

A REALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE POR MEIO DA COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

RESUMO

O reconhecimento do direito à saúde é um passo essencial para a promoção de avanços em termos de saúde pública e para que se alcancem elevados padrões de saúde física e mental na população. O direito à saúde na Índia é parte integrante do direito à vida, previsto no Artigo 19 da Constituição do país, mas não é reconhecido *per se*. A Cobertura Universal de Saúde tem como base os princípios de universalidade, equidade, empoderamento e integralidade dos cuidados em saúde. Com o objetivo de aprimorar o sistema de saúde e, assim, garantir o direito dos indianos à saúde, o Relatório sobre Cobertura Universal de Saúde na Índia faz recomendações em seis áreas: financiamento da saúde e proteção financeira; normas para os serviços de saúde; recursos humanos para a saúde; participação da comunidade e engajamento dos cidadãos; acesso a medicamentos, vacinas e tecnologia; e reforma administrativa e institucional. Este artigo tem o objetivo de delinear os caminhos pelos quais a Cobertura Universal de Saúde pode contribuir na realização do direito à saúde, e consequentemente dos direitos humanos, nos países em desenvolvimento.

Palavras-chave

Cobertura Universal de Saúde; Direito à Saúde; Direitos Humanos.

Introdução

Todo ser humano tem o direito de ser saudável e de receber atenção à saúde sempre que necessário, independentemente de características biológicas ou sociais, do lugar onde nasceu e/ou mora, de sua religião, gênero ou cor. O direito à saúde e os direitos humanos estão interligados; é uma obrigação dos governos garanti-los a todos os cidadãos. A meta “Saúde para todos no ano 2000” foi estabelecida pela comunidade global, mas não foi alcançada. Similarmente, acredita-se que os Objetivos do Milênio para 2015 tenham poucas chances de serem implementados em muitos países em desenvolvimento, por razões como falta de vontade política, “políticas de ajuste estrutural, baixa governança, crescimento da população, [e] sistemas de saúde inadequados” e, no caso dos países mais pobres, pesquisas insuficientes na área da atenção primária¹.

O direito à saúde destaca que todo indivíduo tem o direito a receber atendimento de saúde de maneira apropriada, quando e onde for necessário. Enfatiza ainda que, além da atenção à saúde, os determinantes sociais da saúde também devem ser atendidos². Para materializar o direito da população à saúde, é necessário que todo indivíduo tenha acesso a informações relevantes e necessárias sobre saúde, bem como a serviços e a produtos. O conceito de Cobertura Universal de Saúde tem sido fortemente reconhecido e vem adotando uma abordagem baseada em direitos. O relatório sobre a cobertura universal submetido à Comissão de Planejamento da Índia traz recomendações sobre serviços de saúde, medicamentos, recursos humanos, mecanismos regulatórios e gestão, além de apresentar os possíveis caminhos para se abordarem os determinantes sociais da saúde e para estimular a participação da comunidade.

Este artigo busca determinar maneiras pelas quais a Cobertura Universal de Saúde pode contribuir para a realização do direito à saúde e dos direitos humanos em países em desenvolvimento.

I. Direito à saúde

O reconhecimento do direito à saúde é um passo essencial para a promoção de avanços em termos de saúde pública e para que se alcancem elevados padrões de saúde física e mental para todos. Diversos tratados e instrumentos identificam a saúde como um direito fundamental do indivíduo. Por exemplo, o Artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais afirma que os Estados-Partes “reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”³. O direito à saúde é parte importante dos direitos humanos e também é consagrado no

¹WALLEY, John; LAWN, Joy E.; TINKER, Anne; FRANCISCO, Andres de; CHOPRA, Mickey; RUDAN, Igor; BHUTTA, Zulfi qar A.; BLACK, Robert E.; LANCET ALMA-ATA WORKING GROUP. Alma-Ata: Rebirth and Revision 8: Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*, v. 372, p. 1001-1007, Sept. 13, 2008. Disponível em: <<http://fogartyfellows.org/wp-content/uploads/2012/09/2-C-Alma-Ata.-Lancet-2008.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014.

