

## ARTIGOS

### O direito à saúde: um problema de administração e de política

JOSÉ DUARTE DE ARAÚJO\*

*1. Introdução; 2. Saúde como um direito; 3. Consequências econômicas do conceito de serviço de saúde como um direito; 4. A previdência social e o direito à saúde; 5. Comentários finais.*

Este trabalho, na realidade, não foi redigido especialmente para esta reunião, mas de tal forma o tema se encaixava no seminário que o Prof. Paulo Reis Vieira houve por bem convidar-me para apresentá-lo. Por ter sido redigido para outra finalidade, abrange aspectos e tópicos que transcendem os limites do seminário, de modo que, em minha apresentação, procurarei destacar apenas, do trabalho, aqueles pontos que dizem respeito especificamente à função do Estado em relação ao direito à saúde, deixando de lado outros aspectos presentes, que visam especificamente a previdência social, e que outras pessoas irão tratar em outro painel.

#### 1. Introdução

O objetivo do presente trabalho é procurar esclarecer o que se entende por *direito à saúde*, avaliar até que ponto está sendo usufruído esse direito, e discutir os problemas de ordem administrativa e política que, na prática, decorrem do seu reconhecimento.

\* Coordenador de Ciências da Saúde do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico — CNPq.

A discussão desse tema exige, para sua adequada compreensão, o esclarecimento de certas definições e o estabelecimento prévio de certas premissas. Dentre esses pontos a serem preliminarmente esclarecidos ou definidos destacamos: a distinção entre *direito à saúde* e *direito à assistência médica*; a sinonímia aparente entre *serviços médicos* e *serviços de saúde* e, finalmente, qual a contribuição dos referidos serviços para a manutenção ou elevação dos níveis de saúde de uma população. A expressão *direito à saúde* tem um nítido sentido de presumir que as pessoas desfrutam daquele estado definido como *de saúde*, independentemente, de um lado, da definição deste estado e, de outro, de quais sejam os fatores determinantes do mesmo. Nessa acepção, uma vez aceita por uma sociedade uma certa definição de saúde, e estabelecidos cientificamente os fatores determinantes desse estado, o reconhecimento do *direito à saúde* implicaria, por parte dos governos, a responsabilidade de agir sobre todos aqueles fatores capazes de influenciar o nível de saúde dos seus cidadãos.

Já a expressão *direito à assistência médica* (ou a serviços de saúde, como discutiremos mais adiante) tem um sentido muito mais restrito. Traduz claramente o direito dos indivíduos de receber, sem obstáculos, a assistência médica de que necessitam para manter ou recuperar a sua saúde. Todavia, na literatura médica corrente, e também nos textos de cientistas políticos e sociais, encontram-se ambas essas expressões usadas como equivalentes. O estabelecimento tácito dessa falsa correspondência deriva da falácia de considerar-se a assistência médica como o principal fator determinante do nível de saúde, assunto que discutiremos logo a seguir. Essa aparente correspondência está, entretanto, tão arraigada nos textos correntes que, paradoxalmente não poderemos nos furtar de utilizá-la ao longo deste estudo desde que, na maioria das vezes, quando alguém afirma o *direito à saúde*, está de fato querendo referir-se ao direito aos serviços que *produzem* a saúde e, na realidade, boa parte dos esforços organizados para a elevação do nível de saúde estão, certa ou erradamente, orientados para a provisão de serviços (médicos ou de outra natureza), supostamente responsáveis pela saúde.

A questão de usar-se *assistência médica* como expressão indicativa de toda a gama de serviços de saúde, englobando inclusive aqueles prestados por outros profissionais de nível superior, decorre de fatores de ordem sociológica. Por detrás dessa suposta elipse encontram-se o predomínio do prestígio de uma profissão sobre outras, (chamadas paramédicas), e a estruturação de um sistema assistencial baseado nos serviços especializados, em detrimento da atenção primária. Sempre que possível usaremos a expressão *serviços de saúde*, no sentido de *health care*, exceto quando nos referirmos de modo específico à atenção médica.

O problema do impacto limitado dos serviços de saúde e, particularmente, da assistência médica, sobre o nível de saúde, é um tópico que hoje já não se pode mais considerar controverso. Sem desmerecer da contribuição da medicina científica para a solução de inúmeros problemas de saúde,

sobretudo a partir da segunda metade do século XIX, há farta evidência de que uma parcela substancial (e talvez até a maior parcela) da elevação do nível de saúde das populações, observada ao longo deste último século, deve-se a modificações ambientais como o saneamento básico, as melhores condições de moradia, a melhor nutrição, em suma, a outros fatores determinantes de saúde que não a assistência médica.<sup>1</sup> Aliás, mesmo em nossos dias, e das nações mais desenvolvidas, continuam a chegar demonstrações de que futuros aumentos na expectativa de vida, ou melhorias nos níveis de saúde já alcançados, estão mais na dependência de mudanças de hábitos pessoais (alimentação, exercício, fumo, bebida, etc) do que de um aumento no consumo de serviços de saúde.<sup>2</sup>

Diante de exposto, a abordagem do *direito à saúde*, sob uma ótica que enfatize o *direito aos serviços de saúde*, é limitada em sua compreensão, e somente se justifica diante de uma situação de fato que precisa ser submetida a crítica e sujeita a medidas de reorientação consentâneas com o conhecimento científico do fenômeno saúde-doença em suas múltiplas dimensões, não apenas a da medicina, mas, igualmente, como problema ecológico, social, comportamental e econômico.

## 2. Saúde como um direito

### 2.1 *Uma perspectiva histórica e internacional*

O primeiro passo para o reconhecimento, a nível internacional, de que a saúde é um direito fundamental dos indivíduos foi a autorização dada em 1945, na Carta das Nações Unidas,<sup>3</sup> em seu artigo 62, para que o seu Conselho Econômico e Social fizesse *recomendações* relativas a tópicos como *educação, saúde e assuntos correlatos*. Como consequência imediata foi aprovada uma proposta conjunta das delegações do Brasil e da China na Conferência de São Francisco, para que se convocasse com urgência a I Conferência Internacional de Saúde, a qual veio a reunir-se, no ano seguinte, na cidade de Nova Iorque, e da qual resultou a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS). A constituição da OMS foi aprovada em 22 de julho de 1946 e, no seu preâmbulo, afirmava que “o gozo do mais alto nível possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político e situação social e econômica”.

