

SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo

30 years of SUS: the beginning, the pathway and the target

Nelson Rodrigues dos Santos¹

Abstract *In this text, we refer to the solid and historical civilizational roots of the Brazilian Unified Health System, SUS (Sistema Único de Saúde) that give it a perennial status. Data and analyses are systematized, pointing out, in parallel to the construction of SUS, the construction of another public health policy that has subverted the principles and guidelines of the Federal Constitution of 1988: a real, implicit and hegemonic policy. As for SUS, we identify and reinforce explicit advances and resistances with its principles and guidelines, over this 30 year period, but with invaluable accumulation in management, evaluation, knowledge construction, appropriate technologies, resistance strategies and politicization in defense of the constitutional directives. The knowledge that has been acquired over this time is understood to form part of a drive towards a civilizing pathway that was proposed by the 1988 Constitution. Although SUS is considered to be an unfinished work with deviations, and the need, on one hand, to be consolidated in better achievements, and on the other, to be permanently reinvented in order to accomplish its mission.*

Key words SUS, Health system, Public/private relation

Resumo *Este texto se refere às históricas raízes civilizatórias do SUS que lhe conferem perenidade. E sistematizam-se dados e análises que apontam, paralelamente à construção do SUS, a introdução de outra política de saúde que subverte os princípios e diretrizes da Constituição Federal de 1988: política essa real e hegemônica. Em relação ao SUS, são identificados e reforçados os avanços e as resistências nesse período de 30 anos. São valorizadas no artigo a inestimável acumulação de experiência em gestão, avaliação, construção de conhecimentos, tecnologias apropriadas, estratégias de resistência e politização em defesa das diretrizes constitucionais. Entende-se que o conhecimento adquirido está na esteira do rumo civilizatório proposto pela Constituição de 1988. Mas considera-se o SUS um processo inacabado e com desvios, que precisa ser, de um lado, consolidado em suas melhores conquistas; e, de outro, permanentemente reinventado para dar conta de cumprir sua missão.*

Palavras-chave SUS, Sistema de saúde, Relação público/privado

¹ Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA). R. José Antônio Marinho 450, Jardim Santa Genebra. 13084-783 Campinas SP Brasil. nelsonrs@fcm.unicamp.br

“Nada pode ser considerado intelectualmente um problema se não tiver sido em última instância, um problema na vida prática.” – Cecília Minayo

Introdução: As raízes da resiliência do SUS

Para entendimento e equacionamento sobre a grande encruzilhada na qual se encontra o SUS, há que ir a suas raízes nos anos de 1970, época da ditadura militar, quando houve uma política deliberada de massiva migração populacional para as periferias urbanas de cidades médias e grandes e intensificou-se a concentração de renda, a pauperização da população e a elevação da tensão social. As respostas do Estado brasileiro à conjuntura de então se concentraram nas Prefeituras municipais, com elevação da oferta de serviços sociais básicos, ainda que mínimos e precários. No campo da saúde, os dois grandes centros de formação, a Faculdade de Saúde Pública da USP e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, no mesmo período, remodelavam seus cursos tradicionais, de forma a disponibilizar o acesso a uma visão da atenção integral à saúde a jovens sanitaristas, sensíveis às políticas públicas de direitos sociais e de democratização do Estado.

Do ponto de vista do setor saúde, ao final dos anos de 1970, dezenas de municípios haviam constituído Unidades Básicas em seus territórios e acumulavam experiências de atenção integral, universal e equitativa. Essas muitas iniciativas antecipavam, na prática, os princípios da universalidade, integralidade e igualdade que viriam a ser consagrados na Constituição de 1988. Até o final dos anos de 1980, haviam sido organizados dez encontros regionais e nacionais de Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e de colegiados ou associações estaduais que apresentavam, à época, ricas e produtivas trocas de experiências. Durante os anos de 1980, essa dinâmica do setor saúde, centrada nas iniciativas das SMS convergiu para um movimento mais amplo de formulação de políticas públicas orientadas para os direitos de cidadania. Outras frentes também foram importantes na mobilização da sociedade, como o engajamento de acadêmicos e pesquisadores da Fiocruz, do Instituto de Medicina Social da UERJ, e de muitas Universidades como a USP, a UNICAMP, a Federal da Bahia, a Federal do Rio Grande do Sul, a Federal de Minas Gerais e, não menos importante, o aporte de profissionais e

