

O que falta para termos o SUS por inteiro?

Subfinanciamento, privatização do que é público, controle social enfraquecido e foco na assistência em detrimento do conceito integral e ampliado de saúde são alguns pontos que afastam o sistema de seu projeto original

Elisa Batalha *

O verso da música *Comida* (1987), dos Titãs, foi escolhido para chamada de capa desta edição da *Radis* porque expressa bem os anseios daqueles que nunca perderam de vista pontos cruciais que consolidariam o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tal como foi concebido, e que até hoje, mais de suas décadas após sua concepção, mantêm-se pendentes. “A gente quer inteiro e não pela metade”, diz a letra, bem ilustrada pela conhecida metáfora do copo meio cheio, meio vazio, trazida por pesquisadores, ativistas e usuários ouvidos pela *Radis* na busca de compreender o que falta — e por que falta! — ao SUS para que seu projeto se concretize.

Resultado de aguerrida luta da sociedade civil organizada e sanitaristas determinados, o SUS, criado pela Constituição de 1988 e regulamentado dois anos depois, pelas leis 8.080 e 8.142 (*Radis* 95), é um dos maiores sistemas de Saúde do mundo e o único a se propor universal em um país com mais de 100 milhões de habitantes.

Se há conquistas e avanços no sistema — por sinal, nem sempre percebidos, mesmo por quem usa, e pouco ou nada realizadas na mídia comercial

**Participaram: Adriano De Lavor, Bruno Dominguez, Eliane Bardanachvili e Anna Carolina Düppre (estágio supervisionado)*

(*Radis* 104) —, o projeto do SUS ainda está incompleto. Subfinanciamento da Saúde; indefinição de responsabilidades entre as instâncias federal, estadual e municipal; saúde entendida como bem de consumo e não como direito de todos, como define a Constituição; lógica hospitalocêntrica; ótica centrada na assistência médica, e não no conceito ampliado de saúde e na seguridade social, são alguns pontos que desequilibram os pilares do SUS — universalidade, integralidade e equidade.

“Devemos observar a questão como um filme, e não como uma fotografia. Para mim, o copo está se esvaziando”, analisa o sanitarista Gastão Wagner, professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, propondo uma profunda reforma de gestão no sistema e que se repense o controle social. “Improvisa-se (com terceirizações, privatizações, em vez de se discutir uma estrutura organizacional para o SUS, não vai conseguir melhorias”, resume Gastão. “O problema maior do SUS é a questão ideológica. É a visão hegemônica de que saúde é um bem de consumo”, aponta a professora Sonia Fleury, da Fundação Getúlio Vargas. “Nos últimos 25 anos, as políticas econômicas e sociais dos sucessivos governos não favoreceram o desenvolvimento da Reforma Sanitária, sabotaram a concepção da Seguridade Social e sacrificaram os direitos sociais como inerentes à cidadania plena”, analisa o professor Jairnilson Paim, da UFBA.

Já para Arlindo Fábio Gómez de Souza, superintendente geral do Canal Saúde da Fiocruz, o copo está se enchendo, ainda que “com velocidade menor do que gostaríamos”. Ele considera que entender a saúde como direito de todos e dever do Estado “é uma conquista”, mas aponta um “desvirtuamento dos preceitos originais do SUS”, relacionado “com o modelo de gestão pública feito para não funcionar”.

Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Luiz Odorico Monteiro de Andrade ressalta que é preciso que se contextualize o nascimento do SUS “como um projeto socialista, que surge dentro de uma sociedade autoritária”. Para ele, o problema maior do sistema é “o tensionamento dos sistemas público e privado”.

A integração plena à seguridade social como

um dos pontos mais importantes para se encher o copo do SUS é realizada por Ronald Ferreira dos Santos, da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde, eleito em dezembro de 2012. “O Estado deve ser responsável não só pela formulação, mas também pela execução da política de Saúde”, observa.

A seguir, os depoimentos colhidos pela *Radis*.

Por mudanças na correlação de forças

“O SUS que nós temos está sendo esvaziado, subfinanciado e privatizado por dentro e por fora. Não é o SUS que queremos nem o que o povo brasileiro precisa e merece! As políticas racionalizadoras adotadas pelo governo da presidente Dilma não são suficientes para alcançar os grandes desafios do SUS, muito menos da questão sanitária da população brasileira. Esta política *feijão-com-arroz* na Saúde é um desastre diante do envelhecimento da população, do sofrimento mental, da prevalência das doenças crônicas e manutenção das transmissíveis, da expansão das violências e acidentes e do uso abusivo de substâncias psicoativas. Lembremos que a política econômica *feijão-com-arroz* do final dos anos 1980 deu no que deu: superinflação, crescimento da dívida, impedimento do desenvolvimento e empobrecimento da população brasileira. O preço pago pela sociedade brasileira foi o resultado das eleições de 1989, a recessão e o *impeachment*. O futuro do SUS depende do que se faz hoje. As tendências observadas de persistência do subfinanciamento público, o aumento dos subsídios e estímulos aos planos privados de saúde, além das renúncias fiscais para gastos com assistência médica, não sugerem um cenário otimista para o SUS concebido pelo movimento da Reforma Sanitária. No final da década passada, fui convidado para escrever um livro explicando *O que é o SUS*. Na presente década também me encomendaram redigir um editorial sobre *O Futuro do SUS*. Não gostaria de na próxima década, se vivo estiver, ter de escrever a história do que foi o SUS!

