



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Noronha, José Carvalho de
Cobertura Universal de Saúde e o Brasil: estamos no bom caminho?
Saúde em Debate, vol. 43, núm. 5, Esp., 2019, pp. 5-7
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S500>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369096001>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em redalyc.org

 redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Cobertura Universal de Saúde e o Brasil: estamos no bom caminho?

José Carvalho de Noronha^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-11042019S500

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), ao lançar a consigna da Cobertura Universal de Saúde em seu relatório de 2010¹, afirmando que era o “conceito mais poderoso que a saúde pública poderia oferecer”, causou grande polêmica. Em primeiro lugar, porque tanto a Declaração Universal dos Direitos Humanos quanto os estatutos da OMS consagravam como poderoso e essencial o direito de todos à saúde. Em segundo lugar, porque a XXX Assembleia Mundial de Saúde de 1977² havia renovado o compromisso lançando a consigna Saúde Para Todos no Ano 2000, precedendo a famosa Conferência de Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata realizada em 1978. Em terceiro lugar, porque produzia uma distopia semiótica ao ressignificar o conceito de ‘cobertura’ de serviços tradicionalmente empregado em saúde, desprovido-o dos atributos essenciais de acesso e uso³. Em quarto lugar, porque também dissociava do conceito de ‘universalidade’, atributos acessórios relevantes de equidade e justiça. Em quinto, porque colocava como ponto de partida para o seu alcance a questão da modalidade de financiamento das prestações, em particular, a questão (relevante, mas apropriada de forma indevida) dos gastos pessoais catastróficos resultantes dos gastos com serviços de saúde. Em sexto, porque a OMS deixava de lado o importante relatório sobre os Determinantes Sociais da Saúde⁴, finalizado dois anos antes, circunscrevendo a saúde à prestação de serviços.

Um pesquisador sério do Banco Mundial, em um artigo publicado em seu *blog* à época, ao se indagar se o caso se tratava de ‘vinho velho em nova garrafa’, procurava identificar o que a proposta trazia de novo⁵. Advertia que, para ser de serventia, fazia-se necessário acrescentar as dimensões de equidade, associando-se a obtenção do cuidado à sua necessidade, e não à capacidade de pagar por ele. Aduzia que era necessário garantir a cobertura ‘*de facto*’ (isto é, acesso e uso), e não simplesmente ‘*de jure*’ (‘no papel’) e à qualidade dos serviços prestados.

Não demorou para que se descobrisse onde estava o coração da distopia. Tratava-se essencialmente de garantir cobertura ‘*de jure*’ e de uma curiosa embalagem para a congregação (pooling) de recursos financeiros para ‘proteger’ as pessoas de ‘gastos catastróficos’ com serviços de saúde. Ora, tais gastos só ocorriam e ocorrem em função da provisão privada de serviços de saúde, incluindo medicamentos e outros insumos, que, na inexistência de serviços públicos, são cobrados aos pacientes e a suas famílias. Diagnóstico errado, terapêutica errada. Se serviços são cobrados por particulares, ao invés de se organizarem serviços públicos gratuitos, propõem congregar recursos para remunerar os prestadores. Todavia, essa congregação deve ser obtida por encargos específicos seja por intermediários privados (planos de saúde), seja por taxação específica adicional distinta dos impostos, contribuições e taxas que os governos empregam para suas prestações.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Elude-se assim a necessidade de construir sistemas universais de saúde que garantam equidade e cobertura *'de facto'* e que assegurem o acesso e o uso de serviços de saúde de qualidade de acordo com as necessidades de cada pessoa. Promove-se, na realidade, a criação e a expansão de terceiras partes pagadoras privadas ou públicas específicas, as quais, por meio de valores diferentes dos prêmios ou taxas cobradas para a cobertura *'de jure'*, estratifiquem ainda mais a oferta, organizando 'castas' de usuários com acesso a serviços de qualidade diferenciada e com barreiras definidas pelos róis de procedimentos autorizados, e outras barreiras semiocultas, como listas de espera ou localização dos serviços.