técnicos dos Ministérios da Previdência e da Saúde, dentre outros. Esse conjunto de atores conformou o que se convencionou chamar “Movimento da Reforma Sanitária Brasileira” (MRSB).

A organização MRSB foi responsável por realizar junto com a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados Federais, em 1979 e em 1982, o I e o II Simpósio Nacional de Política de Saúde que tiveram repercussão no pensamento e nas decisões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Já no refluxo da ditadura, o movimento municipal de saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde juntos conseguiram convênios com o Ministério da Previdência e Assistência Social, com apoio do Ministério da Saúde visando à expansão do atendimento integral à saúde e permitindo a ampliação de cobertura dos serviços em muitos municípios.

Vários indicadores de saúde nos anos de 1980 refletiram a efetividade do movimento de municipalização. Por exemplo, para controle da hipertensão e suas sequelas, da poliomielite, do sarampo, de doenças no pré-natal e puerpério, de infecções respiratórias, da desidratação infantil e outras. Os resultados dessa dinâmica conferiram materialidade às teses defendidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987) e na Assembleia Nacional Constituinte (1988). O parâmetro internacional vinha do êxito incontestado dos sistemas públicos de saúde da maioria dos países europeus. E havia o apoio social, que foi colocado como diretriz constitucional do SUS, na forma dos Conselhos de Saúde deliberativos nas três esferas de governo, como aprovado em Lei. Os avanços dos anos 1980 foram ratificados e impulsionados com as Leis 8080 e 8142/1990.

Com o SUS, obrigado em Lei, incluía-se no sistema público de saúde, nessa década, a metade da população antes excluída de qualquer sistema de saúde. Levantamento realizado sobre o período de 1990 a 2005 mostrou que os municípios passaram a ser responsáveis por 93% dos novos estabelecimentos e 69% dos trabalhadores públicos de saúde no país. Elevou-se a porcentagem média dos impostos municipais destinada à saúde, chegando a 14,4% em 2000 e 23,3% em 2015. E os municípios no contexto interfederativo vêm sendo a esfera de governo da saúde, que rompe com a cultura política antipública e antissocial de tratar o limite mínimo legal do investimento financeiro estipulado na EC-29, como teto.

Os avanços do SUS, na comemoração de seus 30 anos

Os inquestionáveis avanços do SUS a favor das necessidades e direitos da população constituem patamar inabdicável de realizações, conhecimentos e práticas. No âmbito da Atenção Básica em Saúde (AB), aumentou a integração das ações promotoras, protetoras e recuperadoras da saúde, apoiadas em diagnósticos epidemiológicos, sociais, formação profissional e processos de trabalho em equipe. Foi constatada na prática que a resolutividade pode chegar a 80%/90% de atendimento às necessidades de saúde. Há dezenas de locais ou microrregiões no território nacional, com circunstâncias e características favoráveis, muitas vezes excepcionais para atuação dos gestores, dos trabalhadores de saúde, das equipes de saúde de família, dos grupos de apoio matricial. Muitos desses territórios têm excelente infraestrutura física e de custeio, suporte de referências especializadas, não raro possuem integração com atividades acadêmicas. No entanto, esses locais acabam por serem exceções, pois não há hoje condições materiais e estratégias para expandir suas experiências, tornando-as nichos ou trincheira se não, padrão do sistema.