FOTO: DAYANE MARTINS



Jairnilson: repolitização da saúde como forma de estimular o debate e mobilizar os que defendem um sistema público

FOTO: MARINA BOECHAT



Gastão: descontinuidade de programas e falta de vontade política de se construir integralmente o SUS e as redes de saúde

Nas origens do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o Cebes propunha, desde a década de 1970, a unificação dos serviços de saúde, a participação social dos cidadãos e a ampliação do acesso a serviços de qualidade, como alguns marcos dessa reforma. Na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Sergio Arouca, que era presidente, convocou a todos para uma reforma sanitária, relacionada às reformas urbana e agrária, bem como às mudanças na esfera econômica. E o relatório final da 8ª CNS destacava que as modificações necessárias no âmbito da saúde transcendiam os limites de uma reforma administrativa e financeira. Era necessária uma reformulação profunda, face ao conceito ampliado de saúde e sua ação institucional. Mesmo com os filtros com que a Reforma Sanitária passou na Comissão Nacional da Reforma Sanitária e na Constituinte, diante da mudança na correlação de forças políticas e sociais, a Constituição reconheceu a amplitude do projeto. Daí que no seu Art. 196, ao afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado, destaca que tal dever seria 'garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação'. Ou seja, até na ordem de exposição desse artigo priorizavam-se as políticas econômicas e sociais para depois ser afirmada a pertinência do acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde. Assim, a Reforma Sanitária Brasileira era a proposta de uma ampla reforma social, ainda que apresentasse uma dimensão setorial e institucional.

Nos últimos 25 anos, no entanto, as políticas econômicas e sociais dos sucessivos governos não favoreceram o desenvolvimento da Reforma Sanitária, sabotaram a concepção da Seguridade Social e sacrificaram os direitos sociais como inerentes à cidadania plena. O financiamento instável e insuficiente do sistema dificultou a universalidade, a ampliação da infra-estrutura dos serviços de saúde, a garantia do acesso e a qualidade, adiando sempre uma carreira digna para os trabalhadores de saúde. O subfinanciamento público, a persistência de desigualdades na oferta e a articulação público-privada atualmente prejudicial ao SUS impedem a implementação plena do que está estabelecido na Constituição e nas leis ordinárias. A análise política das forças e das ideologias prevalentes no país que reforçam o individualismo, o mercado e a competição não me autoriza pensar um *SUS ideal*. No limite, defendo o SUS concebido pela Reforma Sanitária Brasileira e, concretamente, aquele assegurado pela legislação. Rejeito o SUS pobre para pobres e o SUS refém da área econômica do governo e do clientelismo e complementar ao sistema privado, funcionando como um resseguro para os planos privados de saúde. O maior desafio para a sustentabilidade do SUS é político, o que supõe a mudança da correlação de forças que influi na sociedade e no Estado. A repolitização da Saúde, estimulando o debate, a mobilização e a organização dos que defendem o direito à saúde e o sistema público de saúde pode ser uma aposta e um caminho para constituir novos sujeitos individuais e coletivos capazes de alterar a atual correlação de forças. Se isso é possível? Penso

que sim, mas depende da ação política de cada um, dos movimentos populares e de suas organizações. A mobilização, articulação, organização e pressão das classes subalternas têm a potencialidade de alterar a atuação das classes dirigentes, inclusive dos seus governantes de plantão”.

• **Jairnilson Paim, professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA)**

Seis desafios para o resgate do SUS

“Devemos observar a questão como um filme, e não como uma fotografia. Para mim o copo do SUS está se esvaziando ou ficando como está. Proponho dividir a questão do SUS em seis desafios, para efeito didático:

O primeiro desafio é o subfinanciamento. O Brasil gasta 3,5% do PIB, enquanto outros países gastam 10%. Isso tem repercussões negativas no acesso e está na base das filas. O modelo da saúde suplementar não tem viabilidade econômica.

Segundo desafio: ampliar o acesso à atenção básica. Sistemas nacionais, públicos, são muito dependentes da atenção básica. O Brasil, depois de 22 anos de SUS, tem 50% de abrangência da atenção básica para a população. O ideal seria pelo menos 80%. O acesso é garantido na emergência (falta de vínculo), onde a qualidade deixa muito a desejar. A maior parte dos brasileiros não tem médico de referência; 75% da população não têm plano de saúde e o ideal seriam 80%.

O terceiro desafio são as redes. O Brasil não conseguiu a governabilidade de criar regiões de saúde, com todos os serviços que garantam a integralidade. O sistema é muito fragmentado. As consequências disso são nefastas. O Brasil continua um dos campeões de Hanseníase, por exemplo; a situação da saúde indígena é deplorável.

Quarto desafio: uma reforma de gestão. Não foi criado um modelo adequado à saúde. Diante das dificuldades de gestão, como a lei de responsabilidade fiscal e a burocracia da administração direta, há uma improvisação, que por um lado resolve problemas e por outro cria novos. Improvisa-se (com terceirizações e privatizações) em vez de se discutir uma nova estrutura organizacional para o SUS. Defendo uma reforma administrativa da gestão do SUS baseada no serviço público, com estrutura pública, em um modelo semelhante ao das universidades federais e estaduais, cuja gestão vai além dos mandatos de presidentes, governadores e prefeitos.

O quinto desafio está em desenvolver uma política de pessoal específica para o SUS, para várias áreas de atuação diferentes, como atenção básica, saúde mental. Os funcionários do SUS e a gestão devem ser municipais. Essa lógica privatista que está em vigor é problema gravíssimo.

Por fim, não vejo vontade política de se construir integralmente o SUS e as redes de saúde. A descontinuidade dos programas de governo e a rotatividade dos ministros exemplifica isso”.

• **Gastão Wagner, professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp**



Proposta nº 1 (mar/1987): Reforma Sanitária chega à Constituinte



Proposta nº 9 — encarte especial (jun/1988): Constituinte aprova sistema único e fortalece setor público



Proposta nº 13 (out/1988): Vitória



Proposta nº 16: (jul/1989): Clientelismo ameaça sistema único



Proposta nº 34 (jan/1994):
Emendas na saúde
inviabilizam SUS



Tema nº 7 (ago/1986): 8ª
Conferência Nacional de
Saúde — Avaliações



Tema nº 12 os (nov/1991):
Caminhos da municipalização



Tema nº 20 (fev/2001): O
brasil diz como quer
ser tratado

Da seguridade social às políticas isoladas

“**F**alta voltar a incluir o SUS no projeto da Reforma Sanitária, que tinha como fundamental a perspectiva de outras políticas sociais, ampliando o conceito de saúde. Na Constituição, articulava-se Saúde a Seguridade Social, em sentido amplo, envolvendo também educação, assistência, previdência. Nosso projeto, em 1988, era criar o Ministério da Seguridade Social, articulando essas políticas. Mas o que temos hoje é cada política separada. Não conseguimos viabilizar o orçamento da seguridade social nem o conselho de seguridade social.

