

5.3 A luta popular em defesa do SUS

Grasiele Nespoli

Por que defender o SUS?

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é uma grande conquista da sociedade brasileira, é um projeto que mostra tanto a importância quanto a possibilidade de se constituir um sistema público de saúde. O SUS é uma referência para muitos países, visto que o Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que tem um sistema de saúde público e gratuito (Portal Brasil, 2015).

Vale destacar que o SUS é fruto de um projeto democrático de Estado que precisa ser mantido, e que qualquer ameaça à democracia no país é uma ameaça ao SUS. Um dos marcos do movimento de Reforma Sanitária foi o documento publicado em 1979 pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) denominado *A questão democrática na área da saúde*, que parte da constatação da grave situação de saúde que o Brasil vivia na época. O contexto do final da década de 1970 era marcado pela crescente mobilização contra a ditadura militar e contra o desemprego, os baixos salários e as péssimas condições de vida da população. O movimento sanitário, desde sua origem, lutou contra a mercantilização da saúde, afirmando a importância de se defender a saúde como um direito que deve ser garantido pelo Estado, pelo poder público, e não como uma mercadoria que tem sua oferta regulada pelo mercado.

O movimento de Reforma Sanitária não era homogêneo em sua origem. Havia à época diferentes perspectivas. Alguns grupos defendiam a estatização imediata do sistema de saúde, outros a estatização progressiva, pois a imediata significava incorporar a lógica biomédica, que prevalecia na organização dos serviços e no trabalho na saúde. Como sabemos, o modelo biomédico foi duramente combatido pelo movimento de Reforma Sanitária. Sabia-se que o modelo biomédico não dava conta de atender as necessidades de saúde da população, uma vez que é orientado por uma lógica assistencialista, hospitalocêntrica e curativista. Na disputa, venceu a perspectiva de constituição de um sistema misto. O SUS articula tanto a rede pública quanto a rede privada de saúde, a chamada rede suplementar. No capítulo sobre a saúde da Constituição Federal (1988), o artigo 199 afirma que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Essa é uma das fissuras que compromete até hoje a universalidade do sistema público.

Como fruto de um processo democrático, o SUS teve muitos avanços, um deles foi a constituição de espaços de participação social. A lei nº 8.142, de 1990, mesmo com todos os limites impostos pelo presidente Collor na época, implementou os conselhos e as conferências de saúde. Enquanto os conselhos, nas diferentes esferas de governo (nacional, estaduais e municipais) são instâncias permanentes e deliberativas, as conferências acontecem a cada quatro anos,

[...] com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. (Brasil, 1990)

As duas instâncias reúnem representantes de gestores, trabalhadores e usuários para debaterem sobre os problemas, as necessidades e as políticas de saúde.

Outro grande avanço diz respeito à capacidade e amplitude que o SUS alcançou em termos de acesso à rede de serviços. Atualmente, o SUS comporta uma vasta e complexa rede hierarquizada e regionalizada de serviços de saúde, públicos e privados, que funcionam com diferentes lógicas e dispositivos de gestão. Enquanto o sistema suplementar cobre cerca de 41 milhões, o SUS “é a única possibilidade para mais de 140 milhões de brasileiros” (Paim, 2009, p. 85). Os avanços do SUS também são evidenciados pelo crescimento do número de procedimentos realizados, e pelo aumento de cobertura dos serviços de saúde decorrentes do processo de descentralização e municipalização. São significativos os avanços promovidos pela expansão da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família que atua como um importante dispositivo de reversão do modelo biomédico de atenção e cuidado.

As informações sobre a saúde da família – tomada como exemplo para mostrar os avanços do SUS – indicam que atualmente cerca de 129 milhões de pessoas são atendidas por agentes comunitários de saúde, uma cobertura de 66% da população; e 123 milhões de pessoas são atendidas por equipes de saúde da família, cerca de 63% de cobertura populacional. Hoje são mais de 40 mil equipes de saúde da família em todo o Brasil (Portal da Saúde, 2016).

Para não falarmos apenas da atenção básica, o que pode reforçar a lógica de que o SUS deve se destinar somente a atender as necessidades primárias de saúde, é preciso informar que em 2014 o SUS realizou cerca de quatro bilhões de tratamentos ambulatoriais, 1,4 bilhões de consultas médicas e 11,5 milhões de internações (Portal Brasil, 2015). O Brasil também possui o maior sistema público de transplantes de órgãos e tecidos, com cerca de 95% dos procedimentos e cirurgias feitos com recursos públicos (Portal da Saúde, 2014). Possui também um dos melhores programas de imunização e de controle do HIV/Aids. Isso não é pouco. Não há dúvida de que, sem o SUS, uma grande parte da população ficaria sem atendimento, sem atenção, sem cuidado e, com isso, haveria um aumento da morbidade e da mortalidade em todo o país.

