

O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura

Elizabeth Nogueira de Andrade
Edson de Oliveira Andrade

Resumo Este artigo discute a questão do acesso aos serviços de saúde brasileiros, com ênfase na universalidade da assistência. Discorre sobre os conceitos de justiça e saúde; faz breve reflexão sobre os sistemas de saúde nos Estados Unidos da América do Norte, na França, Inglaterra e Canadá; realiza uma apreciação do sistema de saúde brasileiro, em suas vertentes pública e privada, e historia o papel dos conselhos de medicina e das entidades médicas na garantia do acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Equidade. Justiça social. Sistemas de saúde. Bioética.



Elizabeth Nogueira de Andrade

Médica, professora do curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil, doutoranda em Bioética pela Universidade do Porto, Portugal



Edson de Oliveira Andrade

Médico, professor do curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil, doutorando em Bioética pela Universidade do Porto, Portugal

A saúde e o conceito bioético de justiça

A justiça é a virtude primeira das instituições sociais, tal como a verdade o é para os sistemas de pensamento. Uma teoria deve ser refugada se não se mostrar verdadeira, bem como as leis e as instituições devem ser desprezadas e não obedecidas se não forem justas ¹.

Para Rawls, uma sociedade é considerada justa quando respeita o ser humano como um absoluto moral, pois alcançada a razão é dono de autonomia e discernimento do que é justo. Será justa a sociedade quando as oportunidades, as riquezas e o respeito forem a todos distribuídos igualmente ou de forma desigual quando para equalizar distorções e beneficiar os mais necessitados. Esta é uma visão de justiça, a *equidade*, que obriga a uma ação efetiva das forças sociais em defesa dos menos possuídos. Na mesma época em que Rawls publicava *Uma teoria de justiça*, Robert Nozick publicou *Anarchy, state and utopia* ² considerando que o papel de um Estado justo seria limitado à proteção dos direitos individuais, a partir dos quais cada um seria capaz de cuidar de si próprio – visão que ampara o ideal neoliberal do estado mínimo.

Hoje, debate-se o princípio da justiça na saúde num *front* onde se empunham as armas de uma justiça utilitarista, com a maximização coletiva dos resultados sobrepondo-se aos interesses individuais, e a justiça equânime que propõe a distribuição das oportunidades a todos de acordo com as suas necessidades. Este é um dos dilemas atuais da assistência à saúde, cujas demandas são grandes e crescentes e os recursos escassos e muitas vezes mal empregados. No meio dessa disputa encontra-se o povo, os profissionais de saúde e os gestores. É nesse contexto que são gestados, geridos e utilizados os mais diversos tipos de serviços de saúde.

A bioética e o conceito de saúde

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas³. Da mesma forma, o conceito de doença sofreu intensas mudanças com o tempo e o conhecimento médico. No início, eram os deuses a causa do adoecer. Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), o pai da Medicina, foi o primeiro a considerar as doenças um fenômeno natural. Sua referência à epilepsia no texto *A doença sagrada* é um canto à racionalidade e, talvez, carta de alforria da medicina das crendices e superstições⁴.

Em sua carta de princípios de 7 de abril de 1948, a Organização das Nações Unidas (ONU) diz que *saúde é o estado do mais com-*

*pleto bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade*⁵. Esse conceito, construído após a Segunda Guerra Mundial, aponta mais para uma utopia a ser perseguida do que para uma possibilidade real alcançável, que para alguns bioeticistas atentaria contra as próprias características da personalidade⁶. Influenciados pela *Declaração de Alma-Ata*, que privilegiou os cuidados primários e uma assistência universal, países como o Brasil⁷ e Canadá⁸ se engajaram com entusiasmo, terminando por decretar, nas respectivas constituições, que a saúde é direito de todos e dever do Estado⁹.

O certo é que cada vez mais se critica essa definição, sob as mais diversas justificativas, que vão desde questões epidemiológicas¹⁰, passando por dúvidas epistemológicas¹¹ e indo até a defesa de ponto de vista psicanalítico⁶.