²THE RIGHT to Health Fact Sheet, n. 31, WHO, UNHCR.

³Id. Ibid.

Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Pesquisadores reconhecem que saúde e bem-estar são inseparáveis dos direitos humanos, e que a promoção e proteção dos primeiros são formas de se alcançar o último, com “implicações práticas e conceituais”⁴.

O direito à saúde na Índia é parte implícita do direito à vida – que é executório nos termos do Artigo 19 da Constituição indiana –, mas não é reconhecido *per se*. No entanto, ao abrigo da Diretiva de Princípios, Parte IV da Constituição – não vinculante –, o governo constitucionalmente deve fazer provisões para a promoção do bem-estar das pessoas, o aumento dos níveis nutricionais e do padrão de vida e a melhoria da saúde pública. Além disso, o governo deve atuar para a proteção do meio ambiente, o que também impacta na saúde.

De tempos em tempos, o governo desenvolve e implementa leis relacionadas com a saúde, porém o foco no direito à saúde é limitado. Em vista da Diretiva de Princípios da Constituição, o governo indiano editou em 2009 o Decreto Nacional da Saúde, enfocando uma abordagem baseada no direito à saúde. De acordo com esse decreto, o direito à saúde é definido como “o direito de todos a um nível de saúde física e mental ideal para ter uma vida com dignidade”⁵.

Esse decreto de 2009 identifica vários aspectos relacionados ao direito à saúde, como o direito de acesso ao atendimento de saúde, bem como de utilizá-lo e desfrutá-lo; o direito de não sofrer discriminação; o direito à dignidade, à justiça, à participação e à informação. O dispositivo legal enumera ainda direitos específicos ligados aos usuários do sistema de saúde, tais como os direitos à sobrevivência, à integridade e à segurança; de buscar tratamento e serviços; de receber e desfrutar de tratamentos e serviços; de receber atendimento de emergência; direito a serviços de qualidade; de receber atenção racional; à escolha dos prestadores de serviços; à continuidade do atendimento; ao acesso à informação e aos registros médicos; à autonomia e a à autodeterminação; ao consentimento esclarecido e voluntário; à confidencialidade, à privacidade etc.

O reconhecimento desses direitos é requisito primário para elaborar, desenvolver e executar políticas de saúde relevantes, programas efetivos, produtos de qualidade e serviços eficientes disponibilizados a todos, levando, assim, à realização do princípio da universalidade.

II. Cobertura Universal de Saúde

A diretora-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan, afirmou: “Vejo a Cobertura Universal de Saúde como o mais poderoso conceito que

⁴MANN,Jonathan M. et al. Health and Human Rights. *Health and Human Rights*, v. 1, n. 1, p. 6-23, Autumn, 1994.

⁵ THE NATIONAL Health Bill, 2009. *MoHFW, GoI Working Draft*. Version January'09. Disponível em: <http://www.prsindia.org/uploads/media/Draft_National_Bill.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014.

a saúde pública pode oferecer. Ela é inclusiva. Ela unifica os serviços e os oferece de uma maneira abrangente e integrada, com base nos cuidados de atenção primária”⁶.

“Cobertura Universal de Saúde, algumas vezes chamada apenas de cobertura universal, é a aspiração de todas as pessoas terem acesso aos serviços de saúde dos quais precisam, sem terem dificuldades financeiras para arcar com seus custos”⁷. Esta definição destaca os problemas financeiros que a população encontra ao acessar serviços de saúde e, além disso, sugere que a cobertura universal deve encontrar caminhos para aliviar o sofrimento gerado por limitações financeiras.

A questão financeira é uma das muitas razões que impedem que as pessoas desfrutem de padrões elevados de saúde. Também se destacam como causas dos baixos níveis de saúde da população: qualidade, acessibilidade e *accountability* dos serviços de saúde; equidade e discriminação em razão de local de residência, *status* social, gênero, religião, classe e casta.

