

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Raquel Cavalcante Soares

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, sem dúvida alguma, o maior sistema em rede de serviços e assistência à população brasileira; em todos os municípios há pelo menos algum serviço de saúde, desde os mais simples na atenção primária, aos mais complexos, contabilizando mais de 200 mil estabelecimentos de saúde (MACHADO; CARVALHO; CAMPOS, 2020). Ademais, segundo o próprio Ministério da Saúde, o SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, atendendo mais de 190 milhões de brasileiros. Em termos comparativos, a Previdência Social, segundo dados de 2022, tem “70 milhões de trabalhadores protegidos, sendo 36,4 milhões de benefícios pagos mensalmente.” (BRASIL, 2022: sp). Já a política de assistência social atendeu no período pandêmico 21,53 milhões de usuários com o Auxílio Brasil, segundo dados de novembro 2022 (BRASIL, 2022).

De fato, o SUS configura-se como o sistema de proteção social de patamar superior em termos de cobertura da assistência da população, que integra a seguridade social. Assim, pode-se afirmar que, na história da formação social do Estado brasileiro, o SUS é o sistema público de serviços, viabilizador de direitos (em especial o direito à saúde), que mais amplitude tem em termos de acesso da população – apesar de todas as contradições e desigualdades como veremos a seguir.

Desde o seu nascimento, o SUS foi inspirado na racionalidade emancipatória do projeto de Reforma Sanitária, trazendo três importantes mudanças na concepção e gestão das políticas sociais no Brasil:

- De modo muito claro, a conquista da sua estruturação tem relação direta com a mobilização social do movimento sanitário e da articulação com movimentos sociais e partidos políticos do campo da esquerda. Há, assim, uma politização da política de saúde (TEIXEIRA, 1989), quebrando-se com uma concepção tecnicista de política social e a apresentando como espaço de contradição e disputa de projetos;
- Pela primeira vez, de forma inclusive institucionalizada a partir da Constituição de 1988, uma política social e seu respectivo sistema executor tem como diretriz fundamental a participação social. Nesse sentido, o SUS torna-se um marco divisor no que se refere ao controle social: a institucionalização dos conselhos de saúde nos diversos entes federativos (municípios, estados, distrito federal) bem como os conselhos gestores em serviços de saúde, com participação paritária entre sociedade civil e gestores, as conferências como instâncias máximas de deliberação sobre a política de saúde, conforme consta na Lei 8142/1990;
- A terceira e última mudança é consequência das anteriores: a politização da concepção de política de saúde e a participação social possibilitaram a configuração de uma cultura do direito público à saúde, aqui relacionada diretamente ao dever e responsabilidade do Estado em garantir esse direito.

Essas três mudanças trazidas pelo SUS, junto com o princípio da universalidade do acesso, constituem-se o núcleo duro do seu legado, advindo do projeto da Reforma Sanitária.

Contudo, há outros importantes elementos que o orientam e estruturam, como suas diretrizes e seus princípios.

Dentre as diretrizes do SUS expressas na Constituição de 1988, além da participação social aqui já mencionada, há a descentralização e o atendimento integral (BRASIL, 1988). A descentralização confere ao sistema de saúde a capacidade de atender às diversas necessidades regionais do nosso país, segundo suas particularidades econômicas, sociais e sanitárias (PAIM, 2009). Por outro lado, o atendimento integral – a integralidade – possibilita que o SUS em suas múltiplas ações prime pela promoção, proteção e assistência à saúde, priorizando a prevenção sem descuidar da assistência quando necessária, de modo qualificado e efetivo. Assim, a integralidade da atenção é caracterizada pela busca da compatibilização das “ações preventivas e curativas, individuais e coletivas.” (PAIM, 2009, p. 33).

Além de suas diretrizes, o SUS também possui princípios elencados na Lei 8.080/1990. São eles: 1) Universalidade de acesso; 2) Integralidade da assistência prestada em todos os níveis; 3) Autonomia dos usuários; 4) Igualdade da assistência em saúde; 5) Direito à informação; 6) Socialização de informações sobre os serviços; 7) Uso da epidemiologia para orientar/fundamentar ações; 8) Participação da comunidade; 9) Descentralização político-administrativa; 10) Integração das ações da saúde, meio ambiente e saneamento básico; 11) Conjugação dos recursos dos diversos entes federativos para a prestação de serviços de saúde; 12) Resolutividade dos serviços nos diversos níveis de assistência em saúde; 13) Organização dos serviços públicos; 14) Organização de serviços especializados em atendimento a mulheres vítimas de violência.