<sup>1</sup> Esta questão é amplamente discutida por Ivan Illich, com excelentes referências bibliográficas, em *A Expropriação da saúde*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1976.

<sup>2</sup> Morrow, J.H. & Edwards, B. U.S. Health manpower policy: will the benefits justify the costs?. *Journal of Medical Education*, 51:791-805, 1976.

<sup>3</sup> *Charter of the United Nations*. New York, United Nations Publications, 1975. Ver também: Constitution of the World Health Organization. *Who Chronicle*, 1:29, 1947.

Uma simples definição de *direitos* como “aquilo que é devido a alguém em decorrência da lei, da tradição ou da natureza,<sup>4</sup> ou como *regalia*, privilégio, prerrogativa que alguém possui de exigir de outrem a prática ou abstenção de certos atos, ou o respeito a situações que lhe *aproveitam*”<sup>5</sup> não transmite toda a extensão do significado real de *direitos* na sociedade moderna.

No mundo ocidental, o conceito de direitos humanos surgiu no século XVII. Na obra de Locke<sup>6</sup> encontra-se a primeira afirmação explícita do direito do indivíduo à “liberdade de expressão” e de “culto” e à “propriedade”. No século XVIII a Declaração de Independência dos EUA consagrou os direitos do homem “à vida, à liberdade” e, num laivo de romantismo, “à busca da felicidade”. A idéia de que um dos principais objetivos de qualquer governo legalmente constituído seja proteger os direitos dos cidadãos sofreu um rude golpe, na primeira metade século XX, com o surgimento, na Europa e na Ásia, de governos ditatoriais, opressivos, que levaram o mundo à hecatombe da II Guerra Mundial.

Como uma reação natural, quando a Carta das Nações Unidas foi redigida, durante a Conferência de São Francisco, mencionou-se, no seu preâmbulo, o objetivo específico de “promover e encorajar o respeito aos direitos humanos”. Criou-se uma comissão especial para redigir uma proposta de declaração dos direitos humanos do homem e, em 10 de dezembro de 1948, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou o texto da Declaração Universal dos Direitos Humanos como um paradigma para “as realizações de todos os povos e nações”. Esta declaração representa o conceito mais elevado de direitos e um testemunho das metas e dos valores que nossa sociedade declara defender.<sup>7</sup>

A Declaração foi bastante explícita quanto à questão da saúde ao afirmar que “toda pessoa tem o direito a um padrão de vida adequado para a saúde e o bem-estar de si mesmo e de sua família, incluindo (...) assistência médica”. Esta colocação da saúde como um direito humano fundamental objetiva mostrar que este ponto de vista não é uma tomada de posição utópica, ociosa. Muito ao contrário: é uma posição que se fundamenta em valores amplamente aceitos em nossa sociedade. Parece-nos que o ponto de vista oposto, ou seja, o de que a saúde não é um direito humano fundamental, contrapõe-se às crenças e valores que afirmamos professar. Não se pode, contudo, negar que costuma ser grande a distância entre declarar que saúde é um direito e tornar este direito uma realidade.

<sup>4</sup> *American heritage dictionary of the English language*. New York, Dell Publishing, 1970.

<sup>5</sup> Holanda Ferreira, A.B. de. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 1. ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1975.

<sup>6</sup> Locke, J. Two treatises on government, 1690. In: *Encyclopaedia Britannica*. London, 1964.

<sup>7</sup> *The Universal Declaration of Human Rights*. New York, United Nations Publications, 1948.

Ainda, de acordo com a Constituição da Organização Mundial de Saúde “os governos são responsáveis pela saúde do povo, a qual somente pode ser alcançada mediante a adoção de adequadas medidas sociais e sanitárias”. Na verdade, a preocupação de governos modernos com a provisão de cuidados satisfatórios com a saúde dos seus cidadãos pode ser historicamente assinalada desde 1883 quando se resolveu criar na Alemanha o seguro compulsório contra doenças para os trabalhadores daquele país. Três outros marcos historicamente importantes foram o Código do Trabalho, que socializou a medicina da URSS em 1922, a Lei Nacional de Saúde (National Health Act), promulgada em 1946,<sup>8</sup> que estabeleceu o Serviço Nacional de Saúde na Inglaterra e, nos EUA, as emendas feitas em 1965 à Lei da Previdência Social,<sup>9</sup> criando o MEDICARE, programa destinado a dar assistência médica gratuita às pessoas acima de 65 anos e o MEDICAID, destinado a assegurar assistência médica paga pelo governo para as pessoas com renda familiar abaixo de certo nível (três mil dólares anuais na maioria dos estados americanos). Não pode deixar de chamar a atenção o fato de que mesmo na nação mais rica do mundo, os EUA, uma parcela considerável da população não tivesse acesso a assistência médica adequada e que as barreiras econômicas fossem a principal razão deste estado de coisas. Obviamente, muito mais dramática é a situação nas nações pobres e subdesenvolvidas. Para o fim deste trabalho, essa perspectiva internacional é necessária para melhor se entender a situação do problema do direito à saúde no Brasil.

Uma primeira questão a ser levantada é se a pobreza deveria constituir uma barreira à prestação de serviços de saúde a toda população. A simples resposta, que o próprio bom senso indica, de que *não deve*, não é suficiente. Razões mais profundas e fundamentais podem ser invocadas para apoiar a tese de que a pobreza não pode justificar a falta de atenção médica adequada.