O relatório do Grupo de Especialistas de Alto Nível da Índia (*High Level Expert Group, HLEG*) apresenta uma definição abrangente da cobertura universal como:

o meio de assegurar o acesso equitativo de todos os cidadãos indianos, residentes em qualquer parte do país, independentemente de nível de renda, status social, gênero, casta ou religião, **a serviços de saúde adequados, a preços acessíveis e com qualidade garantida** (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), **bem como a serviços públicos de saúde que atendam de maneira abrangente os determinantes da saúde**, prestados a indivíduos e populações, **sendo o governo o fiador e facilitador**, embora não necessariamente o único fornecedor, desses serviços⁸. (destaques dos autores)

Essa definição esforça-se para capturar todos os princípios-chave identificados no Decreto Nacional da Saúde de 2009, como os da “universalidade, equidade, empoderamento e integridade de cuidados”. A cobertura universal adota um conjunto de princípios para recomendar o desenvolvimento de políticas, programas e serviços de saúde. Esses princípios são:

(..) não exclusão e não discriminação, proteção financeira, qualidade e racionalidade do atendimento, proteção aos direitos dos pacientes, atendimento apropriado, escolha do paciente, portabilidade e continuidade do atendimento, *accountability*, transparência e participação, papel fundamental do financiamento público, contribuição substancial com base em taxas e impostos, sistema de pagamento único, consolidação e reforço

⁶WORLD HEALTH ORGANIZATIONS. *Universal health coverage*. Disponível em: <http://www.who.int/universal_health_coverage/en/>. Acesso em: 30 set. 2014.

⁷KIENY, Marie-Paule; EVANS, David B. Universal health coverage. *Who Emro*, v. 19, n. 4, Apr. 2013.

⁸INSTITUTED BY PLANNING COMMISSION OF INDIA. *High Level Expert Group Report on Universal Health Coverage for India*. New Delhi, Nov. 2011.

do provisionamento da saúde pública como elemento-chave da cobertura universal e princípios operacionais complementares⁹.

A cobertura universal advoga pela adoção de uma abordagem baseada em direitos e isso tem sido visto como um passo em direção à realização dos direitos humanos. Ao adotar esse tipo de abordagem, a cobertura universal recomenda que o Estado faça provisões para serviços de saúde e, ao mesmo tempo, trabalhe para o atendimento abrangente dos determinantes de saúde. O relatório do grupo indiano de especialistas (HLEG) fez recomendações após revisar a literatura e realizar diversas consultas a diferentes atores e estudiosos. As recomendações foram categorizadas nas seguintes subseções:

- (1) Financiamento da Saúde e Proteção Financeira
- (2) Normas para os Serviços de Saúde
- (3) Recursos Humanos para a Saúde
- (4) Participação da Comunidade e Engajamento dos Cidadãos
- (5) Acesso a Medicamentos, Vacinas e Tecnologia
- (6) Reforma Administrativa e Institucional

III. Recomendações da Cobertura Universal de Saúde¹⁰

Há 11 recomendações relacionadas ao **financiamento da saúde e à proteção financeira**. Na Índia, o governo gasta 1,2% do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, o que é muito pouco. O relatório do HLEG insta o governo a dobrar os gastos públicos em saúde, elevando-os a 2,5% do PIB ao final do 12º Plano Quinquenal, e pelo menos a 3% do PIB no ano de 2022. Além do apelo para o crescimento do orçamento da saúde, há a recomendação de se aumentarem os gastos públicos na aquisição de medicamentos a fim de se proteger a disponibilidade de medicamentos essenciais gratuitos. Nem todos no país têm condições de comprar remédios caros. Essa incapacidade das pessoas abaixo da linha da pobreza é a causa maior da continuidade do estado de doença. Além disso, o governo deve fornecer medicamentos essenciais de forma gratuita. Outra recomendação relacionada a serviços gratuitos de saúde sugere que as receitas governamentais não devem estar baseadas em tributos, pois estes apenas aumentam a desigualdade. O modelo de tributos diferenciados foi analisado, mas descartado em razão de seus mecanismos complicados para a identificação de categorias. O relatório também não recomenda a cobrança de impostos específicos para o financiamento da saúde; o governo deveria usar a

⁹INSTITUTED BY PLANNING COMMISSION OF INDIA. *High Level Expert Group Report on Universal Health Coverage for India*, cit.

