

UMA NOTA SOBRE O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE DO SUS

Mônica Viegas Andrade
Kenya Noronha

1 INTRODUÇÃO

Em 2008 o Sistema de Saúde Público Brasileiro (SUS) completou vinte anos. Os vinte anos de SUS representam um percurso intenso de construção de um arcabouço institucional fundamental para a manutenção do direito à saúde no Brasil. A despeito do dinamismo do setor em regulamentar e implementar as diretrizes do sistema, ainda são muitos os desafios que se impõem. O texto de André Medici neste volume faz um balanço histórico do setor no Brasil. Uma interpretação possível do diagnóstico proposto pelo autor nos permite classificar em duas categorias os problemas a serem enfrentados. A primeira categoria concerne aos problemas de gestão relacionados principalmente à organização e eficiência no provimento dos serviços de saúde, na qual incluímos a necessidade de preconização da atenção primária e organização das redes de cuidado, maior autonomia das organizações de saúde, combate à corrupção, principalmente no tocante aos mecanismos de transferência de recursos, e uma melhor articulação com o sistema de saúde suplementar. A segunda categoria concerne aos problemas que denominamos estruturais do sistema e que de alguma forma refletem a estrutura social do Brasil. Nesse aspecto ressalta-se o problema da iniquidade que permeia o setor saúde brasileiro, entendido como a conjugação dos sistemas público e suplementar, em todas as etapas da realização do cuidado médico: financiamento, acesso e utilização. Por entender que esse é na atualidade o maior problema do sistema de saúde brasileiro, focaremos nosso comentário nos aspectos atinentes à equidade.

O texto está organizado em mais duas seções além desta introdução. A próxima seção apresenta de forma sucinta uma tipologia dos sistemas de saúde considerando os aspectos de elegibilidade, financiamento e escopo da cobertura. Em seguida, de posse do contexto internacional, apresentamos o Sistema Nacional de Saúde Brasileiro no que concerne às suas diretrizes, concentrando-nos nas consequências sobre a equidade. Por fim, reforçamos algumas propostas já presentes no texto de Medici e atinentes ao princípio da integralidade.

2 TIPOLOGIA INTERNACIONAL DE ARRANJOS DE ELEGIBILIDADE, FINANCIAMENTO E ESCOPO DA COBERTURA DE SERVIÇOS

Esta seção faz uma breve discussão acerca dos arranjos institucionais mais predominantes, principalmente nos países da OCDE, para provimento e financiamento dos serviços médi-

cos.¹ O objetivo é contextualizar o arranjo institucional brasileiro no cenário internacional. Na maioria dos países com sistemas de saúde organizados, os bens e serviços de saúde são considerados meritórios, o que os torna direito de todos os cidadãos. Considerando especificamente os países da OCDE, observa-se concordância acerca dessa importância, a qual se traduz na prática no princípio da elegibilidade de toda a população. Em praticamente todos os países há cobertura de toda a população para acesso aos cuidados médicos básicos. Apesar desse reconhecimento comum entre os países, os arranjos institucionais para garantir a cobertura de serviços a toda a população são bastante diversos, e a presença do setor privado no provimento e financiamento dos serviços de saúde ocorre de forma diferenciada. Alguns países, mais calcados na tradição do estado do bem-estar social, têm um sistema de saúde com cobertura automática, sem nenhum mecanismo intermediário para viabilizar esse direito (exemplos: Inglaterra, Espanha, Itália). O sistema público brasileiro se enquadra nessa categoria uma vez que todos os cidadãos têm cobertura automática, independentemente da capacidade de pagamento ou vínculo empregatício. Outro grupo de países organiza o sistema na forma de seguro social, no qual os indivíduos têm acesso principalmente através do vínculo empregatício (exemplos: França, Alemanha e Áustria). Nesses países, o direito aos serviços de saúde ocorre mediante adesão ao seguro social compulsório para a maioria dos indivíduos. Por fim, existem ainda países que optam por um arranjo institucional no qual o seguro saúde é compulsório, mas não é organizado na forma de um seguro social (Holanda e Suíça). Nesse caso, os indivíduos realizam o pagamento de um prêmio comum para os seguros privados concorrentes, e há uma equalização do risco que é realizada pelo governo e financiada principalmente através de impostos sobre a renda. Nesses países o governo exerce função importante na regulação e garantia de acesso universal a todos os indivíduos e introdução dos mecanismos de ajustamento ao risco das carteiras, minimizando o problema de seleção adversa. Importante ainda dizer que nos países em que o direito aos serviços médicos não ocorre automaticamente existem programas governamentais voltados especificamente para os grupos sociais menos favorecidos, que não têm condições de realizar pagamento.

