



Cobertura Universal de Saúde: a nova aposta do capital

André Antunes, Maíra Mathias - EPSJV/Fiocruz | 03/12/2014 09h00 - Atualizado em 06/04/2016 12h55



O secretário-geral da ONU, Ban Ki-moon, e a diretora-geral da OMS, Margareth Chan, em evento sobre a Cobertura Universal na sede do Banco Mundial Foto: Mark Garten/ONU

"O conceito mais poderoso que a saúde pública tem a oferecer". A "terceira transição sanitária global". "Um caminho fundamental para aumentar o acesso equitativo a cuidados de qualidade". Superlativos não faltam quando o assunto é Cobertura Universal de Saúde (CUS), proposta que vem tomando o centro da agenda internacional. Fruto de um intenso trabalho que extrapola os corredores de Genebra, sede da Organização Mundial da Saúde (OMS), a CUS se converteu rapidamente em um consenso entre instituições já conhecidas – e não muito queridas – pela América Latina, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI). A lista de entusiastas é maior, como demonstram as frases que abrem essa matéria, respectivamente atribuídas à diretora-geral da OMS, Margaret Chan, ao periódico médico *The Lancet* e à Fundação Rockefeller. Mas, como já dizia Nelson Rodrigues, é preciso estar atento às unanimidades. É o que alertam entidades como a Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), além de pesquisadores ouvidos pela Poli. Para eles, tamanha convergência revela a crescente pressão de interesses privados nos sistemas públicos de saúde e pode ser ligada ao novo papel que o setor assume na economia capitalista.

Antes de conhecer o contexto em que surge a proposta, é necessário entender o que vem a ser Cobertura Universal e quais são os argumentos contrários. Um relatório de 2013 [1] da OMS feito em parceria com Banco Mundial, Fundação Rockefeller e Unicef a define como "a garantia de que todas as pessoas obtenham serviços de saúde de boa qualidade quando assim necessitarem, sem que sofram danos financeiros em seu pagamento". Já durante a Assembleia Mundial da Saúde – principal instância decisória da OMS – deste ano, Margaret Chan reforçou que a proposta está de mãos dadas com a proteção dos riscos financeiros aos mais pobres, algo que em diversos documentos é ligado à necessidade de que os países desenvolvam fundos de financiamento específicos, os chamados *pools*, voltados para certos procedimentos.

"A questão do gasto catastrófico, principalmente para as famílias mais pobres, tem dominado o debate sobre cobertura universal. Ninguém tem dúvida de que todas as pessoas devem ter acesso aos serviços de saúde sem sofrer dificuldades financeiras. Mas onde está a dimensão do direito à saúde?", questiona Luiz Facchini, professor da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), que completa: "Está distorcida por esse discurso, que pressupõe ser uma responsabilidade do indivíduo e que o Estado vai ajudá-lo. É quase uma visão caritativa". É também nessa direção que vai a crítica da Alames que afirma que a proposta segmenta a população de acordo com seu poder aquisitivo,

ficando a cargo do Estado apenas a responsabilidade pela saúde dos mais vulneráveis, o que fortaleceria a iniquidade dentro das sociedades.

Os problemas não param por aí, pois quando aparece oficialmente, em 2005, a cobertura universal é ligada ao seguro social, abrindo a porta para que recursos públicos sejam destinados ao mercado privado de seguros e planos de saúde. “A barreira financeira é uma das barreiras de acesso, dentre as quais temos oferta, capacidade profissional, distância, etc. Ao dar centralidade à questão financeira, você está realmente focando na abertura dos mercados, não só para os planos de saúde como também para a indústria de equipamentos, de medicamentos e insumos”, pontua José Carvalho de Noronha, pesquisador do Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz). Ele aponta ainda outra inconsistência, relativa ao financiamento. “Não se pode dissociar o financiamento do setor saúde do sistema de financiamento das políticas sociais de um país. A ideia do *pool* de recursos, em tese é correta, mas quem garante a distribuição desses recursos de maneira democrática? É o Estado, pelo regime de impostos progressivos – ou seja, quem tem mais contribui com mais – que permite que o *pool* destine mais recursos a quem mais necessita, no caso da saúde. E como a saúde não depende só da atenção médica, em muitas ocasiões, vai ser mais importante investir em saneamento, em programas de transferência de renda do que em procedimentos”.