Nos EUA, Cantor<sup>10</sup> examinou a questão do ponto de vista legal. Em sua opinião, o fato de que a pobreza cria dificuldade à obtenção de serviços de saúde adequados constitui uma discriminação diante da cláusula de “igual proteção” da Constituição americana. Outra abordagem legal

<sup>8</sup> O *Gesetliche Krankenversicherung* (GKV) foi criado, naquela época, como um seguro de saúde reivindicado pelos trabalhadores alemães; hoje o GKV dá cobertura a 86% da população da República Federal Alemã. O sistema soviético é bem analisado por Mark G. Field em *Soviet Socialized Medicine*. New York, Free Press, 1967. A medicina socializada na Inglaterra é apreciada por Curran, W.J. *Nationalized health services: The British experience*. In: Penchansky, R., ed. *Health services administration, policy cases and the case method*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1968. p. 332.

<sup>9</sup> Chapman, C.B. & Talmadge, J.M. Historical and political background of federal health care legislation. *Law Contemporary Problems*, 35: 901, 1970.

<sup>10</sup> Cantor, N.L. The Law and poor people's access to health care. *Law Contemporary Problems*, 35:901, 1970. Veja também: Michelman, F. Foreword: on protecting the poor through the 14 the amendment. Apud: The Supreme Court, 1960 term. *Harvard Law Review*, (7):83, 1969.

é aquela de Michelman para quem a noção constitucional de “direito à vida” coloca o governo diante da “obrigação afirmativa de prover os cidadãos com as necessidades mínimas da vida: abrigo, recursos suficientes para adquirir alimentação (...) educação e assistência à saúde”.

Na realidade, porém, o reconhecimento da tese de que, na prática, o baixo nível econômico (das pessoas) dificulta o acesso aos serviços de saúde impõe ao governo obrigações afirmativas para remediar a discriminação que de fato ocorre, não produzindo por si só os serviços de saúde adequados, ou o acesso mais fácil aos mesmos, necessários para assegurar iguais cuidados com a saúde a todos os cidadãos.

A outra questão que precisamos responder consiste em saber até onde existem, dentro do sistema político e econômico de cada país, medidas e/ou mecanismos concretos que possam ser ativados para modificar a situação vigente. De uma questão de fixar prioridades nacionais, isto pode transformar-se em um ponto de conflito (real ou aparente) de direitos individuais: os dos consumidores *versus* os dos produtores de serviços de saúde.

## 2.2 *A situação do problema no Brasil*

Começamos por examinar qual a base legal para se discutir a questão do direito à saúde no Brasil. A Lei nº 2.312, de 3.12.54, que estabelece normas gerais sobre defesa e proteção da saúde, diz em seu art. 1º que “é dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo” e, no art. 3º, determina que “incumbe, ao órgão federal de saúde (...) traçar e executar planos de assistência médico-sanitária, hospitalar e medicamentos ao homem brasileiro”. O Decreto nº 49.974-A, de 21.1.61, que sob a denominação de Código Nacional de Saúde regulamenta a lei anteriormente citada, é ainda mais explícito ao definir as responsabilidades governamentais no que tange aos cuidados com a saúde da população, em dois parágrafos do seu art. 2º:

“§ 1º — Ao Estado precipuamente cabe a adoção de medidas preventivas de caráter geral, para defesa e proteção da saúde da coletividade.

“§ 2º — O Estado deve prestar assistência médica gratuita aos que não disponham de meios ou recursos para provê-la.”

A Constituição da República Federativa do Brasil, com a emenda de 17 de outubro de 1969, no título III, ao tratar “da ordem política e social”, em seu artigo 165, assegura aos trabalhadores, entre outros, o direito à assistência sanitária, hospitalar e médica.

A Lei nº 6.229, de 17.7.75, sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, definido como “o complexo de serviços do setor público e do setor privado voltado para as ações de interesse da saúde”, estabelece as responsabilidades dos ministérios, dos Estados e dos municípios, no que tange “às atividades que visem a promoção, proteção e a recuperação da saúde”. A implementação desta lei deve constituir uma das principais

metas do Ministério da Saúde, a fim de que o Governo possa desincumbir-se das tarefas que lhe cabem na defesa da saúde da coletividade.

Há suficiente evidência, tanto na legislação promulgada, como nos crescentes gastos públicos na área específica de assistência médica,<sup>11</sup> de que nosso governo coloca os cuidados com a saúde entre suas preocupações.

Parece haver, entretanto, uma distância entre os propósitos e a eficácia dos instrumentos utilizados para atingi-los. A assistência médica prestada predominantemente através da previdência social não só tem ficado longe do objetivo de prover serviços adequados a uma grande parcela da população pobre (estima-se que existem no Brasil cerca de 30 milhões de pessoas não atendidas pela previdência social) como tem contribuído para o aumento dos custos da assistência médica. Ademais, em flagrante contradição com as metas colimadas, faltam ainda às propostas mais recentes do governo mecanismos que assegurem a prestação dos serviços de saúde a *todos* os cidadãos.

Esta situação resulta, em parte, da dependência do sistema de mercado como principal mecanismo para prover a adequada produção e distribuição dos serviços de saúde, e da incapacidade do mercado exercer satisfatoriamente essas funções por motivos que já analisamos em trabalho anterior.<sup>12</sup>

Embora sejam óbvias as imperfeições no mercado de serviços de saúde, levando-nos a duvidar que possa funcionar como um mercado livre, e embora muitos consumidores não disponham de renda suficiente para participar do mesmo devido à crescente inflação de custos, existem autores, estrangeiros e também nacionais, que ainda defendem a tese de que o livre mercado é a maneira mais adequada de melhorar a *performance* do sistema de serviços de saúde. O sucesso dessa tese depende, todavia, da problemática criação de um modelo de seguro de saúde que assegure ampla cobertura a todas as pessoas.<sup>13</sup>

Em nosso país, o seguro de saúde ainda é uma instituição incipiente e de futuro incerto. Mais desejável, embora talvez esteja ainda distante, é a universalização da previdência social, tema que voltaremos a abordar mais adiante.

