

revista

# poli

saúde  
educação  
trabalho

Ano X - Nº. 59 - Edição especial - julho 2018





**Claudia Lange**  
diretora da Escola  
Técnica de Saúde  
de Blumenau,  
gestora mais  
antiga à frente  
de uma ETSUS

“Ao longo de três décadas de SUS, a qualidade de vida da população foi impactada por avanços importantes de programas, políticas e projetos que fortaleceram as áreas da vigilância, da atenção básica e a formação profissional de nível médio, que é o grande contingente de trabalhadores do SUS. Neste momento deveríamos estar celebrando, mas passamos por ameaças como falta de financiamento, congelamento de gastos públicos com as políticas sociais, falta de profissionais, unidades de saúde sucateadas. O direito à saúde nunca esteve tão ameaçado. Então, comemorar o quê? A mobilização em favor da defesa deste SUS, nosso patrimônio, nunca foi tão necessária”.



**Anakeila de Barros Stauffer**  
diretora da Escola  
Politécnica de Saúde  
Joaquim Venâncio/Fiocruz

“O SUS não é somente um projeto para a Saúde, mas um projeto de sociedade. Nosso papel é lutar por um SUS efetivamente público, com verbas públicas, gestão pública, buscando formas de reverter o processo de privatização e sucateamento, evitando a desorganização do serviço e a desassistência e propiciando a efetivação do direito à saúde para toda a população brasileira. Enquanto parte do SUS, a Fiocruz deve cada vez mais radicalizar sua forma de fazer ciência voltada aos interesses da população brasileira”.



**Gastão Wagner**  
presidente da Abrasco

“Acredito que vivemos uma fase de crise dos movimentos sociais provocada pela ofensiva conservadora que tenta desarmar os setores populares. Mas se conseguirmos articular os movimentos sociais, o SUS terá a mesma longevidade do National National Health Service, no Reino Unido. Isso depende da capacidade de a sociedade brasileira avançar na democracia, nos direitos, na equidade. Com isso, daqui a 30 anos o SUS provavelmente estará melhor e o país vai estar mais civilizado, mais democrático”.



**Carlos Ocké**  
presidente da  
Associação  
Brasileira de  
Economia da  
Saúde – AbrES

“A direita deu um golpe parlamentar, atacando a democracia e o orçamento da seguridade social. Sua política de austeridade fiscal assume contornos dramáticos, ameaçando a saúde como direito. O SUS sofre um duro processo de sucateamento. Nessas eleições é fundamental derrotar os golpistas, os neoliberais e os fascistas, bem como revogar a EC 95 – que reduz investimentos públicos e gastos sociais, acentuando a privatização e o quadro de desigualdade da sociedade brasileira”.



**Lia Giraldo**  
integrante do Grupo Temático  
Saúde e Ambiente da Abrasco

“O SUS é a política pública mais ousada e mais consequente que este país já produziu, por estar calcada nos princípios dos direitos humanos e da inclusão social e por atender todo o território nacional até seus mais distantes locais. Remando contra a corrente do subfinanciamento crônico, da ação lobista de diversos interesses de mercado e do recente ataque da política de cortes agudos de seus já parcos recursos, o SUS tem seguido adiante. Neste sentido, temos que nos posicionar fortemente pela suspensão da EC 95, conhecida como a emenda do ‘teto dos gastos’ que congelou os recursos para o SUS em 20 anos e dos recentes retrocessos introduzidos pela Pnab de 2017 na atenção básica”.

Ano X - Nº 59 - Edição especial  
julho 2018

Revista POLI: saúde, educação e  
trabalho - jornalismo público para o  
fortalecimento da Educação Profissional  
em Saúde ISSN 1983-909X

**Editora e Coordenadora de  
Comunicação, Divulgação e Eventos**  
Cátia Guimarães

**Repórteres**  
Ana Paula Evangelista / Cátia Guimarães /  
Katia Machado / Maíra Mathias /  
Leila Leal

**Repórter (Portal EPSJV)**  
André Antunes

**Projeto Gráfico**  
José Luiz Fonseca

**Diagramação**  
José Luiz Fonseca / Marcelo Paixão /  
Maycon Gomes

**Capa e Ilustrações**  
Caco Xavier

**Mala Direta e Distribuição**  
Valéria Melo / Tairone Cardoso

**Comunicação Interna**  
Julia Neves / Talita Rodrigues

**Editora Assistente de Publicações**  
Gloria Carvalho

**Assistente de Gestão Educacional**  
Tales de Oliveira

**Tiragem**  
12.000 exemplares

**Periodicidade**  
Bimestral

**Gráfica**  
Imprimindo Conhecimento  
Editora e Gráfica

**Conselho Editorial**

Alexandre Moreno / Alexandre Pessoa / Ana Beatriz  
Noronha / Anakeila Stauffer / André Feitosa / Bianca  
Borges / Carlos Maurício Barreto / Daniel Groisman /  
Etelcia Molinaro / Fernanda Martins / Gilberto Estrela  
/ Ingrid Vitória de Almeida Martins / José Orbílio de  
Souza Abreu / Luciana Maria da Silva Figueirêdo /  
Marise Ramos / Pedro Castilho / Rosa Maria Correa /  
Sérgio Ricardo de Oliveira