Caso particular entre os países da OCDE refere-se ao sistema de saúde americano, que apresenta um arranjo um pouco diferenciado. O Estado oferece cobertura de saúde para a população idosa através do programa público MEDICARE e para a população de baixa renda através do programa MEDICAID. Para a população economicamente ativa, a cobertura de serviços de saúde é voluntária e ocorre, sobretudo, através do vínculo empregatício. Esse arranjo difere daquele existente em alguns países europeus como a França e a Alemanha, onde o seguro saúde é mandatório e ocorre através do vínculo empregatício.

Em relação ao papel do setor privado, os serviços de saúde ocorrem mediante desembolso direto das famílias que optam por comprar diretamente alguns serviços médicos ou através da compra de seguro-saúde. Diferentemente do caso brasileiro, no qual o setor de planos de saúde duplica os serviços ofertados pelo governo, nesses países, em sua maioria, o setor

¹ Essa seção está baseada em Paris *et al.*, 2010.

privado tem papel complementar ou suplementar. Essa diferenciação no papel do setor privado é fundamental para o dinamismo do setor saúde. Sistemas nos quais o setor privado duplica os serviços ofertados pelo governo tendem a apresentar menor grau de equidade, visto que alguns indivíduos têm duplo acesso ao sistema. Além disso, a lógica do financiamento privado pode determinar a perda do poder central do governo na determinação e introdução de novas tecnologias de cuidado da saúde, resultando em perda de eficiência. Por outro lado, pode também determinar um maior grau de resposta do sistema, resultando em aumento da qualidade dos serviços ofertados. Sistemas em que o setor privado é complementar ou suplementar à oferta pública permitem uma melhor divisão do risco para os serviços não ofertados pelo governo, resultando em um maior grau de proteção para a população. De forma análoga ao sistema duplicativo, a presença desse setor pode gerar iniquidades no acesso a esses serviços. Vale mencionar, entretanto, que o grau de iniquidade em sistemas em que o setor privado tem papel suplementar ou complementar na oferta de serviços médicos difere sobremaneira de sistemas em que essa oferta é duplicativa. No primeiro caso, a oferta de serviços básicos ou principais é garantida unicamente pelo governo, enquanto no caso de oferta duplicativa os indivíduos têm duplo acesso.

Por fim, no que tange ao grau de cobertura dos serviços ofertados pelo governo, existem restrições tanto no financiamento como no escopo dos serviços ofertados. De maneira geral, o Estado, mesmo garantindo elegibilidade para toda a população, não garante cobertura para qualquer tipo de serviço médico. O grau de cobertura varia na extensão do escopo dos serviços que são ofertados pelos governos e na participação da população no financiamento através de mecanismos de divisão de custos no ato da realização do serviço. No caso do SUS, admitimos cobertura universal, integral e gratuita no ato da realização do serviço, o que coloca o Brasil no grupo dos sistemas de saúde mais generosos do mundo, mas com grande potencial de iniquidades, como será discutido adiante.