Os serviços de saúde nos Estados Unidos da América do Norte, França, Canadá e Inglaterra

• Estados Unidos da América do Norte (EUA)

Nos EUA a saúde reveste-se de aspectos bem interessantes: o maior gasto, o maior avanço tecnológico mundial e a medicina mais avançada e influente em termos de avanço científico, mas onde cerca de 30 milhões de pessoas estão à margem de qualquer assistência médica real.

O gasto em torno de US\$ 2,5 trilhões anuais no setor saúde é extremamente complexo, chega a ser desperdício. É mal direcionado, ineficaz e injusto. Sua medicina é de reco-

nhecida qualidade, mas o sistema por meio do qual esses cuidados são financiados apresenta muitas dificuldades. Num período de dois anos, um em cada três não idosos estadunidenses fica algum tempo sem seguro-saúde, a maioria dos quais por mais de nove meses.

Entretanto, os custos crescentes tornaram-se ameaça cada vez mais grave não só para a segurança financeira das famílias, mas também para a própria economia americana. Em relação ao seu produto interno bruto, os EUA despendem com os cuidados de saúde mais do que qualquer outra nação. Apesar disso, ainda não conseguiram comprar a única coisa que os seguros de saúde são supostamente capazes de fornecer: uma saúde eficiente ¹².

Lá, o acesso à saúde é feito principalmente via sistema de seguro-saúde, existindo subsidiariamente três sistemas estatais: o *Medicare*, o *Medicaid* e o Sistema de Veteranos. O seguro-saúde funciona de acordo com as leis do mercado e é organizado pela HMO (*Health Maintenance Organization*) e PPO (*Preferred Provider Organization*). Em uma analogia com o sistema brasileiro de saúde suplementar, as HMO corresponderiam aos planos de saúde e as PPO aos seguros-saúde, nos quais, no primeiro caso, haveria a contratação de uma rede de prestadores de serviço e, no segundo, a escolha do profissional ou serviço seria livre mediante reembolso previamente pactuado.

Frente a essa situação, o presidente Obama aprovou no Congresso estadunidense um projeto de reforma que busca estender a cobertura de saúde à parte da população excluída pelo

sistema. A reforma garante um plano de saúde a 32 milhões de norte-americanos hoje desassistidos, amplia o programa federal de saúde para os pobres, impõe novos impostos para os ricos e proíbe as seguradoras de práticas como rejeitar cobertura a clientes com doenças preexistentes. É a maior mudança nas políticas sociais do país nas últimas décadas.

• França

A análise sobre o sistema de saúde francês tem por base o texto de autoria de Jean de Kervasdoué, disponível na página da internet da Embaixada da França no Brasil Nele, o autor analisa o sistema de saúde daquele país apontando suas características, seus pontos fortes e fraquezas.

Destacamos como síntese o seguinte texto: *em matéria de saúde, o francês dispõe de direitos numerosos e muitas vezes excepcionais por sua diversidade e pela importância das garantias que eles possibilitam. Naquele país todos os residentes legais possuem a cobertura de um seguro-saúde. Para mais de 96% dos franceses, os tratamentos médicos podem ser totalmente gratuitos ou reembolsados em 100% e, o que é mais excepcional, os franceses podem exercer uma total liberdade de escolha, seja qual for o seu nível de renda. Eles podem ir ver diretamente, no mesmo dia, vários clínicos gerais ou especialistas, escolher um hospital público ou privado, ir a um hospital universitário ou um hospital geral. Não existe lista de espera para as intervenções cirúrgicas, nem racionamento, salvo em determinadas cidades, em se tratando de equipamentos pesados de produção de imagens médicas* ¹³.

Os exames e consultas não são necessariamente gratuitos porque o paciente pode se consultar com um médico cujos honorários não são reembolsados por seu seguro-saúde obrigatório ou complementar – nesses casos ele o faz com conhecimento de causa. Na França, existe solidariedade entre os doentes e as pessoas saudáveis, bem como entre os ricos e os pobres, por intermédio do seguro-saúde, um dos ramos da Seguridade Social. Seu financiamento provém de contribuições sobre os salários (60% das receitas totais), de impostos indiretos (taxas sobre o fumo e as bebidas alcoólicas) e, sobretudo, da contribuição direta – a contribuição social generalizada (CSG) – paga por todas as faixas de renda, proporcionalmente, inclusive as aposentadorias e as rendas sobre capital. Aparentemente, o reembolso das despesas com tratamento pela caixa de seguro-saúde é mais fraca na França do que em outros países europeus (75%).

