

A individualização do direito à saúde: contributos a partir de um olhar analítico

Tiago Correia

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investigação e Estudos de Sociologia – Instituto Universitário de Lisboa (CIES-IUL), tiago.correia@iscte.pt

RESUMO: Este artigo de natureza ensaística procura contribuir para o desenvolvimento de argumentos já apresentados a respeito de reconfigurações ideológicas nas políticas de saúde. A partir de dimensões analíticas discute-se o espaço e implicações da individualização do direito à saúde no contexto de maior liberalização dos mercados e de maior exposição ao investimento privado lucrativo. A individualização do direito à saúde assume-se como contrária aos princípios éticos e morais consolidados entre os países ocidentais a partir da 2ª metade do séc. XX, em que o acesso aos cuidados passa gradualmente a estar dependente das condições individuais das famílias, não obstante o pagamento de impostos e outros seguros. Não só passa a existir espaço para formas desiguais de acesso ao direito à saúde, como o princípio da utilização racional que baseia esta reconfiguração é uma crença managerialista falaciosa e, em larga medida, irrealista. Esta discussão é ilustrada a partir de dados da OCDE, os quais demonstram tendências díspares a respeito desta dinâmica.

Palavras-chave: políticas de saúde, racionalização, liberalismo, co-pagamentos, individualização.

The individualization in the right to health care: exploring an analytic insight

ABSTRACT: This is an essay paper that aims at strengthening arguments presented elsewhere with regard to the ideological reconfiguration of health policies. From an analytical standpoint, it is discussed the extent to which the context of liberalization and growing dependency of for-profit private investments is leading to more individualized health care rights, while discussing its implications for the definition of public policies in the context of neo-liberalism. Individualized health care rights suggest different ethics and moral principles from those consolidated in the late 20th century among Western countries, as users are increasingly becoming more accountable to finance individually their access to health care besides other financing sources, either taxes or health insurances. Not only unequal conditions to access health care arise from this change, as the rational choice theory underpinning such reconfiguration in health policies remains a managerialist believe yet to be proven regarding its conceptual accuracy. This discussion is illustrated based on some OECD indicators, which highlight divergent patterns among countries in respect to the individualization of health rights.

Keywords: health policies, rationalization, liberalism, co-payments, individualization.

Introdução

Um dos primeiros ensinamentos da sociologia diz respeito à sua condição multiparadigmática. Mais do que falar em vantagens ou desvantagens, tal condição resulta da especificidade do seu objeto de estudo, o qual não se coaduna com o monoparadigma definidor de ciência encon-

trado, por exemplo, no conhecimento em saúde. Por isso, os tempos da ciência¹ – o tempo da “ciência normal” em que um paradigma é aperfeiçoado sem ser questionado; e o tempo da “revolução científica”, em que se procura um outro quadro rígido de pensamento considerado mais apto para compreender as observações do real – são me-

nos adaptados à cientificidade multiparadigmática da sociologia*.

A dificuldade em lidar com a presença simultânea de vários paradigmas manifesta-se não só na *prática* como na própria definição de *verdade* em ciência. Nestes termos, a sociologia pode ser designada como uma *ciência reflexiva*³, partindo do argumento de que todo o saber depende de condições sociais inerentes à sua produção. Não há, por isso, uma linha contínua no aperfeiçoamento da ciência, o qual requer um exigente trabalho de racionalização crítica sobre as necessárias opções que se tomam na produção do saber científico.

Embora este começo pareça alheado das políticas de saúde, na verdade constitui uma porta de entrada necessária para perceber os olhares que a sociologia produz sobre esse campo. Olhares analíticos traduzem, portanto, uma profunda escolha epistémica entre os posicionamentos possíveis[†]. Como resultado, não procuramos fazer uso da sociologia para legitimar dimensões normativas sobre o Estado ou as políticas. Porque a saúde é intrinsecamente um direito e, como tal, dependente de juízos de valor, o desafio passa por apresentar visões despidas de conotações, mesmo que estas possam servir opções políticas futuras. Portanto, mesmo que um dos fins da análise sociológica das políticas possa legitimar ideologias, encontramos mais riscos do que benefícios a nortear a prática científica desde logo para esse objetivo.

Esta praxis é tanto mais reforçada quanto maior o contacto próximo com políticas de saúde noutros países, sobretudo por se perceber que os debates, as preocupações e os medos dos cidadãos não são transversais, nem tão pouco perccionados da mesma forma. A complexidade torna-se ainda mais significativa quando se percebe que a não transversalidade ideológica é também encontrada no interior dos países e a respeito de questões centrais, como o papel do Estado (prestador ou regulador), dos investidores privados (atuação em mercados alargados ou seletivos) e das regras de mercado (livre concorrência ou regulação das condições de acesso).