¹⁰Id. Ibid.

tributação geral como a principal fonte, somando a ela deduções compulsórias dos assalariados e contribuintes, deduções estas que poderiam ser na forma de receita tributável ou proporcional ao salário.

Sete recomendações foram feitas em relação às **normas para os serviços de saúde**. A saúde, como mencionado, é um direito humano que implica que todo doente tem o direito de receber atenção à saúde (cuidados curativos) e que toda a população saudável tem o direito de receber serviços de prevenção e de promoção da saúde. Para se atingirem essas metas, o relatório do HLEG recomenda o desenvolvimento de um conjunto nacional de serviços essenciais de saúde, incluindo prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em todos os níveis dos serviços públicos. O setor privado deve atuar na complementação dos serviços públicos de saúde e na utilização de recursos especiais, tais como a inovação, a invenção e a qualidade competitiva. O quadro normativo para a parceria público-privada precisa ser muito mais robusto do que o atual e apresentar uma grande capacidade de regulação, acreditação, fiscalização e auditoria. A oferta dos serviços de saúde deve ter como foco a atenção primária. Na cobertura universal, hospitais regionais têm um papel crucial na oferta de serviços e de profissionais treinados e, além disso, devem estar adequadamente equipados. Todos os equipamentos públicos e privados contratados devem aderir aos padrões de saúde pública do país; ser licenciados e acreditados para a prestação de serviços dentro do Conjunto Nacional de Saúde, como medida de garantia de qualidade; e apresentar certificado. O relatório recomenda a reestruturação dos equipamentos urbanos de saúde para o atendimento das pessoas pobres.

Um número adequado de fornecedores bem treinados de serviços de saúde é essencial para atender a cada necessidade individual em termos de atenção à saúde. Por sua vez, isso requer um número de instituições de ensino da área da saúde; programas de treinamento; e mecanismos para estabelecer o monitoramento e a regulação dessas instituições. As recomendações do grupo de especialistas em relação aos **recursos humanos em saúde** enfocam o aumento do número de fornecedores; a melhoria da qualidade dos treinamentos existentes; treinamentos para a comunidade de trabalhadores da saúde; investimento em instituições de ensino; estabelecimento de universidades estatais de ciências da saúde; e a criação do Conselho Nacional de Recursos Humanos da Saúde.

A **participação da comunidade** no planejamento e na governança da área da saúde agrega valor aos serviços. As recomendações do relatório da HLEG sobre o tema irão contribuir para o fortalecimento dos mecanismos institucionais de participação das comunidades na tomada de decisões relacionadas à saúde. As recomendações buscam a transformação dos comitês de saúde das aldeias em conselhos participativos e a organização de assembleias regulares. Pretende-se reforçar o papel dos representantes eleitos e da sociedade civil. O público deve ter acesso ao sistema governamental de reparação de danos para obter conhecimento e ter respeitado seu direito à saúde.

Sabe-se que quase três quartos das despesas privadas são destinados à compra de medicamentos¹¹. Muitos chefes de família não podem manter os gastos com saúde nem conseguem medicamentos gratuitos junto às instituições públicas. Os medicamentos são caros e muitos deles não são essenciais. Por essa razão, o **acesso a medicamentos, vacinas e tecnologia** é outra importante característica da Cobertura Universal de Saúde. A precificação e a disponibilização de medicamentos essenciais, o uso racional deles e os mecanismos regulatórios são itens necessários para facilitar o acesso. As recomendações do relatório do HLEG buscam reforçar o controle de preços e sugerem uma revisão e expansão da lista de medicamentos essenciais, o uso racional desses produtos, o estabelecimento de uma instituição nacional e estatal de logística de fornecimento de remédios, a proteção das garantias previstas na lei de indiana de patentes e o empoderamento do Ministério da Saúde e do Bem-Estar Familiar e do governo da Índia para reforçar o sistema regulatório de medicamentos.