.....**EDITORIAL**

2

.....**SUS EM NÚMEROS**

3

.....**EM DIA COM A HISTÓRIA**

Antes do SUS 4

.....**ENTREVISTA**

*Ary Miranda - 'O SUS não é uma conquista  
apenas do campo da saúde coletiva, mas do  
conjunto da sociedade'* 9

.....**CONCEPÇÕES EM DISPUTA**

Tijolo por tijolo 13

.....**FINANCIAMENTO**

Nó górdio do SUS 18

.....**EDUCAÇÃO PROFISSIONAL**

*Três décadas de Educação Profissional em Saúde* 20

.....**EMPRESARIAMENTO**

20

.....**RETROCESSOS**

24

.....**FUTURO DO SUS**

*Os sistemas universais na encruzilhada* 26

.....**DICIONÁRIO**

SUS 31



Receba a Poli: formulário pelo site  
[www.epsjv.fiocruz.br/recebaarevista](http://www.epsjv.fiocruz.br/recebaarevista)

**Endereço**

**Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sala 306**  
Av. Brasil, 4.365 - Manguinhos, Rio de Janeiro CEP.: 21040-360  
Tel.: (21) 3865-9718 Fax: (21) 2560-7484 [comunicacao@epsjv.fiocruz.br](mailto:comunicacao@epsjv.fiocruz.br)

Assine Nosso Boletim pelo site  
[www.epsjv.fiocruz.br](http://www.epsjv.fiocruz.br)

## POR MAIS (E MELHORES) 30 ANOS

Desde que foi lançada, em 2008, a cada cinco anos a Revista Poli – saúde, educação e trabalho comemora o aniversário da Constituição de 1988. Como uma publicação que faz *jornalismo público* – com dados, lançando mão do conhecimento científico e apostando na diversidade de vozes mas sem se colocar de forma neutra no embate entre a promoção dos direitos sociais universais e a mercantilização da vida –, essa ‘comemoração’ é sempre um balanço informativo, analítico e crítico. Mas se for um leitor atento da Poli, você vai perceber que, este ano, essa pauta está não só chegando mais cedo como se concentrando na abordagem dos 30 anos do SUS, o nosso Sistema Único de Saúde.

Em termos práticos, o objetivo principal dessa mudança é fazer com que o debate que consta desta edição circule e ‘contamine’ os milhares de sanitaristas, estudantes e militantes que estarão presentes no Abrascão, o maior congresso de saúde pública da América Latina que, este ano, será realizado aqui, na Fundação Oswaldo Cruz. Em termos editoriais, trata-se da decisão política de chamar atenção de toda a sociedade para a história, as conquistas, as perdas e, principalmente, as ameaças que pairam sobre essa que é a maior política pública que o Brasil já construiu.

Não é bem uma limitação, portanto. E, como estamos falando de uma história que remete às lutas pela redemocratização do país, que se inspirou num movimento (da Reforma Sanitária) que em algum momento ousou sonhar com um projeto de sociedade, o que não faltam nessas páginas são referências que extrapolam a área da saúde. Tem debate sobre assistência e sobre direito, sobre doença e condições de vida, sobre projetos e narrativas em disputa. Tem aqui o SUS dos sonhos e o SUS real, premido não só pelo visível subfinanciamento, mas também pelo disfarçado empresariamento que se dá por dentro do Estado e se fundamenta, em alguma medida, pelo movi-

mento mais amplo do capitalismo, nacional e internacional. Tem, sobretudo, um esforço editorial de ajudar a compreender essa trajetória de 30 anos cheios de contradição. E de, com isso, ajudar a defender essa conquista, levando em conta não só o balanço crítico do passado como a clareza sobre as condições em que ela pode ou não avançar na conjuntura atual.

Neste número, você encontrará reunidas uma entrevista e três reportagens – em alguns casos modificadas – que foram publicadas nas edições regulares da Poli ao longo de 2018, numa seção especial que teve como objetivo expandir o debate sobre o SUS para antes e depois do marco do seu aniversário. Encontrará também matérias inéditas e ‘pílulas’ que, em formatos distintos, consolidam informações importantes sobre diversos aspectos da política de saúde brasileira hoje.

Ele foi feito a muitas mãos. E representa um esforço institucional coerente com o projeto político-pedagógico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) que, há 34 anos, promove formação, ciência, cooperação e intervenção social direta para garantir a ampliação dos direitos sociais e servir às parcelas mais exploradas da população, no Brasil e no mundo. Uma instituição que, como o SUS, nasce das lutas pela democracia – por uma democracia plena, que se encontra, nos dias de hoje, cada vez mais ameaçada. Esta revista que você tem em mãos – que completa 10 anos na próxima edição – é parte dessa caminhada. É resultado da descoberta de que a *comunicação pública* é parte fundamental dessa resistência que as *instituições públicas* não podem deixar de representar.