Posteriormente, um outro princípio foi incorporado no debate nacional apesar de não ter sido integrado de modo explícito à legislação: a equidade. Com o princípio da equidade vinculado ao Projeto de Reforma Sanitária, defende-se que o SUS atenda de forma desigual os desiguais e considere a diversidade das condições e necessidades sociais, de modo a garantir a igualdade de acesso (PAIM, 2009). Todavia, a equidade vem sendo instrumentalizada por instituições e organismos internacionais, dentre eles o Banco Mundial, para justificar a defesa da focalização e seletividade do sistema de saúde para os mais pobres, possibilitando maior espaço de expansão ao mercado privado da saúde, via consumo. Importa, dessa forma, distinguir as concepções em disputa e defender a Reforma Sanitária em sua amplitude (SOARES, 2020).

O SUS representa e expressa, de forma dialética, os princípios do Projeto de Reforma Sanitária, sendo ele mesmo produto histórico do que se convencionou chamar de Reforma Sanitária Brasileira. Contudo, apesar de ser importante elemento constitutivo desse projeto, a Reforma Sanitária não se restringe à implementação do SUS. Nesse sentido, o Projeto de Reforma Sanitária inclui e ultrapassa o SUS ao tempo em que este último também não constitui-se espaço monolítico de um único projeto, tendo em vista que as políticas sociais expressam em seus mais diversos espaços os projetos societários em confronto.

Assim, desde a sua criação até hoje, o SUS como sistema que materializa a política de saúde brasileira e, por conseguinte, constitui-se mediador objetivo do direito à saúde, configura-se como um campo de disputas de diversos projetos vinculados a diferentes e, algumas vezes, antagônicas concepções societárias. Aqui destacamos os principais deles, a partir dos estudos de Bravo (2006; 2020) e Soares (2020):

- Projeto de Reforma Sanitária: ganha hegemonia na política de saúde nos anos 1980; é responsável pelo conjunto de conquistas que englobam o direito público e universal à saúde na Constituição de 1988 e que estruturam a regulamentação do SUS; sobretudo, defende a democratização do Estado e do direito à saúde com uma racionalidade emancipatória e politicamente revolucionária (BRAVO, 2006; SOARES, 2020).
- Projeto Saúde Privatista: a partir de meados da década de 1990, passa a ser hegemônico – espalhando o pensamento neoliberal por dentro da política de saúde, especialmente, com as mudanças implementadas com a contrarreforma administrativa, com uma concepção gerencialista do Estado e o estímulo às parcerias público-privado, terceirização da gestão e execução de serviços de saúde pelo setor privado, com o abandono do debate sobre a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).
- Projeto SUS Possível: configura-se nos anos 2000, mais particularmente com a ascensão dos governos do Partido dos Trabalhadores à Presidência da República, em que havia a proposição inicial de retomada da agenda sanitária, com a incorporação de defensores da Reforma Sanitária e lideranças do movimento sanitário em diversos cargos do Ministério da Saúde; Faz-se a defesa de uma atualização ou modernização da Reforma Sanitária. Tal modernização permite a refuncionalização de princípios da Reforma Sanitária e do SUS, retirando-lhes o conteúdo mais revolucionário e incorporando elementos do projeto saúde privatista – especialmente a terceirização da gestão e execução dos serviços de saúde e a proposição de novas modalidades de organizações de interesse público e de direito privado (SOARES, 2020).
- Projeto SUS submetido ao Mercado: reatualiza o projeto privatista de saúde a partir do golpe institucional de 2016, nas gestões Michel Temer e Jair Bolsonaro, de perfil ultraneoliberal e conservador, intensificando a ofensiva contra o direito público e defendendo um SUS executado e gerido pelo setor privado, lucrativo e não lucrativo; proposição das entidades e organizações do setor privado da saúde assessorar ou integrar conselhos consultivos dos gestores públicos da saúde; defende-se o acesso ao direito à saúde mediado diretamente pelo mercado ou por um SUS cujos serviços são privados (BRAVO, 2020).
- Projeto Genocida: configura-se na gestão Federal da política de saúde no governo Jair Bolsonaro, durante à pandemia de Covid-19, de 2020 a 2022. Estrutura-se com base no ultraneoliberalismo, conservadorismo, negacionismo científico e princípios neofacistas. A política de saúde Federal foi orientada para desarticular o enfrentamento à pandemia e a facilitar a transmissão do vírus, sob o argumento – ultrapassado cientificamente – da imunidade de rebanho. Há um grande volume de dados e evidências científicas desse projeto, dentre os quais destacamos os estudos de Hallal, que informam que “o Brasil tem 2,7% da população mundial e concentra quase 13% das mortes no mundo [...] 4 de cada 5 mortes teriam sido evitadas se o Brasil estivesse na média mundial de óbitos pela Covid-19, ou seja, 400 mil mortes não teriam ocorrido (AGÊNCIA SENADO, 2021: s.p.).

