



O DIREITO À SAÚDE NA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS E AS PERSPECTIVAS DE ACESSO IGUALITÁRIO NAS REDES ASSISTENCIAIS PÚBLICAS E PRIVADAS

Nádia Regina da Silva Pinto*

Resumo:

A pandemia do coronavírus no Brasil e no auge da crise da velocidade de transmissão do vírus, evitar a disseminação acelerada é estabelecer o compromisso das políticas públicas com a vida humana no bojo do eminente colapso do Sistema de Saúde Brasileiro, incluindo as redes públicas e privadas. O objetivo foi analisar, por meio de revisão assistemática da literatura, as informações sobre as ações e serviços de saúde no Brasil quanto à evolução dos efeitos da garantia formal de acesso como direito constitucional e quando é concebida como um bem adquirido pelo mercado de planos e seguros privados.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Políticas Públicas; Pandemia; Coronavírus

THE RIGHT TO HEALTH IN THE CORONAVIRUS PANDEMIC AND THE PROSPECTS FOR EQUAL ACCESS IN PUBLIC AND PRIVATE HEALTH CARE NETWORKS.

Abstract:

The coronavirus pandemic in Brazil and at the height of the virus transmission speed crisis, avoid accelerated spread is to establish the commitment of public policies to human life in the midst of the imminent collapse of the Brazilian Health System, including public and private networks. The objective was to analyze, by means of an unsystematic literature review, information about health actions and services in Brazil regarding the evolution of the effects of the formal guarantee of access as a constitutional right and when it is conceived as a good acquired by the plans and services market. private insurance.

Keywords: Health's right; Public policy; Pandemic; Coronavirus

INTRODUÇÃO

A pandemia do coronavírus veio estabelecer os limites entre a vida e a morte, colocando em destaque o direito à saúde como tratamento das questões suscitadas pela

* Mestranda em Direito e Políticas Públicas da UNIRIO. Doutora em Saúde Coletiva pela UERJ (2015). Mestre em Enfermagem pela UERJ (2011). Especialista em regulação de saúde suplementar da ANS desde 2006. E-mail: nadiaspinto@gmail.com.



anunciação de uma antiga crise instalada pela iniquidade de acesso aos bens e serviços da saúde.

No contexto da atual pandemia, o objetivo deste estudo foi analisar, por meio de uma revisão assistemática da literatura científica, as informações publicadas sobre as ações e serviços de saúde no sistema de saúde brasileiro, quanto à evolução dos efeitos da garantia formal de acesso como direito constitucional e quando é concebida como um bem adquirido pelo mercado de planos e seguros privados. Foi concedida ênfase na discussão sobre a suposta proteção entendida muitas vezes como acesso facilitado pela contratação de planos privados de saúde, assim como é destacada a compreensão de problemas advindos do modelo assistencial hospitalocêntrico.

A consolidação da saúde brasileira como política ocorreu após a Segunda Guerra Mundial com o advento do “Estado de Bem-estar Social” e dos sistemas de saúde na Europa e nos Estados Unidos. Anteriormente a esse período, a saúde apresentava uma expressão muito setorial e não tinha a importância econômica que veio a adquirir com a era de ouro do capitalismo e o advento do sistema de bem-estar social (ELIAS, 2008).

A reforma sanitária brasileira ocorreu tardiamente, considerando que seu apogeu se deu no declínio das concepções socialistas ou de Estado de bem estar em todo o mundo. Enquanto se estabelecia mundialmente o neo-reformismo liberal, constituía-se no Brasil um sistema de saúde público, incapaz de assegurar a eficiência e a equidade ao sistema de saúde (CAMPOS, 2006).

O Brasil é uma das nações que não participaram da Revolução Industrial e, portanto, nessa época de auge das grandes potências industriais, principalmente as da Europa e dos Estados Unidos, o Brasil apresentava condições próximas às do século XVII, ou seja, quando a maioria da população apenas sobrevivia na zona rural, com produção suficiente para satisfazer suas necessidades e com o pequeno excedente sendo oferecido às populações urbanizadas (JATENE, 2007).

Quando ocorreu o desenvolvimento industrial das nações que não participaram da Revolução Industrial, foram predominantes a produção de produtos de alimentação e a de vestuário mais simples. Após o término da Segunda Guerra Mundial, especialmente a partir dos anos de 1950 e, em particular, durante o governo de Juscelino Kubitschek, buscou-se compensar o atraso industrial brasileiro através do Plano de Metas. Os investimentos



financiados externamente tinham objetivos materiais, como obras de infraestrutura, construção de Brasília, implantação de indústrias automobilísticas e navais, redes de transportes, e, sobretudo, construção de rodovias, não havendo prioridade para a realização de investimentos destinados a atender às necessidades da população, como educação, saúde e segurança, entre outras (JATENE, 2007).

No período de 1950 a 1980, o seguro social do Brasil tinha a opção preferencial por terceirizar, em contraposição a uma prestação direta de atenção à saúde da população. Tal prática tornou-se o principal elemento propulsor da dinâmica dos prestadores privados de serviços de saúde, além de outros elementos propulsores, tal como a presença de um mercado de desembolso direto para serviços privados de saúde (ANDREAZZI; KORNIS, 2003).