3 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: CONTRADIÇÕES E CONSEQUÊNCIAS

O sistema de saúde brasileiro é um sistema misto composto do Sistema Único de Saúde – SUS e do sistema privado, que oferece planos e seguros de saúde que duplicam a oferta pública, além de uma rede privada que realiza serviços diretamente para a população. O Sistema Único de Saúde tem como princípios básicos a universalidade, a gratuidade, a integralidade, a igualdade, e, como estratégias organizativas, a descentralização, o comando único em cada esfera de governo e a participação social. A descentralização, o comando único em cada esfera de governo e a participação social estão mais relacionados à forma de organização dos serviços de saúde ofertados publicamente e não serão abordados neste trabalho. Como já mencionado, o sistema público brasileiro é universal com elegibilidade automática a todos os cidadãos brasileiros independentemente da capacidade de pagamento. O princípio da integralidade garante o direito a todos os serviços médicos, inexistindo uma definição explícita da inclusão e/ou da exclusão dos procedimentos e cuidados que são de responsabilidade da oferta pública.

A conjugação dos princípios da universalidade e integralidade, embora fundamentada no preceito igualitário, gera contradições para o sistema. Some-se a isso a natureza da demanda individual por bens e serviços de saúde que acirra essas contradições, especialmente em sociedades com assimetrias de informação e de acesso aos serviços. Diferentemente da demanda por outros bens providos publicamente, como educação ou segurança, a demanda por serviços de saúde não apresenta um ponto de saciedade. Em outras palavras, diante da doença os indivíduos não são saciados por serviços de saúde. Essa não saciedade impõe a necessidade da introdução de mecanismos de racionamento de uso dos serviços médicos que podem ser ou não monetários. A introdução de mecanismos de controle monetários tem impactos distributivos, sendo, portanto, minimizada em sistemas tipicamente públicos. Como ofertar integralmente todos os serviços de saúde para toda uma população se o comportamento dessa demanda apresenta uma natureza insaciável? Diante do cenário de restrição de recursos, é necessário definir quais procedimentos serão garantidos à população. Além dos problemas de sustentabilidade financeira, a indefinição de uma cesta básica de serviços de saúde sob responsabilidade do Estado acaba também por resultar em problemas de iniquidade. Nesse aspecto esbarra-se em outro princípio do SUS, o princípio da equidade, em que todos os indivíduos devem ter acesso igualitário aos bens e serviços de saúde de acordo com as necessidades individuais.

Um problema relacionado à integralidade que acaba por resultar em maiores iniquidades no sistema de saúde é a judicialização. Como salienta Medici, existe uma dissonância no entendimento do princípio da integralidade pelo Ministério da Saúde e o sistema judicial brasileiro, que interpreta o princípio constitucional como um dever do Estado, independentemente de critérios clínicos e/ou orçamentários. No cenário atual, não é pequeno o volume de recursos que tem sido despendido por um grupo pequeno de indivíduos que se arriscam a enfrentar os trâmites judiciais para garantir o financiamento e acesso a uma terapêutica ou medicamento não predefinido na oferta planejada do SUS.² Cabe salientar que esse pequeno grupo de indivíduos, em geral, pertence a grupos socioeconômicos mais favorecidos, reforçando os problemas de iniquidade de acesso. Com a judicialização, o poder público acaba por perder a capacidade de determinação das políticas públicas, que são então definidas no âmbito do Judiciário sem nenhum critério de eficácia ou evidência clínica comprovadas. Além disso, a definição da oferta pública é determinada na esfera individual, podendo se afastar da função de bem-estar social.