Várias entidades ressaltam a falta de financiamento para o SUS, sem deixar claro um complemento: queremos financiamento para o setor público! O financiamento não pode se escoar para o setor privado. Não devemos falar em financiamento de forma global, devemos afirmar que é para um SUS público, estatal e sob administração direta do Estado. Na reunião que houve [em março] do governo com os representantes do setor privado [ver matéria na pág....] correu a informação de que haveria subsídios aos planos de saúde. O ministro [Alexandre Padilha] disse que não foi isso, mas não disse o que foi...

Não queremos essa gestão que está aí, em que há corrupção e os gestores não são funcionários públicos. Os modelos que se apresentam são privatizantes, com as OSs, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Falta também uma política de gestão do trabalho sem terceirização de recursos humanos. E há toda uma defesa contrária ao Regime Jurídico Único (RJU), acompanhado da defesa da CLT. O RJU é importante: saúde e educação têm que ter carreira de Estado.

A Constituição aprovou que o setor privado seria complementar ao SUS e o que se vê, hoje, é o contrário. No momento em que concebemos o sistema, tivemos que votar por estatização já ou uma estatização progressiva. Eu mesma votei pela

progressiva, porque não havia uma rede suficiente que desse conta da atenção sem contratos e convênios com o setor privado. Hoje, analiso que fomos muito otimistas, não percebemos que, na esfera internacional, o neoliberalismo já se configurava. Éramos uma exceção, nos anos 80, ao tentar ampliar os direitos sociais. Nos anos 90, o neoliberalismo veio com toda força. O SUS foi instituído em um contexto diferente daquele no qual fora pensado. Temos muita luta, mas não podemos abrir mão de nossas bandeiras”.

• **Maria Inês Bravo, coordenadora do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente contra a Privatização da Saúde**

Regulação precária e qualidade comprometida

“**N**ão há, hoje, definição de prioridades para o sistema. O problema do SUS é de gestão, mas também de financiamento. Falta privilegiar a atenção primária à saúde, embora a partir de 1994 tenha havido uma expansão, com a Estratégia Saúde da Família. Precisamos investir, também, na prevenção e na promoção à saúde. E na qualidade: do atendimento à população, da formação de profissionais e da avaliação da prática em saúde. Não há, no Brasil, cultura de aprimoramento na qualidade dos serviços, na acreditação — que é a avaliação da qualidade a partir de critérios estabelecidos. Isso se consegue com políticas de gestão e de saúde mais eficientes. Outro aspecto que falta é a expansão da rede de serviços de atenção de segundo e terceiro níveis, embora a alta complexidade tenha pontos altamente positivos e até de excelência, como o programa de transplantes de órgãos (especialmente renal e hepático além de medula óssea e a expansão do uso de células-tronco. Continua também sendo necessária a regulação do setor privado. Demorou-se muito a criar a Agência Nacional de Saúde (ANS), responsável por isso, o que fez com que o setor privado ficasse em segundo

FOTO: DAVANE MARTINS



Maria Inês: voltar a incluir o SUS no projeto da Reforma Sanitária, que articulava todas as políticas sociais

FOTO: SERGIO EDUARDO OLIVEIRA



Hélio: superar a noção de seguro social e destinar recursos à seguridade, prevenção e promoção da saúde

plano. Hoje, a regulação é precária e a qualidade dos serviços, comprometida. Há ainda a necessidade do investimento em seguridade. Precisamos superar a noção de seguro social e destinar recursos públicos que garantam a seguridade, mais aproximada das questões de prevenção e promoção à saúde. Vejo que um conceito que foi abandonado foi o da integralidade, o que faz com que a prática de saúde seja muito fragmentada”.

• **Hésio de Albuquerque Cordeiro, professor titular do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá**

Tensão entre dois sistemas

“É preciso que se contextualize o nascimento do SUS como um projeto socialista, durante a redemocratização do país. A Constituição de 1988 construiu um arcabouço, de certa forma, mais avançado do ponto de vista legal do que a estrutura social existente no país, ajudando a desmontar 400 anos de moral escravocrata, que enxergava a desigualdade como normal, natural. No momento em que se começa a tratar de igualdade e direitos, contradições vão se destacando. Existe um tensionamento na estrutura da sociedade brasileira entre um sistema universal único e um sistema privado muito forte. Como isso se expressa? Na composição dos gastos hoje no Brasil. Gastamos 8% do PIB com saúde (mais ou menos o que a maior parte dos países da Europa gasta); desses, 3,8% PIB são gastos com o SUS, enquanto que 4,2% vão para o setor privado, com os planos de saúde (essa é a diferença entre o Brasil e os países europeus, que gastam os 8% praticamente todos na área pública).

Há desigualdade grande na composição dos gastos em saúde no Brasil. A sociedade brasileira ainda não discutiu isso com profundidade. As pessoas acham que o SUS é só para pobres e que a população de classe média tem que usar o sistema suplementar privado. Falta uma apropriação

por parte de toda a sociedade brasileira dos valores de uma sociedade justa, fraterna, igualitária, expressos pela área da Saúde.

Há também a questão do aprimoramento da governança interfederativa. São cerca de 5.500 operadores sistêmicos (municípios), mais 27 dos estados e um nacional (Governo Federal). Municipalização e descentralização com essa quantidade de operadores é algo complexo. Universalidade e integralidade não podem ser alcançadas no âmbito de um só município; a população vai estar sempre precisando do município vizinho. A garantia de acesso em tempo oportuno na parte de atendimentos especializados e a melhoria da regulação desse acesso, principalmente no que diz respeito à relação interfederativa, são desafios da gestão do sistema. O cartão SUS e a conectividade, com acesso a banda larga em todas as unidades, são caminhos para mudar esse quadro”.