Por esta razão, reiteramos que a emoção e a ideologia intrínsecas aos temas da saúde podem e devem ser contornadas com o propósito de um debate mais esclarecido e fundamentado sobre o tema. Muito é falado sobre as transformações das políticas de saúde no mundo ocidental

contemporâneo, embora menos se conheça além de debates mal fundados ou pouco esclarecidos.

Dito isto, o objetivo deste texto prende-se com uma profunda reconfiguração ideológica nas políticas de saúde, nomeadamente em torno da ideia da maior individualização do direito à saúde. Para tal, debate-se a evolução das políticas de saúde no mundo ocidental centrada na construção da saúde enquanto direito coletivo, explorando em seguida em que medida se legitima essa reconfiguração ideológica.

Metodologia

Este texto é de natureza ensaística e explora argumentos iniciados noutras reflexões⁵. Metodologicamente socorre-se de estatísticas descritivas aplicadas a indicadores da OCDE⁶ diretamente relacionados com a tese em discussão, nomeadamente os indicadores respeitantes à evolução global da despesa per capita em saúde e dos co-pagamentos das famílias de 2000-2008. Os países foram agrupados da seguinte forma: modelo serviço nacional de saúde – NHS – (Austrália, Canadá, Dinamarca, Finlândia, Nova Zelândia, Noruega, Suécia e Reino Unido), modelo de seguros sociais – SHI – (Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Luxemburgo, Holanda e Suíça); modelo de seguros privados – PHI – (EUA); e modelo do sul europeu – SM – (Grécia, Itália, Espanha e Portugal) (para esclarecimentos sobre as opções metodológicas remete-se para o texto original).

Da origem ao presente das políticas de saúde

Os problemas financeiros que os Estados vêm enfrentando, levando-os a regular mais e mais o setor da saúde, conduzem a três ideias erradas. A primeira é que a emergência das políticas de saúde ficou a dever-se, invariavelmente, à regulação estatal; a segunda é que a emergência das políticas de saúde teve por base dimensões éticas/morais; a terceira é que a emergência das políticas de saúde teve lugar após a 2ª Guerra Mundial.

Contam-se três formas embrionárias de políticas de saúde no mundo ocidental moderno⁷. A primeira encontra-se na Alemanha ainda no século XVIII, designada por ‘medicina de estado’, sendo este o exemplo mais claro de como um Estado alarga as suas competências de regulação, controlo e lugar de formação da medicina trazendo-a parcialmente para a esfera da regulação pública. Surgem os primeiros programas estatais de políticas médicas mesmo perante um forte corporativismo profissional, como a polícia médica para vigilância e controlo das populações. A segunda forma é a “medicina urbana” de fins do século XVIII em França, em que não é a noção de Estado que prevalece, mas as imposições de uma burguesia urbana cada vez mais influente para a gestão coletiva de espaços como cemitérios, esgotos ou caves. A medicina é chamada para identificar, agrupar, delimitar e vigiar as pragas. A terceira forma foi a “medicina força de trabalho” na segunda metade do século XIX em Inglaterra, quando a doença passa a estar associada aos grupos sociais desfavorecidos na era industrial. A medicina desempenha sobretudo uma função assistencial, como o controlo da vacinação e dos registos clíni-

* Sem ser nosso interesse aprofundar o debate sobre a filosofia da ciência e correndo mesmo o risco de trazer desalento àqueles que vêm o caminhar científico como um percurso que busca a verdade una e completa, importa deixar claro que, à luz de pensadores como Kant, Lakatos, Hanson ou Kuhn, a evolução do conhecimento científico é mais histórica do que universal; mais incomensurável do que cumulativa; mais estética, ideológica ou religiosa e, nesse sentido, herdada do que absoluta².

† Esta escolha insere-se na senda do racionalismo científico assente no distanciamento face ao imediato e no exercício de equidistância, demarcando-se dos pressupostos orientadores da teoria crítica, a qual inclui a doutrina política na produção do saber científico⁴.

cos da população pobre. Porventura, este é o ponto de viragem para a configuração das políticas de saúde tal como pensadas hoje em dia, em que se encontra uma tendencial sobreposição entre as categorias *doença, políticas médicas e políticas públicas*.

