

UNIVERSALIDADE

*Morena Gomes Marques
Giselle Souza da Silva
Leticia Batista Silva*

O Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de três¹ princípios que o estruturam: a universalidade, a equidade e a integralidade. É sobre o princípio da universalidade à saúde, na condição de uma conquista civilizatória e de ruptura com a trajetória excludente da formação social brasileira, que iremos nos dedicar nestas breves páginas. No glossário de terminologia em saúde, o significado da universalidade consiste em “garantir o acesso aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 2004, p. 103). Para tanto, a universalidade pressupõe a equidade nas ações: a igualdade do acesso aos recursos políticos, materiais, de pessoal e econômicos.

O princípio da universalidade não apenas contribuiu para a qualificação do SUS enquanto uma das propostas mais avançadas entre os sistemas de saúde no mundo, como também o converteu em realidade objetiva para a maioria absoluta da população brasileira. Dados mais recentes demonstram que o SUS é a única forma de atendimento em saúde para 80% dos brasileiros² – 190 milhões de pessoas (CNS, s/d) que o acessam através dos hospitais públicos, centros de saúde, clínicas da família, CAPS, CAPSi e UPAS. Mas, se considerarmos a totalidade complexa que envolve as ações em saúde – da imunização em massa à vigilância sanitária, passando pela pesquisa científica e os serviços da mais alta complexidade – estima-se que 100% da população já utilizou direta ou indiretamente os serviços do SUS.

Todavia, nem sempre foi assim. No largo espectro histórico da política de saúde no Brasil o “tom” hegemônico foi dado pelo projeto privatista. Isto é, a contraposição da concepção securitária (individualizada e contributiva) ao direito social. A industrialização do país veio acompanhada por um padrão excludente de acesso à saúde, restrito aos trabalhadores formalmente empregados e subordinada ao sistema previdenciário. Assim o foi nos CAPS (1923), IAPS (1933), INPS (1966) e, posteriormente, INAMPS (1977). A crítica a este modelo será realizada pelo Movimento da Reforma Sanitária nos anos 1980 que, composto por profissionais de saúde, intelectuais e movimentos sociais diversos, defendeu uma concepção de saúde de atenção integral, com gestão democrática e controle social.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde proporcionou a síntese entre o acúmulo político e teórico do movimento sanitário e os anseios da sociedade civil pela redemocratização do país. Segundo Matta (2007, p. 8) o princípio da universalidade, como os demais princípios do SUS, são atravessados pelo que se convencionou chamar de “conceito ampliado de saúde”. Isto é, a saúde como elemento indissociável das condições de produção e reprodução

¹ São os chamados “princípios finalísticos”, de natureza doutrinária (TEIXEIRA, 2011, p. 2).

² Cf. CNS. O SUS.

Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html#:~:text=O%20SUS%20representa%20uma%20conquista,sistema%20para%20tratar%20da%20sa%C3%BAde>. Acesso em 15 de nov. de 2022.

da vida social e incompreensível se reduzida ao binômio positivista saúde/doença. Esta definição concebe a saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção” (BRASIL, 1986, p. 4).

Tal concepção proferida na 8ª Conferência encontra-se hoje inscrita no Art. 196 da Constituição Federal, a qual demarca algo inédito: a responsabilidade pública sobre a política de saúde, enquanto “*direito de todos e dever do Estado*, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Em igual perspectiva universal dispõe a Lei 8080/1990:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

[...] Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Há, no entanto, uma latente contradição entre a universalidade como princípio e a sua real efetividade. Isto porque o SUS vem sofrendo desde a sua institucionalização com uma série de instrumentos legais, normativos e orçamentários que comprometem a garantia da universalidade e dos demais princípios fundamentais desta política.

Dentre tais instrumentos, o subfinanciamento e o desfinanciamento são os principais. O subfinanciamento pode ser definido a partir de dois indicadores: gasto destinado à saúde pública, como percentual do produto interno bruto (PIB) e como per capita, bem como, a comparação com gastos aplicados em sistemas públicos de saúde semelhantes em outros países. Quando ambos os indicadores são baixos temos o subfinanciamento do SUS (MARQUES, 2017).