Todos esses projetos disputam espaço na política de saúde e, conseqüentemente, no SUS, no cotidiano das práticas em saúde, desafiando os trabalhadores da saúde. Ao tempo que é produto histórico da luta pelo direito à saúde da classe trabalhadora pode também expressar negações e violações a esse mesmo direito, dados os diversos projetos em disputa. Tal disputa dá-se, sobretudo, no cotidiano dos serviços, inclusive em meio à atuação profissional de assistentes sociais.

Dentre os mais de 3,5 milhões de trabalhadores saúde que atuam no SUS (MACHADO; CARVALHO; CAMPOS, 2020), encontram-se assistentes sociais de todo o país. O SUS é historicamente um dos maiores espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social, disputando o primeiro lugar no mercado de trabalho junto com a política de assistência social. De acordo com o DIEESE (2018), a estimativa de vínculos de assistentes sociais em estabelecimentos vinculados ao SUS, em 2016, era de 67.769, com remuneração média mensal de R\$ 4.403,00. Por outro lado, segundo o DATASUS (2023), informam a quantidade de 40.470 assistentes sociais atuando no SUS em 2023.¹

Segundo Bravo e Matos (2006), o Serviço Social na política de saúde tem como objeto de intervenção as expressões da questão social que interferem e perpassam o processo saúde-doença, seja no sentido de compreendê-las e desvelá-las, seja para intervir sobre elas.

Diante da intensificação do ajuste econômico e o aprofundamento ultraneoliberal, que resultou, sobretudo, no desfinanciamento da política de saúde² com graves inflexões ao SUS, há um agravamento da questão social e aumento das demandas ao SUS. Tal condição vem complexificando ainda mais os espaços de atuação de assistentes sociais na rede SUS, seja na atenção primária (com diversos NASFs sendo fechados em todo o país), seja na média complexidade (nos CAPS, Policlínicas, maternidades), seja na alta complexidade (nos grandes hospitais, emergências).

De acordo com Costa (2006), as contradições do SUS tornam-se demandas ao Serviço Social no cotidiano dos serviços de saúde. De fato, ao longo da história do SUS “contraditoriamente, as tensões do sistema implicaram uma ampliação e redimensionamento das atividades com qualificações técnicas e políticas dos assistentes sociais”. Ademais, a autora afirma que o/a profissional de Serviço Social atua “como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais [...]” (COSTA, 2006, p. 41).

Assim, pode-se afirmar que os principais desafios do SUS na atualidade também constituem-se desafios à atuação de assistentes sociais:

- O desfinanciamento da política de saúde e, anteriormente, seu histórico subfinanciamento crônico, que tem várias implicações no cotidiano dos serviços de saúde: aprofundamento da precarização da assistência prestada à população com falta de recursos (financeiros, humanos, materiais e tecnológicos) adequados, restrição de vagas de acesso, precarização do processo de trabalho em saúde com rebatimentos na contratação precária dos trabalhadores da saúde, com baixas remunerações e vínculos de trabalhos fragilizados;³
- O aprofundamento da privatização do direito à saúde no Brasil, expressa tanto nos altos níveis de gastos com a saúde privada em relação aos gastos no SUS quanto na destinação cada vez maior de recursos do SUS para a contratação de serviços privados com e sem fins lucrativos. Desse modo, há um aumento do custo dos serviços, com grande incidência de vínculos precarizados de trabalho, e com uma

¹ Observa-se aqui a diferença entre quantidade de vínculos e quantidade de profissionais.

² A aprovação da EC95 “retirou quase R\$ 37 bilhões do SUS entre 2018 e 2022 [...] em comparação com a regra anterior (EC 86). Se somadas às perdas previstas com o projeto orçamento de 2023, os valores alcançam R\$ 59,6 bilhões.” (ABRES, 2022, p. 6).

