. Consultado em 16.3.2016]. In http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf?ua=1
6. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cadernos de Saúde Pública, 29(5): 847-849, 2013.
7. Massa-Arzabe, PH. Dimensão jurídica das Políticas Públicas. In Políticas Públicas: Reflexões sobre o Conceito Jurídico. Maria Paula Dallari Bucci (org.). São Paulo: Saraiva, 2006.

8. Gomes Canotilho, O Tribunal de Contas como Instância Dinamizadora do Princípio Republicano, Revista do Tribunal de Contas, 49:30, Lisboa, 2008.

9. Barros FPC, Delduque MC, Santos AO. O direito à saúde e a proposta de cobertura universal. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, 15 (S1): 51-55, 2016.

10. Costa AM, Bahia L. Scheffer M. Onde foi parar o sonho do SUS. Le Monde Diplomatique, 12 de fevereiro de 2013. Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1395>. Consultado em 15.2.2015.

11. 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>. Consultado em 15.2.2015

12. Habermas, J. Droit et démocratie: entre faits et normes. Paris: Gallimard, 1997

13. Dallari SG. Sistemas públicos universais de saúde e participação popular: o papel do Judiciário Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília 3 (3), 2014

14. Barros FPC, Negri Filho A. Cobertura universal de saúde. Cad. Saúde Pública 2015, 31(6): 1333-1333. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601333&lng=pt. Consultado em 23.10.2017

15. Perreault M, Carvalho ER, Barros FPC. O direito à saúde como um dos principais determinantes sociais da saúde. RevEnferm UFSM 2013;4(Esp.):719-728

16. Rochon J. Prefácio. In: Saúde e cidadania: as experiências do Brasil e do Quebec. Campinas (SP): Saberes; 2010.

Artigo apresentado em: dezembro de 2018

Artigo aprovado em: fevereiro de 2019

Conflito de interesses: Não.

Suporte financeiro: Não.