Todavia, mais de 80% dos franceses dispõem de seguro complementar, pago por eles mesmos ou por suas empresas. Acresça-se a esses os 10% mais pobres, para os quais o seguro é gratuito. Trata-se da cobertura de doenças universal (em francês, CMU), financiada pelo imposto. Por fim, para 6% da população atingida por uma *afecção de longa duração* (ALD) os tratamentos são também totalmente reembolsados. O déficit crônico e recorrente do seguro-saúde é tema de pilhéria. Os franceses continuam reclamando mais serviços, embora abominem a ideia de assumir mais encargos ou ter descontos obrigatórios mais elevados. Em 2000, as despesas de saúde somavam

140,6 bilhões de euros, dos quais 55,3 bilhões em tratamentos hospitalares, 31,9 bilhões em tratamentos ambulatoriais e 25,9 bilhões em medicamentos¹³.

• Canadá

O Canadá tem um sistema de assistência médica predominantemente financiado pelo setor público e dispensado pelo setor privado. Pode ser mais bem descrito como um conjunto entrelaçado de dez planos de seguro-saúde provinciais e três territoriais. Conhecido pelos canadenses como o *Medicare* (não confundir com o homônimo americano), o sistema fornece acesso a uma cobertura universal e abrangente de serviços médico-hospitalares internos e externos clinicamente necessários. Essa estrutura resulta da determinação constitucional da jurisdição sobre a maioria dos componentes da assistência médica em nível de governo provincial.

O sistema está designado como um conjunto de seguro-saúde nacional, dado que todos os seguros médico-hospitalares provinciais e territoriais estão coligados pela adesão aos princípios nacionais estabelecidos em nível federal. A gestão e prestação dos serviços de saúde cabem individualmente a cada província ou território. As províncias e territórios planejam, financiam e avaliam a prestação da assistência médica bem como de outros serviços correlatos; certos aspectos do ato de administrar medicamentos e da saúde pública. O papel do governo federal na assistência médica envolve a fixação e administração de princípios ou normas nacionais do sistema de assistência médica (*Canada Health Act*),

assistindo ao financiamento dos serviços de assistência médica provinciais, por meio de transferências fiscais e do exercício das funções que constitucionalmente lhe competem. Uma dessas funções é a prestação direta de serviços de saúde a grupos específicos, inclusive veteranos e pessoal militar, povos autóctones residentes em reservas, reclusos de penitenciárias federais e pessoal da Real Polícia Montada do Canadá. Entre as outras funções do governo federal vinculadas à saúde está a proteção da saúde, prevenção das doenças e promoção da saúde ¹⁴.

• Inglaterra

O sistema de saúde inglês, *National Health Service* (NHS em inglês), nasce em 1948 no governo de pós-guerra de Clement Atlee como um grande projeto de solidariedade entre cidadãos. O seu financiamento – complicado desde o início, quando somente com a ajuda do Plano Marshall foi possível a sua implantação – é público, bem como sua gestão. O NHS possui uma estrutura variada, contendo os seguintes departamentos: 1) cuidados primários; 2) serviço de ambulância; 3) cuidados gerais; 4) hospitalar; 5) saúde mental.

O sistema se baseia na figura do médico generalista, o *general practitioner* (GP), responsável por determinado número de pessoas de determinada área geográfica. A partir de sua orientação e encaminhamento é que se tem acesso aos especialistas e aos serviços especializados. Devido aos crescentes gastos com o sistema, que se associou com as demandas tecnológicas da saúde, o NHS passou por diversas reformas, sendo a mais intensa durante o governo

conservador de Margareth Thatcher, acusada de tentar privatizar o NHS, embora o governo trabalhista de Tony Blair tenha estimulado a terceirização dos serviços hospitalares ¹⁵.