Um segundo problema diz respeito à dinâmica da interação público-privado, que pode ser mais bem estabelecida em um arranjo institucional no qual a cesta de serviços ofertada pelo sistema público seja bem definida. No Brasil, como o sistema nacional de saúde é misto, coexistindo com o sistema público um sistema privado que duplica a oferta de serviços públicos, a indefinição dessa cesta tem efeitos perversos sobre a equidade. Resulta na prática que os indivíduos mais favorecidos socialmente têm duplo acesso ao sistema de saúde, podendo, portanto, utilizar a oferta pública apenas para aqueles serviços, sobretudo de alta

² Ver Machado, Marina (2010). A autora faz um apanhado dos processos de judicialização no Brasil e em particular para Minas Gerais.

complexidade, que não são providos de forma adequada no sistema privado, seja em função do preço, seja em função da qualidade. Os indivíduos menos favorecidos ficam à mercê de mecanismos de racionamento não monetários, usualmente as filas de espera, o que acaba por reduzir a demanda por serviços preventivos. Esses grupos usualmente têm acesso ao sistema quando demandam serviços de curativos e emergenciais e o estado da doença já está mais agravado. Some-se ainda que a presença de um setor de planos e seguros de saúde é um mecanismo garantidor do financiamento para a introdução de novas tecnologias e procedimentos na saúde. Esse mecanismo endógeno de financiamento é mais um elemento agudizador das iniquidades, uma vez que os indivíduos com acesso a planos de saúde têm em geral acesso a procedimentos e tecnologias novas que são posteriormente incorporados pelo setor público. Essa lógica dual resulta na perda do poder público da capacidade de definição dos procedimentos a serem ofertados pelo sistema público, os quais acabam sendo determinados endogenamente pelo sistema. Nesse contexto, o princípio da integralidade garante de alguma forma que no futuro esses novos procedimentos serão financiados pelo poder público.

Cabe indagar sobre quais princípios realmente queremos para nortear o nosso sistema público de saúde. Se queremos um sistema universal e equitativo, é necessário que o Estado tenha uma definição dos serviços que irá ofertar de forma universal. A existência do sistema privado garantiria aos grupos de renda elevada mecanismos de financiamento de serviços não ofertados pelo setor público, prevalecendo nesse caso o princípio libertário que norteia a lógica da oferta privada no Brasil. Caberia, adicionalmente, ao Estado brasileiro, no âmbito do sistema público, definir programas públicos voltados especificamente para garantir que os grupos menos favorecidos tenham acesso aos serviços não ofertados pelo setor público, reduzindo as iniquidades; e, no âmbito do sistema privado, exercer o papel de regulador do mercado de planos e seguros saúde, garantindo uma harmonização dos sistemas público e privado quanto à cobertura de serviços e evitando os problemas de duplicidade.

3.1 EVIDÊNCIAS SOBRE A EQUIDADE

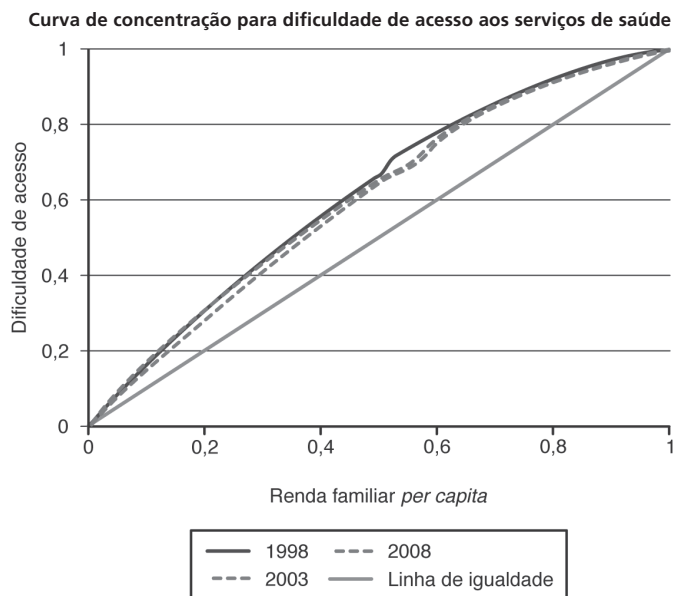
Esta seção apresenta evidências da iniquidade no acesso e utilização dos serviços de saúde no sistema de saúde brasileiro. Para verificar a presença de iniquidades sociais no acesso e na utilização, construímos as curvas de concentração considerando a variável de renda familiar *per capita* como o indicador de discriminação do *status* socioeconômico. A fonte de dados é a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar para os anos de 1998, 2003 e 2008, para os quais existem informações de saúde disponíveis. A curva de concentração analisa a distribuição da variável de saúde em relação à distribuição de renda. Foram realizados dois testes de significância das curvas: o teste sobre a curva de igualdade perfeita, que analisa se a distribuição de saúde é homogênea na sociedade, e o teste de dominância sobre a curva de Lorenz, que analisa a distribuição de saúde em relação à distribuição de renda da sociedade.