A reorganização da indústria de serviços de saúde, em busca de maior eficiência, é uma possibilidade que poderia significar a transferência de seu comando das mãos dos médicos para a de empresários, acarretando, certamente, alterações nas formas tradicionais da relação médico-paciente

<sup>11</sup> Em 1976 a despesa do INPS com assistência médica alcançou Cr\$ 23 bilhões, quando a previsão estimada para aquele exercício era de apenas Cr\$ 16,5 bilhões. Veja: Previdência social. *Planejamento e Desenvolvimento*, 5(52):12-7, 1977.

<sup>12</sup> Araújo, J. Duarte de. As Peculiaridades do mercado de serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*, 11(3):97-109, 1977.

<sup>13</sup> Havighurst, C. C. Health maintenance organizations and the market for health services. *Law Contemporary Problems*, 35:716, 1970. No Brasil, Uriel Magalhães, no trabalho *Regulamentação no setor saúde*, ainda não publicado, também advoga o seguro de saúde.

e no sistema de remuneração. Essas mudanças certamente iriam ser vistas como infringindo os *direitos* dos atuais produtores dos serviços de saúde, além de não corresponder aos interesses dos **consumidores**.

Outra abordagem possível seria o estabelecimento de um serviço nacional de saúde, organizado nos padrões da experiência da Inglaterra. Esta hipótese, de cunho socializante, seria considerada como um golpe ainda mais severo nos *direitos* dos produtores, dentro do atual sistema de mercado de assistência à saúde.

Em resumo, parece que estamos lidando com um dilema de interesses e valores conflitantes: é que não é possível garantir plenamente os direitos dos consumidores de serviços de saúde sem, pelo menos, redefinir os direitos dos produtores desses serviços à luz dos valores mais altos de nossa sociedade.

### **3. Conseqüências econômicas do conceito de serviços de saúde como um direito**

A implementação da idéia (ou do ideal) de que o “acesso à assistência médica é um direito” terá muitas conseqüências e levantará muitas questões, entre as quais consideramos as seguintes como mais importantes e merecedoras de discussão: financiamento, abrangência ou amplitude (*comprehensiveness*), acessibilidade e qualidade.

#### **3.1 *Financiamento***

Desde que os serviços de saúde não podem ser considerados como bens gratuitos (*free goods*), ou seja, têm um custo de produção, a primeira questão que temos de enfrentar é a adequada compensação financeira aos produtores ou fornecedores desses serviços. Todavia, ao lidar com esta questão, teremos de partir da premissa de que os serviços de saúde devem estar à disposição dos indivíduos que deles necessitam independentemente da sua possibilidade de pagar pelos mesmos. Vale dizer que devemos encontrar mecanismos apropriados para reconciliar o direito dos produtores ao justo pagamento, com o direito dos consumidores ao acesso aos serviços necessários à manutenção de sua saúde.

O seguro de saúde é freqüentemente apontado como a solução lógica para esse impasse. O Brasil ainda não tem uma experiência válida nesse particular, mas nos EUA o sistema de seguro vem sendo aplicado para enfrentar esse problema há muitos anos, com sucesso apenas parcial. As principais desvantagens do seguro de saúde voluntário ou privado têm sido:

a) *limitação da cobertura*. Várias espécies de limitações podem ser apontadas. Uma é a dos seguros que cobrem separadamente serviços ambulatoriais (de *consultório*) e serviços hospitalares (*internamentos*), mais



comumente estes últimos, encorajando dessa forma o uso indevido dos custosos serviços hospitalares (internamentos). É comum, quando os pacientes são beneficiários de um seguro que cobre apenas as despesas hospitalares, ser solicitado o internamento para realizar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticas que poderiam ser feitos no ambulatório com custo bastante mais baixo.

Outra limitação é a quantidade de serviços cobertos e que pode ser expressa ou sob a forma de co-pagamentos, até atingir limite mínimo de custo (*franquias*), a ser pago pelo segurado, ou sob a forma de *tetos* para os reembolsos. Há, também, limitações ou restrições ou referentes aos tipos de serviços cobertos, tais como certas formas de tratamento, ou cuidado de doenças mentais, ou outras enfermidades crônicas ou de longa duração. Como resultado dessas limitações a pessoa segurada está longe de encontrar-se livre do peso financeiro da doença ou de ficar financeiramente comprometida como resultado de uma enfermidade catastrófica;

b) *seguro incompleto da população*. Resulta em parte do fato de que, por causa do seu baixo nível educacional, muitas pessoas não percebem a necessidade de proteger a si próprias e à sua família contra o risco dos custos da doença. Todavia, de longe, a causa mais importante da falta de seguro (mesmo nos EUA) é a falta de recursos para pagar os prêmios das apólices de seguros particulares. As estatísticas demonstraram<sup>14</sup> que a percentagem de indivíduos segurados diminui paralelamente com o nível de renda. Naturalmente, desde que os baixos níveis educacionais estão associados à baixa renda, fica difícil separar os efeitos da baixa educação dos da falta de recursos financeiros para pagar o seguro de saúde. Nos níveis mais baixos de renda, onde a competição com outras necessidades mais prementes é maior (a exemplo do que ocorre com a população assalariada dos países em desenvolvimento), a dificuldade financeira é, sem nenhuma dúvida, o fator predominante que determina o baixíssimo índice de pessoas seguradas.

Mais recentemente, planos de pré-pagamento para prestação de serviços de saúde a grupos de população surgiram como uma alternativa que se propõe a oferecer uma cobertura mais abrangente, eficiente e econômica do que as formas tradicionais de seguro.<sup>15</sup> Entretanto, mesmo estes planos, embora superem algumas das deficiências do seguro de saúde, não resolvem o problema das pessoas de baixa renda que não podem comprar nem o seguro comum nem as formas de pré-pagamento.

Desde que o conceito de *medicina de caridade* foi superado, tanto por motivos econômicos (direito dos produtores a pagamento) como de

<sup>14</sup> United States National Center for Health Statistics. Medical care, health status and family income. *Vital and Health Statistics*, Washington, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 10(9), 1964.