A opinião dos usuários dos serviços de saúde nesses países

Recente pesquisa realizada pela *Health Consumer Powerhouse* mostrou que para os usuários europeus o melhor serviço de saúde é o austríaco, seguido pelo dos países-baixos e, depois, pela França, que perde a liderança conquistada em 2006. Em 2007, a França conseguiu 786 pontos de um total de 1.000 possíveis, ao passo que a Inglaterra ficou em 17º lugar, com apenas 581 pontos ¹⁶.

Nos EUA, a sensação de ter a mais desenvolvida medicina do mundo não é o suficiente para deixar o cidadão tranquilo. Existem cerca de 45 milhões de pessoas sem qualquer tipo de cobertura de saúde e, apesar do grande investimento no setor, a sensação é de insuficiência, ineficiência e ineficácia ¹⁷.

No Canadá, apesar da integralidade da assistência, há fortes reclamações sobre as dificuldades para acesso a determinados procedimentos e tratamentos. A porcentagem de pessoas que disseram que o sistema de saúde funcionou muito bem e que eram necessárias apenas pequenas alterações caiu de 56% em 1988 para 20% em 1998 ¹⁸.

Avaliar o desempenho de serviço tão complexo como a assistência à saúde não é tarefa fácil, embora extremamente necessária ¹⁹.

Mesmo a Organização Mundial da Saúde (OMS), organismo significativamente respeitado, não fica isenta de críticas quando realiza tal tarefa ²⁰.

Brasil – A saúde antes do Sistema Único de Saúde

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram de caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária ²¹.

No que concerne à assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação desenvolvida pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (Fsesp) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste.

Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de favor, como caridade. A grande atuação do poder público nessa área se dava por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pos-

teriormente denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAP) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros). O Inamps tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também a contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários.

A assistência à saúde desenvolvida pelo Inamps beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com *carteira assinada*, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Dessa forma, o Inamps aplicava nos estados, por intermédio de suas superintendências regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de beneficiários e recursos arrecadados. Portanto, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Assim, o Inamps aplicava mais recursos nos estados das regiões Sul e Sudeste, os mais ricos, e nessas e em outras regiões, em maior proporção nas cidades de maior porte. Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias:

os que podiam pagar pelos serviços; os que tinham direito à assistência prestada pelo Inamps e os que não tinham nenhum direito, chamados indigentes.

O modelo institucional do SUS

A primeira e grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária foi, em 1988, a definição na Constituição Federal (CF) relativa ao setor saúde. O artigo 196 da CF conceitua que *a saúde é direito de todos e dever do Estado*²². Aqui se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde. Já o parágrafo primeiro do artigo 198 determina que *o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes*²². Essa questão é de extrema importância, pois em todo debate sobre o financiamento do SUS enfatiza-se a participação da União, como se fosse a única responsável.

A Lei 8.080/90²³, norma infraconstitucional reguladora do sistema, definiu o SUS com comando único em cada esfera de governo e colocou o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. No art. 7º do Capítulo II – *Dos Princípios e Diretrizes* – a lei estabelece entre os princípios do SUS a *universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência*. Tal proposição constituiu grande mudança da situação até então vigente. O Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal. É o que diz o discurso oficial, mas será que

acontece na realidade? Eis a pergunta a que tentaremos responder a seguir.

Sistema realmente único e universal?

Embora o ordenamento jurídico brasileiro, constante na Carta Magna, aponte para um sistema unificado, universal sob a tutela estatal, numa simples passada de vista verifica-se que isso não traduz a verdade. Vejamos: quando ainda vigorava o antigo sistema previdenciário, tomou forma dentro de um processo de adequação das forças produtivas aos interesses da produção um sistema alternativo de assistência à saúde, melhor dizendo, à saúde do trabalhador. Tratava-se da implantação das medicinas de grupo e sistema de autogestão pelas próprias empresas, com o objetivo de manter o trabalhador em boas condições sanitárias a fim de que o processo produtivo fosse continuamente beneficiado por sua força de trabalho e não sofresse qualquer tipo de solução de continuidade na linha de produção. Esse modelo, por depender de forte capacidade econômica e poderio sindical, não sem razão, teve início nas grandes indústrias do ABC paulista.