Não é apenas na atenção básica que há territórios de excelência. Com as mesmas características, há nichos semelhantes nas redes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), dos serviços pré-hospitalares de urgência-emergência (SAMU) e dos Hemocentros. A área de Vigilância em Saúde, reconhecida internacionalmente por sua competência, apesar da modesta infraestrutura de que goza tanto dentro do Ministério como na esfera regional. Também a assistência especializada e o fornecimento de materiais muito se desenvolveram em relação à inclusão dos portadores de deficiências e de doenças crônicas específicas. Por exemplo, o controle da AIDS, que ainda tem a melhor avaliação entre os países em desenvolvimento. Também os serviços de transplantes de órgãos e de tecidos estão entre os mais produtivos do mundo.

Nos 30 anos do SUS ficou notável a retroalimentação entre a resistência aos desvios e a assunção do ideário do modelo de atenção à saúde com base nas necessidades e direitos de cidadania. Ideário esse somente viabilizado com política pública universalista que abrange os condicionantes socioeconômicos da saúde e da rede de atenção básica nos locais residenciais e de trabalho, com resolutividade de 80% a 90% e acesso oportuno à

assistência especializada aos restantes 10% a 20% (modelo SUS). Esse ideário importa mais com a relação custo/eficácia social do que com a relação custo/efetividade.

A combinação de práticas e valores humanos gerou uma postura de positiva militância, assumida diariamente por centenas de milhares de trabalhadores de saúde, gestores, conselheiros e movimentos por direitos sociais e democratização do Estado. É de se destacar ainda, que os avanços conseguidos propiciaram o desenvolvimento de um pacto interfederativo: a intergestão por meio das comissões intergestoras nos âmbitos nacional, estadual e regional, reconhecidas na prática desde 1993 e legalizada somente em 2012. Resta pendente a efetivação da diretriz constitucional “hierarquização/regionalização”, desafio estruturante, estratégico e decisivo para o desenvolvimento do modelo de atenção do SUS: há uma acumulação da experiência municipal de quatro décadas. Há um respaldo constitucional e legal: o comando único nas esferas federadas e as pactuações intergestoras em plena implementação. Resta o desafio de construção do comando único pactuado na menor célula sistêmica do SUS, a Região de Saúde, a ser definida e pactuada nas comissões intergestoras e nos conselhos de saúde.

Daí, a pergunta: como e porque a militância SUS, operando com grande produtividade e monumental produção de ações e serviços não vem conseguindo transformar a exceção dos processos de excelência em regra? Porque, após 30 anos, a direção do SUS adotou o bem sucedido programa “Mais Médicos”, como exemplo de seus avanços? É o que será abordado nos próximos tópicos.

Os 30 anos da intricada relação financiamento/modelo de atenção

Há um inegável subfinanciamento federal do SUS, gerando distorções e desvios na sua implementação. Eis alguns fatores centrais nesse sentido:

(1) Desconsideração da indicação constitucional do mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social - OSS na base de cálculo e, desde 1993, a subtração do Fundo da Previdência Social. O financiamento federal permaneceu desde então entre 1/3 e 1/2 do que foi inicialmente determinado na Constituição. O gasto federal com o SUS é mantido por volta de 1,7% do PIB que, juntado ao dos Municípios e Estados, totaliza entre 3,6 e 3,9% do PIB, muito aquém dos 7% a 8%

aplicados pelos bons sistemas públicos de saúde no mundo.

(2) Desvio indevido de ponderáveis recursos do SUS para outras prioridades de governo. Ocorreu a partir de 1997, com os recursos recém aprovados da CPMF para serem aplicados no SUS; e piorou em 1994 com o Fundo Social de Emergência que em 2000 passou para a DRU (Desvinculação das Receitas da União), retirando 30% do OSS. Não por acaso, em 1997 foi extinto o importantíssimo Conselho Nacional de Seguridade Social por decreto presidencial.

(3) Aprovação em 2000 da Emenda Constitucional 29 que vincula o financiamento do SUS à receita dos impostos somente para os Estados e Municípios; da Lei da Responsabilidade Fiscal que limita o quadro público de pessoal, com fatal penalização dos municípios; e da Lei que criou a Agência Nacional de Saúde (ANS) para desenvolvimento e regulação dos planos privados de saúde.

