

DISCURSO DA PROFA. DRA. ANA LUIZA D'ÀVILA VIANA, ABRASCO

Excelentíssimos Ministro Dias Toffoli, relator do recurso e Ministros do Supremo Tribunal Federal; excelentíssimo Dr. Humberto Jacques de Medeiros, Subprocurador da República; excelentíssimo senhor Ministro da Saúde, Dr. Arthur Chioro; senhores membros do Ministério Público; demais expositores; senhoras e senhores.

Duas questões são importantes na discussão da proposta de Internação Hospitalar com “diferença de classe” no Sistema Único de Saúde.

A primeira é saber se a saúde é um bem negociável.

Respondo, da mesma forma que o fez Bernardino Fantini: essa não é uma pergunta ou demanda retórica, pois na presente fase histórica, a referencia teórica e política para todos os operadores no campo médico e sanitário é a Constituição da OMS, firmada em 12 de julho de 1946, que entra em vigor em 7 de abril de 1948, e a Constituição Federal Brasileira de 1988.

Segundo as duas, inspiradas pelos mesmos ideais, a saúde deve ser considerada um direito fundamental do homem, com a mesma posição de igualdade em relação ao direito à vida e a liberdade.

O processo de melhora do estado de saúde constitui um direito fundamental de qualquer ser humano, sem distinção de raça, religião, opinião política e de condição econômica e social.

Segundo esse princípio em nenhum caso os determinantes econômicos podem limitar o direito fundamental da pessoa: em caso de doença, o direito à assistência; sempre, ao longo da vida, o direito à saúde de forma plena.

E, por isso, esse direito é inalienável, não negociável e não pode ser trocado por outras vantagens (como por exemplo uma compensação monetária por uma renúncia a tal direito ou por receber tal direito de forma diferenciada aos demais).

O direito a saúde e à assistência médica são duas faces da mesma moeda. São dois direitos que se complementam, porém, o direito à saúde é a base para o direito à assistência.

A saúde como direito fundamental da pessoa é um bem inalienável, um *ab-solutus* que não pode ser alterado para se tornar um objeto de escambo ou comércio.

Por isso, a assistência à saúde deve ser sempre um instrumento de concretização do direito a saúde.

Se ela realiza iniquidades, discriminações, injustiças sociais ela entra em conflito como o direito maior que é o da saúde.

Nenhuma mudança no sistema de assistência pode colocar em dúvida ou mitigar o direito à saúde.

O direito a saúde como presença de um ideal e como valor fundamental é que modifica o parâmetro e o comportamento da assistência à saúde.

Dessa forma, aqui nesse plenário estamos justamente discutindo isso, colocando na frente do direito a saúde uma modificação no direito a assistência, que coloca em xeque o direito a saúde.

Por isso, somos contrários a qualquer estratégia que modifique o direito à assistência no sentido de maior iniquidade, voltando a discriminar a assistência segundo condições de renda.

A conquista do estado democrático de direito foi possível quando se ergueram poderosas barreiras contra a discriminação econômica e a garantia do direito à vida a partir de políticas públicas universais em que a reprodução humana seria garantida fora da esfera mercantil.

A segunda questão é saber em que medida essa iniciativa concorre para o aprofundamento das desigualdades sociais no padrão de assistência à saúde no país.

No Brasil, a consolidação do Estado democrático de direito, com o fim da ditadura militar, não se encerra com a retomada das eleições livres e normalização da política partidária. Desde 1984 a sociedade luta pela construção de um país mais justo e pela solidificação e qualificação da sua democracia. Para isso, temos criado, desde os primeiros anos que sucederam o regime autoritário, uma série de normas e legislações em consonância com tratados e convenções internacionais para garantir o pleno acesso aos direitos humanos e concretizá-los como políticas públicas no Brasil, conformando um estado social.

O Estado Social se propõe a diminuir os impactos do mercado na criação voraz de desigualdades, o que somente a Política e a criação de estruturas voltadas para o interesse coletivo podem fazer, promovendo o princípio da comunalidade endossada, do seguro coletivo contra o infortúnio individual e suas consequências.