• **Luiz Odorico Monteiro de Andrade, secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde**

Fortalecer a democracia e as conferências

“Um dos pontos mais importantes para se completar o copo do SUS é a integração plena à seguridade social. O Estado deve ser responsável não só pela formulação, mas pela execução dos serviços. As maiores iniquidades existem na questão do acesso. Embora haja importantes avanços como a Estratégia Saúde da Família e ações positivas no campo da saúde da mulher e da saúde mental, aquilo que foi desenhado na Constituição não se efetivou. Um ponto pouco lembrado é que o SUS deveria também estar mais orientado para a inovação, no aspecto de ciência e tecnologia.

Com o grau de complexidade da questão da saúde no Brasil, é simplificar demais ver o cenário como uma fotografia e como um copo



Edição nº 35 (jul/2005):
Conhece esta marca?



Edição nº 43 (mar/2006):
Um vírus que infecta o SUS



Edição nº 72 (ago/2008):
Saúde – Direito de todos, dever do Estado



Edição nº 79 (mar/2009):
As fundações abrem caminho

FOTO: DAYANE MARTINS



Odorico: “É preciso que se contextualize o nascimento do SUS como um projeto socialista, durante a redemocratização”

FOTO: CAROLINA NIEMEYER



Ronald: conquistamos o que há de mais avançado em democracia participativa, que são as conferências de Saúde



Edição nº 95 (jul/2010),
pág. 20: *Vinte anos de regulamentação do SUS*



Radis nº 97 (set/2010),
pág. 19: *O novo governo e o lugar do SUS na agenda brasileira*



Edição nº 104
(mar/2009): *O SUS que não se vê*



Radis nº 107 (jul/2011),
pág. 18: *O SUS para o mundo*

só. É preciso ter em vista a dinâmica e multiplicidade da questão. Há situações em que o copo está mais cheio, como na área de HIV/Aids. Em outras áreas, como atenção básica, o copo está mais vazio.

Conquistamos o que há de mais avançado em democracia participativa, que são as conferências de Saúde. A cada quatro anos, mobilizamos atores políticos de norte a sul de um país continental como o nosso, para discutir uma única questão. Que outra política pública e que outro país consegue essa mobilização? O problema que a Saúde enfrenta é o da lógica de mercado. Não temos que buscar culpados, e sim fortalecer a democracia. Pegar essa bandeira conquistada em 1988 e lutar para que a democracia seja cada vez mais participativa. O processo das conferências de Saúde é um subproduto de um processo que colocou o país nos trilhos da democracia. O SUS é decorrente disso. Democracia requer mais democracia, mais participação”.

• **Ronald Ferreira dos Santos, conselheiro nacional de Saúde (segmento trabalhadores), integrante da Mesa Diretora do CNS e presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos**

Gestão pública para não funcionar

“O copo do SUS está enchendo. O copo para mim é o preceito, é o pilar da saúde como direito de todos e dever do Estado — esse pilar permanece, a conquista permanece. O conceito de atenção substituindo o conceito de assistência é um enorme avanço. Mas o copo está enchendo em velocidade menor do que gostaríamos. O SUS era originalmente um projeto solidário. O desvirtuamento dos seus preceitos originais tem relação com o modelo de gestão pública do país que é para não funcionar. Cria todas as dificuldades e

dá alternativas que apenas minimizam a esfera pública e financiam a rede privada.

Na 8ª Conferência e na Comissão Nacional da Reforma Sanitária — que são os dois momentos importantes pré-Assembleia Nacional Constituinte — formaram-se três pilares. Um deles era o dos direitos e deveres. Isso foi uma conquista enorme e que permanece, mesmo com todas as dificuldades. O segundo pilar diz respeito a um conceito de saúde mais amplo, não mais uma questão médica, assistencial, e sim todo um processo social. Isso vai se consolidar no SUS, que não está criado textualmente na Constituição, mas está nas duas leis que são sua base de organização [as leis 8.080 e 8.142].

Temos a questão da equidade, da universalidade, da gratuidade (mesmo sabendo que não há nada de graça), e que isso se estruturaria de forma hierarquizada, com competências claramente delimitadas — responsabilidade de prestação direta dos municípios e coordenação dos estados, sendo definidos os níveis de competência de cada um. Mas essas definições não estão totalmente claras. O fortalecimento do papel do Estado ainda está por ser conquistado na plenitude.

Dadas as bases de estruturação do sistema, entra o terceiro ponto, o financiamento. Na lei 8.080 resolveu-se parcialmente a questão da organização (o SUS com seus pilares fundamentais), mas não a questão do financiamento. O pagamento dessa conta, que vinha através da seguridade social, ficou esquecido, entrou depois, com a proposta da Emenda Constitucional 29.

Enquanto se colocar essa falsa dicotomia entre financiamento e gestão, dificilmente vamos conseguir avançar. A questão da gestão é para além das questões da saúde, é o modelo de gestão pública do país! Temos uma herança de tirar da responsabilidade do setor público a execução, e mesmo a gestão (o que é mais grave), inclusive em termos de políticas sociais. O Estado brasileiro foi privatizado ao longo do tempo, e dentro disso formou-se a ideia da inviabilidade da gestão pública.

A sociedade tem de tomar decisões sobre o

FOTO: CANAL SAÚDE



Arlindo: Estado brasileiro foi privatizado ao longo do tempo e formou-se a ideia de invisibilidade da gestão pública



Sônia: falta de consolidação ideológica e política do sistema é um desafio importante a ser enfrentado

que quer da Saúde. O copo está enchendo sempre, não tenho dúvida nenhuma. A cada eleição, votamos melhor, com um compromisso político maior e mais claramente definido, e a saúde é um dos compromissos”.