Com o passar do tempo, os proprietários de casas de saúde defendiam a posição de que o Estado não deveria competir com o ramo da medicina privada, concebendo o pretérito dever estatal às doações e aos empréstimos a juros baixos, para que os empresários criassem uma grande rede de clínicas e hospitais, os quais ofertariam seus serviços à população, aos institutos de aposentadoria e pensão e ao próprio governo (BERTOLLI FILHO, 2004).

Passaram a surgir as dificuldades de gerenciamento dos institutos de aposentadoria e pensão, agravadas pelo volume de queixas de trabalhadores, além da evidência escandalosa de privilégios políticos e benefícios para grupos privados prestadores de serviços médico-hospitalares, fazendo com que o Estado brasileiro tentasse organizar as administrações e os serviços oferecidos pelas agências previdenciárias (BERTOLLI FILHO, 2004).

Como efeito, em 1960 o governo federal brasileiro sancionou a Lei Orgânica da Previdência Social, cuja principal medida estabelecida foi a uniformização das contribuições a serem pagas pelos trabalhadores para o instituto a que estivessem filiados. Antes dessa Lei, cada órgão tinha autonomia para cobrança de percentuais diferentes dos demais; com a nova legislação, todos os segurados passaram a contribuir com 8% de seu salário para a previdência, à qual os empregadores e o governo federal pagariam idêntico valor. Tal medida, no entanto, não garantiu o equilíbrio financeiro e a melhoria dos serviços prestados pelos institutos (BERTOLLI FILHO, 2004).

No período da ditadura militar (de 01/04/1964 até 15/03/1985) não existia o Sistema Único de Saúde. O INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência



Social) foi criado em 1974 pelo governo federal, e apenas tinha direito à assistência à saúde quem contribuía com a Previdência Social. Os demais eram considerados indigentes e atendidos apenas em serviços filantrópicos (GARCIA, 2018).

A partir dos anos 80, trabalhos pioneiros apontaram o desenvolvimento de um mercado de plano de seguros privados de saúde, paralelo à própria terceirização do seguro social, que era processado através das empresas médicas de pré-pagamento (ANDREAZZI; KORNIS, 2003).

Em 1985, no período da instalação da Nova República já no governo do presidente José Sarney, foram implementadas políticas de Estado mais comprometidas com a utopia da construção de uma sociedade mais democrática, destacando-se o encaminhamento para uma nova Carta Constitucional brasileira, além dos benefícios sociais do Plano Cruzado (1986), somados às pressões reformistas para reestruturação do Estado brasileiro (KORNIS; WARGAS, 1997).

A Constituição de 1988 representou grandes avanços na saúde, que passou a ser considerada universal a partir da criação do Sistema Único de Saúde, embora persistissem grandes dificuldades de acesso igualitário, não revelando a satisfação plena a todas as demandas populacionais trazidas pelas mazelas das desigualdades sociais e econômicas nas diferentes regiões brasileiras. Dessa forma, a gravidade trazida pela pandemia do coronavírus traz novos desafios por chamar atenção do que sempre foi um descaso em termos de políticas públicas – o acesso desigual aos serviços públicos e privados na saúde; a falta de leitos para internações eletivas e de alta complexidade; de ventiladores mecânicos; de medicamentos; de profissionais de saúde intensivistas e generalistas e de uma política de recursos humanos voltada para valorização e ascensão na carreira pública da saúde; de insumos básicos hospitalares, e de programas de educação em saúde de caráter permanente antes da instalação dos sinais e sintomas das doenças.

As disparidades econômicas e sociais brasileiras colocam diversos segmentos em desvantagem social, onde o Estado através de suas políticas públicas deveria reduzir o nível de marginalidade das combinações de diversos marcadores sociais que violam majoritariamente os direitos individuais e coletivos.



1 A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988, no artigo 198, na contemplação da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 1990, estabelece que o Sistema Único de Saúde (SUS), é organizado segundo algumas diretrizes básicas e essenciais, tais como: a descentralização; o atendimento integral; a resolutividade; a gratuidade e a participação da comunidade. A criação do SUS, que teve como motivação básica atender às necessidades e aos anseios da população, representou um avanço especialmente pelos seus princípios de organização que se traduzem em garantia formal – extensiva a toda a população – de acesso aos serviços de saúde; participação dos cidadãos no processo de formulação de políticas de saúde e controle da execução destas (FIGUEIREDO, 2005).

Na década de 90, ao contrário das anteriores ocorreu um período de desaceleração do conjunto dos estabelecimentos de saúde, tanto públicos quanto privados, na qual os ajustes no número de estabelecimentos, leitos e a redução das médias de permanência observadas também refletem mudanças nas técnicas de prestação de serviços hospitalares, seja de produto, seja de processos. Conforme dados referenciados do IBGE, uma pequena parcela dos hospitais privados foi fechada entre 1992 e 1999, ao lado de uma reengenharia redutora de leitos, uma vez que mais de 10% da capacidade instalada em 1992 foram desativados, basicamente no segmento lucrativo, o que pode ser atribuído não somente à redução de financiamento público para seu custeio, através da contenção de repasses do SUS para compra de serviços, mas também a todo um movimento de desospitalização de doenças crônicas, tais como as psiquiátricas (ANDREAZZI; KORNIS, 2003).