Do ponto de vista da equidade, um dos principais objetivos dos gestores de saúde é garantir equidade no acesso aos serviços de saúde. A discussão em torno do conceito e operacionalização da variável de acesso é vasta, e não existe um consenso sobre isso. A despeito dessas dificuldades, os indicadores de acesso são usualmente utilizados para avaliar a qualidade de sistemas de saúde. Neste trabalho utilizamos duas variáveis como *proxies* para acesso aos serviços de saúde. A primeira indaga se os indivíduos que tiveram necessidade de cuidados tiveram alguma dificuldade de acesso. A segunda variável se refere à presença de plano ou seguro saúde privado. Além dos indicadores de acesso, analisamos também a distribuição da utilização dos serviços de saúde entre os grupos socioeconômicos. A utilização de cuidados ambulatoriais é testada através do número de consultas médicas realizadas, e a utilização de cuidado hospitalar é testada através da variável de número de dias internado.

O Gráfico 1 mostra a curva de concentração para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A curva de concentração acima da diagonal mostra que os indivíduos mais pobres têm maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde do que os indivíduos mais ricos. Contrasta com esse gráfico a ilustração referente à distribuição de planos de saúde, que evidencia a elevada iniquidade do sistema de saúde brasileiro. A presença de plano de saúde está bastante concentrada nos grupos socioeconômicos mais elevados. Resultado interessante é a relação entre a desigualdade no acesso a planos de saúde e a desigualdade de renda. Para o caso de planos de saúde, a curva de concentração não é estatisticamente diferente da curva de Lorenz, evidenciando que a desigualdade de planos de saúde apresenta forte correlação com a desigualdade de renda observada no país. Nesse sentido, a iniquidade do sistema de saúde estaria refletindo um problema estrutural da sociedade, que é a desigualdade de renda.