O momento atual de crescimento exponencial das desigualdades, como atesta o livro "O Capital no Século XXI", do economista francês Thomas Piketty, quando o crescimento do produto é sempre inferior ao crescimento das rendas, principalmente, das rendas advindas não do trabalho, mas de ganhos de capital e do trabalho diferenciado, impõe que as políticas públicas de caráter indiferenciador por classes de renda devam ser privilegiadas.

Por isso, o Estado Social olha o futuro, visando diminuir as diferenças de partida (desde o nascimento), assegurando maiores chances para aqueles não portadores de ativos (na forma de renda, propriedades, capital social).

O trabalho de Piketty evidencia como a política e o estado social foi crucial para conter o avanço do mercado autorregulado e a ausência de mecanismos de proteção social em todos os países no período do pós-guerra, momento em que foi possível diminuir a diferença entre crescimento econômico e de renda dos mais afortunados.

No Brasil, foi construído um Estado Social voltado para o mercado de trabalho, de forma a cobrir infortúnios gerados pelo assalariamento, no processo de industrialização tardia. A intensa urbanização dos anos iniciais do processo de industrialização, sem políticas públicas mais abrangentes, colocou uma imensa massa de assalariados recebendo benefícios diferenciados conforme a sua inserção laboral, convivendo (ainda) com formas pré-modernas de proteção social, como aquela ofertada pelas ordens religiosas e associações comunitárias de todo tipo.

A marca da segmentação na saúde foi o INAMPS quando, através de inúmeras políticas, foi permitido imensas diferenciações na assistência à saúde, o que perpetuava e acentuava desigualdades sociais imensas, como a que essa iniciativa tenta reeditar.

A marca histórica do Estado Social brasileiro é a segmentação (urbano/rural; trabalho formal/informal), a diferenciação dos benefícios e o paternalismo político.

Inspirados nos ideais do estado social o movimento da reforma sanitária das décadas de 1970 e 1980 conquistou, junto aos constituintes, a criação do Sistema Único de Saúde, conforme o artigo 196 da Constituição Brasileira, de 1988:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

A força e coragem expostas nesse parágrafo precisam ser compreendidas como um grito da sociedade brasileira por cidadania. Foi e é um claro posicionamento do povo brasileiro em relação ao seu passado e, principalmente, ao futuro que se deseja. É, claramente, uma defesa Política do acesso à saúde e ao bem estar como direito fundamental, conforme expresso na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em seu artigo XXV:

"Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perdas dos meios de subsistência fora do seu controle".

Em 1988, o desejo da sociedade se materializou e foi escrito para nos fazer lembrar da relação entre democracia, direitos sociais universais e cidadania. Não foram deixadas dúvidas sobre o legítimo clamor por igualdade e justiça, que supera as clivagens de classe ou status.

O anseio por um estado que garanta políticas de bem estar para todos é inquestionável. A escolha foi por um Estado que proveja um conjunto ilimitado de serviços para a sua população.

Em lugar de mínimos sociais, como no passado, cabe ao Estado assegurar proteção ao longo de todo o ciclo de vida, e garantir um padrão de bem-estar compatível e adequado ao desenvolvimento econômico e sua evolução. Logo, entende-se que não se aceita reduzir direitos a “pacotes”. Queremos cidadania plena.

Porém, a trajetória política do país se distanciou dessas insígnias, quando uma nova ordem conservadora quis reverter todas as conquistas do período de diminuição das desigualdades e de alargamento dos direitos sociais no mundo.

Como construir um novo Estado Social sobre as bases da solidariedade, da justiça social e da responsabilização coletiva pelos riscos individuais, em um momento de questionamento profundo do papel do Estado e de políticas públicas voltadas para reversão do quadro de desigualdades inerentes ao capitalismo?