No Brasil, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das exigências instituídas no art. 196 pela Constituição de 1988 para a equidade desejada, baseada no preceito de que a saúde é um direito de todos. As políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes (COHN *et al.*, 2006).

As condições de vida em determinados espaços geográficos, assim como a posição social ocupada por classes sociais e ocupacionais, incluindo a escolaridade, são poderosos



determinantes do estado de saúde das populações, atuando não só sobre o perfil de morbidade e mortalidade, como também sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde (BARATA, 2009).

O acesso, diagnóstico e tratamento, da pessoa doente está condicionado à oferta do serviço público ou privado, dependente ou não de agenda médica; do deslocamento até o prestador de serviços; do tipo de cobertura contratual do plano de saúde; da gravidade classificada no atendimento; da verificação de risco de morte; do quadro clínico doloroso ou não; da patologia; entre outras situações (PINTO, 2011).

Na rede privada de saúde existem problemas similares referentes ao acesso como os que ocorrem no sistema público, uma vez que não há valorização da atenção básica aos seus pacientes, e seus segurados também encontram dificuldades para atendimento, tais como atraso na marcação de exames e consultas, o que provoca filas, falta de médicos pediatras e clínicos nos hospitais privados, tendo em vista que estas são as duas especialidades com pior remuneração pelos planos (PINHEIRO, 2009).

A mistura das demandas de atendimento eletivo e de nível de atenção primária nos postos de urgência e emergência – tanto nos hospitais públicos quanto nos privados – vem se tornando comum, o que exige cada vez mais a necessidade da regulação dos atendimentos, a partir de consultas de triagem, a fim de direcionar a organização do serviço e a satisfação do usuário, evitando filas e superlotações desnecessárias.

A saúde suplementar apresenta um problema em comum com a saúde pública: não redireciona as demandas de atenção hospitalar que lotam as emergências privadas para atenção básica primária em saúde. Os planos restringem a entrada de novos médicos que atendem em consultório para privilegiar o atendimento em sua própria rede, ao invés de investirem na atenção básica. Ocorre problema estratégico das operadoras de planos de saúde, semelhante ao cometido pelos gestores da saúde pública, destacando-se a superlotação típica de hospitais públicos, oriunda da não ênfase da atenção básica das consultas (PINHEIRO, 2009).

2 A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS





O novo coronavírus “Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2” (SARS-CoV-2) surgiu no final de 2019 em Wuhan, província de Hubei, na China, e disseminou-se pelos demais continentes, tornando-se uma pandemia (CHATE *et al.*, 2020).

Os primeiros casos na China tiveram associação com os mercados locais de comida, que vendiam animais vivos, onde a maior parte dos pacientes havia estado a trabalho ou em visita. Posteriormente, a disseminação acelerou-se por transmissão entre pessoas por via respiratória ou após o contato em superfícies contaminadas e, em seguida, nos olhos, no nariz ou na boca (CHATE *et al.*, 2020).

A pandemia do novo coronavírus tem capacidade de disseminação geométrica, grande impacto socioeconômico mundial e taxas de letalidade, que aparentemente baixas no contexto global, parecem ser bastante elevadas entre idosos (CORREIA; RAMOS; BATHEN, 2020).

O quadro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, variando de um simples resfriado até uma pneumonia grave, podendo incluir problemas respiratórios leves e febre persistente, em média de 5 a 6 dias após a infecção (LIMA, 2020).

A partir de estudo de 55.924 de casos confirmados de infecção causada pelo coronavírus, a “WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease (2019)” descreveu os sinais e sintomas mais comuns: febre (87,9%); tosse seca (67,7%); fadiga (38,1%); produção de escarro (33,4%); dispneia (18,6%); dor de garganta (13,9%); cefaleia (13,6%); mialgia ou artralgia (14,8%); calafrios (11,4%); náuseas ou vômitos (5%); congestão nasal (4,8%); diarreia (3,7%); hemoptise (0,9%); e congestão conjuntival (0,8%) (LIMA, 2020).

Vários aspectos clínicos e epidemiológicos dessa doença ainda não foram esclarecidos, mas registra-se alta gravidade clínica associada à alta taxa de letalidade, podendo ser comparada às epidemias severas da história, como a epidemia de influenza de 1918 (FREITAS; NAPIMOGA; DONALISIO, 2020).

O diagnóstico pode ser feito através da identificação do coronavírus nas secreções respiratórias, a fim de diferenciá-lo de bactérias e outros vírus, como: sincicial; influenza; parainfluenza; adenovírus e metapneumovírus, os quais são causas frequentes de infecção das vias respiratórias inferiores de crianças e têm apresentação clínica semelhante ao COVID-19 (CARLOTTI *et al.*, 2020).