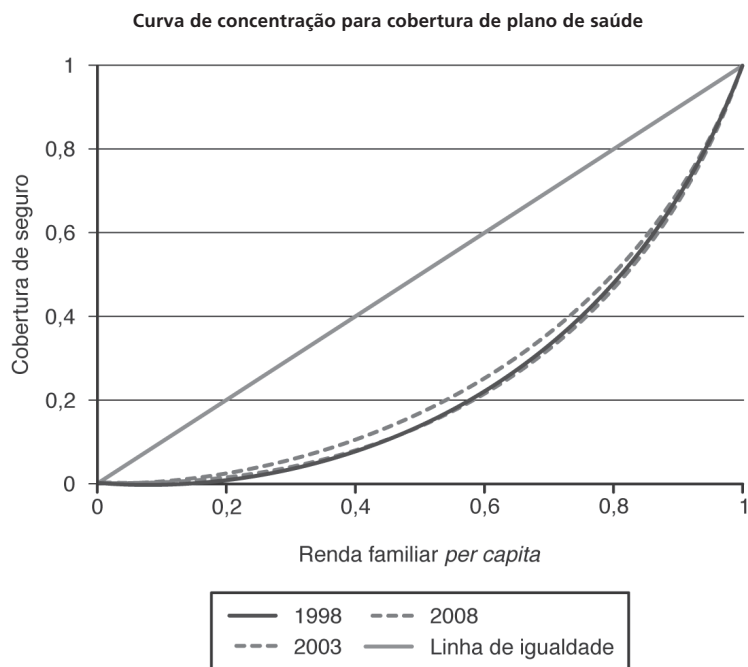
Os Gráficos 3 e 4 mostram as curvas de concentração para utilização de cuidados médicos. Diferentemente do observado para os indicadores de acesso, a iniquidade na utilização é verificada apenas para os serviços ambulatoriais. Esse resultado é interessante, uma vez que os cuidados ambulatoriais estão mais associados à decisão do paciente de procurar o serviço que em grande medida reflete a expectativa sobre o tempo de espera e êxito na realização desse serviço. Os serviços hospitalares, por outro lado, se caracterizam por serem realizados quando os indivíduos estão doentes e refletem a tomada de decisão dos prestadores. A ausência de iniquidade no cuidado hospitalar é um resultado importante do ponto de vista do sistema, pois evidencia que em situações em que os pacientes já estão recebendo cuidado não há discriminação entre os indivíduos de grupos socioeconômicos distintos. Essa evidência dá sustentação à proposta do texto em relação à necessidade de expansão da atenção primária, principalmente através da expansão da cobertura do PSF. A expansão da atenção básica no Brasil é vital não só para organização das redes de cuidado, possibilitando melhor acesso e qualidade do cuidado, como também para redução da iniquidade.

GRÁFICO 1



Nota: Curvas de concentração de 1998, 2003 e 2008 dominam a curva de Lorenz e a diagonal. Não existe dominância das curvas de concentração entre os anos.

GRÁFICO 2



Nota: Curva de concentração de 1998 domina a curva de Lorenz, e as de 2003 e 2008 cruzam a curva de Lorenz. Curvas de concentração de 1998, 2003 e 2008 são dominadas pela diagonal. Não existe dominância das curvas de concentração entre os anos de 1998, 2003 e 2008.

GRÁFICO 3

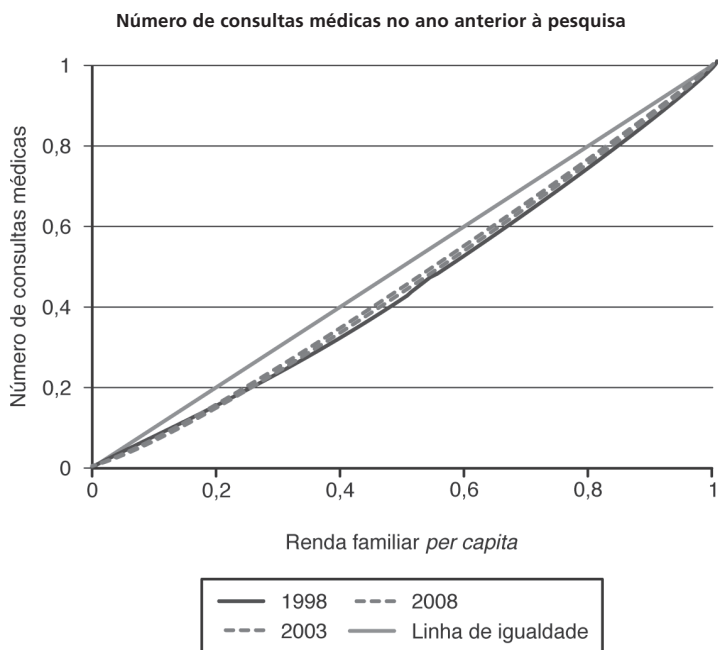
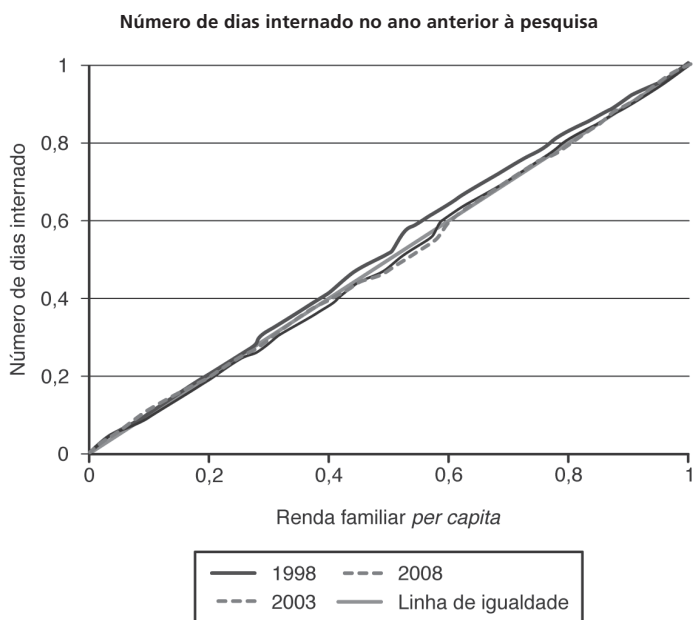