<sup>15</sup> O modelo desses planos é o da Kaiser-Permanent na Califórnia. Veja: Somers, A.R., ed. *The Kaiser-permanent medical care program: a symposium*. New York, The Commonwealth Fund, 1971.

ordem moral (dignidade dos consumidores),<sup>16</sup> o governo tem, em praticamente todos os países, assumido em grau crescente a responsabilidade de assegurar que os pobres recebam os serviços de saúde indispensáveis. Isto ocorre, ou sob a forma de previdência social, ou através de hospitais públicos (federais, estaduais e municipais). Um caso particular que tem recebido muita atenção em nosso meio são os hospitais universitários (antigos *hospitais de clínicas*) tradicionalmente mantidos com recursos oriundos dos orçamentos das instituições de ensino superior e que hoje vêm gradualmente se integrando no sistema de previdência social.<sup>17</sup>

Como resultado dessa situação, observamos hoje a existência de um duplo sistema, ou um duplo padrão de serviços médicos, com evidente desvantagem para os menos privilegiados que, ou não recebem a atenção médica necessária, ou recebem serviços inadequados a despeito dos crescentes gastos governamentais com saúde.

Diante das limitações que a experiência internacional de muitos anos aponta na eficiência do sistema de seguro particular de saúde, e mais ainda considerando o avanço já alcançado pela previdência social em nosso país, a sua universalização representa a solução mais racional para o problema do financiamento de serviços de saúde que atendam à totalidade da população. Há aqui que considerar a carga financeira adicional a recair sobre o INAMPS e buscar os mecanismos fiscais ou de outra natureza necessários à sua adequada compensação.

### 3.2 *Amplitude dos serviços*

As implicações do *direito a serviços médicos*, ou seja, que tipos de serviços deverão ser considerados como um *direito*, estão intimamente relacionadas com a questão financeira que acabamos de discutir; todavia, merecem alguns comentários específicos.

Cuidados adequados para a saúde pressupõem uma ampla faixa de serviços objetivando a promoção da saúde, a prevenção das doenças, o diagnóstico precoce, o pronto tratamento ambulatorial ou hospitalar, o atendimento de emergência e, também, a reabilitação. Para fazer face às necessidades totais de um indivíduo no que tange à sua saúde é, portanto, essencial que a atenção médica inclua um elenco bastante diversificado de pessoal, de equipamento, de instalações e de serviços.

<sup>16</sup> O direito à justa retribuição era tradicionalmente compensado pela transferência dos custos da assistência gratuita à clientela pagante, o que contribuía para inflacionar o mercado. Por outro lado, a situação socialmente humilhante de *indigente* tende a desaparecer com a melhoria do nível de vida das populações e a ampliação da previdência social. Exemplo deste último fato ocorreu nas zonas rurais quando foi instituído o Funrural.

<sup>17</sup> Ministério da Educação e Cultura. *Documentos do Ensino Médico*. Veja: Documento n. 2: Ensino médico e instituições de saúde, p. 63-93 e também o capítulo Aspectos atuais do ensino médico no Brasil, elaborado por Carlos A. Marcílio de Souza, Brasília, 1977, p. 123-50.

Quando se assegura o direito apenas a um tipo ou a alguns tipos de serviços, negando ou dificultando o acesso a outros, igualmente essenciais, não se está de fato garantindo o direito pleno aos *serviços de saúde*, mas, apenas, a alguns benefícios médicos isolados, pois os serviços de saúde não devem ser fragmentados. Esta fragmentação existe no presente sistema, com resultados negativos para os pacientes (consumidores) e também, como consequência, com um lamentável desperdício de recursos. Como superar esta tendência à fragmentação é um desafio a que não podemos nos furtar.

Para enfrentar esse problema são necessários dois tipos de medidas: primeiramente, visando o financiamento dos serviços, para evitar as formas incompletas e fragmentadas de cobertura que são comuns em nossos dias; em segundo lugar, medidas objetivando a reorganização do sistema de assistência à saúde de modo a promover uma prestação de serviços mais coordenada e mais racional. Desde que se deseje respeitar (ou preservar) os direitos (ou privilégios) dos produtores desses serviços, essas medidas poderiam tomar a forma indireta de incentivos financeiros a novos tipos de organização de sistemas de prestação de serviços de saúde. Convém, todavia, assinalar que mesmo essas medidas indiretas de intervenção irão certamente despertar a oposição das associações profissionais. Talvez com o tempo essa oposição venha a diminuir, porque as mudanças propostas serão eventualmente aceitas como *um mal menor* do que a estatização dos serviços de saúde, tão temida pelos órgãos de classe.

### 3.3 *Fácil acesso aos serviços*

Nesta discussão o problema do acesso aos serviços será enfocado num sentido quase geográfico, significando a existência dos serviços necessários no momento e no local em que as pessoas deles careçam. Desde que os serviços de saúde organizados com objetivo de lucro tendem a concentrar-se nos locais onde o nível econômico da população é mais alto, a dificuldade que se deve enfrentar é a de como prover o acesso aos serviços da saúde às populações das zonas rurais, da periferia dos centros urbanos, ou das favelas. Precisamos também considerar os problemas relacionados com a fragmentação dos serviços que obriga mesmo aqueles com capacidade financeira para beneficiar-se do atual sistema a deslocar-se de um local para outro por falta de abrangência no tipo de assistência prestada. Essas duas questões podem ser sintetizadas na necessidade de assegurar uma porta de entrada facilmente acessível ao sistema, uma faixa satisfatória de serviços, e continuidade da atenção à saúde sem a inconveniência de deslocamentos geográficos desnecessários.

O problema de como tornar os serviços de saúde adequados, disponíveis nas áreas atualmente desassistidas, é dos mais difíceis de equacionar. É claro que a universalização da previdência social, ou a criação de um serviço nacional de saúde, no estilo da Inglaterra, removeria as barreiras

de ordem econômica. Permaneceria, entretanto, o problema de como realizar os consideráveis investimentos necessários para construir, instalar e equipar os serviços de saúde que faltam nas áreas atualmente mal assistidas e, sobretudo, como prover os recursos humanos indispensáveis ao seu bom funcionamento. Em outras palavras: *a universalização do seguro de saúde ou da previdência social não fará os serviços de saúde aparecerem como num passe de mágica nos locais onde são mais necessários*. Aqui, mais uma vez, o governo deve ser visto como a principal fonte não só dos incentivos financeiros como, também, da orientação técnica necessária à criação dos novos serviços. É evidente, a esta altura, que não se deverá depender apenas de recursos federais, sendo necessária a participação dos outros níveis do governo e, até mesmo, da própria comunidade.