Em reação ao crescente poderio das medicinas de grupo, os médicos reagiram e constituíram um sistema cooperativo de trabalho – as Unimed – por meio do qual buscavam controlar a venda do trabalho médico às empresas interessadas em prestar assistência suplementar aos seus funcionários. Com esse mercado em franca expansão, outros agentes econômicos diretamente ligados à área financeira passaram a se interessar pelo negócio de *venda de planos de*

saúde e criaram os seus produtos: planos de saúde *stricto sensu* e seguro de saúde, numa analogia com as HMO e PPO americanas. Tudo isso na vigência do SUS. Hoje, cerca de 42 milhões de cidadãos buscam na medicina suplementar uma assistência para a sua saúde. Esse é um dos grandes paradoxos do sistema de saúde brasileiro. A sua proposta de universalidade inclusora cada vez mais parece ter forte vertente de exclusão quando expulsa do seu seio a classe média e a classe trabalhadora ²⁴.

Na atualidade, um dos objetos de desejo do cidadão brasileiro é ter um plano de saúde. Um emprego, nos dias atuais, é valorizado não apenas pelo valor do salário, mas também pela oferta de uma proteção dessa natureza ²⁵. O que terá favorecido tal sentimento, já que inequivocamente o SUS trouxe imensa carga de equidade para a população brasileira, ao incluir os indigentes na categoria de cidadãos? Parte da resposta está no fato de que com a universalização proposta invariavelmente caise na armadilha do racionamento de serviços e na perda da qualidade, pelo menos assim percebida pelo usuário, o que o estimula a procurar outras formas de assistência ²⁴. As mazelas do SUS são as melhores mídias do sistema de saúde suplementar ²⁶.

Será o sistema suplementar melhor que o SUS?

Como discutido anteriormente, o sistema suplementar de saúde nasce com objetivos bem claros: 1) atender a uma necessidade dos meios de produção em manter o trabalhador em ação (medicina de grupo); 2) contrabalançar a

exploração da mão de obra médica pelas medicinas de grupo (Unimed); 3) aproveitar um filão econômico emergente (grupos financeiros). Se no início as motivações eram diversas, hoje todos querem explorar economicamente o mercado, igualando os seus objetivos.

Se o objetivo é lucro, ainda que no sistema cooperativista haja a ideia de justiça distributiva interna, não há como fugir ao fato de que o mesmo está ligado à maximização dos resultados e à minimização dos custos, num simulacro de justiça utilitarista. Apesar da regulamentação do setor, com a Lei 9.656 (Lei dos Planos de Saúde) ²⁷, ele é fortemente excludente quando cria a figura da doença preexistente, bem como a carência e a lista de procedimentos como elementos reguladores do acesso aos serviços. Essas situações, passadas como mecanismos de justiça contratualista, funcionam na verdade como diques a impedir o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde necessários.

Nesse aspecto o SUS e a saúde suplementar se igualam: o primeiro porque promete e não cumpre por falta de recursos financeiros e gestões ineficazes; o segundo porque também promete e não cumpre, pois se cumprir verá seu objetivo de lucro prejudicado.

Como a população avalia o SUS?

Pesquisa do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope), realizada em 1998 por encomenda do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e da Fundação Nacional de Saúde (FNS) do Ministério da

Saúde ²⁸, mostra que a cobertura real do SUS pode ser ainda menor do que os estimados 99 milhões de brasileiros. A pesquisa revela que:

- 38% da população afirmaram utilizar de forma exclusiva os serviços públicos ou com ele conveniados;
- 20% declararam utilizar o SUS de forma frequente (maioria das vezes), mas não exclusiva;
- 22% declararam utilizar serviços particulares na maioria das vezes, utilizando tanto os serviços públicos (eventuais) como os do segmento supletivo;
- 15% da população declararam não ser usuários do SUS, seja por pertencer ao segmento que utiliza exclusivamente serviços particulares (via seguro-saúde de qualquer espécie ou via desembolso direto) ou por nunca utilizar serviço médico de qualquer espécie.