Além disso, o uso do termo “cobertura” embute duas ambiguidades. A primeira, apontada pela Alames, é que ao invés de se referir à capacidade do sistema de saúde de atender às necessidades da população – incluindo aí infraestrutura, tecnologia, força de trabalho e financiamento –, a questão se resume à quantidade de pessoas que possuem algum plano ou seguro e, portanto, “estão cobertas”. A segunda indefinição que ronda a proposta tem a ver com questões subjacentes: “A cobertura é uma proteção potencial que não necessariamente se reverte em acesso e utilização dos serviços”, diz Facchini, que propõe um exemplo: uma Equipe de Saúde da Família tem sob sua responsabilidade quatro mil residentes em uma determinada área, mas, na realidade, metade das gestantes faz o pré-natal em outro lugar. Isso demonstra que apesar de todos serem cobertos, nem todos acessam o serviço. “O debate teria que ser, na verdade, sobre acesso universal e as barreiras para efetivar esse acesso”.

Facchini tem acompanhado por dentro as discussões da “Estratégia da Cobertura Universal de Saúde” proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), braço regional da OMS. Em dezembro passado, foi convidado pela entidade a compor uma “força-tarefa”, montada em parceria com a Iniciativa pela Equidade Global de Harvard. A composição heterogênea do grupo – que tinha representantes do Banco Mundial e da Fundação Rockefeller – evidenciou, em sua opinião, o enorme esforço de certos atores em demonstrar que a CUS não é necessariamente sinônimo de privatização. Contudo, a forma de driblar as críticas foi apontar a experiência mexicana. “O grande problema é que as alternativas estatais, como a mexicana, demonstram fragmentação, ao fazer recorte de clientela e de problemas de saúde”, diz.

No México, a população com carteira assinada é atendida pelo Instituto Mexicano de Seguro Social e os ricos contratam o mercado privado. Contudo, cerca de 50 milhões de pessoas não estavam incluídas no mercado formal de trabalho e, portanto, se encontravam em situação de franca indigência. Para esse segmento, criou-se em 2003 o Seguro Popular. “Mas o seguro mexicano oferece pacotes básicos de serviços, o que acaba redundando em acesso e uso limitado e desigual”, pontua Facchini. O câncer de pulmão, por exemplo, é uma das sete neoplasias cobertas. Se a doença acometer a boca ou a laringe, já está fora da alçada do seguro. Mesmo assim, 12,5% dos segurados não têm acesso aos serviços quando necessitam e 20% permanecem sem nenhum tipo de cobertura, segundo a Alames.

A confrontação de indicadores tão pessimistas revelam que o consenso em torno da CUS embutiria uma concessão ou rebaixamento de expectativas que pode ser resumida pela lógica do “pelo menos”. “Em geral, o que esses organismos querem alcançar é bem menos do que o SUS já garante pra todo mundo. No Brasil, estamos em uma posição privilegiada para fazer esse debate. Já na África, como a epidemia do ebola vem demonstrando, não existe quase nada. E onde falta tudo, ter ‘pelo menos alguma coisa’, já é um avanço”, resume Facchini. No intuito de explicitar a diferença entre a cobertura universal e o direito universal à saúde, o Cebes lançou uma cartilha chamada “Porque defender o Sistema Único de Saúde?”. Isabela Santos, vice-presidente da entidade, acredita que há uma falta de clareza nos documentos da OMS que prejudicam a compreensão da proposta, que a princípio pode até parecer benéfica. “Quando você pensa um país que não tem um sistema universal ter pelo menos uma cobertura universal seria um ganho, mas o que a gente quer é que todo mundo seja cidadão com direitos. Não interessa que o pobre tenha uma coisa e o rico outra”, defende.