Ademais, diversas outras medidas contrarreformistas provocaram o desfinanciamento deste sistema, o que ocasionou a redução absoluta ou relativa dos seus recursos ao longo do tempo. Desde a implantação do SUS até os dias que se seguem os recursos orçamentários vêm sendo gradativamente minados pela lógica de estruturação e organização do orçamento público brasileiro que está assente na priorização da dívida pública. Do ponto de vista do desfinanciamento temos medidas como a Desvinculação de Receitas da União (DRU), criada em 1994 pelo governo FHC como “Fundo Social de Emergência” e mantida pelos governos subsequentes até o momento (2022). A DRU subtrai das fontes da Seguridade Social 30% que são destinados ao Orçamento Fiscal, em grande parte para o pagamento das despesas com a dívida pública. Estima-se que entre 2008 e 2016 tenham sido drenados da Seguridade Social mais de R\$ 500 bilhões por meio da DRU (TUCCÍLIO, 2019). Tal feito significa a redução dos valores absolutos das políticas de saúde, assistência e previdência social.

Além da DRU, no ano de 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, que congela os gastos primários em direitos sociais fundamentais por vinte anos, corrigindo os valores pelos gastos do ano anterior com base na inflação. Tal normativa compromete o financiamento direto das ações de saúde em todos os níveis de atenção, tornando-se a principal medida atual de desfinanciamento.

No campo do subfinanciamento ainda acrescenta-se o contingenciamento sucessivo de recursos das políticas sociais, fato que configura mais uma das muitas limitações na garantia do atendimento universal e de qualidade à saúde. As isenções fiscais dadas às empresas (de contribuições como Cofins e CSLL) – as quais envolvem o próprio setor privado de saúde por meio da indústria farmacêutica, de equipamentos e de “hospitais sem fins lucrativos” alcançaram o equivalente a 41% do orçamento do que era previsto para a saúde no ano de 2012 (CISLAGHI, 2015). Já a saúde complementar, através de convênios e contratos com o setor privado e o pagamento de serviços prestados, consolida-se como altamente rentável para os grandes conglomerados da saúde. Exemplo disto pode ser visto em 2011, cujo gasto realizado via setor privado correspondeu a mais de 50% do total de recursos da saúde (OCKÉ-REIS, 2015).

Os instrumentos de desfinanciamento e subfinanciamento, as formas de privatização indireta, e os novos modelos de gestão (ainda que distintos entre si),³ convertem-se em óbices à universalidade. Em mesmo sentido, revelam o interesse do capital em expropriar recursos da saúde para garantia da sua acumulação e reprodução.

Como visto até aqui, a política de saúde no Brasil apresenta desde a criação do SUS intensas disputas entre interesses públicos e privados. No centro de tais disputas, o financiamento é peça fundamental, onde as escolhas orçamentárias definem a possibilidade de atendimento ou não das necessidades em saúde da população brasileira.

Como uma das tensões recentes destacamos a proposta da *Cobertura Universal de Saúde* (CUS). Esta ideia surge no Relatório de 2010 da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) e busca tratar da “cobertura” desassociada do acesso universal, ou seja, cobertura sem universalidade e focada em mitigar os gastos pessoais com serviços de saúde. No caso brasileiro, em termos sociais e civilizatórios, trata-se de um retrocesso na medida em que reaviva a ideia de saúde como uma prestação de serviços apartada da determinação social do processo saúde-doença, e dos princípios de integralidade e equidade.

A chamada *cobertura universal* se compromete em dar acesso a todos os serviços de saúde conforme a capacidade individual de pagamento do cliente. Isto é, a classe trabalhadora em seus estratos mais empobrecidos teria acesso a um conjunto de serviços básicos conforme a sua capacidade de pagamento, ao passo que os mais ricos acessariam um conjunto amplo de serviços oriundos da rede privada de saúde. A ideia da cobertura universal é a de uma cesta de serviços que se organiza a partir de uma lógica mercantil. São resultados práticos dessa proposta: desigualdades de acesso, fortalecimento do setor privado (saúde como mercadoria) e o rompimento com a perspectiva de proteção social como responsabilidade do Estado.