Em 2006, o Ministério da Saúde contratou, junto à Universidade de Brasília (UnB), uma pesquisa para avaliar o nível de satisfação dos usuários do SUS. Com esse trabalho buscava-se construir uma metodologia replicável a ser utilizada posteriormente nas outras instâncias da Federação, de forma a capacitar os gestores em uma política de avaliação ²⁹. O resultado da pesquisa não foi acessível aos autores deste trabalho, mesmo após exaustiva busca na internet e, em especial, nos sites do Ministério da Saúde e da UnB.

Se considerarmos as informações contidas no estudo de 1999 e as colocarmos frente ao momento atual, verificaremos que os 15% de não usuários declarados do SUS de ontem,

hoje se transformaram em 20%. Algo por certo está ocorrendo para fazer com que as pessoas procurem direta (expensas próprias) ou indiretamente (emprego) a saúde suplementar. Essa situação é em parte similar à da França, onde, apesar da existência de um serviço público de saúde, o cidadão também procura a assistência suplementar.

A questão que se impõe é por que isto acontece? Sendo um grande problema, por certo deverá ter várias causas a concorrer para a sua ocorrência. Mas o resultado é um só: aquele que busca a assistência suplementar não está se sentindo acolhido adequadamente pelo sistema e sente a necessidade de buscar segurança em outro lugar.

A categoria médica e o acesso à saúde

Os médicos brasileiros, por meio de suas representações de classe (Conselho Federal de Medicina – CFM, Associação Médica Brasileira – AMB e Federação Nacional dos Médicos – Fenam), tiveram importante papel na criação do SUS e na regulamentação dos planos de saúde no Brasil. A participação nas conferências nacionais de saúde e no Congresso Nacional foram etapas fundamentais à construção do sistema. Após essa fase inicial, passou-se a despender esforços na construção do controle social, com participação nos conselhos de saúde em nível federal e estadual, no financiamento do sistema, na remuneração adequada do trabalho médico e na ampliação da assistência à saúde.

Em relação à saúde suplementar, a participação médica tem sido no sentido de tornar o

sistema mais equânime. No início não havia qualquer tipo de regulação do setor e tudo era permitido, ou seja, a tudo e todos era permitido opor dificuldades ao acesso à saúde. A primeira legislação nacional visando assegurar o acesso justo e necessário aos serviços de saúde suplementar foi tomada pelo Conselho Federal de Medicina, pela Resolução 1.401³⁰, na qual consta:

Art. 1º – As empresas de seguro-saúde, empresas de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza.

Art. 2º – Os princípios que devem ser obedecidos pelas empresas constantes no artigo 1º são:

a) ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente; b) justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico; c) ampla e total liberdade de escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos pelo médico, sempre em benefício do paciente; d) inteira liberdade de escolha de estabelecimentos hospitalares, laboratórios e demais serviços complementares pelo paciente e o médico.

Não obstante ter suspensa a sua validade por força de decisão judicial, essa resolução embasou a edição da Lei dos Planos de Saúde dois anos após. Apesar de essa regulamentação trazer

considerável avanço em termos de equidade para o sistema, a permanência da cobertura parcial regulada por um rol de procedimentos e limitações de atendimento em relação a algumas doenças, como, por exemplo, tratamento de quimioterapia ambulatorial, mobilizou os médicos a buscarem um parâmetro ético para os tratamentos a serem oferecidos aos pacientes³¹.

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimento Médicos (CBHPM) teve por base a metodologia da Medicina Baseada em Evidências (MBE) e procurou apropriar para a prática médica brasileira todos os avanços científicos devidamente comprovados e considerados éticos no Brasil. Apesar da elogiada elaboração, a CBHPM tem encontrado inúmeros obstáculos a sua implantação plena, inclusive dentro das próprias Unimed. Entretanto, a principal dificuldade decorre da atitude tibia da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que teima em continuar utilizando um rol de procedimentos excludente de oportunidades ao avanço científico e favorecedor de uma política que beneficia as operadoras, as quais não são obrigadas a atender os pacientes em sua plenitude. Essa política também é “benéfica” ao próprio governo, que facilitando a vida financeira das operadoras de planos de saúde faz com que possam continuar mantendo fora do SUS uma gama maior de usuários, desafogando as demandas públicas ainda que à custa indireta de incentivos e renúncias fiscais.