**209,2 MILHÕES**  
de habitantes

**162 MILHÕES**  
dependem exclusivamente  
do SUS (47,2 milhões têm  
planos de assistência médica)

**42.606**  
unidades básicas de saúde

**42.660**  
equipes da Estratégia Saúde  
da Família, com 67,7%  
de cobertura no país

**596**  
UPAs

**322.336**  
hospitais

**1.355**  
hospitais psiquiátricos

**133**  
equipes de Consultório  
na Rua

**2.552**  
CAPS

**436.887**  
leitos

**3.307**  
ambulâncias

**17.140.238.126**  
remédios distribuídos  
gratuitamente

**69.347.167**  
procedimentos cirúrgicos

**299.722.519**  
atendimentos de  
urgência e emergência

**11.661.095**  
internações

**26.329**  
transplantes

**24.522.206**  
procedimentos oncológicos,  
entre cirurgias, radioterapias,  
citopatológicos e mamografias

**3.323.900**  
sessões de quimioterapia

**548 MIL**  
pessoas em tratamento por  
HIV/Aids, de um total de  
694 mil diagnosticados

**120.276.470**  
doses de vacinas aplicadas,  
de 25 diferentes tipos

**220**  
bancos de leite humano, com  
198 postos de coleta com  
1.513.482 atendimentos individuais

**2.857.800**  
partos realizados, destes  
1.272.411 vaginais

**R\$ 131.253,8 BILHÕES**  
de orçamento do governo federal  
para a saúde em 2017

**R\$ 256.352,7 BILHÕES**  
total do gasto público, financiado  
pelos três entes

**R\$ 1.320,48**  
o gasto público por habitante  
(ou US\$ 341,73)

\* Informações referentes a 2017

\*\* Os dados foram fornecidos pelo Ministério da Saúde. Já os números referentes a financiamento, foram calculados pelo economista Francisco Funcia, da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES)

# ANTES DO SUS

Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura

Maíra Mathias

REPRODUÇÃO DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE - N.13, 1981



Que tal entrar numa máquina do tempo que nos leve a quatro, cinco décadas atrás? Nosso desembarque acontece na ditadura empresarial-militar. “Em 1964 os militares foram usados pelas classes dominantes brasileiras para interromper o debate que se espalhava em toda a sociedade pelas reformas de base – reforma agrária, reforma tributária, reforma urbana mas também reforma sanitária. Foram 21 anos de ditadura, em que o país viu acirrar seus contrastes e desigualdades”, contextualiza o médico sanitarista Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelson, professor aposentado da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Mas durante algum tempo, os problemas sociais não ficaram tão evidentes para uma parte da sociedade. As coisas

começaram a mudar nos anos 70, que marcam o ápice e o fim do chamado ‘milagre econômico’. Isso porque, a partir de 1968, o PIB deu um salto – chegando a um crescimento de 14% em 1973. “Havia uma oferta expressiva de dinheiro lá fora, e o Brasil pegou muitos empréstimos. Mas com o primeiro choque do petróleo começa a crise”, situa o historiador Carlos Fidelis Ponte, da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). E, com a crise, chegaram os sinais de que o ‘milagre’ não tinha sido assim tão milagroso. Com o fim do ciclo de crescimento, os problemas da ditadura foram ficando mais visíveis para a sociedade à medida que o próprio governo ia se enfraquecendo. Para início de conversa, os indicadores de saúde estavam piorando. E muito.

“No município de São Paulo, em 1973, 90 crianças morreram a cada grupo de mil nascidas vivas. Em 1961,

ocorreram 60 óbitos por mil nascidos vivos, o índice mais baixo do século”, escreveu Luiz Eduardo Soares, pesquisador do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento (Ibrades), num ensaio que ocupou os dois primeiros números da ‘Saúde em Debate’, a revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), criado em 1976. No país, então com pouco mais de 90 milhões de habitantes, ele destacou: “Nos últimos cinco anos [1972-76] em todo o Brasil, 1.417.500 crianças morreram por causas evitáveis, associadas à desnutrição e à falta de saneamento, como difteria, coqueluche, sarampo, tétano, poliomielite e doenças diarreicas. O total de óbitos é igual à população de Belo Horizonte, a terceira cidade do país”. Como efeito de comparação, em 2015, último ano com dados oficiais disponíveis, a taxa de mortalidade infantil foi de 13,8 a cada mil nascidos vivos.