• **Arlindo Fabio Gómez de Souza, superintendente geral do Canal Saúde da Fiocruz**

Estado forte, não só na área econômica

“Há toda uma ideologia favorável ao setor privado incessantemente reproduzida na mídia e pouca adesão da população. A opinião pública tornou-se anti-SUS e a população atribui ao SUS todas as mazelas da saúde. Essa falta de consolidação ideológica e também política do sistema é um desafio importante a ser enfrentado. Do ponto de vista político, nenhum governo assumiu a concretização do SUS como principal plataforma política. Como essa proposta não foi feita por burocracia internacional ou por governo, mas veio da sociedade, uns aderiram mais, outros menos. Só recentemente foi aprovada a legislação que regulamenta o financiamento do sistema. Mesmo assim, a política econômica busca aumentar o crescimento do Brasil com base na desoneração do setor estratégico, mesmo que isso vá ter consequências sérias para estados e municípios. O SUS só pode existir se houver o Estado forte. Atualmente só existe Estado forte na área econômica; não há, por exemplo, para pensar as carreiras do funcionalismo público. A solução governamental tem sido abandonar o setor público pelo setor privado, quando a qualidade do setor público é que dá a referência. Se o SUS melhora, o setor privado tem que acompanhar.

Não podemos ter monopólio do privado, com o SUS dependente em medicamentos, insumos, serviços. O SUS tem que ter metas de qualidade, de eficiência e de autonomia. Mas a politização, no sentido da má política — entregar

cargo de gestão de hospitais a partidos políticos, por exemplo — continua. Não são problemas só do SUS, mas da administração pública brasileira, que se refletem dolorosamente no SUS, impedindo que ele se concretize”.

• **Sônia Fleury, professora da Escola de Administração Pública e Empresas da FGV**

Pouca luta coletiva pelo direito à saúde

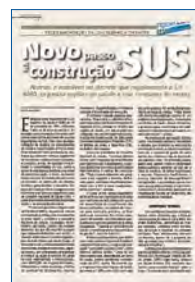
“Uma das dificuldades de se concretizar o SUS idealizado é que sua formulação, mesmo contando com a participação popular, foi apropriada pelos intelectuais. Tivemos participação importante na concepção do SUS, a Reforma Sanitária se fortaleceu como movimento popular, mas, de lá para cá, o controle social não foi suficiente para politizar e empoderar os setores da sociedade no debate sobre qual é o SUS que se quer. Hoje, pergunta-se ao usuário que não é participante do controle social o que é o SUS e ele não sabe responder. Pode, no máximo, associar o SUS ao agente comunitário de saúde que chega a sua casa. Mas não conhece o SUS, a extensão desse sistema.

Lutamos pelo fortalecimento do papel do Estado, mas, no exercício da cidadania brasileira, Estado não é o grande ente ao qual a população se dirige para cobrar. Há uma tendência a se buscarmos certas garantias sociais no mercado. A saúde é colocada como direito individual, não como direito coletivo. Com isso, há pouca luta coletiva pelo direito à saúde.

Nos conselhos de Saúde, estamos virando conselheiros de carteirinha. Temos que abrir diálogo com a população, com a comunidade, com os movimentos sociais; dialogar com a juventude, nas filas de ônibus, nas centrais sindicais, com outras organizações. Só os conselhos e as conferências de Saúde não estão dando conta. Fazemos um controle social muito para nós mesmos, convencendo quem já está convencido. É uma garantia ter conselhos e conferências, mas esta forma de representação é legítima se fizermos as interfaces. Fazer reuniões fechadas que não repercutem pela sociedade não é suficiente. Temos que contribuir nas discussões sobre pesquisa em saúde, gestão do trabalho, condições de trabalho, perfil profissional. E interagir também com outros mecanismos de controle, como o Ministério Público, as promotorias, defensorias, o Tribunal de Contas, corregedorias, numa ação articulada.

Falta também à gestão do SUS reconhecer as diferenças e a diversidade regional. São condições distintas e necessidades extremas. Entre o que se decide na esfera federal e a capacidade do município de realizar há uma distância grande. É preciso reforçar a importância das regiões de saúde. O governo Dilma fará diferença se apostar nisso, com recursos para estruturar essas regiões”.

• **Maria do Socorro de Souza, presidente do Conselho Nacional de Saúde, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (Contag)**



Edição nº 109 (set/2011), pág. 18: *Novo passo na construção do SUS*



Edição nº 111 (nov/2011), pág. 8: *Pelo fortalecimento de um SUS público*



Radis nº 115 (mar/2012): *Acesso e acolhimento sem privatização*



Radis nº 125 (fev/2012): *Desenvolvimento e equidade caminham juntos*



Maria do Socorro: saúde vista como direito individual e tendência da população a buscar garantias sociais no mercado

FOTO: RAFAEL BICALHO/CNCS

O NECESSÁRIO RESGATE

Princípio de sustentação do SUS é utilizado de acordo com os interesses em jogo e visão mercantilizada da saúde

Bruno Domínguez

No momento em que diversos países buscam reformar seus sistemas de saúde, *universalizar* virou palavra fácil, repetida por progressistas e conservadores, empresários e sanitaristas, gestores e usuários. Por trás do aparente consenso em torno de um mesmo termo se esconde, no entanto, uma oposição de interesses: público *versus* privado, direito *versus* consumo, integralidade *versus* focalização. “A universalização é o conceito mais poderoso que a saúde pública tem a oferecer”, atestou a diretora geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan, na Assembleia Mundial da Saúde de 2012, em Genebra, Suíça. A questão que se impõe é: qual universalização?

“Há um consenso amplo sobre a necessidade de realizar reformas nos sistemas de saúde, mas existem duas correntes distintas de pensamento a respeito do conteúdo dessas reformas”, indicou a pesquisadora mexicana de origem sueca Asa Cristina Laurell, na palestra *Sistemas Universais de Saúde: objetivos e desafios*, em fevereiro, no Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags), no Rio de Janeiro.