GRÁFICO 4



3.2 EM BUSCA DA EQUIDADE: ALTERAÇÃO DA ISENÇÃO FISCAL

Nesta seção discutimos uma das propostas de Medici atinentes aos princípios da equidade. A proposta refere-se ao mecanismo de isenção fiscal vigente no Brasil para indivíduos que realizam compra de planos e seguros saúde. Atualmente, segundo as regras tributárias do país, os gastos realizados pelas famílias com bens e serviços de saúde, incluindo desembolso direto realizado a provedores e/ou pagamento a planos e seguros de saúde, podem ser deduzidos integralmente do pagamento do imposto de renda devido anualmente. Como já abordado neste documento e também no texto de Medici, a presença do setor de saúde suplementar gera iniquidades agudas no acesso, na utilização e no financiamento dos serviços de saúde entre os grupos sociais. Essa iniquidade não é particular do caso brasileiro, mas se revela presente em arranjos institucionais mistos, principalmente quando o sistema privado duplica a oferta do setor público. Nos últimos anos, como forma de minimizar essas iniquidades, foram propostos pela Agência Nacional de Saúde mecanismos de ressarcimento ao SUS pelos planos e seguros de saúde quando os pacientes segurados recebem tratamento do SUS. Entretanto, na prática o ressarcimento não tem ocorrido de forma sistemática devido à falta de articulação financeira do SUS com o sistema suplementar, que não oferece mecanismos eficazes para que essa averiguação seja realizada. Na lógica atual, é responsabilidade das operadoras o ressarcimento ao SUS. Essa sistemática não oferece nenhum incentivo para as operadoras realizarem esse reembolso, e, além disso, o elevado diferencial nas tabelas de remuneração de procedimentos financiados pelo SUS e as tabelas de pagamento induzem operadoras a uma guerra judicial com o sistema público.

A proposta de Medici consiste em uma alteração do mecanismo da isenção fiscal vigente que pode minimizar pelo menos parcialmente as iniquidades do sistema de saúde brasileiro. Medici propõe que a isenção fiscal seja válida apenas para os indivíduos que não utilizarem o SUS no ano corrente. Para os indivíduos que possuem planos de saúde e que eventualmente venham a utilizar o sistema público para recebimento de algum serviço a isenção fiscal deixaria de ocorrer. Esse mecanismo pode ser interpretado como uma forma adaptada de implementar o *“opting out”*. Os indivíduos que não utilizam o sistema público de saúde e realizam todos os serviços de saúde através do plano de saúde privado têm direito à isenção fiscal, uma vez que já financiaram o sistema público através dos impostos diretos e indiretos e descongestionaram o sistema público ao optar pelo sistema privado. Nesse caso é razoável que esses indivíduos tenham isenção fiscal. Por outro lado, os indivíduos que fazem uso dos dois sistemas devem pagar integralmente os serviços privados, já que estão utilizando o sistema público da mesma forma que os que não possuem plano ou seguro saúde. Além disso, os recursos oriundos da arrecadação extra poderiam ser revertidos para o setor público, reduzindo as iniquidades no financiamento. A iniquidade no uso e acesso aos serviços, no entanto, não seria solucionada por essa proposta, uma vez que os indivíduos com plano continuariam tendo duplo acesso ao sistema de saúde.