(4) Crescimento e sistematização de três formas de subsídios públicos federais ao mercado de planos e seguros privados de saúde nos anos 1990: (a) renúncia fiscal para as empresas dos planos privados, estendida ao mercado de fármacos; (b) cofinanciamento público de planos privados de saúde aos servidores e empregados públicos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; e (c) não ressarcimento pelas empresas de planos privados ao SUS – o que é obrigatório por Lei – pelos serviços públicos prestados aos seus consumidores.

5. “Engavetamento”, em 2004, do PL-01/2003, após aprimoramentos e aprovação arduamente construídos pela militância SUS nas três comissões obrigatórias na Câmara dos Deputados durante 2003 e 2004. O PL elevava o financiamento federal para o mínimo de 10% da Receita Corrente Bruta da União, e significava acréscimo de 0,7% do PIB para o SUS, passando de 3,6 a 3,9% para 4,3 a 4,7%, com obrigação legal de aplicação em repasses equitativos para a Regionalização.

6. “Engavetamento” em 2007 no Senado, do PL-121/2007, similar ao PL-01/2003.

7. A partir de meados da primeira década dos anos 2000, amplo, fortemente subsidiado e facilitado financiamento público proveniente do BNDES e do BID para edificações dos hospitais privados de grande porte, conveniados com o SUS e credenciados por grandes empresas de planos e seguros privados de saúde. Assim como para instalação de hospitais próprios dessas empresas.

8. Veto governamental ao artigo do PL-141/2012 que dispunha sobre o mínimo de 10% da RCB para o SUS (terceiro engavetamento),

mantendo os demais artigos dos PL-01/2003 que tratam dos gastos.

9. Veto governamental ao debate aberto e à votação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLIP-321/2013) requerido por dois milhões de assinaturas de eleitores. Esse PLIP havia sido articulado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e mais de 100 entidades. Foi o quarto engavetamento que resgatava os PL-01/2003, 121/2007 e original 141/2012.

10. Sem debate com o CNS, com gestores e militantes do SUS, e com a sociedade, foi aprovada em curtíssimo prazo a inclemente PEC-358/2013, hoje EC-86/2015 que dispõe sobre a aplicação de 13,2% até 15% da Receita Corrente Líquida-RCL de 2016 a 2020, que obriga a execução pelo MS das emendas parlamentares impositivas (0,65 da RCL), exclui a reavaliação constitucional quinquenal, com valores abaixo dos dispostos pela EC-29 e constitucionaliza o subfinanciamento federal do SUS.

11. Aprovação da MP-619/2013 que estende a renúncia fiscal das contribuições sociais COFINS e PIS às empresas de planos privados de saúde.

12. Aprovação da MP-656/2014 que estende a entrada do capital estrangeiro no mercado nacional da rede privada ambulatorial, hospitalar e laboratorial, além do apoio ao mercado de planos privados já contemplado pela Lei 9656/1998.

13. Envio pelo Governo à Câmara dos Deputados, da PEC 87/2015 que elevou a DRU de 20% para 30%, criou a DRE (desvinculação da receita) para os níveis estaduais e municipais (DRM) também em 30% prorrogando-a de quatro para oito anos, e preservando a base de cálculo do financiamento do SUS nas três esferas.

14. Veto presidencial ao artigo da LDO/2016, permitindo queda no orçamento do SUS de 2015 para 2016, estimada entre R\$ 8 e 14 bilhões.

15. Aprovação no Congresso Nacional da EC 95/2016 que reduziu a correção anual do financiamento federal da área social, inclusive do SUS, zerando o crescimento real ao substituir o piso vinculado à evolução da receita pública pelo teto vinculado à inflação do ano anterior.