As áreas rurais, esparsamente habitadas, constituem um problema especial. Ali se encontra uma concentração tão baixa de pessoas que se torna antieconômica a prestação de determinados serviços. Além do mais, há que considerar a delicada questão dos recursos humanos de qualificação mais alta. Como atrair profissionais de saúde de nível universitário para áreas carentes das amenidades dos grandes centros urbanos? Como assegurar nesses locais as condições necessárias à realização profissional e à satisfação individual? Aqui está uma faceta do problema na qual as causas subjacentes não são exclusivamente econômicas e onde as medidas financeiras não resolverão o impasse.

Alguns países procuraram resolver o problema criando um período de serviço obrigatório em zona rural para todos os médicos recém-formados. Em países onde a educação médica é inteiramente gratuita e financiada pelo governo, parece uma retribuição natural, pela educação recebida, que os médicos dediquem um período limitado de sua carreira à assistência em zonas rurais. Todavia, em países onde a educação médica é em grande parte (ou na maior parte) custeada com recursos particulares, não há fundamento para a interferência do governo na liberdade do exercício profissional. Ademais, há que considerar que seria um desperdício de recursos humanos enviar profissionais de nível universitário para localidades onde não existem condições mínimas para o exercício de suas funções. Não que esses profissionais só possam exercer suas funções em grandes centros; não é este o caso. O argumento a considerar é que, abaixo de certo nível de densidade demográfica e na ausência da infra-estrutura mínima adequada, os serviços de um médico, de um dentista ou de uma enfermeira seriam fatalmente subutilizados.

Outra abordagem possível, e provavelmente mais promissora, é o uso, nessas áreas, de pessoal paramédico, com a participação de elementos da própria comunidade como a fonte principal de assistência primária à saúde, desde que esses serviços de primeira linha tenham o indispensável suporte de uma equipe médica, numa distância razoável, com base num centro de saúde ou num hospital distrital (ou comunitário). Esta solu-

ção, para a qual, no Brasil, parece ter-se inclinado o Ministério da Saúde,<sup>13</sup> pode ter implicações sobre a qualidade dos serviços, assunto que discutiremos a seguir.

### 3.4 *Qualidades dos serviços*

O ponto de vista de que todas as pessoas deverão ter acesso à melhor assistência médica possível tem, com frequência, significado para muitos a ausência de qualquer tipo de assistência. Se nos apegarmos à noção de que somente são aceitáveis os padrões mais altos de assistência médica, decorrentes dos modernos avanços científicos e tecnológicos, uma consequência natural será que esse tipo de assistência não poderia estar disponível para todas as pessoas em qualquer lugar, a todo momento, mesmo que fossem superadas as óbvias dificuldades financeiras.

Isto não significa que a qualidade dos serviços seja considerada de menor importância, mas que deve haver outros critérios para julgar a qualidade da assistência, diferentes da ênfase em tecnologia sofisticada e em pessoal superespecializado. Naturalmente, reconhecemos que se deve fazer esforços no sentido de tornar acessíveis ao maior número possível de pessoas os avanços da ciência médica moderna. Todavia, quando isto for materialmente impossível, o dilema de escolher entre *a melhor assistência*, ou *nenhuma assistência* deve ser, logicamente, resolvido no sentido de prover o tipo de serviço que é possível e viável, ao invés de insistir no *melhor* e deixar a população desassistida.

Um outro ponto que precisa ser mencionado é que entre os critérios para julgar a qualidade de assistência à saúde está o da adequação dos serviços, de modo a torná-los aceitáveis pelos consumidores. Esta aceitação é freqüentemente determinada por fatores socioculturais, mais do que pela sofisticação tecnológica que escapa à capacidade de julgamento da média das pessoas, especialmente dos grupos sociais menos favorecidos.

A atenção para as necessidades emocionais dos indivíduos, o cuidado de evitar serviços *despersonalizados*, o respeito pelas diferenças culturais e até mesmo pelas barreiras de linguagem deverão ser considerados medidas importantes da qualidade da assistência à saúde. Esses novos critérios para julgar a qualidade dos serviços serão aceitos com maior probabilidade se, nas novas formas de organização da assistência à saúde que estão em estudo em nosso País, forem criadas condições para a participação efetiva dos consumidores no planejamento e na gestão dos serviços de saúde.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), do Ministério da Saúde, já mencionado, prevê em suas diretrizes básicas o “estabelecimento de mecanismos formais que viabilizem um processo continuado de crescente co-participação comunitária responsável na

<sup>13</sup> Encontra-se em fase de implantação pelo Ministério da Saúde o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Veja *Documento básico do tema III da VI Conferência Nacional da Saúde*. Brasília, ago. 1977.

realização dos serviços de saúde”. Desta maneira assegurar-se-ia uma maior valorização, pela comunidade, das atividades de proteção à saúde, muitas das quais destinam-se, como hoje se reconhece, a atender necessidades que não são espontaneamente percebidas pelas pessoas.

#### 4. A previdência social e o direito à saúde

A possibilidade da universalização da previdência social em nosso país, num futuro próximo (ou não muito remoto) levanta uma série de questões, algumas das quais já abordamos. Há, contudo, certos pontos que merecem uma indagação mais cuidadosa, os quais discutiremos a seguir.