³ No campo da gestão, as Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserrh) caracterizam-se como via não clássica de privatização da saúde. Em nome da eficiência, eficácia e dinamicidade, os recursos da saúde têm sido geridos e executados por instituições e entidades que buscam obter lucratividade com atenção à saúde.

É fato que o SUS enfrenta inúmeros desafios, o subfinanciamento, o desfinanciamento, as formas precárias de contratação, a necessidade de rever processos de trabalho, as inúmeras diferenças regionais, dentre outros. Contudo, esses fatos não são novos. Na realidade, evidenciam a indissociabilidade entre determinações históricas, sociais e a própria arena da disputa de classes na formação social brasileira. Olhemos como um exemplo a questão racial e as iniquidades da população negra nas mais distintas esferas da saúde: segundo Amorim (2018), 76% dos atendimentos e 81% das internações no SUS são de usuários negros e negras. Isto é, o maior contingente de usuários é a mesma população que figura entre as piores condições socioeconômicas, maiores taxas de analfabetismo, piores condições de habitação e acesso a saneamento.

Em síntese, queremos destacar que não é possível discutir o direito universal à saúde sem conectá-lo à formação social e histórica brasileira, determinada por séculos de trabalho escravo e desigualdades de raça, gênero e território. Desigualdades estas que, ao invés de reparadas são aprofundadas quando opta-se pelo subfinanciamento e o desfinanciamento da política de saúde. É esse solo histórico que coloca em xeque a todo tempo o direito universal e integral à saúde pública e a sua realização orçamentária. Portanto, ampliar a consciência crítica sobre o direito à saúde como uma política pública universal é o principal objetivo deste verbete.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, C. C. População negra e saúde: por que debater? 2018. Disponível em: <<http://revistaconstrucao.org/saude-publica/populacao-negra-e-saude-por-que-debater/>>. Acesso em 1º de nov. de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei nº 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>. Acesso em 7 de nov. de 2022.
- CISLAGHI, J. F. Retrocessos no Legislativo e Impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I (Org.). Cadernos de Saúde. A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2015.
- MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. Planejamento e políticas públicas, n. 49, jul./dez. 2017. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Ipea, 2017. Disponível em:

- <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8227/1/PPP_n49.pdf>. Acessado em 30 de nov. de 2022.
- MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G.C; PONTES, A.L.M (Orgs.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
- OCKÉ-REIS, C. O. Gasto privado em saúde no Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, n. 31, jul., 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial da saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a Cobertura Universal [internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.
- TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. In: CONFERÊNCIAS MUNICIPAL E ESTADUAL DE SAÚDE, 2011, [Anais...] Salvador, 2011. Disponível em:
<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547865/mod_resource/content/2/TEIXEIRA%20C%20-%20Os%20princ%20%C3%ADpios%20do%20Sistema%20%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%Ade.pdf>. Acesso em 15 de nov. de 2022.
- TUCCÍLIO, A. Precisamos falar sobre a DRU. ANFIP, 15 de janeiro de 2019. Disponível em: <<https://www.anfip.org.br/artigo-clipping-e-imprensa/imprensa/precisamos-falar-sobre-a-dru/>>. Acessado em 30 de nov. de 2022.
- UNA-SUS. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. UNA-SUS, Brasília, 21 set. 2021. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Garantido%20no%20artigo%20196%20da,para%20qualquer%20atendimento%20de%20sa%C3%BAde>>. Acesso em 29 de out. de 2022.
- CNS. O SUS. Disponível em:
<https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html#:~:text=O%20SUS%20repreenta%20uma%20conquista,sistema%20para%20tratar%20da%20sa%C3%BAde>. Acesso em 15 de nov. de 2022.