A construção implícita de outro modelo de atenção à saúde

As distorções elencadas têm seu núcleo de concepção nos Ministérios da Fazenda, da Casa Civil e do Planejamento. Mas sua aprovação dependeu e depende da dócil bancada situacionista do

Congresso Nacional. Tais restrições e constrangimentos vêm desestruturando os eixos estratégicos e constitucionais do SUS, deixando-o com financiamento e recursos humanos e materiais insuficientes. O que dá lugar aos serviços privados que deveriam ser complementares ou assumir os riscos próprios do mercado.

Os quinze sistemas públicos de saúde mais bem estruturados do mundo são defendidos pela sociedade e pelo Estado, apesar de, também, serem fortemente fustigados pelo mercado neoliberal de saúde¹⁻³. Disso se conclui que a estratégia de subfinanciamento do SUS, não é isolada: ela está atrelada não só ao fluxo de recursos públicos e a outras prioridades de Estado, mas também à construção subliminar de outro modelo de atenção à saúde, conforme sugerem as onze constatações a seguir:

1. O drástico subfinanciamento federal, desde os anos de 1990, limitou a expansão e a qualidade da capacidade instalada, o que seria fundamental para o investimento na estrutura física da rede pública visando à universalização. (a) Sobre a configuração do sistema: o subfinanciamento propiciou a livre expansão do setor privado que deveria ser legalmente complementar, mas vem substituindo a responsabilidade do Estado. A iniciativa privada produz uma significativa parte das internações e serviços diagnósticos terapêuticos do SUS, concentrando a massa da assistência especializada média, o pagamento por produção e o mercado de serviços, medicamentos e equipamentos. As mesmas modalidades de empréstimos subsidiados do BNDES e do BID para edificação de hospitais privados, se fossem canalizadas para o SUS, proporcionariam estimativamente em oito anos a ampliação da rede pública em 200 hospitais regionais, 500 clínicas de especialidades com apoio diagnóstico e terapêutico e 600 unidades de pronto-atendimento⁴. (b) Recursos humanos: o desenvolvimento do quadro de pessoal atuando do SUS em todos os níveis, após a primeira década de sua implantação, já contava com 35% do total de trabalhadores de saúde na condição de servidores e empregados públicos. No entanto, essa força de trabalho completava-se com mais de 65% de terceirizados e precarizados, alocados por entes privados fornecedores de recursos humanos a custo menor, em sentido inverso ao determinado pela Lei 8142/1990. (c) Modelo de Atenção: o desenvolvimento da atenção básica acabou por se tornar focal e compensatório, sem condições de realizar a reorientação do modelo proposto pelo SUS. Como um bordão, os gestores municipais do SUS passaram a repetir mais ou menos a seguinte

frase: “a obrigação humanitária e legal de socorro às urgências e a assistência aos casos mais graves consome quase todos os recursos, inibindo iniciativas de proteção e de diagnóstico precoce”. À militância SUS restou, em 2013, a viabilização do programa “Mais Médicos”, oportuna demonstração e acumulação de competências a favor dos direitos humanos, no aguardo de um futuro menos restritivo. (d) Perfil dos colegiados gestores: a representação dos municípios pequenos (maioria absoluta dos municípios brasileiros) nas comissões intergestoras permanece pouco mais que simbólica.

2. Já em novembro de 1995, antevendo os graves descaminhos na construção do SUS, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) patrocinou uma produtiva oficina de trabalho com 67 dirigentes e técnicos nacionais, estaduais, municipais e com representantes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Nela foi elaborado um relatório que priorizou estrategicamente a implementação da diretriz constitucional da Regionalização e da Gestão de Recursos Humanos. Na época os gestores descentralizados já concebiam a Região de Saúde como a menor célula sistêmica da rede, condição para a plena realização das diretrizes da integralidade, equidade e universalidade, a partir da atenção básica. Houve uma preocupação com as pactuações interfederativas para a oferta integral dos serviços e financiamento suficiente. Essa oficina não obteve repercussão na condução da política nacional. Altos dirigentes do MS, em suas posições, revelaram dependência incontornável em relação aos ministérios econômicos do governo. Pelo mesmo motivo mal saíram do papel o Decreto 7508/2011 e a Lei 141/2012 que dispõem sobre a implementação da Regionalização/Planejamento-Orçamento Ascendente/Repasse Equitativos, então previstos.