As seis recomendações relacionadas com a **reforma administrativa e institucional** enfatizam a introdução de quadros de serviços de saúde pública e de sistemas de administração de saúde no nível estadual; o fortalecimento da gestão da Cobertura Universal de Saúde; a melhoria dos mecanismos de recrutamento, retenção, motivação e desempenho; a racionalização de salários e de benefícios; planos de carreira com base na competência profissional; o desenvolvimento de uma rede nacional de tecnologia da informação para a saúde; a garantia de sinergia entre as reformas regulatórias e administrativas; *accountability* para os pacientes e a comunidade; a garantia de um sistema de financiamento que agilize o fluxo de verbas; e a criação de agências de regulação, acreditação, suporte e avaliação dos sistemas de saúde. As recomendações também enfatizam investimentos em pesquisa e inovação.

Considerações finais

Nota-se que houve progressos desde o Pacto de Alma Ata, mas que a humanidade ainda tem muito que caminhar em termos de acesso à saúde para todas as pessoas. As razões para as falhas são várias e abrangem desde a incapacidade dos sistemas de saúde de garantir a acessibilidade a todos os membros da comunidade até a falta de envolvimento da comunidade nos sistemas de regulação e gestão para o controle de preços de medicamentos e financiamento da saúde. Com o reconhecimento de que todos têm direito à saúde, haverá avanços na efetivação desse direito.

A Cobertura Universal de Saúde emergiu como um conceito que faz um esforço para a realização do direito à saúde. O relatório do grupo de especialistas da Índia (HLGE) sobre a cobertura universal adota a abordagem certa, utilizando os princípios mencionados no Decreto Nacional da Saúde de 2009, que são abrangentes.

¹¹INSTITUTED BY PLANNING COMMISSION OF INDIA. *High Level Expert Group Report on Universal Health Coverage for India*, cit.

O relatório identifica seis áreas-chave e faz recomendações para fortalecer os sistemas de saúde e incentivar a participação da comunidade. O relatório mostra de maneira lúcida que, com a implementação das recomendações e com o investimento adequado, cada indivíduo poderá desfrutar de seu direito à saúde.

Referências

INSTITUTED BY PLANNING COMMISSION OF INDIA. *High Level Expert Group Report on Universal Health Coverage for India*. New Delhi, Nov. 2011.

KIENY, Marie-Paule; EVANS, David B. Universal health coverage. *Who Emro*, v. 19, n. 4, Apr. 2013.

MANN, Jonathan M. et al. Health and Human Rights. *Health and Human Rights*, v. 1, n. 1, p. 6-23, Autumn, 1994.

THE NATIONAL Health Bill, 2009. *MoHFW, GoI Working Draft*. Version January'09. Disponível em: <http://www.prsindia.org/uploads/media/Draft_National_Bill.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014.

THE RIGHT to Health Fact Sheet, n. 31, WHO, UNHCR.

WALLEY, John; LAWN, Joy E.; TINKER, Anne; FRANCISCO, Andres de; CHOPRA, Mickey; RUDAN, Igor; BHUTTA, Zulfi qar A.; BLACK, Robert E.; LANCET ALMA-ATA WORKING GROUP. Alma-Ata: Rebirth and Revision 8: Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*, v. 372, p. 1001-1007, Sept. 13, 2008. Disponível em: <<http://fogartyfellows.org/wp-content/uploads/2012/09/2-C-Alma-Ata.-Lancet-2008.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONS. *Universal health coverage*. Disponível em: <http://www.who.int/universal_health_coverage/en/>. Acesso em: 30 set. 2014.

Anjali Singh – Mestre em Serviço Social; Mestre em Saúde Pública. Professor Associado no *Indian Institute of Public Health*. Advogado. Déli, Índia. *E-mail*: anjali.singh@iiphd.org.

Maulik Chokshi – Mestre em Ciência; Mestre em Saúde Pública. Professor Associado no *Indian Institute of Public Health*. Déli, Índia. *E-mail*: maulikrdchokshi@yahoo.com.