O texto traz mais números assustadores: 72% dos que morriam no país tinham menos de 50 anos e, destes, 46,5% eram crianças menores de quatro. Em comparação, na Suécia, na Inglaterra e nos Estados Unidos, apenas 20% dos óbitos ocorriam nas faixas etárias inferiores a 50 anos. Doença de Chagas, peste bubônica, tuberculose, hanseníase, febre amarela, malária, filariose, leishmaniose... A lista prosseguia – e cada enfermidade exibia indicadores piores que as anteriores. Mas, para além da relação simples de causa e efeito, que liga pobreza à doença, os sanitaristas da época buscavam mostrar que o quadro epidemiológico brasileiro não tinha nada de automático ou natural.

“A ideia do círculo vicioso entre pobreza e doença é velha”, escreveu David Capistrano em 1977. “Mas sobreveio o movimento de março de 1964, e depois de alguns anos, o ‘milagre’. Aquilo que representava o oposto da ‘pobreza’ (...) O PIB crescia, o Brasil ficava mais rico. A ser verdadeira a teoria do ‘círculo vicioso’, ele mesmo teria sido rompido em algum ponto e a nova dinâmica do enriquecimento deveria trazer o recuo da doença, expresso nos indicadores”, argumentou o médico. E concluiu: “Não basta o crescimento das forças produtivas, o aumento da produtividade do trabalho, da riqueza nacional disponível. É preciso verificar como se deu esse crescimento e a quem ele beneficia. Só os ingênuos ou os velhacos acreditam que beneficia ‘a todos’”.

A “política do abandono” que, destaca Carlos Ponte, sempre foi a forma como as elites dirigentes do país lidaram com o povo, se atualizou nos marcos do capitalismo do século 20. E tocada por um governo autoritário. “Nos anos 70 isso gritava porque a repressão era forte. Os sindicatos estavam amordaçados. Havia repressão política aos movimentos estudantis, aos movimentos políticos, aos partidos. Então a exploração se intensificou muito”, explica o historiador.

Foi nessa época que o Brasil protagonizou um dos maiores movimentos populacionais da história moderna: o êxodo rural. Isso porque o governo queria um crescimento econômico rápido. E escolheu o setor agrário para atingir o objetivo. Fez projetos de “ocupação” do Cerrado, expulsando camponeses e populações tradicionais que lá viviam. “Fez um grande investimento em subsídios para o campo, na compra de máquinas e insumos, por exemplo. E isso gerou a expulsão dos trabalhadores, acelerando a migração principalmente para os grandes centros do Sudeste do país”, completa Carlos. Entre as décadas de 60 e 80, 27 milhões de pessoas que viviam na zona rural foram para as cidades. E se alojaram nas periferias e favelas, locais sem saneamento, sem água encanada, muitas vezes sem luz, que ofereciam condições perfeitas para a proliferação de doenças. Iam vender barato sua força de trabalho – isso se conseguissem emprego. “Os migrantes chegavam às cidades completamente desamparados. E da forma como a saúde estava organizada, a cidadania estava atrelada à carteira de trabalho”, afirma o pesquisador.

## A (des)organização da saúde

“Os serviços de saúde no Brasil atendem basicamente às necessidades dos grupos sociais de maior poder aquisitivo. São serviços voltados para a recuperação e não para a prevenção, concentram-se na solução de problemas degenerativos que afligem as camadas mais bem situadas na escala social, quando as doenças infecciosas ainda são responsáveis por grande parte da mortalidade e morbidade da população brasileira. Estes serviços têm ainda uma tendência marcante à sofisticação e à complexidade. Respondem aos interesses dos produtores de insumos, de equipamentos e aos produtores de serviços. A população, neste contexto, deixa de ser sujeito para ser mercadoria manipulada pelas forças de mercado”. Essa descrição abre uma reportagem do jornal Folha de S. Paulo, em 1977. A crítica pode

soar estranha vindo de quem vem mas, na época, a irracionalidade do sistema de saúde brasileiro tinha se tornado patente até para a mídia comercial.

Você provavelmente já ouviu falar que, a partir dos anos 1920, o país foi desenhando um modelo em que, primeiro, algumas categorias (ferroviários, marítimos etc.) foram conseguindo esquemas de assistência à saúde e benefícios como aposentadoria. Com o passar do tempo, todos os trabalhadores inseridos no mercado formal tinham direito a fazer consultas, exames, cirurgias. Tudo isso estava sob o guarda-chuva do Ministério da Previdência e Assistência Social que, no período militar, teve duas instituições que se ocuparam da saúde: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966 e substituído em 1974 pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Você também já deve saber que as pessoas sem carteira assinada não tinham acesso a consultas, exames, cirurgias. Mas, na verdade, as coisas eram um pouco mais complexas do que isso.