³ Segundo o DIEESE (2018), a quantidade de trabalhadores no setor privado de saúde é 2,28 milhões e no setor público é de 1.3 milhão, com baixas médias salariais, de cerca de R\$3.186,00, em 2016.

concepção restrita de direito à saúde regida por contratualizações pautadas em metas quantitativas, negando-se, assim, os princípios da Reforma Sanitária Brasileira;

- A superação do projeto genocida fundado no neofascismo e negacionismo científico articulado com o conservadorismo que implantou na política de saúde federal brasileira uma desarticulação de suas bases técnicas, inclusive com a militarização do Ministério da Saúde. Tal projeto teve um impacto profundo nas práticas em saúde e na assistência à população e a sua derrota eleitoral não se configurou por completo (dada a reduzida diferença de votos que colocou em vantagem o então candidato Lula da Silva, bem como o perfil ultraconservador do Congresso);
- Problemáticas que deveriam ter sido ultrapassadas com a Reforma Sanitária e a instituição do SUS, como: a desigualdade do acesso ao direito à saúde; a hegemonia do modelo médico assistencial, centralizando as ações de saúde nesse profissional e não priorizando a prevenção e promoção da saúde; a falta de investimento tecnológico adequado para a assistência à saúde da população na perspectiva de socialização dos avanços científicos, inclusive com quebra de patentes, sem as quais desigualdades no tratamento, entre outras;
- A necessidade de retomada do projeto de Reforma Sanitária, inclusive, com a politização da saúde e o investimento na democratização do SUS e ampliação do controle social.

As perspectivas para o SUS configuram-se na ordem da necessidade de organização e articulação coletiva (com movimentos sociais, com outros trabalhadores da saúde, com serviços etc.) na defesa da Reforma Sanitária, do próprio SUS, em favor do direito público, estatal e universal à saúde. A crise sanitária da pandemia de covid-19 evidenciou ainda mais a grande relevância dos sistemas de saúde públicos e universais. E “o SUS é nosso, ninguém tira da gente. Direito garantido, não se compra e não se vende”.⁴

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA SENADO, 2021: s.p

ABRES. Nota de Política Econômica. Nova política de financiamento do SUS. UFRJ, 2022.

BRASIL. Serviço e informações do Brasil. Previdência completa 99 anos com mais de 90 serviços digitais disponíveis ao cidadão. Publicado em 04 de fev. de 2022.;02;22 Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/trabalho-e-previdencia/2022/02/previdencia-completa-99-anos-com-mais-de-90-servicos-digitais-disponiveis-ao-cidadao#:~:text=Mais%20de%20R%24%2050%20bilh%C3%B5es,milh%C3%B5es%20de%20pessoas%20no%20Brasil>>. Acesso em 16 de jan. de 2023.

_____. Auxílio Brasil chega a 21,53 milhões de famílias em novembro de 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2022/11/auxilio-brasil-chega-a-21-53-milhoes-de-familias-em-novembro-de-2022#:~:text=AUX%C3%8DLIO%20BRASIL-,Aux%C3%ADlio%20Brasil%20chega%20a%2021%2C53%20milh%C3%B5es,fam%>>

⁴Grito de luta da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS).

C3%ADlias%20em%20novembro%20de%202022&text=O%20Aux%C3%ADlio%20Brasil%20atingiu%20novos,investimento%20de%20R%24%2013%20bilh%C3%B5es >. Acesso em 26 de fev. de 2023.

- BRAVO, M. I.; MATOS, M. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. São Paulo: Cortez, 2006.
- COSTA, M. D. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: Serviço Social e Saúde. São Paulo: Cortez, 2006.
- DIEESE. Anuário dos trabalhadores da saúde. São Paulo: DIEESE, 2018.
- MACHADO, M.H.V.; FILHO, W.A.; VARGAS, F.L.; MACHADO, A.V.; PEREIRA, E.J.; MESQUITA, M.C.; WERMELINGER, W. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de Covid-19: a realidade brasileira. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/kymhj/pdf/portela-9786557081587-21.pdf>>. Acesso em 2 de jun. de 2023.
- PAIM, J. O que é SUS? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- SOARES, R. Contrarreforma no SUS e Serviço Social. (E-book.) Recife: EDUFPE, 2020.
- TEIXEIRA, S. O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.F.; CAMPOS, G.W. (Orgs.). Reforma Sanitária Itália e Brasil. São Paulo: HUCITEC – CEBES, 1988.
- CNES/DATASUS. Profissionais de Saúde, 2023. Disponível em: <cnes2.datasus.gov.br/Mod_Imprimir_Profissionais.asp>. Acesso em 2 de jun. de 2023.