O vírus COVID-19 que causa infecção respiratória aguda é composto de RNA, cujas proteínas podem promover um ataque coordenado na molécula heme na cadeia 1-beta da hemoglobina para dissociar o ferro a fim de formar a porfirina. Como efeito, esse ataque causaria cada vez menos hemoglobina hábil a transportar oxigênio e dióxido de carbono. Desse modo, as células pulmonares sofreriam reação inflamatória intensa, conseqüente à incapacidade de trocar dióxido de carbono por oxigênio com regularidade. Na validação desses achados, a medicação cloroquina poderia impedir que as proteínas orf1ab, ORF3a e ORF10 do vírus COVID-19 atacassem o heme para formar a porfirina, inibir a ligação de ORF8 e glicoproteínas de superfície às porfirinas e aliviar os sintomas de desconforto respiratório. Todavia, em razão dos efeitos colaterais e reações alérgicas a medicamentos como a cloroquina, seu uso deve ser recomendado pelo médico, considerando que o efeito terapêutico esperado em diferentes pessoas pode ser diferente (WENZHONG; HUALAN, 2020).

Em paralelo, estudos contrários criticam as informações de que a cloroquina seria, efetivamente, asseguradora do alívio dos sintomas respiratórios causados pelo coronavírus, considerando a falta de evidências científicas nas especulações empíricas baseadas em experimentos computacionais como os trazidos por Wenzhong e Hualan (2020), os quais apresentam várias falhas não somente no método científico utilizado, como também nas hipóteses refutadas por avidez de justificativa de natureza biológico-molecular na explicação fisiopatológica apresentada para as proteínas virais do COVID-19, em relação à atuação antagonista hematológica (READ, 2020).

O que se requer como adequado é identificação, isolamento, diagnóstico e tratamento precoces. Ao lidar com um caso de suspeita de infecção pelo vírus COVID-19, o paciente deve ser mantido em um quarto individual, com todas as precauções para prevenir e controlar infecções antes da confirmação laboratorial. Casos leves devem ser tratados com medicação de alívio sintomático, de preferência paracetamol ou dipirona, para controlar a febre (CARLOTTI *et al.*, 2020).

3 A ACESSIBILIDADE À REDE DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE À LUZ DAS DUAS LÓGICAS DISTINTAS DA ATUAÇÃO ESTATAL





A revelação da necessidade humana de buscar ajuda no sistema público e/ou privado de saúde é traduzida pelo surgimento de um sinal ou sintoma de uma doença, colocando a busca individual norteada pelo aspecto preventivo em segundo plano.

O acesso referente à distribuição espacial dos equipamentos e serviços é a primeira condição para viabilizar a utilização dos recursos pelos usuários e, certamente, é um elemento fundamental contido no princípio linear de que a oferta produz a demanda (COHN *et al.*, 2006).

O acesso é um critério importante para avaliação das políticas públicas implementadas e não pode ser desconsiderado pelos gestores públicos da saúde, a fim de que estes não se eximam de suas responsabilidades e esforços para tentar conformar a demanda com o necessário atendimento da população em todos os níveis de complexidade.

A distância ou a proximidade entre o local da residência do usuário e o local da prestação do serviço orienta a distribuição dos recursos e a ampliação da rede de unidades de serviços de assistência médica. O acesso deveria ser a base concreta para a viabilização do princípio da articulação funcional que sustenta a concepção de hierarquização da demanda pelos serviços de saúde, para a regionalização e a descentralização que a Constituição impõe. Essa concepção se pauta na acessibilidade do usuário ao serviço como mecanismo básico para que, de fato, as propostas se traduzam em resultados observáveis e mensuráveis (COHN *et al.*, 2006).

A falta de resultados observáveis e mensuráveis sobre o acesso da população aos serviços de saúde caracteriza as discontinuidades entre as gestões públicas, as quais dificultam as análises da própria administração a fim de melhorar a distribuição dos recursos para investimento na saúde nas áreas mais carentes de assistência médica e hospitalar.

Deve haver uma mudança na concepção de que a área da saúde é despesa, a qual deveria ser entendida como investimento planejado em cada mandato de governo, levando-se em conta que cada gestão deveria honrar o compromisso de ampliar com qualidade o acesso aos serviços da saúde.

O Estado, através da formulação de políticas de viabilidade, tem como função garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde. Em contrapartida, a utilização efetiva realizada pela população é função do confronto que se estabelece entre os recursos



oferecidos e a demanda conformada (COHN *et al.*, 2006).

As políticas de viabilidade de acesso aos serviços públicos de saúde, além de serem incapazes de conformar toda a demanda populacional na pandemia do coronavírus, ganharam destaque na mídia com a inauguração progressiva dos hospitais de campanha para tentar suprir a carência de vagas em leitos hospitalares – especialmente aquelas vagas relacionadas aos centros de terapia de maior complexidade voltados para o cuidado humano intensivo.