Um mito importante a ser quebrado é que todos que tinham carteira assinada usavam, necessariamente, a previdência – e que eram iguais. Isso porque embora a classe média tivesse carteira assinada e pudesse usar a medicina previdenciária, ela pagava. “Era totalmente natural”, diz a pesquisadora Ligia Bahia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). “A classe média nunca foi atendida pelo setor público. Ela pagava consulta particular, pagava os procedimentos, que eram muito mais baratos. As pessoas pagavam parto, cirurgia”. Além disso, a maior parte dos previdenciários eram pobres. Segundo os cálculos de Luiz Eduardo Soares no texto do Cebes, 56% dos brasileiros recebiam um salário mínimo ou menos e 19% entre um e dois salários mínimos. Essa situação geral também se refletia no mercado formal de trabalho. “A grande maioria daqueles que tinham carteira ganhavam um salário mínimo. Esses previdenciários pobres tinham muita dificuldade de serem atendidos na Previdência”, conta Nelsão. As filas do Inamps eram figurinhas carimbadas nos jornais (assim como as do SUS são hoje).

Um segundo engano comum é pensar que a população sem carteira só tinha atendimento se recorresse à filantropia. “O que a gente tinha? Algumas unidades públicas que atendiam a todos. Os hospitais universitários, que atendiam a todos, alguns como indigentes, outros como medicina previdenciária. E as filantrópicas, que também atendiam a todos, embora na condição de indigentes”, explica Ligia, que cita ainda duas iniciativas – o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e a Fundação SESP – que, de alguma forma, levaram ações de assistência aos grotões do país. Tanto a pesquisadora quanto Nelsão ressaltam que a palavra “universal” na saúde não foi invenção dos sanitaristas, mas dos militares. “O ministro da Previdência falava em universalização da saúde. Em

1974, eles universalizaram o atendimento de emergência nos PAMs, os postos de atendimento médico que levam a sigla até hoje. O que não era universal era o atendimento nos serviços privados contratados”, explica ela, que pondera que esses serviços, no entanto, eram a maioria. E neles só quem tinha carteirinha podia ser atendido.

Isso não significa que o país não fosse marcado por uma dualidade. Havia, sim, gente considerada de ‘segunda classe’. E uma epidemia, em especial, demonstra o beco sem saída da saúde em tempos de autoritarismo no país do “ame-o ou deixe-o”. “Os governos procuravam não mostrar nossos problemas”, conta o epidemiologista Moisés Goldbaum, da Universidade de São Paulo (USP). E, assim, entre 1970 e 74, a ditadura ocultou uma epidemia de meningite no município de São Paulo. “Os ditadores levaram praticamente quatro anos para tomar atitudes efetivas para controlar a epidemia. Enquanto a doença estava atingindo apenas a periferia, eles ocultaram. Mas na medida em que foi chegando ao centro da cidade, ou seja, começou a criar problemas onde se concentra a classe média, aí sim, gerou um pânico social muito grande que obrigou as autoridades a fazerem alguma coisa”, relembra.

Como ainda não existia vacina, era fundamental ter transparência, chamar atenção para o problema e garantir uma estrutura hospitalar para onde os doentes pudessem ser encaminhados, explica Moisés, que detalha: “Não foi tomada nenhuma providência, tudo foi abafado. Os jornais foram censurados. As pessoas com meningite ficavam circulando pela cidade, facilitando a disseminação da doença. E isso foi num crescente até que uma epidemia, que poderia ter sido evitada, chegou a níveis importantes e significativos”.

Além disso, como a reportagem da Folha resumiu, o setor privado encontrou na medicina previdenciária o ambiente ideal para prosperar sem riscos. Muitos escândalos de corrupção explodiram na época, mostrando como empresas buscavam fraudar a Previdência mentindo sobre o número de atendimentos que faziam. O quadro geral era de insatisfação.

## A ‘mão para a boca’ que engoliu a saúde

A Constituição de 1969 definiu que a iniciativa estatal na área econômica era de caráter complementar à iniciativa privada. “O governo militar foi superimportante para a privatização em todas as áreas. Na saúde, as empresas eram da mão para a boca, como se diz. Eram médicos do trabalho que faziam suas empresinhas. Com o regime militar, eles se tornam capitalistas no sentido literal do termo: saem do esquema de autofinanciamento e passam a tomar empréstimos e créditos do governo”, afirma Ligia Bahia, que completa: “Esse era o discurso: mais empresas, mais mercado, equivaliam à modernização. E esses médicos souberam navegar muito bem nessa conjuntura”.



A demanda era garantida pelo Estado. O INPS e, depois, o Inamps operavam basicamente através de convênios com a rede privada ao invés de investir na ampliação e qualidade da rede própria de serviços. De acordo com o estudo pioneiro de Hésio Cordeiro sobre o setor privado, as internações nos hospitais próprios da Previdência, que já representavam uma parcela ínfima do total – 4,2% em 1970 –, minguaram ainda mais. Em 1976, eram 2,6%. Os 41 hospitais do Inamps fizeram 253 mil internações frente a 6,28 milhões do setor conveniado em 1978. Nesse ano, o privado respondeu por 53% das consultas médicas pagas pelo Inamps.