Chile, Colômbia, México e Estados Unidos, por exemplo, são da corrente que busca a cobertura universal via expansão de seguros de saúde privados para todos, apontou. Esse caminho envolve administradores de fundos, compradores e prestadores

de serviços e a canalização de numerosos subsídios fiscais para sustentá-los. “É a expressão da economia neoclássica e da ideologia neoliberal na saúde: introduz a mercantilização nesse setor, de grande importância econômica”, avaliou Asa Laurell.

A outra corrente, visível nas reformas de Venezuela, Bolívia e Equador e estruturada historicamente no Brasil e em Cuba, entende que o caminho para se atingir a universalidade na saúde é a criação de sistemas nacionais integrais, únicos e públicos. “Eles se inspiram no estado de bem estar social, em que os serviços de saúde são públicos para garantir acesso equitativo, oportuno e gratuito aos serviços para toda a população diante da mesma necessidade”, explicou Asa Laurell, tomando como base o Modelo de Dahlgren & Whitehead (dos pesquisadores Göran Dahlgren & Margaret Whitehead, que destacaram a importância dos fatores não clínicos na determinação da situação da saúde dos indivíduos e populações). “Essa visão propõe a desmercantilização da saúde e reivindica o papel redistributivo do Estado por meio da prestação de serviços sociais”, tal qual acontece na Inglaterra, Espanha e em países nórdicos, exemplificou.

OUTROS PRINCÍPIOS

A saúde foi reconhecida internacionalmente como um direito em 1948, quando a Declaração dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas definiu que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar”, o que inclui “cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis” e “segurança em caso de doença e invalidez”. A Constituição da Organização Mundial da Saúde, do mesmo ano, também estabeleceu que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o



ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”.

O conceito de universalidade adotado pela Reforma Sanitária, no Brasil, compreende também outros princípios, como a integralidade (todos os serviços necessários para atender a todas as necessidades das pessoas, no momento oportuno); a equidade (oportunidade igualitária de acesso); e a qualidade, como lembra o coordenador do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz), Paulo Buss. “A saúde é entendida constitucionalmente não só como direito, mas também como dever do Estado”, lembra Paulo.

“A universalidade aponta para o rompimento com a tradição previdenciária e meritocrática do sistema de saúde brasileiro, que conferia unicamente aos trabalhadores formais, por meio da contribuição previdenciária, o acesso às ações e serviços de saúde”, descreve o pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) Gustavo Corrêa Matta, no verbete *Universalidade*, que redigiu para o *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* (EPSJV, 2009). “Com a instituição do SUS, a saúde tornou-se um direito de qualquer cidadão brasileiro, independentemente de raça, renda, escolaridade, religião ou qualquer outra forma de discriminação, e um dever do Estado brasileiro em prover esses serviços”, diz o texto.

DISPUTA PELO DISCURSO

Essas noções, no entanto, vêm se perdendo, em uma “disputa pelo discurso”, como classificou Asa Cristina Laurell, da qual participam organismos financeiros internacionais e seguradoras de saúde. Internacionalmente, o termo usado, hoje, nas discussões — *universal healthcoverage* — é bastante

amplo, “dando margem a diferentes interpretações, dependendo da perspectiva e dos interesses em jogo”, como alerta a representante no Brasil do Movimento pela Saúde dos Povos (*People’s Health Movement*), Camila Giugliani. “É preciso prestar muita atenção e exigir qualificações para *slogans* vagos”, frisa.

Nas palavras do ex-ministro da Saúde e atual coordenador executivo do Isags, José Gomes Temporão, “é como se o discurso dos sistemas universais fosse apropriado apenas como invólucro de uma proposta que nada tem a ver com sistemas universais, integrais, financiados com recursos do orçamento fiscal, igualitários e democráticos”.

Gustavo Matta aponta um processo de “redescrição” do conceito de universalidade. “A noção de universalidade surgiu para agregar o conjunto de direitos inerentes a todas as pessoas. Hoje, se foca somente o acesso, sem pensar nas dimensões do direito do indivíduo e no dever do Estado”, analisa.

ESTRATÉGIAS REPAGINADAS

“Há uma campanha em curso em torno do conceito de universalidade, entendido como um conjunto de diferentes seguros de saúde similar à reforma levada à frente por Barack Obama, nos Estados Unidos, sustentada por uma aliança entre Banco Mundial, Fundação Rockefeller e Organização Mundial da Saúde”, cita o representante do *People’s Health Movement* na África subsaariana e diretor fundador da Escola de Saúde Pública da Universidade de Western Cape (África do Sul), David Sanders.

Para Temporão, a corrente dos seguros de saúde usa o termo *universalidade* para repaginar estratégias que, no passado recente, levaram países em desenvolvimento à adoção de políticas de saúde

FOTO: SERGIO EDUARDO DE OLIVEIRA



Asa Laurell: consenso sobre a necessidade de reformas nos sistemas de saúde, mas não sobre o conteúdo dessas reformas

FOTO: DAYANE MARTINS



Paulo: cobertura universal tem como foco a expansão do acesso; sistemas universais relacionam-se à saúde como direito

“A noção de universalidade surgiu para agregar direitos inerentes a todas as pessoas, mas hoje se foca somente no acesso”

Gustavo Matta

Temporão: espera-se dos organismos multilaterais a defesa da saúde como direito e sistemas que garantam esse direito

baseadas na redução do papel do Estado e para reificar medidas voltadas para o mercado como forma de enfrentar a questão da sustentabilidade econômica-financeira e tecnológica que hoje afeta todos os sistemas de saúde.

A apropriação por grandes corporações de conceitos caros à saúde não é exatamente uma novidade, como lembra Camila: “Essa é uma prática comum, assim como na década de 80 agências internacionais se apropriaram do conceito de atenção primária à saúde, que havia recém sido pactuado em Alma Ata, simplificando-o e transformando-o em um pacote de serviços básicos, muito diferente do conceito original”, analisa, referindo-se à Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, no Cazaquistão, e que até hoje inspira os militantes da Reforma Sanitária e os vigilantes da garantia da saúde como direito.