Em suma, perceber as políticas de saúde nas sociedades ocidentais exige que se entenda: (i) que, na sua base, esteve um processo de coletivização dos corpos, da saúde e da doença mais do que com dimensões éticas ou morais. Tratou-se sobretudo da regulação da doença, passando-a de problema invisível e individual a problema visível e público em contextos de expansão do mercantilismo europeu do século XVIII; (ii) o saber médico articula várias vocações ora dependentes ora independentes do Estado (vocação assistencial da população pobre; vocação da saúde pública no controlo e proteção dos trabalhadores; vocação liberal centrada nas leis de mercado)⁸.

Até à 2ª Guerra Mundial, o único sistema social moderno de políticas públicas para a saúde fora instituído por Bismarck, na Alemanha (2ª metade do século XIX). Ainda que não estejamos na posse dos elementos para reconstruir a História com a precisão necessária, a chamada previdência social esteve longe da ancoragem ética e da ideia de “bem comum”, “partilha” ou “solidariedade”, prendendo-se mais numa visão forte e centralizadora de Estado e de criação dos mecanismos necessários para a produção industrial e para a manutenção de coesão social perante contextos políticos e económicos conturbados.

A emergência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) britânico no rescaldo da 2ª Guerra Mundial foi em tudo diferente. Decorrente da necessidade generalizada de proteção dos direitos civis e políticos, associada à necessidade de construção de instâncias de governação verdadeiramente agregadoras, Lord Beveridge e seus seguidores pensaram uma visão do SNS impregnada da retórica em torno do “bem-comum”, da “partilha” e da “solidariedade” já consubstanciadas noutras normas internacionais, como a Constituição da Organização Mundial de Saúde de 1946. Mais importante: estava já institucionalizada a biomedicina sanitária que reivindicava para si o sucesso do diagnóstico e prognóstico da enfermidade reduzida à infecciolgia⁹.

O processo de alargamento internacional do SNS cristalizou ainda mais a sua dimensão ideológica assente no Estado solidário. O Estado não apenas garante a criação de um sistema de contribuições obrigatórias, como se propõe gerir esse dinheiro; regular a formação e/ou educação dos profissionais de saúde; prestar cuidados e proteger na doença. À partida, existe uma diferença inequívoca entre os modelos de Bismarck e Beveridge que acaba por justificar alguma da deturpação sobre o tema: quem assegura o cumprimento e o respeito pelo direito à saúde. No caso do primeiro, é tendencialmente uma articulação entre Estado, profissões de saúde e a própria sociedade civil (descrito na literatura anglo-saxónica como *network-based governance*). No segundo tende a haver uma figura de maior importância assumida pelo Estado na regulação e na prestação em saúde (designada por *state-based governance*).

Mesmo perante tais diferenças, e sem que o modelo Bismarck tenha emergido da valorização ética reconhecida no caso de Beveridge, hoje em dia não há qualquer clivagem ideológica significativa em relação ao direito à saúde, até porque as comparações internacionais demonstram uma relativa uniformização dos resultados em saúde entre os vários países¹⁰.

A discussão em torno da individualização do direito à saúde

Dando seguimento ao argumento anterior, os indicadores de saúde e de doença estão entre os mais utilizados nas comparações sobre o respeito dos direitos humanos e o grau de desenvolvimento humano dos países (e.g., taxa de mortalidade neonatal, esperança média de vida, causas de morte, número de profissionais de saúde por habitantes). A leitura mais imediata deste facto é que a saúde tornou-se reconhecida à escala mundial enquanto direito fundamental à vida, ou seja, enquanto direito de morrer o mais tardiamente possível e segundo causas consideradas naturais ou medicamente incuráveis. Pertence ao direito coletivo e generalizado porque as pessoas percebem que, em algum momento da sua vida, irão beneficiar da intervenção Estatal, quer financiando o sistema, quer prestando cuidados, quer apenas regulando o setor privado nessas funções.

O problema nestas análises é que cada país apresenta configurações únicas entre influências externas e condicionalismos internos, dificultando as comparações internacionais. Os países não partem dos mesmos pressupostos regulatórios; não partilham necessariamente os mesmos mecanismos de prestação e de financiamento dos cuidados; nem situam invariavelmente o lugar do Estado e do saber biomédico, mesmo que baseados nas mesmas dimensões éticas e morais de coletivização do direito à saúde. Como então perceber até que ponto se vive um contexto de transformação dos direitos na saúde? Como enquadrar a tendência de liberalização dos mercados no setor da saúde e quais as consequências sobre a coletivização da saúde entendida enquanto direito social?

É com esse propósito que se apresenta uma visão puramente analítica sobre várias dimensões associadas à saúde e que nos permitem perceber com maior acuidade científica os pressupostos quanto à possível individualização deste direito social.