De outro lado, ao mesmo tempo em que se deva reconhecer o esforço do Poder Público no sentido de mudar o cenário da crise assistencial de acesso aos serviços hospitalares na pandemia do coronavírus, pode-se inferir que a medida de providenciar hospitais de campanha somente durante a crise demonstra a falta de planejamento estratégico na área de saúde, ao propiciar ferramentas e insumos especiais no momento da crise já estar instalada.

No Brasil, as diferentes formulações das políticas de saúde, ao considerarem a existência de uma rede sempre insuficiente para uma demanda cada vez maior e mais diversificada, vêm apresentando, reiteradamente, o critério de acesso como pressuposto da disponibilidade de serviços para prover o necessário atendimento às populações carentes (COHN *et al.*, 2006).

A pandemia do coronavírus veio evidenciar as falhas dessa rede insuficiente de acesso num sistema público de saúde reconhecidamente deficitário, por longas décadas, incapaz de atender a integralidade e o cuidado assistencial merecidos tanto para os casos suspeitos, quanto para os casos confirmados de diagnóstico médico de coronavírus.

O diagnóstico médico impreciso no início da doença, seja por falta de preparo médico, seja por falta de testes diagnósticos, é um divisor de águas entre o melhor ou o pior prognóstico da evolução do vírus COVID-19 no ser humano. Este vírus, se associado às comorbidades como diabetes mellitus, cardiopatias e demais doenças crônicas, pode levar à morte como o desfecho mais trágico, acompanhado de dor, sofrimento e luto devastador nas famílias.

São inúmeras as desigualdades em que se desdobra a qualidade de vida nas diferentes regiões do país, conforme a concentração demográfica e os níveis de renda correspondentes, onde o critério de acesso faz parte intrínseca do modelo paradigmático da regionalização e hierarquização do binômio demanda/atendimento, prevalecente no ideário da saúde pública, introduzido no país nos anos 20 (COHN *et al.*, 2006).



Além dos fatores de morbidade preexistentes e da idade avançada da população, as disparidades sociais e econômicas são outros condicionantes que agravam a crise de acesso aos serviços de saúde na pandemia do coronavírus, exigindo medidas enérgicas do Poder Público, voltadas não somente para o confinamento social, mas também para a educação em saúde na higienização e asseio pessoais, por meio de ações em campanhas regulares, visitas de agentes comunitários às residências, parcerias público-privadas e outras medidas preventivas, como o uso de máscaras, gorro, óculos, luvas e álcool gel.

A acessibilidade leva em conta a disponibilidade dos serviços não só segundo a proximidade, mas também de acordo com o grau de morbidade da demanda. O atendimento planejado supõe uma demanda hierarquizada por diferentes tipos de serviços, desde os mais simples até os mais tecnologicamente complexos. O modelo projetado pelas políticas de saúde no Brasil tinha por objetivo a montagem de um cenário a ser articulado pelas ações das instâncias governamentais regionais, predominantemente pelas secretarias de saúde dos estados e municípios. Contudo, por interferência, sobretudo das políticas previdenciárias de nível federal, o cenário pretendido se torna mais complexo, modificando papéis e gerando modos diferenciados de utilização por parte daqueles que conformam à demanda (COHN *et al.*, 2006).

Muito embora existam evidências empíricas de que o Estado não consegue ser o provedor completo para resolver todos os problemas de saúde de forma isonômica, falta responsabilização no controle interno e externo para instituir ou manter uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada no Sistema Único de Saúde, nas diferentes gestões dos governos que se sucederam ao longo da história.

Hoje, o dever do Estado no sentido de garantir a saúde para todos se configura nos termos dos artigos 197 e 199, parágrafo primeiro, da Constituição, na regulamentação, na fiscalização e no controle de um sistema único constituído por uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada por ações e serviços públicos, em parceria “de forma complementar” com instituições privadas (COHN *et al.*, 2006).

As relações público-privadas ficam restritas às denúncias, na sua grande maioria, pela parte mais vulnerável: os usuários que estão pagando uma suposta assistência privada, os quais durante a crise na pandemia do coronavírus podem estar enfrentando negativas de cobertura e superlotando o atendimento público de saúde, concomitantemente aos usuários



exclusivamente dependentes do Sistema Único de Saúde.

O acesso e a resolutividade dos problemas de saúde encontrados devem ser efetivos nos dois sistemas de saúde, tanto no público quanto no privado, mas o mercado de planos de saúde oferece um acesso muitas vezes enganoso e não resolutivo na maioria dos casos, não respondendo às necessidades ou respondendo de forma restrita. Eis aí, particularmente no sistema privado, a grande dificuldade de conciliar a segmentação contratual de um plano de saúde com um tratamento integral e resolutivo, residindo a importância de valorizar a atenção primária de base comunitária para garantia de acesso responsável do paciente aos dois sistemas de saúde. A questão do acesso à rede de serviços na saúde suplementar também pode estar comprometida, principalmente, quanto à má-fé contratual traduzida por abusividades, tais como: negativas injustificadas de coberturas contratuais; excesso de burocratizações; “glosas” por parte das operadoras nos procedimentos realizados pelos prestadores médicos; marcações tardias de consultas, exames, cirurgias, entre outras dificuldades.