Além dos avanços em termos de cobertura da atenção básica, do quantitativo de procedimentos de média e alta complexidade, da redução significativa da mortalidade por doenças infecciosas, o SUS implementou um conjunto de políticas públicas que visam à redução da iniquidade. Essas políticas são muito importantes e dirigem-se à população em situação de rua, aos povos do campo e da floresta, à população negra, aos povos indígenas, às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Em um país de dimensão continental, com uma população de mais de 200 milhões de habitantes, a situação de saúde é caracterizada por uma significativa desigualdade no padrão de adoecimento e morte. Diante desse cenário é fundamental a organização de um sistema público de saúde e a implantação de políticas públicas que visem à redução das iniquidades.

Sobre a questão da participação social, com o tempo, percebeu-se que os conselhos de saúde, em particular, não são suficientes para garantir a participação social que se deseja. Isso reforça o problema da democracia representativa como um todo, e a importância de se promover mecanismos e estratégias que privilegiem a participação social. Com isso, em 2007 foi implantada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa que, entre outras coisas, afirma a importância de se valorizarem diferentes mecanismos de participação popular e controle social, bem como o protagonismo da população na luta pela saúde.

É importante compreender que os avanços aconteceram em função da luta política e da pressão popular pelo direito à saúde, pois, desde sua origem, o SUS enfrenta inúmeras dificuldades. Podemos considerar que todas elas derivam da disputa com a lógica privada, mercadológica, que defende políticas sociais residuais mínimas para a população, e o crescimento da oferta de serviços pelo mercado.

Desde o início do SUS, portanto, a implantação do direito universal à saúde teve de conviver e competir com os interesses do mercado privado, que vê a saúde como um negócio a ser explorado, seja na prestação de serviços, seja através da venda de seguros privados e serviços de saúde. Todas as formas assumidas pelo setor privado para negociar a saúde no Brasil se beneficiaram historicamente de políticas e recursos públicos, que são mantidos até hoje. (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2014, p. 3)

○ problema do subfinanciamento do SUS

O SUS, historicamente, sofre com o subfinanciamento, com a permanência de uma racionalidade normativa e gerencialista, com a alta carga burocrática de trabalho, com a precariedade das condições de trabalho, com um modelo de formação profissional que reforça a lógica biomédica, especializada, que promove um cuidado fragmentado e não integral. São muitos os problemas que impedem o funcionamento ideal do SUS. Mas, ao contrário do que se imagina, que o “SUS não serve para nada”, que o SUS é deficitário, é preciso mostrar como ele é um projeto de resistência dos trabalhadores da saúde, sintetizando muitas conquistas ao longo das últimas décadas.

Entre as principais dificuldades que ameaçam o SUS destaca-se o problema do subfinanciamento ou o “desfinanciamento”, que se torna mais evidente a partir de 2008. Com a suspensão da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 2007 e a rejeição da proposta de emenda popular Saúde + 10, que defende o investimento de 10% das receitas brutas da união na saúde, houve um comprometimento do financiamento do SUS. Hoje o gasto com a saúde equivale a aproximadamente 8% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo que, dessa porcentagem, o setor privado gasta mais que o setor público (Portal Brasil, 2015). O gasto com a saúde no Brasil é menor do que o de outros países com sistema público universal e seria preciso dobrar os gastos para chegarmos ao mesmo patamar de países como o Reino Unido, França, Canadá e Espanha – seria preciso que os 8% do PIB fossem totalmente destinados à saúde pública.

A questão do financiamento se agrava mais ainda no atual contexto da chamada “crise fiscal”, que apresenta uma série de justificativas para os cortes em investimentos sociais. Tudo isso ameaça a universalização do direito à saúde, uma vez que o problema do financiamento, *grosso modo*, aumenta os demais problemas, pois com cortes no orçamento e no investimento em projetos sociais, e na saúde em particular, será difícil investir na ampliação da atenção básica, será difícil investir em processos de gestão e em projetos formativos condizentes com a reorganização do modelo de atenção e das práticas de cuidado. O SUS pode se tornar um mecanismo que garante um padrão mínimo de saúde para que a população continue a se submeter à ordem capitalista hegemônica geradora de doenças e agravos.

O desfinanciamento gera graves consequências, uma delas é o desmantelamento do SUS, o que justificará, para as forças políticas e econômicas que objetivam a mercantilização da saúde, sua privatização. Por isso, é fundamental compreender que o SUS é um projeto em disputa, que sua construção enfrenta muitos desafios, e que o contexto político e econômico neoliberal é o principal obstáculo para a real constituição da saúde como um direito. A lógica mercadológica reforça o modelo biomédico e a medicalização excessiva da vida. Se o SUS é um sistema misto que envolve parcerias públicas e privadas, é preciso pensar, como tem ressaltado o professor Jairnilson Paim (2009), em como realizar essa articulação considerando e fazendo prevalecer o interesse público.