##### 4.1 *Que tipo de serviços deverão ser cobertos pela previdência social?*

De acordo com o ponto de vista de que em nossa sociedade a assistência à saúde está entre os serviços básicos considerados essenciais para se alcançar uma vida satisfatória, *nenhuma barreira econômica deverá impedir o acesso aos serviços de saúde necessários à população*. Mais ainda, esses serviços deverão ser abrangentes e não fragmentados. Isto equivale a dizer que o sistema de previdência social deverá buscar não apenas a remoção das barreiras financeiras como, também, deverá assegurar aos consumidores uma ampla faixa de assistência incluindo: serviços preventivos, visando a promoção e a manutenção da saúde em todas as idades; serviços curativos — abrangendo a assistência primária em ambulatório, o atendimento de emergência, os serviços especializados, a hospitalização para casos agudos e crônicos, o acompanhamento domiciliar e a reabilitação.

A prestação de serviços preventivos, para os quais não há usualmente uma grande procura espontânea, objetiva incentivar a *manutenção da saúde* em vez da *recuperação da saúde*, que constitui a grande massa da demanda em nossos dias. Esta é uma medida que poderá potencialmente baixar o custo total da assistência à saúde, reduzindo a necessidade do uso dos serviços muito mais custosos para sua recuperação.

A oferta de uma ampla faixa de serviços curativos é, inegavelmente, uma medida de custo muito elevado, porém a limitação no tipo dos serviços abrangidos pela previdência social será equivalente à manutenção da barreira financeira para uma parcela importante da população. Estamos lidando, portanto, com um problema que envolve a alocação de recursos escassos e não podemos simplesmente colocar de lado a questão dos custos.

Nosso ponto de vista é que, embora não deva haver restrições ao uso *necessário e adequado* de serviços de saúde, deverão ser tomadas medidas e adotados controles rigorosos para evitar o abuso desses serviços. Uma dessas medidas será a aplicação mais rigorosa dos métodos de supervisão do tipo auditoria médica, particularmente para a assistência hospitalar.

Uma abordagem que vem encontrando aceitação internacional, sobretudo nos EUA, é o encorajamento, pelo governo, através de incentivos

financeiros, do desenvolvimento de organizações de assistência médica orientadas no sentido da prestação de serviços integrados e abrangentes. Exemplo desse tipo de organização, entre nós, seriam as áreas docente-assistenciais vinculadas a faculdades de medicina e os grupos de pré-pagamento, ambos mantidos em convênio com a previdência social.

Embora seja discutível se esse novo tipo de organização será realmente, de per si, capaz de reduzir os custos da assistência à saúde, acredita-se que encorajará o uso mais racional dos serviços e conduzirá eventualmente à redução dos custos gerais.

#### 4.2 *Como serão financiados os serviços?*

É evidente que os recursos de que dispõe atualmente a previdência social para a assistência médica, apenas suficientes para fazer face à prestação de serviços aos seus segurados, não são suficientes para cobrir os gastos adicionais que resultariam da universalização da previdência social. Essa extensão dos serviços de atenção à saúde do atual INAMPS a toda a população representa um acréscimo estimado de cerca de 20 a 30 milhões de beneficiários, ou seja, um incremento de aproximadamente 30% sobre o atual contingente de usuários. Uma sobrecarga dessa monta, necessariamente, exigirá uma contrapartida equivalente de recursos. Como dificilmente poderia essa verba adicional ser retirada das contribuições previdenciárias, novas fontes teriam que ser buscadas. Idealmente, os recursos deveriam ser retirados de fontes já existentes de receita tributária da União, mediante mecanismos de redistribuição ou realocação, dispensando a criação de novos tributos para uma população já excessivamente onerada por encargos fiscais, particularmente em sua classe média. É evidente que, em última instância, mesmo uma nova carga tributária seria preferível à manutenção do estado atual em que uma parcela considerável da população está impedida de usufruir de seu *direito à saúde* devido a obstáculos de ordem financeira.

#### 4.3 *Que parcela do PNB deve ser gasta em serviços de saúde?*

A discussão anterior, sobre como custear a universalização da previdência social, com o inevitável aumento de gastos que esta medida acarretaria, leva inevitavelmente à pergunta: qual o limite razoável para os gastos com serviços de saúde? Para fins de comparabilidade esse limite poderá, se possível, ser definido em termos de um percentual do Produto Nacional Bruto (PNB).

Os estudos internacionais sobre a evolução das despesas com serviços de saúde mostram duas tendências muito claras: a) no sentido de um aumento gradual na percentagem do PNB gasto com serviços de saúde; b) no sentido do aumento da proporção representada pelos gastos públicos no total das despesas com saúde.

Para citar somente a experiência dos EUA, constata-se que, naquele país, os gastos com saúde elevaram-se de 4,6% do PNB em 1950, para 6,7% em 1969; já a percentagem dos gastos governamentais cresceu de 25,3% para 37,5% do total, no mesmo período de tempo.<sup>19</sup> Seis anos depois, em 1975, os gastos com saúde já alcançavam 8,3% do PNB norte-americano, prevendo-se que essa cifra possa tornar-se ainda mais alta caso seja aprovada alguma legislação criando um seguro nacional de saúde.<sup>20</sup> No Brasil, infelizmente, faltam dados que nos permitam analisar uma série histórica de gastos com serviços de saúde em relação ao PNB. Em 1977, estimava-se que estivéssemos gastando pouco mais de 5%, sendo que 2/3 corresponderiam a despesas governamentais.<sup>21</sup> A universalização da previdência social poderá elevar os gastos totais com serviços de saúde acima de 6% do PNB, e a participação das despesas do governo aproximadamente a 70% dos gastos totais.

A comparação com os percentuais gastos em outros países está aberta à crítica. O estudo mais abrangente sobre esse tema, feito por Abel Smith sob o patrocínio da Organização Mundial da Saúde, não permite nenhuma conclusão definitiva sobre as relações existentes entre grau de desenvolvimento, tipo de governo e gastos com saúde.<sup>22</sup>

Pareceria mais importante comparar os gastos *per capita* com serviços de saúde, pois uma mesma percentagem do PNB pode ser muito, ou pouco, conforme se trate de um país com um produto bruto alto ou baixo. Mais importante ainda parece-nos considerar a destinação dada a esses gastos: gastos excessivos com serviços assistenciais sofisticados e caros podem ter um impacto muito menor sobre a saúde da população do que gastos mais modestos em serviços mais simples, porém mais acessíveis e melhor distribuídos à maioria da população.