“A equação é simples: os militares criaram na Caixa Econômica Federal uma coisa que se chamava Fundo de Apoio à Assistência Social, o FAS. E esse dinheiro foi financiar a construção de hospitais. E tinha o Inamps, que era para pagar a assistência médica. Então o dinheiro público, pelo FAS, financiava a construção de hospital e o dinheiro público, pelo Inamps, contratava os hospitais que iam ser construídos para prestar serviço para a Previdência. Isso foi, realmente, uma coisa monumental”, resume Nelsão. Detalhe: “O FAS na educação beneficiou as escolas públicas. E na saúde, não”, emenda Ligia.

Com recursos da loteria esportiva, o Fundo financiou também ampliação e compra de equipamentos. A linha de crédito destinou, até 1979, sete bilhões de cruzeiros para

a saúde, o equivalente, hoje, a cerca de R\$ 1,545 bilhão (valores corrigidos pelo IPCA). De acordo com um cálculo feito por Hésio Cordeiro em 1983, 70% desses recursos ficaram concentrados em hospitais particulares de apenas dois estados: Rio de Janeiro e São Paulo. “Virou um grande negócio mexer com saúde”, define Carlos Ponte, que destaca que as instituições lucrativas se multiplicaram: entre 1964 e 74, esses estabelecimentos passaram de 944 para 2.121. Um crescimento de mais de 200%.

“A maior parte dos recursos do governo federal estavam na Previdência e fluíam para o setor privado. A ponto de o presidente da Federação Brasileira dos Hospitais declarar em 1975 que o Estado não tinha que se meter com assistência. Tinha que se ocupar de epidemias e problemas que não eram de interesse do mercado, como lepra e tuberculose”, lembra Ponte. De acordo com o historiador, o Ministério da Saúde não tinha orçamento praticamente. No período que vai de 1970 até 84, a participação da pasta nas despesas gerais da União jamais ultrapassou 1,82%. A atenção médico-hospitalar abocanhou, em 1978, 86,48% dos programas do governo federal voltados para a saúde, enquanto a atenção básica levou só 0,87% dos recursos.

### Enquanto isso, na saúde mental...

Os serviços ambulatoriais se reduziam a atendimento de psiquiatria no Inamps. E isso recebia de 1% a 2% de todos os recursos da saúde mental, que iam para os hospitais. “Os hospitais psiquiátricos privados tinham plena liberdade de internar quem quisessem e nas condições que bem entendessem”, lembra o pesquisador Eduardo Mourão Vasconcelos, da UFRJ. “Nós costumávamos dizer que o hospital privado recebia um cheque em branco do Inamps: bastava internar para receber. E isso gerou, inclusive, problemas para a Previdência porque a população começou a perceber a facilidade de internação. Então, se utilizava o hospital psiquiátrico como forma de justificar aposentadoria por invalidez, por exemplo”, diz, contando que a doença mental virou um dos primeiros itens na lista de pedidos de aposentadoria no país.

Além dessas estratégias para contornar o Estado, abundavam casos em que pessoas eram internadas mesmo sem ter qualquer transtorno mental. “Podia ser um marido querendo se desfazer de uma esposa porque tinha outra... Ou crianças deficientes. Em suma, todos os indesejáveis”, resume. O filme ‘Bicho de sete cabeças’ conta a história real de Austregésilo Bueno que, com 17 anos, foi internado em um hospício depois que seu pai achou um cigarro de maconha no seu casaco em 1974. “O filme reflete a realidade de um hospital privado lucrativo que, em determinado momento, tem leitos ociosos e vai recolhendo mendigo na rua para fazer internação”, conta.

No setor público, a situação não era melhor. Os maiores hospitais psiquiátricos pertenciam aos governos estaduais. Juqueri, em Franco da Rocha (SP) e Barbacena (MG) são casos paradigmáticos. “As pessoas ficavam sem fazer nada, eram submetidas a torturas, não se tinha controle nenhum das condições sanitárias dentro desses asilos que eram verdadeiros campos de concentração”, conta Eduardo. Durante o período em que funcionou, morreram 60 mil pessoas em Barbacena. A história do hospício foi contada pela jornalista Daniela Arbex no livro ‘Holocausto brasileiro’. “Morriam pessoas de doenças infectocontagiosas e Barbacena vendia os cadáveres para as escolas de medicina, 17 no total”, diz ele. Esse estado de coisas, destaca Eduardo, era plenamente aceito pela sociedade.

“É isso que começamos a denunciar a partir de 1978, quando formamos o movimento de reforma psiquiátrica”, explica ele, que conta que a coisa não ficou só no discurso e os jovens psiquiatras e psicólogos partiram para a ação. Nos estados e municípios onde o partido de oposição à ditadura ganhava, lá estava alguém do movimento apresentando ideias. No final da década de 80, em Santos, foi inaugurado o primeiro “CAPs” que funcionava sete dias da semana, 24 horas. Foi chamado de Núcleo de Atenção Psicossocial. “Esse serviço mostrou a viabilidade de substituir completamente o hospital psiquiátrico e a importância dessa atenção intensiva para a população com transtorno mental mais severo, que passava lá várias horas, fazendo atividades como pintura. E de intervenção junto à família, porque o serviço colocava em outro patamar a recuperação dessas pessoas, inclusive, em termos de cidadania”, conta Mourão. E pondera: “Do ponto de vista assistencial, tiveram pouco impacto. Mas foram iniciativas que nos apontaram um rumo a seguir”.