A implantação do sistema de saúde público e universal, bem como o estabelecimento de uma política regulatória da assistência privada ocorreram de forma independente, envolvendo atores privados e agências governamentais distintas. Semelhante aspecto significou que essa regulação não se deu no sentido de definir a inserção de mecanismos de mercado na estrutura da assistência de responsabilidade estatal e de caráter universal, mas na intenção de consolidar o sistema privado de forma independente do sistema público (MENICUCCI, 2007).

As formas de acesso, financiamento e produção das ações e dos serviços de saúde são radicalmente distintas, quando se compara o setor público ao setor privado, existindo regras de atuação desarticuladas entre o Poder Público e o mercado privado de planos de saúde (MENICUCCI, 2007).

De um lado, a atuação estatal se dá no sentido de garantir o acesso universal às ações e aos serviços de saúde como elemento que integra a noção de direito à saúde. Em paralelo, a política de saúde passa, formalmente, a incorporar a assistência privada ao escopo da intervenção governamental, na forma de regulação do mercado privado de assistência, com vistas a desenvolver este mercado, garantindo os direitos do consumidor. Dessa forma, a própria política consagra e legitima o caráter dual da assistência. Sob tal perspectiva, a ação governamental orienta-se por duas lógicas distintas, destacando-se a assistência à saúde como



um direito de cidadania – que traz implícitas as ideias de universalidade e igualdade – e aquela apresentada como um bem oferecido e adquirido em um mercado que, por sua vez, remete à diferenciação por segmentos e produtos, definida com base no poder de compra ou em condições privilegiadas de acesso ao consumo de serviços de saúde (MENICUCCI, 2007).

A atuação do Estado, embora importante, fundamenta-se em uma perspectiva de proteção aos consumidores desse mercado privado, enquanto o SUS passa a ser o provedor direto da prestação de serviços na saúde, ainda que contrate serviços na rede privada para assegurar o amparo complementar da assistência pública e universal como direito de cidadania expressa na Constituição brasileira.

No âmbito da regulação dos planos de saúde, o Estado configura o papel de fiscalização das ações e serviços prestados; não constitui provedor direto da assistência à saúde, mas opera, essencialmente, na regulamentação das regras de atuação específica e de observação obrigatória pelo segmento privado.

A política de regulamentação da ANS tem sido a de reforçar o polo com menor capacidade de reação e negociação no sistema – o usuário de planos individuais – preservando seus direitos, mas tem o poder de estabelecer obrigações aos consumidores, como carências, prazos e limites, responsabilidade na declaração de saúde, entre outras (MONTONE, 2009).

De outro lado, as limitações e contradições da atuação estatal na regulação da saúde suplementar devem ser vistas como grandes desafios a serem enfrentados pelo Ministério da Saúde, demandando uma abordagem mais integrada da política de saúde, que transcenda o insulamento administrativo, diante das distorções estruturais nas relações público-privadas em saúde, e esteja orientada, principalmente, pela lógica do direito e da justiça social (MACHADO, 2007).

Desse modo, a atuação estatal é processada por lógicas, estratégias e lugares institucionais diferenciados, sedimentando a fragmentação na condução da política nacional de saúde, quando o assunto é a atuação do Estado na relação pública e privada. Retrata-se a existência de um mercado de planos e seguros de saúde que envolve milhões de usuários, e também a segmentação entre dois subsistemas, o SUS e a assistência médica suplementar, complementando a ideia das lógicas distintas da atuação estatal (MACHADO, 2007).

4 ABORDAGEM METODOLÓGICA





A abordagem metodológica utilizada foi a qualitativa, tratando-se de revisão assistemática de narrativa. A busca na literatura científica foi realizada a partir de bases de dados eletrônicas da plataforma SCIELO, LILACS, BVS, dentre outras fontes de pesquisa eletrônicas não indexadas e não eletrônicas, tendo sido selecionados estudos publicados nas duas últimas décadas, utilizando-se como palavras-chaves os seguintes descritores e suas combinações: pandemia; coronavírus; plano de saúde; sistema de saúde; acesso aos cuidados de saúde; Sistema Único de Saúde - SUS; saúde suplementar; e direito a saúde. Procedeu-se à análise documental da literatura científica selecionada, com foco na relação pública e privada pertinente ao Sistema de Saúde Brasileiro no contexto da pandemia do coronavírus.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo apontou a dicotomia entre acesso às ações e aos serviços de saúde, consequente às dificuldades inerentes ao modelo de atenção assistencial hospitalocêntrico, comum no âmbito público e privado do sistema de saúde brasileiro. Esse aspecto acaba retratando a desigualdade de um sistema público e universal excludente, no qual, embora seja reconhecida a ampliação de acesso através do SUS a partir de direitos constitucionais de 1988, são inúmeras as restrições que persistem, particularmente pelo acesso diferenciado com avidez de equidade e resolutividade, ambas comprometidas.

A coexistência dos sistemas de saúde público e privado, que configuram formas diferenciadas de acesso no Brasil, é uma característica da política de saúde brasileira, ressaltada pelo modelo de regulação que executa políticas de governo, monitorando serviços contratados prestados ao público, tratando das preocupações das partes interessadas, e equilibrando o cenário circunscrito entre os entes envolvidos.