Um aspecto dessa proposta que necessita de maior reflexão refere-se à definição de um grupo de serviços e/ou de um limite mínimo de valor que seria permitido aos indivíduos com plano de saúde realizarem junto ao sistema público sem perda da isenção fiscal. Os ser-

viços de imunização, por exemplo, que são usualmente ofertados em programas nacionais de vacinação, por apresentarem externalidades no uso, deveriam ser contabilizados para determinar a perda de isenção fiscal? Em particular, no caso das imunizações, uma forma possível de solucionar o problema seria a determinação da obrigatoriedade de os planos e seguros de saúde ofertar o programa de imunizações para seus usuários. Essa obrigatoriedade deveria ser acompanhada de auditoria dos órgãos reguladores.

Essa proposta envolve também a criação de mecanismos de controle do uso dos serviços no sistema para que possa ser implementada. Uma forma factível de realizar esse controle é através da introdução do Cartão SUS, o qual teria todos os registros de utilização dos serviços no sistema de saúde brasileiro, sendo, portanto, elemento integrador dos setores público e privado. A retomada da implementação do Cartão SUS permitiria também enfrentar com um mesmo instrumento os problemas de articulação do cuidado e coordenação do acesso aos serviços de saúde e implementação mais intensiva do cuidado preventivo no Brasil.

3.3 EM BUSCA DA EQUIDADE: A DEFINIÇÃO DO ESCOPO DE SERVIÇOS E A CRIAÇÃO DE UMA AGÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

A definição de uma cesta de serviços a ser ofertada pelo sistema público brasileiro é uma proposta fundamental para garantir que os princípios da universalidade e da equidade sejam alcançados. A evidência empírica internacional mostra que em poucos países existe um compromisso do Estado em garantir acesso a todos os serviços de saúde. Pelo contrário, a maioria dos países apresenta algum tipo de definição desses serviços. Três critérios são mais usuais para a tomada de decisão acerca da introdução de novos procedimentos e/ou terapêuticas: análises de custo-efetividade, estudos de evidência clínica e análises de impacto orçamentário. É nesse contexto que defendemos a proposta da criação de uma Agência de Avaliação de Tecnologias em Saúde como um órgão independente do Ministério da Saúde encarregado de realizar análises técnicas para a introdução de novas terapêuticas e procedimentos no sistema. Essa Agência, além de realizar análises de custo-efetividade e de eficácia clínica, procederia a análises do impacto orçamentário da introdução de novos procedimentos no SUS. A introdução da análise de custo-efetividade como critério norteador das decisões de política pública é fundamental para a eficiência no uso dos recursos públicos. Paralelamente às análises de custo-efetividade das terapêuticas específicas, é necessário que ocorra um acompanhamento do perfil epidemiológico da população através de estudos de carga da doença, de modo que a introdução de novos procedimentos ocorra associada às necessidades da população. Atualmente, no Brasil, a Anvisa e a ANS realizam de alguma forma essa tarefa, definindo, respectivamente, a lista nacional de medicamentos e os procedimentos incluídos no plano de referência. Nesse sentido, essa Agência estaria articulada a essas duas agências que realizam efetivamente a regulação dos setores de vigilância sanitária e saúde suplementar. A introdução de novos procedimentos e terapêuticas deve ser definida em uma lógica que considere os dois subsistemas de saúde que compõem o Sistema Nacional de Saúde Brasileiro.