Não é a primeira vez que as expectativas internacionais são rebaixadas. Em 1978, a OMS e a Unicef promoveram em

Alma-Ata, Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. Nela, o então diretor-geral da Organização, Halfdan Mahler, instou os países a adotar mudanças radicais rumo à ambiciosa meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”. “A Atenção Primária à Saúde tal como expressa em Alma-Ata é uma abordagem integradora, articuladora, sistêmica, que produziu uma espécie de trauma na OMS. A conferência é realizada em 1978 e apenas dois anos depois, a Fundação Rockefeller, o Banco Mundial e até mesmo a Unicef, já estavam articuladas em torno do que ficou conhecido como Atenção Primária à Saúde Seletiva, baseada em alguns poucos procedimentos, voltada para os grupos populacionais mais vulneráveis”, lembra Facchini. Para ele, a fragmentação continua sendo a tônica das propostas das grandes entidades internacionais e a Cobertura Universal de Saúde não foge a esse dilema.

Bastidores da proposta

O pesquisador Marcos Cueto, da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), dedicou anos ao estudo de como Alma-Ata foi desconstruída e, mais recentemente, trabalha em um livro sobre a história da Organização Mundial da Saúde. Seus achados ajudam a compreender como a história oficial da Cobertura Universal de Saúde, expressa em pronunciamentos e documentos públicos, se articula à movimentação de bastidores. O choque dessas duas dimensões revela elos e nexos perdidos, valiosos para entender a quem interessa a cobertura universal.

Segundo ele, os anos 1980 e 1990 marcam a perda de prestígio de organismos multilaterais, como a OMS. No cenário das políticas de saúde, a proposta predominante era a Atenção Primária à Saúde Seletiva, capitaneada por entidades como a Fundação Rockefeller. A situação muda em 1998, quando a diplomata norueguesa Gro Brundtland é eleita diretora-geral da OMS. “Identificada com as políticas neoliberais, ela tinha excelentes vínculos com o Banco Mundial. Muita gente acredita que é a partir daí que as propostas do banco ganham terreno na OMS”.

Expressos no conhecido relatório “Investindo em Saúde” [2], de 1993, os argumentos do banco procuravam ressaltar as vantagens econômicas das intervenções em saúde, recomendando as parcerias público-privadas. Não por acaso, é nos anos 1990 que o setor saúde passa a representar uma fatia considerável do PIB mundial: 8%, segundo a própria OMS. A década também marca a crise da dívida externa dos países da América Latina. Nesse contexto, o Banco Mundial passou a desempenhar o papel de intermediador entre os países devedores e os credores internacionais. No âmbito dos programas de ajuste estrutural, a instituição começa a prescrever suas famosas recomendações aos governos que moldam as reformas setoriais, inclusive, nos sistemas nacionais de saúde. O lema? Menos Estado, mais mercado.

“Brutland aderiu a essas reformas que foram continuadas por seu sucessor na OMS, o médico coreano Lee Jong-wook. Mas ele era um político mais hábil e se dava conta de que uma proposta somente economicista e tecnocrata não faria frente ao novo contexto político mundial”, retoma Cueto. O historiador lembra que no período do mandato de Jong-wook [2003-2006], o mundo via surgir grandes movimentos antiglobalização, tendo como tônica o repúdio ao Banco Mundial, ao FMI e ao governo estadunidense. Nesse contexto, o então diretor-geral da OMS segue dois caminhos paralelos. De um lado, partindo da herança de Alma-Ata da compreensão ampliada de saúde, forma uma comissão de investigação sobre os determinantes sociais da saúde e convida o respeitado epidemiologista inglês Michael Marmot para coordenar os trabalhos. “Mas ao mesmo tempo, Lee começa a promover outra ideia abrangente, a Cobertura Universal de Saúde. Na época, mesmo os neoliberais começavam a criticar as parcerias público-privadas por sua fragmentação. Àquela altura, havia mais de cem, quase sempre dedicadas a doenças isoladas: malária, tuberculose, Aids”.

Em 2004, dois funcionários da Fundação Rockefeller – Ariel Pablos-Méndez e Tim Evans – assumem cargos de destaque na OMS. A trajetória de ambos diz muito sobre a tal porta giratória entre os interesses públicos e privados: Evans atualmente está no Banco Mundial e Pablos-Méndez na Usaid, principal agência bilateral dos Estados Unidos. Segundo Cueto, a entrada deles coincide com a ascensão da proposta mais “realista” da Cobertura Universal, em detrimento da abordagem holística dos determinantes sociais.