A utilização dos serviços de saúde pela população como afirmação de uma política pública inclusiva e justa depende do acesso como primeira condição; para transformar a realidade social é preciso antecipar-se aos conflitos, na prática. A procura pelo serviço é orientada a partir da oferta dos sistemas de saúde, por encaminhamento do profissional



médico, por prioridade da gravidade da demanda, e quando é diretamente procurado pelo paciente, de acordo com as necessidades individuais e coletivas.

O baixo acesso aos serviços vigora no modelo de atenção hospitalocêntrico, e o sistema de saúde público através do SUS adquire ampliação da cobertura ambulatorial na rede de base comunitária. A triagem e consulta dos primeiros sintomas com a premissa da detecção precoce assume perspectiva maior de garantia de acesso ao tratamento. Embora existam muitas pessoas que carecem de acesso ao tratamento de saúde necessário, é indiscutível que a demanda e frequência da necessidade de atendimento é alta, levando-se em conta o baixo orçamento e o pouco recurso financeiro disponíveis.

A universalidade de acesso a todos os serviços de saúde é ainda um grande desafio de consolidação para plena garantia constitucional. O atendimento resolutivo das necessidades de saúde pode ser solucionado seja nas unidades mais básicas, seja por meio de agentes comunitários, enfatizando-se as medidas preventivas e o aperfeiçoamento das estratégias do programa de saúde da família, na medida em que seja possível resolver mais situações na atenção básica, contribuindo para o direcionamento e o reordenamento especializado para as demandas específicas e prioritárias, assim como as de urgência e emergência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde é universal e merece maior atenção das políticas públicas, especialmente neste momento de incertezas perante a ausência de um tratamento específico no enfrentamento da pandemia do coronavírus.

No auge desta pandemia, a busca por adesão ao tratamento também é uma questão importante, uma vez que o acesso, quando ocorre, não garante que se solucionem os problemas de saúde, pois o paciente também deve ser o protagonista do seu processo de saúde e doença, tendo cuidado com suas ações para não dispersar coletivamente o vírus COVID-19. No entanto, aderir ao tratamento não depende exclusivamente de determinismo e vontade do paciente, que pode estar resignado às suas particularidades sociais e econômicas que o impedem não só de conseguir a medicação prescrita, mas de alimentar-se de todas as suas refeições diárias, de estar incluído socialmente, e não marginalizado sem emprego.



A desvalorização da atenção básica, das medidas de promoção e prevenção ainda persiste na prática, desorganizando a rede de serviços quanto à triagem e à separação dos atendimentos mais graves em relação aos mais simples, causando as superlotações desnecessárias nas portas de entrada dos hospitais de grande porte, destinados ao atendimento de urgência, emergência e outros serviços especializados.

O SUS, que também apresenta limitações e contradições, encontra-se em processo de sucateamento pelo subfinanciamento do Poder Público, o que aumenta o sofrimento dos usuários diante das dificuldades de acesso, filas e demoras no atendimento

A saúde é um bem fundamental e, portanto, a população necessita de suporte rápido com atendimento resolutivo nesta área. Muito ainda deve ser feito, como melhor estudo das áreas geográficas de implantação dos serviços de assistência, por meio de um atendimento mais completo e integral, adequado à realidade local, além de melhor aparelhamento de todos os níveis de assistência, concessão de salários satisfatórios e condições de trabalho dignas aos profissionais da saúde, bem como a criação de um sistema de referência e contrarreferência eficiente e menos burocrático.

O que muito se observa é a presença de pacientes com um nível baixo de complexidade de sua doença atendidos em hospitais terciários, não querendo ser atendidos em postos de saúde, por medo de perderem o vínculo com o hospital terciário, mais completo e mais bem estruturado, o que tem por consequência o fato de estes ficarem sem vagas para atenderem os casos realmente complexos.

Caso houvesse um sistema de referência e contrarreferência adequado, capaz de oferecer aos pacientes a certeza de sempre conseguirem assistência ao hospital encaminhado, conforme o desenvolvimento da complexidade de sua doença, estas dúvidas e incertezas dos usuários seriam sanadas.

Na saúde privada, o papel da ANS é a regulação dos planos privados de saúde. Considerando a relevância pública da saúde, o Estado pode intervir em qualquer hospital privado, credenciado ou referenciado pelas operadoras de planos privados de saúde, tendo o poder de regular, elaborar normas e fiscalizar as atividades que envolvem a saúde suplementar.

Independentemente de a lógica de mercado nortear a saúde suplementar, este campo complementar da saúde também está previsto na Constituição, ora por convênio, ora por contrato, e desta maneira não se distancia da necessidade da regulação pelo Estado, a fim de



garantir os direitos dos consumidores de planos privados de saúde que podem também opcionalmente ser usuários do SUS.