3. Quanto aos subsídios federais às empresas de planos e seguros privados de saúde, somente a renúncia fiscal correspondia em 2003 a 23% do gasto do MS e 158% do lucro líquido declarado do conjunto delas. Ou seja, o Estado bancou e banca a rentabilidade desse ramo de negócios⁵. Estima-se que as três formas apontadas de subsídios correspondam a pelo menos 30% do gasto do MS. O orçamento do MS deveria estar entre o dobro e o triplo do atual. Em resumo, a grande economia de gastos federais na saúde trabalha a favor da privatização interna do SUS por meio do setor privado contratado como substitutivo; e externa, através dos subsídios públicos ao mercado.

4. A ANS, autarquia federal com cinco diretores nomeados pelo governo, tem todos os seus membros provenientes do mercado na saúde. Ou

seja: a agência pública reguladora do mercado é capturada por ele.

5. O engajamento crítico e cauteloso que ocorreu nos anos de 1980 por parte das centrais e federações sindicais, partícipes do MRSB, foi revertido nos anos de 1990, pela oferta de planos privados subsidiados mais acessíveis e sensíveis aos dissídios anuais das categorias, e também pela lentidão no acesso e na resolutividade da rede pública subfinanciada. Constata-se que a classe trabalhadora, vanguarda histórica das lutas sociais cedeu ao corporativismo, contra os direitos universais de cidadania, no caso da saúde. Isso não ocorreu nos 15 países que implementam sistemas públicos universalistas de saúde e que têm apoio integral do Estado³.

6. Após o “engavetamento” em 2004 do PL-01/2003, crise no MS e outras frustrações das militâncias SUS e do MRSB, lideranças dessas militâncias, em parceria com a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, realizaram em Junho de 2005, o 8º Simpósio de Política Nacional de Saúde, reunindo 800 participantes que aprovaram a chamada “Carta de Brasília”. Esse evento foi um respiro e estímulo para o MRSB que possibilitou oportuno debate tripartite e levou a um pacto “pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão”.

7. Na prática, 25% a 30% da população é consumidora de planos privados de saúde, cujo acesso aos serviços, oportunidade de utilização, qualidade e resultados estão segmentados de acordo com seus preços. As mensalidades vão de R\$ 80,00 a R\$ 10.000,00. No entanto, essa mesma população depende do SUS para fornecimento de medicamentos caros, ações de vigilância sanitária e epidemiológica, controle de endemias, imunizações, serviços de alto custo e de urgência. A soma do seu gasto per capita com saúde corresponde de quatro a seis vezes o dos 70% a 75% que só utilizam o SUS, inclusive com serviços e materiais médicos sofisticados e, por vezes, objeto de ações judiciais. Escritórios advocatícios reinterpretam falaciosamente os princípios constitucionais do SUS como sendo um “tudo para todos” onde, implicitamente, o “tudo” permanece mais definido pelo mercado do que pela Lei e pelas normas do Conselho Nacional de Justiça e do MS. Nesses 25% a 30% que têm planos privados estão as classes media-alta, média-média e pequena fração dos segmentos médios baixos, onde se encontra a estrutura dos trabalhadores sindicalizados do setor privado e público. Entre os 70% e 75% que utilizam apenas o SUS estão a maioria da classe média baixa, a massa trabalha-

dora formal e informal e os miseráveis. Vive-se, na verdade, um sistema híbrido público-privado, com relações promíscuas entre si, sem regulação de interesse público e refletindo um Estado criador de mercado custeado pelos direitos de cidadania⁶. Daí, o jargão “SUS pobre para os pobres e complementar segmentado para os consumidores dos planos privados.”