A intensificação da lógica privatista na saúde

São várias as formas e iniciativas de privatização da saúde, a maior delas se dá pelo mercado de seguros de saúde, seguida da contratação de prestadores de serviços do setor suplementar. Outra forma de investimento no setor privado são as renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos e indústrias farmacêuticas. Além disso,

[...] não se pode esquecer que todos os principais fornecedores de equipamentos, medicamentos e insumos biomédicos são privados e se beneficiam do fato de o SUS constituir um dos maiores mercados compradores dos seus produtos em todo o mundo. (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2014, p. 8)

De modo geral, a privatização acontece nas iniciativas em que o Estado deixa de ser o executor direto dos serviços de saúde e dá abertura para o mercado privado atuar atendendo aos interesses do capital econômico, das grandes indústrias e de empresários, nacionais ou internacionais (Correia e Santos, 2015).

Atualmente, a questão da privatização tem assumido contornos cada vez mais difíceis. Existe um conjunto de projetos e iniciativas que atinge diretamente esse ponto. Em 2015 foi aprovada a lei nº 13.097, que prevê uma abertura maior ainda do capital estrangeiro no setor saúde brasileiro. Com essa lei, empresas e capitais estrangeiros poderão investir em hospitais gerais, filantrópicos, especializados, policlínicas, entre outros. Também poderão realizar pesquisas e serviços de planejamento familiar, e serviços de saúde mantidos por empresas para atendimento de funcionários (Brasil, 2015).

Outra ameaça foi feita pela Agenda Brasil, apresentada no final do ano de 2015, que prevê a possibilidade de cobrança diferenciada de procedimentos do SUS. Essa proposta sofreu muitas críticas e na ocasião foi recusada, mas continua sendo uma ameaça se considerarmos a conjuntura política do país. A Agenda Brasil também apresentou a proposta de regulamentar a terceirização, o que vai ao encontro da lei nº 4.330, de 2004, que se transformou no projeto de lei da Câmara nº 30 (PLC 30), com aprovação em 2015. Essa lei permite que a terceirização seja estendida também às atividades fim, como a assistência à saúde.

A terceirização tem como consequência a transferência de recursos públicos para empresas privadas e também a precarização do trabalho. Isso vem acontecendo por meio da contratação de organizações sociais (OSs), que são entidades privadas sem fins lucrativos. Importante salientar que quando se passa a gestão dos serviços para as OSs, o Estado deixa de ser o executor direto dos serviços de saúde (Correia e Santos, 2015). Em nome de uma maior eficiência, agilidade, flexibilização e da maior governança, o poder público institui um processo de transferência da gestão para as entidades privadas. Isso significa não só a transferência de recursos públicos, mas a passagem para uma lógica que não tem como referência (e não considera) a finalidade pública de serviços como os da saúde. Passa a prevalecer uma lógica gerencialista e empresarial, na contramão do que se prima nas políticas públicas de saúde: uma gestão democrática e participativa. Além disso, esses novos arranjos e modelos de gestão ferem o que está previsto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde: que a rede privada seja complementar ao SUS, e não substitutiva. Existem processos que acusam a inconstitucionalidade das OSs e estudos que indicam que os gastos aumentaram sem melhorar a qualidade

dos atendimentos e serviços prestados (Correia e Santos, 2015). Outro grave problema é que as OSs podem ser contratadas sem licitação, o que facilita favorecimentos e clientelismo.

Com o modelo gerencialista e empresarial, com a lógica privada, o problema toma outras proporções. Gerir serviços públicos é bem diferente de gerir serviços privados. O SUS é fundamentado em princípios e diretrizes que não podem ser perdidos de vista. Na lógica gerencialista foram introduzidas práticas como remuneração por desempenho, o que significa cumprir metas que nem sempre estão de acordo com as necessidades da população. Assim, prevalece a lógica da produtividade e não da atenção e do cuidado, objetivos maiores do SUS. Além disso, a vinculação dos trabalhadores não acontece mais por concurso público, não há garantia de planos de cargos e carreira para os trabalhadores que, precarizados, se sentem vulneráveis. Nessa perspectiva, uma maior governança parece passar também pelo poder de “despedir os maus funcionários”, o que é igualmente contrário às políticas de gestão do trabalho do SUS, que priorizam a educação permanente de seus trabalhadores, fazendo-os sujeitos críticos capazes de organizar o trabalho de forma contextualizada. Essa vulnerabilidade gera rotatividade, o que, por sua vez, quebra os vínculos estabelecidos entre o trabalhador e o usuário, outro princípio fundamental para se construir a atenção e o cuidado.