Perspectivas de melhoria

Os fatos ora relatados são do conhecimento de todos e ante tal situação algumas medidas

têm sido desenvolvidas buscando minorar o quadro. A proposta mais interessante e com melhor potencial de sucesso é a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS)³², que visa efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e gestão, e estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e produção de sujeitos.

Esta proposta busca se concretizar na redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; no atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco; na implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; na garantia dos direitos dos usuários; na valorização do trabalho na saúde e na gestão participativa nos serviços.

Considerações finais

Em seu ideário o sistema de saúde brasileiro é inclusor, generoso e utópico. Busca em seus propósitos fazer justiça distributiva, igualando as pessoas e buscando proporcionar a todos uma assistência digna e de qualidade. Na prática, contudo, permanece favorecendo a política neoliberal de estado mínimo, já que aproximadamente 20% da população busca a assistência suplementar, por entender ser o SUS de difícil acesso e baixa qualidade. A universalidade proposta pelo SUS, para ser real, deve contemplar não apenas a intenção, mas principalmente a efetividade.

O absurdo é maior quando o próprio governo tem um plano de saúde suplementar para os seus funcionários, reconhecendo tacitamente a incapacidade de o SUS – não o ideário, mas o real – prover uma assistência à saúde pelo menos com a qualidade que os seus funcionários desejam. Assim, podemos concluir que o sistema de saúde brasileiro, apesar do que diz a Constituição Federal, não é único, nem integral e nem universal, pois divide, consensualmente, espaço com um sistema suplementar; restringe acesso a tratamentos notoriamente válidos e apresenta uma universalidade excludente quando assiste 40 milhões de brasileiros migrarem para a assistência suplementar por se sentirem mal atendidos pelo sistema público.

Por certo, pode-se discutir que as dificuldades operacionais, associadas à notória falta de recursos, são as causas do não alcance da universalidade desejada. Mas essas justificativas não se sustentam frente a uma política pública que estimula a assistência médica suplementar com incentivos fiscais e um sistema de controle que não se submete aos princípios do SUS.

Caminhos para melhorar a qualidade do serviço ofertado pelo SUS, com potencial de atrair, por via do ganho de confiança dos cidadãos que estão na assistência suplementar, precisam ser buscados. Projetos como o HumanizaSUS são importantes e necessários. Ressalte-se que o mesmo é pleno de bons objetivos, porém ainda não existem informações se tem sido capaz de alterar esta realidade.

Trabalho realizado no doutorado em Bioética da Universidade do Porto e na Universidade Federal do Amazonas

Resumen

El SUS y el derecho a la salud del brasileño: lectura de sus principios, con énfasis en la universalidad de la cobertura

Este artículo aborda la cuestión del acceso a los servicios de salud en Brasil con énfasis en la universalidad de la atención. Describe los conceptos de justicia y salud; proporciona una breve reflexión sobre los sistemas de salud en los Estados Unidos de América, Francia, Inglaterra y Canadá; lleva a cabo una evaluación del *Sistema Único de Saúde - SUS* (sistema de salud) en sus aspectos públicos y privados y describe la historia y el papel de los consejos médicos brasileños e instituciones médicas para garantizar el acceso a los servicios de salud.

Palabras-clave: Equidad. Justicia social. Sistema de salud. Bioética.

Abstract

The SUS and the right to the Brazilian's health: reading of its foundations, with emphasis in the universality of the coverage

This article discusses the issue of access to health services in Brazil, with emphasis on the universality of the assistance. Discusses about the concepts of justice and health; provides a brief discussion on the health systems in the United States of America, France, England and Canada; conducts an assessment of the *Sistema Único de Saúde - SUS* (Brazilian Health System) in their public and private aspects and describes the role of medical councils and medical institutions in ensuring access to health services.

Key words: Equity. Social justice. Health systems. Bioethics.