8. Há pelo SUS uma impactante inclusão social: anualmente, bilhões de ações ambulatoriais básicas e especializadas; muitas centenas de milhões de exames diagnósticos laboratoriais e de imagem; mais de 10 milhões de hospitalizações. Contudo, essa inclusão vem sendo realizada simultaneamente pelas ações e serviços tanto vinculados aos avanços do SUS (exceção), como aos avanços do modelo mercado-dependente, com incontáveis distorções (regra). Nestes 30 anos, a elevação da capacidade instalada pública e privada do SUS e a oferta de serviços “SUS” vêm ordenando a utilização dos serviços mais voltada para a assistência especializada⁷. O SUS está envolvido por outro modelo sub-reptício cada vez mais envolto em insidiosa propaganda de “arranjos público-privados com custo público bem menor”. Esse argumento tem sido desnudado por estudos e pesquisas nacionais e internacionais. Evidências científicas ressaltam que tais arranjos contribuem para a iniquidade no financiamento, acesso e utilização dos serviços; não há comprovação de que eles aliviam o sistema público; não diminuem a pressão da demanda por serviços; e enquadram-se na lógica da articulação entre três complexos: o médico-industrial (fármacos e equipamentos), o médico-financeiro (seguros privados) e o de serviços de apoio e expansão (assessoria, informação, exportação, e outros)¹.

9. O recrudescimento na gestão do MS visando a viabilizar pressões mercadistas e da área econômica governamental por planos privados baratos (elevando o número de consumidores), com certeza piorará ainda mais a qualidade assistencial, porque restringirá os tipos de doenças e sua gravidade para serem atendidas, aumentando a peregrinação dos cidadãos e o pagamento por fora. Como negócio, será bom para os investidores em planos privados, mas oficializa-se a dupla porta de entrada nos hospitais e laboratórios que prestam serviços para o SUS, assim como a ruptura com a proposta de igualdade e integralidade na atenção à saúde.

10. A EC-95/2016 visa a constitucionalizar o fim do SUS (com base em que pacto social, cara pálida?). Essa EC restringe o cálculo das despesas federais primárias exclusivamente à correção

da inflação do ano anterior. Isto é, desconsidera o crescimento populacional, a incorporação de tecnologias na qualidade dos serviços, o aumento do número de idosos e o subfinanciamento que se arrasta nos últimos 30 anos. Não por coincidência, a Agência Nacional de Saúde (ANS) atua na legalização do mercado de oferta de planos privados com franquia: mensalidades baixas com franquia alta e vice-versa, visando à adesão de segmentos sociais mais pobres, sob o lema “o consumidor precisa sentir no bolso”^{8,9}.

11. Comparando o SUS com os sistemas públicos de saúde universalistas avançados, observa-se que embora também fustigados pela globalização neoliberal, eles: (a) priorizam a retroalimentação entre a qualidade-equidade, visando manter a adesão das camadas médias e elites, sem o que os serviços públicos deterioram; (b) conciliam eficiências nos níveis macro e micro; e (c) mantêm o gasto público com saúde acima de 70% do gasto total no setor¹.

Busca do que fazer

As inúmeras distorções citadas e as constatações aqui apresentadas apontam para a vigência de objetivos hegemônicos do Estado, contrários ao setor público de saúde. O subfinanciamento faz parte da construção, em etapa avançada, de um arranjo público-privado à brasileira das diretivas neoliberais denominadas “cobertura universal” com segmentação social e financiamento público². Possivelmente, vários segmentos políticos do campo progressista e popular subestimaram o poderio orgânico e formulador das forças conservadoras neoliberais, hegemônicas nos últimos 30 anos¹⁰. Inclusive, minando o movimento social: os Conselhos de Saúde vêm sendo minimizados pelo poder de Estado nas deliberações que afetam o SUS. Esse poderio cria e estimula falsos contenciosos entre os colegiados gestores e os do controle social: acena aos primeiros com a falsa noção de realismo e perspectivas para os repasses federais, e desgasta os segundos, acenando com ilusórias aspirações, opções e pressões dos segmentos sociais representados, por planos privados de saúde. O que acaba por fragilizar a re-

presentatividade e a atuação nesses importantes órgãos colegiados, e fortalecer as operadoras dos planos privados de saúde.