Como explorado num outro texto⁵, esse argumento ganha consistência a partir da reconfiguração de grandes domínios sociais, tais como dinâmicas demográficas, económicas, associadas à natureza das doenças ou a aspetos relacionados com o financiamento no conhecimento médico. Genericamente, a quebra de crescimento económico, o envolvimento de investidores internacionais do mercado da saúde, a pressão para a infalibilidade da biomedicina cada vez mais tecnológica, o envelhecimento das populações, marcado também pelo predomínio de doenças crónicas e degenerativas, em que o investimento público estabiliza ou decresce por comparação ao investimento privado lucrativo, colocam

mais barreiras à generalidade e à universalidade dos sistemas de proteção na saúde, portanto, maior individualização quer na responsabilização do risco e na gestão da doença quer nas condições de acesso aos cuidados.

Associamos analiticamente um contexto de liberalização à individualização do direito à saúde, mas apenas quando constatadas mudanças naquelas esferas. Liberalização por si só não traduz a ausência de direitos sociais, mas políticas públicas mais circunscritas e, nesse sentido, menos universais¹¹; daí a necessidade de compreender transformações como aquelas que foram mencionadas. O desafio atual reside, portanto, em perceber *se* e *como* a compatibilização entre a liberalização e a manutenção dos direitos sociais poderá ter lugar. Se é verdade que nenhum país conseguiu atingir verdadeiramente níveis plenos na generalidade e na universalidade da prestação de cuidados, por outro lado, podem existir evidências que apontam para reconfigurações ideológicas em relação às premissas que estiveram na base do direito à saúde, as quais são sumariadas nos seguintes pontos:

- Decréscimo ou estagnação da prestação pública a par do aumento da prestação lucrativa privada;
- Decréscimo ou estagnação do investimento público em I&D em saúde a par do aumento do investimento privado;
- Relação público-privada concorrencial na prestação e financiamento da saúde;
- Crescente entrada de capitais estrangeiros no financiamento e na prestação de cuidados.

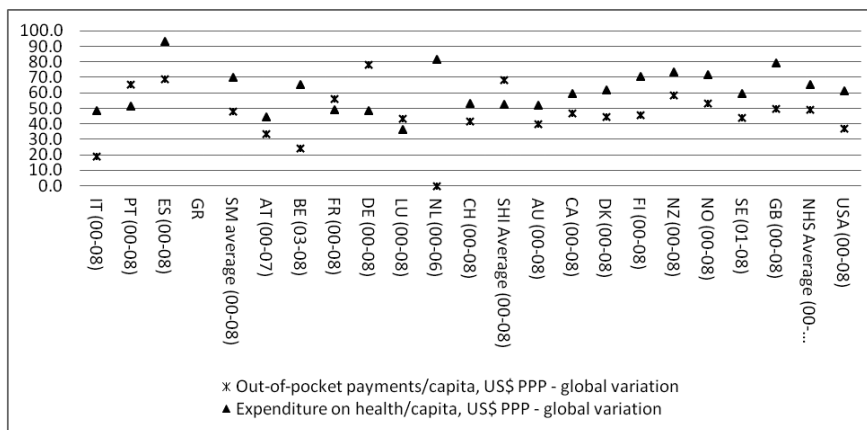
Como se percebe, o denominador comum nesta discussão prende-se com o crescente envolvimento do capital

privado e a consequente transformação, parcial ou total, do papel do Estado em torno da regulação. Ora, se está ainda por provar a capacidade efetiva que o Estado tem para regular o setor lucrativo privado, sobretudo o de escala internacional, por outro lado, países onde o Estado assume um papel mais regulador do que prestador os custos em saúde tendem a ser mais elevados, colocando maior pressão à capacidade individual de financiamento do acesso à saúde.

Sinais em torno da individualização do direito à saúde

Também conhecido por partilha de custos, os co-pagamentos exemplificam dimensões de um direito à saúde mais individualizado. O co-pagamento refere-se ao dinheiro pago pelas pessoas além dos impostos; seguros sociais obrigatórios ou seguros individuais voluntários entretanto pagos. Traduzem a transferência de parte da responsabilidade de financiamento das instituições públicas e privadas para os cidadãos associada a uma política de racionalização do prestador. Mas esta forma de racionalização tem implícita uma transformação profunda em relação aos princípios de solidariedade e de equidade no acesso à saúde garantida nos sistemas de proteção social aquando da consolidação das políticas de saúde no decorrer do século XX. Transferir o peso financeiro do prestador para o utilizador cria não só margem para desigualdades sociais – como garantir que não limitam o acesso à saúde? –, como visa a responsabilização deste pela utilização ‘racional’ dos serviços, não obstante o caráter absolutamente plástico ou mesmo incommensurável dessa definição.