No entanto, seria o sistema de saúde brasileiro coerente com essa visão crítica ao conceito da OMS? A Constituição de 1988 sem dúvida é. Seu art. 196 estabelece a saúde como direito de todos (portanto universal) e dever do Estado, a ser garantido por políticas sociais e econômicas (consistente com o mandato fundador da OMS) e pelo acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde. Esse enunciado, apesar de alguns juristas o considerarem impositivo, na prática tem sido programático. Posto que, fora impositivo, estaríamos vivendo em infração constitucional desde sua promulgação. Contudo, não será o caso, apesar de todos os avanços que tivemos desde então na ampliação do acesso e na expansão de cobertura, sobretudo por meio da oferta de cuidados primários pelo Programa de Saúde da Família?

Ao longo das três últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro foi-se distanciando da cobertura universal *'de facto'* no acesso e no uso equitativo de serviços de qualidade definidos na Constituição. A descentralização radical, associada à fragmentação dos cuidados, acentuou as diferenças micro e macrorregionais. A ausência de uma política integrada e agressiva de investimentos não permitiu o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a diminuição na distribuição iníqua de recursos humanos e físicos para atendimento de necessidades crescente de serviços determinada pelo envelhecimento populacional e para correção da distribuição desigual da oferta. As centrais de regulação acumulam longas filas de espera, sobretudo nas regiões mais pobres. Os recursos de apoio à atenção básica se atrofiam.

Os incentivos diretos e indiretos a planos e seguros de saúde associados ao subfinanciamento do SUS foram constituindo 'castas' de usuários com coberturas diferenciadas. Já há uma longa distância entre oferta, qualidade, acesso e uso de serviços entre o quarto da população coberta pelos planos e seguros e o restante da população. Ademais, mesmo entre os segurados, castas são estabelecidas pelo valor do prêmio pago às operadoras. Modalidades cruéis de pré-seleção de risco pelos chamados 'planos de adesão' ou pelos planos empresariais 'sob medida' para grupos populacionais estratificados, e por outra distorção semiótica, chamada 'saúde populacional' que 'retiram a nata' de pessoas de maior risco e doentes de intermediários privados, lançando-os à 'universalidade do SUS'.

As tendências neste fim da segunda década do novo século não parecem auspiciosas. O travamento do desenvolvimento do País pelas políticas econômicas de 'austeridade', o congelamento ou retração de gastos nas políticas sociais, incluindo saúde, a persistência de altas taxas de desemprego, aumento da informalidade laboral, o incremento da violência, a degradação de serviços públicos, como transporte, educação, segurança e lazer, não fazem prever dias melhores para a saúde dos brasileiros e brasileiras.

É tempo de retomar os fundamentos da Constituição Cidadã de 1988. É tempo de retomar arranjos políticos que permitam recolocar o País na rota da Esperança e do Desenvolvimento. É tempo de retomar o brilho unitário e a força de luta dos movimentos sociais para reconstruir um Brasil Justo e Soberano.

Colaborador

Noronha JC (0000-0003-089-5-6245)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a Cobertura Universal [internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010. [acesso em 2019 dez 6]. Disponível em: <https://brasil.campusvirtualsp.org/node/198176>.
2. World Health Organization. Resolution WHA30.43. In: World Health Assembly, 30. Geneva: Thirtieth World Health Assembly, 2-19 May 1977 [internet]. (part I: resolutions and decisions: annexes. World Health Organization). [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86036>.
3. Noronha JC. Cobertura Universal de Saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013; 29(5):847-849.
4. Organização Mundial da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: OMS; 2010.
5. Wagstaff A. Universal health coverage: Old wine in a new bottle? If so, is that so bad? [internet]. World Bank Blogs; 2013. [acesso em 2019 dez 4]. Disponível em: <https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/universal-health-coverage-old-wine-in-a-new-bottle-if-so-is-that-so-bad>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).