A pretensão da universalidade do acesso e financiamento público advindos da Constituição de 1988 não se destaca da cobertura privada, quando o assunto é acesso amplo, equitativo e universal. Embora não se possa afirmar que a contratação de acesso a serviços de saúde através de planos privados de saúde se dará em todas as situações, acredita-se que a peregrinação do usuário que apenas dispõe da opção da oferta dos serviços públicos de saúde é provavelmente maior.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; KORNIS, George Edward Machado. Transformações e Desafios da Atenção Privada em Saúde no Brasil nos Anos 90. **Revista Physis de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, v.13, n. 1, p. 157-191, 2003.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 22 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. 120 p.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004. 71 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. Efeitos Paradoxais da Descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, Sônia Maria (Org.). **Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.

CARLOTTI, Ana Paula de Carvalho Panzeri *et al.* COVID-19 Diagnostic and Management Protocol for Pediatric Patients. **Clinics Journal**. São Paulo: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, v. 75, n. 1894, p. 1-5, 2020.

CHATE, Rodrigo Caruso *et al.* Apresentação tomográfica da infecção pulmonar na COVID-19: experiência brasileira inicial. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, v. 46, n. 2, p. 1-4, 2020.

COHN, Amélia; NUNES, Edison.; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Úrsula S. O acesso em discussão: o viés da racionalidade e o viés da carência. In: COHN, Amélia; NUNES, Edison.; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Úrsula S (Orgs.). **A saúde como direito e como serviço**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006, p. 67-94.

CORREIA, Maria Isabel T. D.; RAMOS, Rodrigo Felipe; BATHEN, Luiz Carlos Von. Os cirurgiões e a pandemia do COVID-19. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro: Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 47, n. 1, p. 1-6, 2020.





ELIAS, Paulo Eduardo. Uma visão do SUS. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (Org.) *et al.* **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 11-22.

FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida. **Práticas de Enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005. 448 p.

FREITAS, André Ricardo Ribas; NAPIMOGA, Marcelo; DONALISIO, Maria Rita. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, v. 29, n. 2, p. 1-5, 2020.

GARCIA, Maria Fernanda. Ditadura: hospitais públicos só atendiam contribuintes da previdência. **Observatório do Terceiro Setor**, 2018. Disponível em: <<https://observatorio3setor.org.br/noticias/ditadura-hospitais-publicos-so-atendiam-contribuintes-da-previdencia/>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

JATENE, Adib. Direito do cidadão, dever do Estado. In: ITUASSU, A., ALMEIDA, R.(Orgs.). **O Brasil tem jeito?** Educação, saúde, justiça e segurança. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007. p. 75-102.

LIMA, Claudio Márcio Amaral de Oliveira. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Revista Radiologia Brasileira**. São Paulo: Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, v. 53, n. 2, p. 5-6, mar./abr., 2020.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007. 501 p.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2007. 319 p.

MONTONE, Januário. **Planos de saúde: passado e futuro. 10 anos da Lei geral dos planos de saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2009. 196 p.

PINHEIRO, Paulo. Planos repetem erro do sistema público de saúde. In: AMORA, D. ANS investigará filas em hospitais privados. **O Globo**, Rio de Janeiro, 9 fev. 2009. Opinião, p. 11.

PINTO, Nádia Regina da Silva. **O acesso aos exames de alta complexidade nos planos de saúde privados na perspectiva dos usuários**. 2011.191f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

READ, Randy J. Department of Haematology, University of Cambridge, Cambridge Institute for Medical Research. Flawed methods in “COVID-19: Attacks the 1-Beta Chain of Hemoglobin and Captures the Porphyrin to Inhibit Human Heme Metabolism”. **Chemical Reviews**. Washington: American Chemical Society, v. 1, n. [s.n], p. 1-7, 2020. Disponível em: < https://chemrxiv.org/articles/Flawed_methods_in_COVID-19_Attacks_the_1-





Beta_Chain_of_Hemoglobin_and_Captures_the_Porphyrin_to_Inhibit_Human_Heme_Metabolism_/12120912/1>. Acesso em: 27 abr. 2020.

KORNIS, George Edward Machado; FARIA, Tatiana Vargas de. Da utopia à realidade: dilemas e consensos na definição da seguridade social brasileira na Constituição de 1988. **Série estudos em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, v. [s.n.], n. 153, p. 5-42, jun.,1997.

WENZHONG, Liu; HUALAN, Li. School of Computer Science and Engineering, Sichuan University of Science & Engineering (China) and School of Life Science and Food Engineering, Yibin University, Yibin. COVID-19: Attacks the 1-Beta Chain of Hemoglobin and Captures the Porphyrin to Inhibit Human Heme Metabolism. **Chemical Reviews**. Washington: American Chemical Society, v. 6, n. [s.n], p. 1-31, 2020. Disponível em:<https://chemrxiv.org/articles/COVID-19_Disease_ORF8_and_Surface_Glycoprotein_Inhibit_Heme_Metabolism_by_Binding_to_Porphyrin/11938173/7>. Acesso em: 27 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-finalreport.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2020. *Apud* LIMA, Claudio Márcio Amaral de Oliveira. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Revista Radiologia Brasileira**. São Paulo: Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, v. 53, n. 2, p. 5-6, mar./abr., 2020.