Gráfico 1: Variação global dos co-pagamentos e da despesa total em saúde, 2000-2008



Fonte: Correia⁵ e ¹⁰

Da leitura do gráfico é possível traçar algumas conclusões. A primeira é a tendência generalizada de aumento do custo da saúde em todos os países da OCDE considerados (em especial, Espanha, Holanda e Reino Unido). Em termos agregados, o modelo do sul europeu foi o que registou maiores aumentos por comparação ao modelo NHS, de SHI e de PHI. A segunda grande conclusão é a

disparidade de situações existentes dentro de modelos tomados por homogêneos, o que é particularmente relevante entre os países do sul europeu (Itália, por comparação aos restantes) e entre os países SHI. Isto aponta para a necessidade de complexificar as análises indo além dos macrossistemas que pouco dizem sobre o efetivo desempenho dos sistemas de saúde. A terceira e principal con-

clusão prende-se com o maior aumento global dos co-pagamentos do que a despesa total em saúde. Independentemente destes dados não dizerem quanto as pessoas pagam a mais, a análise comparativa com a despesa total em saúde permite perceber a existência de casos em que as despesas individuais em saúde são mais elevadas do que o aumento do custo da saúde. Não está em causa uma variação proporcional, mas uma transferência gradual de parte da responsabilidade de financiamento da saúde para o utente. Em Portugal, esse aumento foi de 68%. França e Alemanha foram outros países onde esse aumento se registou.

O caso português acaba por assumir uma particularidade na comparação internacional: é o único país dotado de um sistema formal de SNS a exigir dos utentes um aumento de financiamento superior ao do aumento global dos gastos em saúde. Recuando na discussão, o modelo SNS distingue-se do modelo SHI pelo lugar de destaque que o Estado tem na prestação além da regulação da saúde, garantindo o financiamento e prestação de cuidados. Ora, estes dados significam que o Estado se tem demitido de desempenhar o papel de salvaguarda do acesso equitativo à saúde, enquanto direito coletivo, passando mais e mais a ser da responsabilidade individual dos utentes.

Considerações finais

Procurou-se discutir em que medida um contexto de liberalização pode traduzir a individualização do direito à saúde. Entre países da OCDE esta relação não é linear, já que nuns casos o aumento da despesa em saúde não é acompanhado por aumentos dos co-pagamentos; enquanto noutros, como Portugal, existem pistas que apontam nesse sentido. Transferir parte da responsabilidade de financiamento da saúde para os utentes constitui uma alteração profunda do direito à saúde, tal como foi consolidada após a 2ª metade do século XX. Não só não há forma de garantir a inexistência de barreiras no acesso à saúde mesmo os utentes pagando impostos e outros seguros, como o prin-

cípio da utilização racional que baseia esta medida é uma crença manageralista falaciosa e, em larga medida, irrealista.

Referências

1. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press; 1962. ISBN 0226458083
2. Lepeltier T. A filosofia das ciências? *Sciences Humaines*. 2006;176:54-7.
3. Bourdieu P. O poder simbólico. Lisboa: Difel; 1989. ISBN 9789722900140
4. Machado FL. Meio século de investigação sociológica em Portugal: uma interpretação empiricamente ilustrada. *Sociologia*. 2009;19:283-343. Portuguese
5. Correia T. Debating the comprehensive basis of Western healthcare systems in the light of neo-liberalism. *CIES e-Working Paper*. 2012;(124).
6. OCDE. 2011 OECD health data. Paris: OCDE; 2011.
7. Foucault M. La politique de santé au XVIIIe siècle. In Foucault M, editors. *Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*. Liège: Pierre Mardaga; 1979. p. 7-18.
8. Carapineiro G, Serra H, Correia T. Estado, medicina e políticas em Portugal: fluxos e refluxos de poder. In Alves F, Silva LF, Fontes B, Luz M, editors. *Saúde e sociedade*. Lisboa: Lidel; no prelo.
9. Porter D. *Health, civilization and the state: a history of public health from ancient to modern times*. London: Routledge; 1999. ISBN 978-0415200363
10. van der Zee J, Kroneman MW. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:94.
11. Sefton T. Distributive and redistributive policy. In Goodin RE, Moran M, Rein M, editors. *The Oxford handbook of public policy*. Oxford: Oxford University Press; 2008. p. 607-23. ISBN 9780199548453

Artigo recebido em 04.03.2013 e aprovado em 10.04.2013.