## O SUS antes do SUS

A mesma tática de ocupação ‘por dentro’ estava sendo usada pelos sanitaristas que lutavam pela conformação de um outro sistema de saúde no país. Tudo começou nas periferias que, com a migração, viraram uma panela de pressão. “Foram criadas e realizadas políticas públicas para atenuar a tensão social, que era explosiva. Os municípios começaram a arregaçar as mangas. E a saúde foi uma das políticas públicas que entraram nesse esforço – junto com a criação de linhas de ônibus, arruamentos. Os sanitaristas começaram a se dirigir aos prefeitos e a oferecer projetos para trabalhar nas periferias”, conta Nelsão. “Nós soube-mos ser sensíveis àquele momento”, acrescenta Ligia.

Os primeiros postinhos de saúde, o embrião do que hoje conhecemos como atenção básica no Brasil, foram criados nessa época. “Eram pequeninos, muito pobres, vagabundos. As prefeituras alugavam nas periferias casinhas qua-

se abandonadas”, descreve Nelsão. No começo, médicos, enfermeiros e demais profissionais atendiam só duas vezes por semana. Mas fazia diferença um serviço perto de casa. Além disso, os postinhos não faziam distinção entre quem tinha e quem não tinha carteira assinada. “A Previdência tinha os PAMs. Eram prédios grandes nos centros das cidades. Quando as próprias prefeituras, com orçamento escasso, começaram a fazer os postinhos, os sanitaristas começaram, ano a ano, a crescer suas equipes de médicos jovens, [profissionais de] enfermagem, auxiliares de saúde e dentistas. Aos poucos, os previdenciários que estavam na periferia das cidades foram indo cada vez mais para os postinhos. A maior parte deixou de ir aos PAMs”, relembra o sanitarista, que destaca: “Os postinhos já nasceram com o princípio da universalidade e toda a população tinha direito ao atendimento”.

Esses serviços foram criando um prestígio cada vez maior até que, em 1983, a Previdência Social começou a fazer convênios com as prefeituras. O nome desse convênio era AIS: Ações Integradas em Saúde, uma sigla muito famosa na época. “A Previdência percebeu que era mais vantagem assim. E quando pôs uma parte do dinheiro nas prefeituras todo mundo ganhou. O governo federal, que economiza dinheiro porque os PAMs eram estruturas gigantes e caras, e os municípios, que tinham um orçamento muito pequeno. Com as AIS, as prefeituras quase dobraram seu orçamento. Foi um salto. E aí começou a se perceber que o país poderia organizar o atendimento à saúde de modo que a Previdência entraria num sistema único”, diz Nelsão.

Além da União, o governo estadual punha recursos e a prefeitura também. Somando as três fontes de financiamento dava para fazer um sistema de saúde. E, de acordo com Nelsão, esse novo sistema começou a pintar na cabeça de todo mundo no começo dos anos 80. “E aí se olhava para os sistemas europeus que estavam dando certo e era exatamente isso. Uma boa atenção básica perto dos locais onde a população mora ou trabalha vai resolver de 80% a 90% das suas necessidades de saúde. Uma boa atenção básica manda para os hospitais ou para o atendimento especializado de 10% a 20% dos casos. Esse é o modelo europeu, que nós, brasileiros, assumimos. E quando o SUS assumiu essa possibilidade, foi pra valer e acontecer. Até porque desde os anos 70, as prefeituras provaram que era possível”, resume ele.

E assim o SUS foi sendo criado informalmente antes da Constituição de 1988. “Quando essa discussão aconteceu não foi muito difícil porque não eram só ideias que se discutia na Assembleia Nacional Constituinte. Estávamos discutindo fatos”, frisa Nelsão. “O SUS não surge do zero. Mas carrega consigo uma herança – positiva e negativa – que existe e vai sobrevivendo”, conclui Carlos Ponte. O

## ARY MIRANDA

Afinal, que mobilização social foi aquela que colocou a saúde no centro do debate e possibilitou a criação de um sistema universal? Por que esse fervor social não foi capaz de promover mudanças mais estruturantes? Como se explicam a desmobilização das décadas seguintes e as derrotas sucessivas que os princípios da Reforma Sanitária vêm sofrendo? Essas são algumas das perguntas que o professor e pesquisador Ary Miranda, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), arrisca responder nesta entrevista. Membro do Comitê Assessor da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se tornou um marco da luta pelo SUS, ele defende que o elemento fundamental desse processo foi um processo de mobilização social que naquele momento esbanjava “vigor”, para muito além da saúde. A boa notícia é que o Movimento Sanitário, que tinha acumulado propostas concretas para um novo sistema de saúde, estava no lugar certo, na hora certa. Mas a má notícia veio na sequência: marcado por transformações no capitalismo internacional, que promoveram o neoliberalismo e, com ele, a intensificação da exploração do trabalho e o enfraquecimento da organização dos trabalhadores, aquele caldo de cultura mudou. “O que aconteceu nos anos 1980 foi um furor, mas não foi suficiente para assegurar estruturalmente guinadas importantes”, lamenta.