Os promissores debates na campanha eleitoral de 2002, resgataram as bandeiras das massivas mobilizações dos anos 1980 pela democratização do Estado no rumo de um projeto de nação com inabdicáveis reformas estruturais (tributária, política, agrária, previdenciária, industrial, sanitária, educacional e outras)¹¹⁻¹³. A partir de 2003, a marcante inclusão social de dezenas de milhões de contrerêneos no mercado de consumo reativou o mercado interno. Mas os novos governos compartilharam a mesma reprodução das gravíssimas distorções dos anos 1990, como a desindustrialização, a omissão das bandeiras das reformas estruturais, o desvio da maior parte das receitas públicas para a especulação financeira, para paraísos fiscais, sonegação, renúncias fiscais, apoios políticos e financiamento de campanhas eleitorais. Hoje o país tem uma das maiores concentrações de renda e riqueza do mundo: dos nossos atuais 43 bilionários nacionais, cinco detêm o mesmo volume de renda que a metade mais pobre da população (105 milhões de brasileiros)¹⁴. Tudo isso tem sido operado com o agravamento do conluio entre o capital financeiro especulativo e empresarial e as altas representações políticas nos poderes Executivo, Legislativo e extensões no Judiciário¹⁵.

Aparentemente a forte hegemonia neoliberal desenvolveu-se com relativa segurança perante as reações contra-hegemônicas desenvolvimentistas, progressistas e populares desde os anos 1990. As reformas estruturais do Estado foram, em regra, omitidas ou tidas como inoportunas, radicais, secundárias, ultrapassadas, descontextualizadas. É também sob a análise política e histórica que as militâncias e lideranças contra-hegemônicas estão desafiadas a fazerem uma avaliação crítica de suas posições. É urgente preservar as conquistas de universalismo e de direitos sociais. Sem o que, a contra-hegemonia perde legitimidade e se fragiliza perante a cidadania. Não é sonho: a resiliência e os avanços do SUS referidos no início deste artigo atestam, ainda que setorial e parcialmente, que podem ser mais um testemunho do processo civilizatório.

Referências

1. Rodrigues PH, Santos IS. *Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2009.
2. Santos NR. SUS, Política pública de estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):273-280.
3. Santos NR. Conjuntura atual: instigando a busca de rumos e o que fazer. *Saúde em Debate* 2017; 41(113):353-364.
4. Coelho IB. *Os hospitais no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2016.
5. Ocké-Reis CO. *SUS: O desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
6. Santos I S. *O Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada* [tese]. Rio de Janeiro: FICORUZ; 2009.
7. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Cien Saude Colet* 2009;14(3):753-762.
8. Vieira FS, Benevides RPS. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. *Rev. Estudos e Pesquisas sobre as Américas* 2016; 10(3):1-28.
9. Vieira FS. *Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?* Rio de Janeiro: IPEA; 2016. [Nota Técnica, n.26]
10. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde no Brasil* [projeto de pesquisa]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. (Projeto em andamento, v.3)
11. Gentil D. *Seguridade social* [tese]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2016.
12. Pinto EG. *Financiamento dos direitos à saúde e à educação: uma perspectiva constitucional*. Belo Horizonte: Editora Fórum; 2015.
13. Laher R. Educação pública. *Entrevista Jornal da UFRJ*; 2015 Jul. 12.
14. Maia K, Georges R. *OXFAM Brasil: recompensem o trabalho e não a riqueza*. Rio de Janeiro: OXFAM; 2018. [relatório]
15. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Porque a política de austeridade com a seguridade social não tirará o Brasil da crise: caminhos para a retomada da constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016. [Documento para Pronunciamento na Audiência Pública da Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal de 05/07/2016].

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 07/03/2018