Como já foi mencionado, a Cobertura Universal fez sua entrada oficial nos anais da organização em 2005. Naquele ano, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma resolução [3] na qual os países se comprometem a desenvolver um método de financiamento capaz de proteger os indivíduos do risco de empobrecimento derivado do pagamento de serviços de saúde. O documento não cita a palavra “direito” nem uma vez, tampouco fala em ‘cidadãos’, mas em “assegurados”, traçando uma relação explícita entre recursos públicos, cobertura universal e seguro social de saúde.

A chinesa Margaret Chan assume a direção da OMS após a morte de Jonk-wook, em 2006. “Chan insistiu nos

últimos anos que sua prioridade é a Cobertura Universal e isso está criando uma nova hegemonia. Quase todos os países vêem na aceitação da proposta uma forma de conseguir recursos”, avalia Cueto. O período coincide com a crise de 2008, que agiu como uma espécie de voto de Minerva a favor da Cobertura Universal. Documentos da agência revelam que suas receitas, que vinham numa trajetória crescente desde 1998, começaram a sofrer retração com a crise. Por outro lado, de 1998 a 2013 aumentou a parcela do orçamento da OMS composta por doações voluntárias: de 51% em 1998-1999 para 76% em 2012-2013. “A OMS está basicamente dependente de financiamentos de fundações privadas. Isso diminui seu grau de liberdade de poder defender políticas equitativas”, aponta José Noronha.

Em meio à quebra-quebra geral dos bancos da crise econômica de 2008, Michael Marmot lança o relatório dos determinantes sociais da saúde. “A ideia central era modificar ou prevenir as condições sociais que produzem a doença e, àquela altura, ninguém tinha clareza de onde sairia o dinheiro para fazer essa mudança em direção aos determinantes. E, como na história da Atenção Primária, se abandonou a proposta mais abrangente”, diz Cueto, completando: “Em 2012, quando a crise já é claudicante, e os orçamentos das agências bilaterais e das fundações privadas são muito menores para a saúde, a proposta da Cobertura Universal se transforma em prioridade”.

E, de fato, 2012 pode ser considerado o ano da cobertura universal. Ao longo dele, a CUS foi alçada ao posto de conceito mais poderoso da saúde pública por Chan em seu discurso de reeleição, e recebeu a atenção do principal periódico médico do mundo, o Lancet. A proposta extrapolou ainda o terreno da OMS e, em 12 de dezembro, foi parar na Assembleia Geral das Nações Unidas que solicitou aos países uma transformação mais rápida dos sistemas de saúde rumo à cobertura universal. Esse ano, a data passará a ser comemorada como o Dia Mundial da Cobertura Universal.

Fora do contexto da ONU e suas agências, a movimentação é ainda mais intensa. De Bangkok a Bellagio, de Accra a Davos: a proposta passa a monopolizar a agenda da saúde global. As fontes ouvidas pela Poli citaram uma dezena de eventos e documentos favoráveis, sendo o mais notório deles fruto da reunião “Futuros Mercados de Saúde” [4], promovida pela Fundação Rockefeller. O texto prevê que dentro dos próximos 20 anos, forças de mercado – nomeadamente, a indústria farmacêutica, companhias de seguros e organizações hospitalares – devem exercer grande pressão por mais financiamento público à medida que os países de renda baixa e média adotem políticas de asseguração como meio de atingir a cobertura universal.

É a economia, estúpido!

Quem estuda o tema não tem dúvidas de que a crescente pressão pela adoção da cobertura universal deve ser analisada sob as lentes das transformações no modo de produção capitalista e no contexto da atual recessão econômica. “O capitalismo está em crise pesada, sobretudo na Europa. Os Estados Unidos e o Japão estão patinando. O setor saúde é hoje uma fronteira de acumulação para o capital. Mais do que isso, pode ser uma das alternativas para a superação da crise”, afirma o pesquisador Carlos Octávio Ocké-Reis, do Instituto de Políticas Econômicas Aplicadas (Ipea), que na semana da entrevista coordenava uma oficina sobre regulação do setor privado voltada para os países da União das Nações Sul-Americanas (Unasul).