O incentivo a práticas que incluam os interesses privados também não são fato novo. O Banco Mundial, aponta David Sanders, vem promovendo o modelo de atenção à saúde estratificado desde 1993, como parte de influente plano de reforma do setor Saúde. A orientação era adotar planos privados e atendimento privado para os *ricos*, seguro

social e atendimento misto para as *classes médias*, e uma rede de proteção mínima para os *pobres*. “O *People’s Health Movement* é totalmente contra esse paradigma, porque fragmenta o sistema de Saúde, oferece atenção inequitativa e solapa a solidariedade social necessária em um sistema único de saúde vinculado aos determinantes sociais da saúde”, analisa.

ESTRATIFICAÇÃO

Por outro lado, o movimento entende que em países com grande legado de práticas privadas pode haver a necessidade de sistemas mistos, para conseguir levar atenção básica aos que estavam excluídos — modelo que a África do Sul tem experimentado agora.

Para Camila, é muito bom que o debate esteja centrado nos sistemas de Saúde, e não em programas verticais para doenças específicas, mas ressalva que, por outro lado, é preciso ter cuidado com as diferentes percepções de termos comuns, que podem enganar ou omitir qualificações importantes. “A apropriação do conceito de cobertura universal pode levar a esquemas de múltiplos seguros e planos de saúde, que acabam, de uma forma ou de outra, *cobrindo* a população em termos de acesso, mas que não garantem qualidade nem abrangência de cuidados”, aponta Camila, realçando também a fragmentação do sistema e a estratificação da sociedade, com coberturas diferentes para níveis de renda diferentes. Esse caminho, observa, também prejudica a construção de sistemas de saúde baseados em atenção primária, o que pressupõe integralidade, e ênfase nos determinantes sociais da saúde.

COBERTURA X SISTEMAS

Paulo Buss separa os que defendem uma cobertura universal de saúde daqueles que defendem sistemas universais de saúde. “A cobertura universal (alcançar a todos) é apenas uma das dimensões de sistemas universais”, diferencia, observando que o foco da cobertura estaria na expansão do acesso aos serviços, sejam eles prestados por entes

FOTO: SERGIO EDUARDO DE OLIVEIRA



JOSÉ GOMES TEMPORÃO



David: Banco Mundial promove modelo de atenção à saúde estratificado desde 1993 como parte do plano de reforma do setor



Carissa: “cada país decide como vai oferecer cuidado; não cabe à Opas dizer que uma abordagem é melhor que outra”

públicos ou privados. Já os sistemas universais relacionam-se à noção de saúde como direito, integrais, equitativos e de qualidade.

A disputa de interesses em jogo, que se expressa no discurso, como realçou Asa Laurell em sua palestra, aponta, ainda, para conotações distintas de “direito à saúde” e de “bens públicos e privados”, por exemplo, que dependem de quem as invoca. “A seguridade social se confunde com proteção social, a política de Estado, com acordos de cúpula (e não expressão de valores arraigados em uma sociedade e por ela defendidos), a equidade, com igualdade”, analisou. Nesse contexto, “a universalidade sem adjetivos se converteu em uma universalidade modificada”. Para ela, essa disputa discursiva convida a uma “vigilância conceitual” mais séria, para que as palavras expressem o que se quer dizer “e não nos façam errar o caminho”.

A OMS delimita assim universalidade: que “todas as pessoas acessem os serviços de saúde de que precisam sem sofrer dificuldades financeiras quando tiverem de pagá-las”. Para Paulo Buss, essa definição é ruim e implicitamente incentiva a corrente da cobertura de saúde, em detrimento dos sistemas universais e da noção de saúde como direito de todos e dever do Estado.

Perguntada pela *Radis* sobre qual universalidade defende, a nova diretora da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a dominicana Carissa Etienne, em passagem pela Fiocruz, respondeu de forma sintonizada com a definição da OMS: não cabe às agências definir o que é universalidade. “A forma particular com que um país decide como vai oferecer cuidado é específica desse país, e não cabe à Opas dizer que uma abordagem é melhor que outra, porque depende da especificidade local”, disse. “O que pregamos é que todo país deve tentar cobrir 100% de sua população para 100% de suas necessidades, incluindo prevenção, promoção, cura e reabilitação, com a menor carga financeira possível”.

Se cada país tem autonomia para definir seus destinos, espera-se dos organismos multilaterais das Nações Unidas a defesa da saúde como direito e a organização de sistemas que garantam esse

direito “de maneira igual a todos os seres humanos sem distinção ou barreiras de qualquer espécie”, como observou Temporão.

UNIVERSALIDADE FRÁGIL

Embora tenha adotado a dimensão mais ampla de universalidade no momento da criação do SUS, o Brasil também tem vivido uma redefinição desse conceito. “A universalidade no SUS é um preceito teórico, mas não prático. Na realidade, há restrições de acesso aos serviços, e a qualidade do cuidado é muito heterogênea”, observa Camila.

Para ela, a universalidade no Brasil é “frágil”, por questões políticas e também ligadas ao subfinanciamento: “Essas questões acabam por determinar que o SUS não seja a primeira opção das pessoas que têm um pouco mais de renda e que podem pagar por um plano de saúde. E, se a classe média não se apropria, o SUS fica numa espécie de corda bamba, sob risco de privatização da saúde, com um número cada vez maior de planos e seguros querendo se aproveitar desses pontos vulneráveis para vender saúde como mercadoria”.

No livro *Sistemas de Saúde na América do Sul: desafios para a universalidade, a integridade e a equidade*, Temporão também aponta que o Brasil está em pleno processo de luta político-ideológica para defender a manutenção e a sustentabilidade de um projeto de sistema público universal de saúde, porque há setores na sociedade brasileira que tentam transformar em modelo hegemônico sua visão de sistema de saúde — muito próxima ao modelo americano, de mercado, mas totalmente distante do necessário para garantir o direito universal à saúde.