Vale destacar que um poderoso agente no ataque ao SUS é a mídia. Os grandes meios de comunicação investem incessantemente na construção de uma imagem negativa do SUS, sem nunca mostrar seu real valor, sua importância, seus avanços. Ao contrário, a grande mídia apresenta o SUS como um sistema deficitário, desqualificado e, logo, desnecessário. Busca-se, com isso, justificar a privatização da saúde. E, como sabemos, o que está por traz disso, ou diretamente relacionado a isso, é a força do capital, os interesses econômicos.

A imperiosa necessidade da luta em defesa do SUS

Pelo exposto anteriormente, diante da força neoliberal e conservadora que se acirra no Brasil, não podemos nos abster da luta. A disputa pelo direito à saúde acontece dentro do Estado, pois existem diferentes grupos, organizados em partidos políticos, que apresentam projetos distintos e representam classes sociais também distintas. Por isso, no contexto atual, é fundamental o fortalecimento dos movimentos sociais. A qualidade do programa de controle do HIV/Aids deriva da luta do movimento LGBT, a questão do parto humanizado e natural deriva do movimento de mulheres, as políticas de redução da iniquidade também resultam da força dos movimentos sociais. O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) é um grande exemplo de mobilização e organização social que, por sua vez, é constantemente criminalizado sem que, muitas vezes, nos apercebamos da compreensão real de seu significado político. Os processos de ocupação de terras postos em prática pelo MST sinalizam para novos modos de organização da produção ao desenvolverem estratégias que potencializam outros modos de ser e estar no mundo, atuando na contramão das tecnologias que degradam a vida e a natureza, como no caso do uso extensivo dos defensivos químicos (os chamados agrotóxicos) e de transgênicos, com seus impactos na saúde dos trabalhadores do campo e da população em geral. Em suma, o MST e tantos outros movimentos sociais do campo e da cidade nos ensinam que para nos mantermos vivos é preciso lutar.

Temos muito a aprender com os movimentos sociais, em todas as suas dimensões. Suas lutas são uma constante fonte de aprendizado. Além dos movimentos sociais que têm caráter nacional, existem movimentos locais, nas comunidades, nas favelas, nas periferias, no campo... Essas lutas devem se somar àquelas dos próprios trabalhadores da saúde.

O movimento de Reforma Sanitária no Brasil se ergueu no contexto de luta pela democracia e de defesa da saúde como um direito, mas, até hoje, não conseguimos implementar um SUS completamente universal e de qualidade, visto que enfrentamos continuamente os interesses do capital. Por isso, podemos afirmar que a reforma sanitária deve ser um projeto permanente e contrário à mercantilização da saúde e da vida, e que, nesse sentido, o SUS é um projeto de resistência que deve ser ampliado até que a saúde, de fato, seja um direito de todos.

Referências bibliográficas

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Artigos 196 a 200. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acesso em: 25 ago. 2016.
- _____. Presidência da República. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 22 ago. 2016.
- _____. _____. *Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015*. Reduz a zero as alíquotas da contribuição para o PIS/Pasep, [...] e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13097.htm. Acesso em: 22 ago. 2016.
- _____. Senado Federal. *Agenda Brasil*. Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/presidencia/noticia/AgendaBrasil_1208.pdf. Acesso em: jun. 2016.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). *A questão democrática na área da saúde*. Documento apresentado pelo Cebes Nacional no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na Câmara Federal, em outubro de 1979. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/10/a-questao-democratica-na-area-da-saude/>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- _____. *Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio* Rio de Janeiro: Cebes, 2014. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Sa%C3%BAde_%C3%A9_direito_e_n%C3%A3o_neg%C3%B3cio.pdf. Acesso em: 22 ago. 2016.
- CORREIA, Maria Valéria; SANTOS, Viviane Me-deiros dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSs) em questão. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org.). *A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Faperj, 2015. p. 33-39.
- PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PORTAL BRASIL. *Ministro destaca SUS como modelo em evento internacional*. Portal Brasil, abr. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/ministro-destaca-sus-como-modelo-em-evento-internacional>. Acesso em: 28 ago. 2016.

_____. *População teve acesso a 1,4 bi de consultas médicas pelo SUS em um ano*. Portal Brasil, jun. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/populacao-teve-acesso-a-1-4-bi-de-consultas-medicas-pelo-sus-em-um-ano>. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. *Gastos com saúde alcançaram 8% do PIB em 2013*. Portal Brasil, dez. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/12/gastos-com-saude-alcancaram-8-do-pib-em-2013>. Acesso em: 15 jun. 2016.

PORTAL DA SAÚDE. *Sobre o Sistema Nacional de Transplantes*. Portal da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>. Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. *Histórico de cobertura da saúde da família*. Portal da Saúde, 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 9 jun. 2016.