No Brasil, a criação e a expansão do SUS nesses últimos 25 anos se deu justamente em meio a concepções distintas sobre o Estado Social.

De um lado, assentou-se em uma proposta abrangente de Seguridade, inscrita na Constituição de 1988, baseada em um desenho integrado e universalista de políticas sociais, e sustentado por intensa mobilização de atores políticos setoriais. De outro, iniciou-se nos anos 1990 em um contexto de predomínio de uma visão negativa do Estado; para se defrontar, a partir dos anos 2000, com uma retomada da valorização do Estado, mas sob um modelo de articulação entre o econômico e o social que confere pouco espaço às políticas sociais universais.

Mesmo em um cenário adverso, o SUS propiciou algumas mudanças importantes. Em primeiro lugar, houve a criação de uma estrutura de serviços descentralizada, calcada no desenho federalista, favorecendo a criação de uma base de apoio nos políticos e outros atores locais e regionais.

O processo de descentralização ocorreu sob progressiva redução da participação federal no financiamento, e maior assunção subnacional dos gastos, dos arranjos assistenciais, da gestão do mix público-privado e do padrão e extensão de cobertura.

Em segundo lugar, ocorreu uma expressiva expansão dos serviços de atenção básica em saúde no território nacional, propiciada por amplo consenso internacional e nacional em torno do tema, com repercussões positivas para o acesso e melhoria de alguns indicadores de saúde

da população. No entanto, pouco investimento de forte conteúdo tecnológico foi feito no período, e os serviços privados na área diagnóstica, terapêutica e hospitalar de alta complexidade se expandiram, principalmente nos maiores centros urbanos.

Assim, outro processo se alastrou: o da intensa participação privada na assistência à saúde, sob diversas formas: na oferta de serviços; na oferta de tecnologias de ponta para todo tipo de procedimentos médicos; na intermediação financeira no mercado de saúde; no estímulo à conformação de grandes grupos capitalistas na área, envolvendo serviços, finanças e indústria, de caráter multinacional.

Tal expansão privada contou com forte financiamento e subsídio estatal, o quê, em parte, explica um gasto privado maior que o público na área da saúde no Brasil e um mercado de saúde de natureza privada operando fora e dentro do SUS.

Na ótica da política, o crescimento desse segmento também pode ser explicado pelo caráter e sentido da ação estatal, em face dos numerosos incentivos e do modelo regulatório adotado no período do SUS. Além de implantada tardiamente (a partir de 1998/1999), a regulação estatal operada por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar tem servido mais à organização dos mercados e à (limitada) regulamentação de relações contratuais entre empresas e clientes, o que constitui atividade típica de qualquer Estado capitalista, sem que signifique a existência de um Estado Social.

A desmercantilização do acesso (via SUS pela gratuidade ou via planos pela isenção fiscal ilimitada),convive hoje com acelerada mercantilização da oferta (via expansão dos serviços privados, principalmente na área de maior densidade tecnológica) e com estímulo crescente à capitalização e formação de grandes conglomerados oligopolistas que englobam serviços, finanças e indústria, via crédito subsidiado e outras políticas de fomento.

Essa coexistência têm efeitos deletérios do ponto de vista da eficiência geral do sistema de saúde (tendência à incorporação tecnológica e custos crescentes, sob restrito controle; busca de lucros pelas empresas); e da equidade, visto que perpetua as desigualdades no acesso, utilização e qualidade dos serviços entre as pessoas, segundo sua capacidade de pagamento e de usufruto da atenção disponível nos distintos segmentos.

Tende ainda a colocar os serviços públicos em situação de complementaridade aos privados, nos casos de “clientes” que não interessam aos mercados (idosos, pessoas com doenças crônicas, ou que requerem tratamentos de alto custo).

Por tudo isso, novamente, em 2014, a sociedade brasileira se une, representada por seus diferentes movimentos sociais, entidades ligadas à reforma sanitária, trabalhadores, estudantes, professores e pesquisadores da área da saúde. Todos contra qualquer tipo de

distinção na atenção à saúde e tratamento de doenças. Afinal, saúde não pode ser entendida como mercadoria, apesar do setor ser um segmento importante das economias capitalistas.