“Nosso maior desafio é reverter a visão de que a saúde privada é mais sofisticada e que ter um plano de saúde é parte de um processo de ascensão social, como propagam múltiplas dimensões dos meios de comunicação”, reforça.

SAIBA MAIS

- Leia a íntegra do verbete *Universalidade do Dicionário da Educação Profissional em Saúde* em www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/uni.html

“A apropriação do conceito de cobertura universal pode levar a esquemas de planos de saúde, que não garantem qualidade”

Camila Giugliani

Sociedade civil vigilante

SAIBA MAIS

Folha de S. Paulo

União quer ampliar acesso a planos de saúde

- www1.folha.uol.com.br

Cebes

Ampliar mercado dos planos privados é mais um golpe no SUS

- www.cebes.org.br

Abrasco

A proposta de ampliação a planos privados de saúde é um engodo

- <http://abrasco.org.br>

EPSJV

Mais expansão de planos privados, menos fortalecimento do SUS

- www.epsjv.fiocruz.br

CFM

Manifesto de Belém

- <http://portal.cfm.org.br>

Conselho Nacional de Saúde

Ministro da Saúde debate financiamento da saúde privada no CNS

- <http://conselho.saude.gov.br>

Ensp/Fiocruz

Ensp debate expansão da saúde suplementar

- www.ensp.fiocruz.br

Manchete da *Folha de S. Paulo* de 27 de fevereiro — “União quer ampliar acesso a planos de saúde” — provocou reação imediata de entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), entre outras da sociedade civil. O texto tratava de suposta intenção do Governo Federal de lançar um pacote de medidas para “estimular” as operadoras de planos de saúde, com redução de impostos e aumento de subsídios. O objetivo seria facilitar o acesso das classes C e D a planos de saúde privados, reduzindo os preços e ampliando a rede credenciada. As negociações estavam, segundo o jornal, sendo tocadas pela própria presidenta Dilma Rousseff, que teria se encontrado com representantes de seguradoras e administradoras (entre elas, Bradesco, Qualicorp e Amil) pelo menos duas vezes no mês. Preocupadas com o que entendiam ser um processo que daria fim ao SUS idealizado pela Reforma Sanitária, as organizações da sociedade civil divulgaram notas de alerta e protestos veementes.

Apenas em 14 de março o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, falou publicamente sobre as supostas medidas de estímulo aos planos de saúde. Convidado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para esclarecer a questão, em reunião ordinária, negou que o governo tenha discutido redução de impostos ou financiamento da rede hospitalar privada. Os protestos imediatos, à possibilidade de se desvirtuar por completo os princípios do SUS, demonstraram que a sociedade civil está vigilante.

“Ao tornar os planos de saúde peças centrais do sistema de saúde, o governo brasileiro segue na contramão dos sistemas universais, que valorizam a solidariedade, a igualdade e a justiça social e não o lucro com a doença e o sofrimento”, manifestou-se a Abrasco. A nota avaliava que os planos “baratos no preço e medíocres na cobertura” não ajudam o sistema público a enfrentar os problemas que devem surgir ou intensificar-se no médio e longo prazos, já que não são adequados para assistir idosos e doentes crônicos, cada vez mais numerosos. O SUS se resumiria a “funcionar como espécie de resseguro, como retaguarda da assistência suplementar excludente”. O Cebes também se posicionou, afirmando que “a ampliação da oferta de planos de saúde para a classe média constitui um atentado ao direito à saúde e um retrocesso na consolidação do SUS como sistema universal, integral e de qualidade, além de representar uma perversa extorsão para a população que paga barato, mas tem plano com cobertura de atendimento

restrita que não dá conta das necessidades de saúde das pessoas”.

O CFM e os 27 conselhos regionais de Medicina divulgaram manifesto em que repudiaram a intenção de reduzir impostos, dar subsídios e destinar recursos públicos para as operadoras de planos de saúde: “o governo demonstra o favorecimento da esfera privada em detrimento da pública na prestação da assistência à saúde, cuja prática tem sido feita sob o signo do subfinanciamento público federal, principal responsável pelas dificuldades do SUS”.

“Se a proposta do governo se confirmar, vai aprofundar as iniquidades no Brasil, com um recorte por renda, no qual quem tem mais condições de pagar um plano sofisticado tem melhor atendimento”, comentou o coordenador do Centro de Relações Internacionais em Saúde, Paulo Buss, em entrevista à *Radis*, no começo de março.

No auge da discussão sobre os rumos do SUS, o ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão observou que “o momento é crítico, considerando que há uma dinâmica econômica setorial que dá velocidade à ampliação do setor de seguros e planos de saúde privados”. “O fundamental é que os atuais fatores de estímulo via renúncia fiscal e subsídios sejam estancados em benefício do sistema público, além de uma solução definitiva para o subfinanciamento crônico do SUS”.

Na reunião do Conselho Nacional de Saúde, Alexandre Padilha buscou esclarecer: “Não foi apresentada proposta do que chamo de ‘plano pobre para pobre’; o que há é proposta de ampliação do papel regulatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)”, afirmou, de acordo com o site do CNS. “Não há intenção de tirar recursos do SUS, mas pensar na sustentabilidade do setor privado”, disse.

A negociação com as operadoras, segundo o ministro, seria apenas especulação da imprensa. “Nós não podemos nos pautar por aquilo que sai na grande mídia”, disse, revelando incômodo com a reação das entidades do setor. “Eu sei que não consigo ter a interlocução que eu gostaria de ter [com as entidades], mas eu sei que eu tenho o gabinete bastante aberto”, assinalou, em relato do site do Cebes.

Na reunião, a presidenta do Cebes, Ana Costa, argumentou que a mobilização das organizações deveria ser entendida como “demonstração da força do movimento sanitário”. E a presidenta do CNS, Maria do Socorro de Souza, falou no papel de “vigilância” que cabe ao controle social: “Estamos em alerta e colocando o tema na agenda da sociedade”.