A resposta mais sensata à pergunta inicial parece ser a de que não há uma taxa *mágica* do PNB para ser gasta com serviços de saúde e que a adequação dos gastos deve ser medida não em termos de percentuais de PNB, e talvez nem mesmo em gastos *per capita* com serviços de saúde. A verdadeira medida seria a quantia julgada necessária para assegurar a toda a população o efetivo exercício do proclamado direito a serviços eficazes de saúde, sem carências mas, também, sem desperdícios.

Até que o Governo esteja disposto a enfrentar os custos necessários, e talvez nem sejam tão altos se houver um uso mais racional dos recursos alocados, o *direito* à saúde continuará a ser não uma realidade, mas apenas mais um ideal a ser um dia atingido.

<sup>19</sup> Childs, A. *Introduction to medical care administration*. Berkeley, University of California, 1970.

<sup>20</sup> Morrow, H. & Edwards, B., op. cit.

<sup>21</sup> Macedo, Carlyle G. Recursos humanos para a saúde. *Temas oficiais: documentos básicos do XIX Congresso Brasileiro de Higiene e I Congresso Paulista de Saúde Pública*. Anhembi, São Paulo, 10-14 out. 1977.

<sup>22</sup> Abel-Smith, B. Étude internationale des dépenses de santé. *Cahiers de Santé Publique*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, n. 32, 1963.



## 5. Comentários finais

Transparece da análise que acabamos de fazer que as preocupações quanto ao direito à saúde têm-se concentrado primordialmente na questão do acesso aos serviços médicos. Ao se defender o direito dos indivíduos à saúde, quase sempre o que se destaca das recomendações é a ênfase no direito à assistência médica. Todavia, pelas razões que já apresentamos na introdução deste trabalho, a assistência médica não é a principal determinante do nível de saúde e, portanto, se estamos de fato comprometidos em assegurar o direito dos nossos cidadãos, sem distinção de classes sociais, a um nível alto de saúde, temos de nos preocupar com os fatores sociais e ambientais que influem decisivamente sobre sua saúde. Destacam-se, entre esses fatores, particularmente a alimentação, a moradia, o nível de educação e o saneamento do meio. São universalmente reconhecidos os estreitos vínculos que existem entre os padrões de alimentação e de moradia, e a renda individual e/ou familiar, fato aliás comprovado na pesquisa sobre consumo alimentar promovida pelo Instituto Brasileiro de Economia, em 1973.<sup>23</sup> Está bem fundamentada a tese de que não é possível se prover melhoria no nível da alimentação (e, conseqüentemente, no nível de saúde) sem elevar a renda *per capita* da população. As implicações deste fato para a política socioeconômica do governo são complexas e foram bem analisadas no relatório da referida pesquisa.<sup>24</sup>

As medidas voltadas para a habitação e para o saneamento do meio ambiente, particularmente o abastecimento de água e o esgoto sanitário, cujas repercussões sobre a mortalidade infantil são universalmente reconhecidas, estão inteiramente na dependência da ação do Governo, em um programa que requer vultosos investimentos. Da mesma forma, a elevação do nível de escolaridade das camadas economicamente menos favorecidas da população somente pode ser obtida mediante enérgica ação governamental.

Do acima exposto se conclui que, para se assegurar o *direito à saúde* da nossa população, é pelo menos tão importante quanto prestar-lhe boa assistência médica, promover a melhoria de suas condições socioeconômicas, particularmente no que diz respeito à educação, à moradia e sobretudo à alimentação, o que é difícil de se alcançar sem a elevação da renda *per capita* e, sobretudo, sem uma melhor distribuição da renda nacional.

Podemos pois concluir que a questão do *direito à saúde*, quando corretamente enfocada, transforma-se, de um problema puramente administrativo, ligado às formas de financiamento e à organização da assistência

<sup>23</sup> Fundação Getulio Vargas, Instituto Brasileiro de Economia. *Pesquisa sobre consumo alimentar*. Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, jun. 1975. 3 v.

<sup>24</sup> Fundação Getulio Vargas, Instituto Brasileiro de Economia. *Pesquisa sobre consumo alimentar*. Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, jun. 1975. v. 1, p. 11-3.

médica, em um problema eminentemente político, ligado ao desenvolvimento e à justiça social.

## Summary

The purpose of this article is to explain what is understood as *right to health* and, through the analysis of administrative and political problems effectively deriving from its recognizance, to assess the point up to which such a right is being enjoyed.

According to the Author, the concern involving the right to health has primarily been concentrated upon the question of access to medical services.

To consider the *right to health* under an approach emphasizing the *right to health services* is to convey a limited understanding, and is only justified if subject to criticism and liable to re-orientating measures suitable to the scientific knowledge of the health/illness phenomenon in its multiple dimensions, not only medical, but ecologic, social, behavioristic and economic as well.

To the Author, it is at least as important to guarantee the *right to health* to the members of a population, as it is to render these persons a good medical assistance, and to promote the improvement of their socio-economic conditions. Viewed under an adequate approach, the question of the *right to health* is changed from an administrative problem, tied up to means of financing and to ways of organizing medical assistance, to an issue of extreme political nature, connected to development and social justice.

### BIBLIOTECA DA FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

Praia de Botafogo 190 - 7.º andar.

266-1512 ramal 170 - Serviço de Referência e Circulação; ramal 171 - Serviço de Referência Legislativa.

Horário: janeiro e fevereiro, todos os dias úteis das 8 às 12 horas e das 13,30 às 17,30 horas; março a dezembro, todos os dias úteis, das 8 às 20 horas e, aos sábados, das 8 às 12 horas.

### BIBLIOTECA DO INSTITUTO DE SELEÇÃO E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

Rua da Candelária 6 - 3.º andar 221-2331.

Horário: todos os dias úteis das 8 às 12 e das 13 às 17 horas; às quintas-feiras só funciona no horário da manhã.