Ao se estabelecer uma diferenciação no acesso a bens e serviços de saúde, de acordo com a capacidade de pagamento, fere-se o princípio da universalidade assegurado pela Constituição Federal, que renuncia a garantir benefícios específicos a cidadãos de diferentes classes sociais.

Permitir a volta a um padrão de atendimento estratificado em função da capacidade de pagamento é o retorno a um passado autoritário, desigual em sua essência e contra as políticas pró-cidadania que têm garantido conquistas importantes para o conjunto da sociedade brasileira nas últimas décadas.

Coibir qualquer diferenciação no âmbito do SUS é garantir vida à luta pelo acesso ao melhor padrão possível de uma série de serviços indispensáveis ao povo brasileiro.

Ainda com o objetivo de qualificar nosso conceito de democracia é hora de assegurar todos os direitos universais, sem discriminação e diferenciação de classe, para que consigamos evoluir a um padrão civilizatório digno dos melhores países do mundo desenvolvido.

Essa construção coletiva é de responsabilidade da sociedade e de todas as esferas do poder oficial. Executivo, legislativo e judiciário devem cuidar de cumprir e respeitar as leis maiores expressas na Carta de 1988.

Para o êxito dessa tarefa complexa é preciso ampliar a proteção social aos cidadãos brasileiros e não reduzi-la a ações focalizadas em "cidadãos" de segunda ou terceira classe. Faz-se necessário expandir o escopo do significado da palavra saúde. É preciso compreender que ao tratarmos de saúde, não nos referimos apenas a integridade física e mental e a ausência de doenças, mas nos provemos de um amplo conjunto de ações e direitos que nos remete ao conceito de bem estar descrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Bem estar é a evolução do sentido de saúde. É compatível ao que teorizamos como "felicidade". É saúde plena!

Não é mais possível reduzir saúde a questões pontuais, como infraestrutura, tecnologia ou contratação de profissionais. É fundamental refinar o olhar e perceber que saúde dialoga com acesso a moradia, saneamento, transporte, alimentação de qualidade e educação.

Não é mais possível fechar os olhos às relações entre meio ambiente e qualidade de vida. Por isso, é ingênuo pensar que as soluções para melhoria de serviços e gestão em saúde perpassam pela adoção de práticas privadas em ambientes públicos. Cada vez mais as discussões sobre direitos, democracia e desenvolvimento são transversais e sinergicamente integradas. O olhar setorial já não é considerado alternativo aos desafios contemporâneos das áreas sociais.

Estamos diante de uma nova realidade. Não será legitimando a contratação de serviços e pessoas, dentro de hospitais públicos, que enfrentaremos de modo efetivo e eficaz os desafios que estão colocados à sociedade, governos, trabalhadores e gestores da saúde.

A sociedade brasileira se depara, cotidianamente, com questões que não nos permite esquecer de nossa história secular de exclusão, desigualdade e injustiça. Vivemos um exercício diário e árduo de construção de uma verdadeira democracia, em detrimento da falta de oportunidades, cuidados e resíduos de um período em que brasileiros mais pobres e desprotegidos eram apenas seres à espera da cidadania. Não precisamos de mais diferenciação. Nossa sociedade precisa de mais igualdade.

Cabe a nós, mais uma vez, impedir a abertura de um precedente que põe em cheque o Sistema Único de Saúde, uma das maiores conquistas garantidas pelo povo brasileiro em sua histórica luta por direitos.

A construção de um SUS pobre para pobres deve ser vista como a inauguração de um processo de destruição de um direito fundamental: o acesso à saúde universal e igualitária.

Em nome dos direitos humanos, é imprescindível que o Estado brasileiro e seus governantes, nas diferentes esferas de poder, promovam a equidade e não a discriminação. Não podemos aceitar que a desigualdade seja legitimada.