Referências

1. Rawls J. Uma teoria de justiça. Lisboa: Presença; 1993.
2. Nozick R. Anarchy, state and utopia. New York: Basic Books; 1974.
3. Scliar M. História do conceito de saúde. Physis: Rev de Saúde Coletiva 2007;17(1): 29-41.
4. Hipócrates. Conhecer, cuidar, amar: o juramento e outros textos. São Paulo: Landy; 2002.
5. World Health Organization. Basic documents. 39th ed. Geneva: WHO; 1992.
6. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev Saúde Pública 1997;31(5): 538-42.
7. Paim J. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, editores. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p.473-87.

8. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government of Canadá; 1974.
9. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
10. Saracci R. The world health organization needs to reconsider its definition of health. *BMJ* 1997;314(7091): 1409.
11. Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol* 2000;3:1-3.
12. Hacker JS. Health care for America: a proposal for guaranteed, affordable health care for all Americans building on Medicare and employment-based insurance. Washington DC: Economic Policy Institute; 2007. Report n.º 180.
13. Kervasdoué J. A saúde e o sistema de saúde na França. Brasília: Embaixada da França no Brasil; 2002. Acesso: <http://www.ambafrance.org.br/abr/imagesdelafrance/accueil.htm>.
14. Health System and Policy Division. O sistema de cuidados de saúde do Canadá. Ottawa: Health System and Policy Division; 1999.
15. Monbiot G. Private affluence, public rip-off [online]. 2002 Mar 10 [cited 18 Nov 2009]:[1 screens]. Available from: <http://www.monbiot.com/archives/2002/03/10/private-affluence-public-rip-off/>.
16. Health Consumer Powerhouse. Health consumer powerhouse euro health consumer index 2007. Brussels: Health Consumer Powerhouse; 2007.
17. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde. Porto Alegre: Bookman; 2007.
18. Donelan K, Blendon RJ, Schoen C, Davis K, Binns K. The cost of health system change: public discontent in five nations. *Health Aff* 1999;18(3): 206-16.
19. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(6): 1267-76.
20. Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Aff* 2001;20(3): 10-20.
21. Souza RR. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
22. Brasil. Constituição. Op.cit. p. 133.
23. Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. [online]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, com alterações. *Diário Oficial da União* 1990 Set 20 [acessada 2010 Abr 14]. Disponível: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>.
24. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV, editor. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1993. p.19-92.
25. Coelho IB. Os impasses do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12(2): 309-11.

26. Silva AA. Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico. [online]. Porto Alegre; 2003 [acesso Abr 2010]. (Comunicação pessoal). Disponível: http://www.ans.gov.br/data/files/8A958865266CAFE201267F961F8C679C/TT_AR_6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf.
27. Brasil. Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. Medida Provisória n.º 2.177- 44, de 24 de agosto de 2001. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.[online]. [acesso 16 Abr 2010]. Disponível: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455.
28. Silva PLB. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo Perspec [periódico eletrônico] 2003 [acesso 15 Abr 2010];17(1):69-85:76. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100008.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Data UnB. Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS.[online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso 25 Mar 2009]. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_do_projeto_satisfacao_usuarios_sus.pdf.
30. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.º 1.401, de 11 de novembro de 1993. As empresas de seguro-saúde; empresas de medicina de grupo; cooperativas de trabalho médico, ou outras que atuem sob forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza [online]. Diário Oficial da União 1993 [acesso 15 Abr 2010] Nov 24;Seção I:17802. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1993/1401_1993.htm.
31. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. A classificação hierarquizada, os médicos e a sociedade. Rev Bras Ginecol Obstet 2004;26:87.
32. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS [online]. 2003 [acessado 2010 Mar 25]. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342.

Recebido: 27.12.2009

Aprovado: 22.3.2010

Aprovação final: 12.4.2010

Contatos

Elizabeth Nogueira de Andrade – bethandrade@cfm.org.br

Edson de Oliveira Andrade – edsonandrade@cfm.org.br

Elizabeth Nogueira de Andrade – Rua Paraíba, Conj. Abílio Nery, Quadra H, Casa 2, Adrianópolis CEP 69057-021. Manaus/AM, Brasil.