O gigantismo do setor chama atenção. Em 2008, ano da crise, a indústria farmacêutica e a de produtos e equipamentos médicos ficaram em terceiro e quarto lugar no ranking das mais lucrativas divulgado pela revista Fortune em 2010. A informação foi citada por Oscar Feo, membro da Alames e um dos mais ferrenhos críticos da cobertura universal, e aponta para a centralidade da saúde para a economia. “Isso faz com que as políticas sejam influenciadas pelos interesses do que estamos chamando de ‘Complexo Médico-Industrial e Financeiro da Saúde’, conformado pelas grandes corporações privadas”, argumentou Feo, para quem a proposta de cobertura universal é o maior exemplo dos interesses em disputa: “É funcional ao mercado e ao capital. Foi assumida pela OMS depois de ser desenhada nos grandes centros financeiros internacionais”.

Segundo Ocké-Reis, com a globalização, era previsível que as gigantes do setor fizessem pressão para exportar os planos de saúde para a América Latina, Ásia e Rússia, lugares com grande contingente populacional que tiveram sua renda média aumentada. “Mas a América Latina não é só um grande mercado consumidor. Se estabelecer aqui é uma forma de desconstruir o papel do Estado enquanto promotor do desenvolvimento econômico e social. Ou seja, há uma lógica de Estado mínimo subjacente e, portanto, a cobertura universal é, sim, uma proposta neoliberal. É uma reatualização mais sofisticada, mais inteligente e mais orgânica ao capitalismo”. Para ele, o embrião da proposta pode ser encontrado no “Novo Universalismo”, documento da OMS publicado em 2000, que negava, por um lado, a

possibilidade de oferta pública de todos os serviços de saúde a todos os cidadãos e, de outro, admitia que era impossível resgatar ideias como a Atenção Primária à Saúde Seletiva, baseada em procedimentos de baixa complexidade.

Nesse sentido, países que tem avançado rumo à construção de sistemas universais, como Brasil, Bolívia, Equador e Venezuela, vem pressionando para fazer alterações nos documentos da Estratégia da Cobertura Universal de Saúde. Oscar Feo estava presente na 53ª reunião do Conselho Diretor da Opas, em outubro, e relata que esses países conseguiram incorporar temas como o acesso universal e a determinação social da saúde, e ainda deixar claro que o direito à saúde deve ser a base fundamental de qualquer proposta sanitária. “Creio que se vai compreendendo que o tema da ‘cobertura universal’ vem sendo usado em alguns países para favorecer o mercado privado da saúde. Pelo contrário, defendemos que é preciso fortalecer o público e confrontar a tendência crescente de captura dos fundos dos Estados pelo setor privado”.

Av. Brasil - 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP 21040-360 - Tel.: (21) 3865.9797

"Este Portal é regido pela Política de Acesso Aberto ao Conhecimento, que busca garantir à sociedade o acesso gratuito, público e aberto ao conhecimento de toda obra intelectual produzida pela Fiocruz. O conteúdo deste portal pode ser utilizado para todos os fins não comerciais, respeitados e reservados os direitos morais dos autores. Equivalente à CC-NY-BC"

Página: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/cobertura-universal-de-saude-a-nova-aposta-do-capital>

Links

[1] <http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/57e8a407-b2fc-4a68-95db-b6da680d8b1f.pdf>

[2] <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>

[3] <http://healthcare.procon.org/sourcefiles/world-health-assembly-resolution-58.33.pdf>

[4]

<https://static.squarespace.com/static/5034f626e4b09af678ebcd47/52c594f5e4b01a09cde0f896/52c594f5e4b01a09cde0fa/future-health-markets-statement-final.pdf>

[5] <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/tag/cobertura-universal-de-saude-0>

[6] <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/tag/oms>

[7] <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/tag/fundacao-rockefeller>

[8] <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/tag/banco-mundial>