## ‘O SUS NÃO É UMA CONQUISTA APENAS DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA, MAS DO CONJUNTO DA SOCIEDADE’

Cátia Guimarães

ARQUIVO PESSOAL



### Quais são os antecedentes da 8ª Conferência Nacional de Saúde?

Eu acho que essa discussão tem que remontar ao contexto político, principalmente da luta contra a ditadura e de como isso se insere no campo da Saúde Coletiva, que, a meu ver, é ao mesmo tempo expressão e protagonista desse movimento. Em meados dos anos 1970, a derrota da ditadura nas eleições parlamentares, mesmo com os dois partidos oficializados pela própria ditadura, já foi um indicador de que a resistência da sociedade começava a surtir algum efeito. Acompanhando isso, a fundação do Cebes [Centro Brasileiro de Estudos em Saúde] na segunda metade dos anos 1970 já era um componente do processo de luta particularmente na saúde. Talvez o setor saúde seja um bom exemplo do que foi historicamente o Estado privatista brasileiro. É interessante lembrar que nos anos 1970 a ditadura criou o FAS, um fundo de apoio social, com captação diversa, para financiar a educação, saúde, alguma atividade no interior etc. Na educação, 80% da alocação desse fundo iam para a escola pública, enquanto na saúde, 79% iam para a iniciativa privada. O Estado criou a capacidade instalada no interesse da iniciativa privada, e como o povo não tinha acesso, ele fazia um contrato para que esse setor privado atendesse a população recebendo do Estado. E o que havia estruturado de serviço público de atenção era fundamentalmente para o trabalhador que estava no mercado de trabalho formal.

A greve que acontece no final dos anos 1970, quando o Lula era presidente do Sindicato dos Metalúrgicos, foi vigorosa. A sociedade de uma maneira geral apoiou aquela greve. Já tem um indicativo aí de fortalecimento do movimento sindical bastante grande. E, de uma certa forma, ele acompanha um pouco o que foi o segundo PND [Plano Nacional de Desenvolvimento] do governo [Ernesto] Geisel, um projeto nacionalista que tornou a produção industrial brasileira responsável por 32% do PIB [Produto Interno Bruto]. Isso traz mais trabalhadores ao mercado, mais pessoas se sindicalizando, mais força do movimento sindical dentro da contradição do próprio capita-



Da esquerda para a direita, Ary Miranda é o quarto na mesa da 8ª Conferência Nacional de Saúde

lismo. E mais capacidade política de luta. Tanto que nos anos 1980 nós tivemos a maior taxa de sindicalização da história do Brasil: em torno de 33%. Hoje nós estamos com 14%.

A gente entra nos anos 1980 num vigor de luta política: a anistia já tinha sido conseguida no final dos anos 1970, o prosseguimento dessa luta e as eleições diretas para o governo de estado em 1982 tinham acontecido, houve a primeira reforma partidária, ainda que incompleta... E isso tudo no mesmo processo político em que a luta pela construção de outro sistema de saúde também se colocava na agenda. Havia uma sociedade civil que se revigorava com esses movimentos organizados. É nesse contexto histórico que precisamos pensar a luta pela Reforma Sanitária.

### Mas naquele momento de ascenso das organizações sociais, outros movimentos, como os de educação e moradia, poderiam ter ganhado centralidade. Por que saúde?

O fato de haver um grupo de pessoas que formulou uma proposta é muito importante. E, de uma certa forma, a discussão da determinação social da saúde a partir das condições de trabalho, das condições de moradia, de transporte, de salário, de democracia, de lazer colocou a questão da saúde para além do sistema de saúde.

### Conta um pouco como isso se deu na prática

Foi um processo complexo. O [Sérgio] Arouca foi nomeado presidente da Fiocruz através de um grande movimento interno, mas a partir de um movimento nacional enorme. O Carlos Santana, que era ministro da Saúde, foi ao [então presidente José] Sarney e disse: “vou nomear um comunista presidente da Fiocruz”. Aquele contexto permitiu isso. Por outro lado, o Carlos Santana, apesar de ser um conservador liberal, era casado com a Fabíola [Nunes], uma mulher militante da Reforma Sanitária. São coisas interessantes: parece que a política não traz esses componentes, mas traz.

Aí veio a ideia da 8ª Conferência. Queríamos fazer uma conferência que chamasse o conjunto da sociedade para discutir que sistema de saúde a gente queria. Mas como? Quem era essa sociedade civil organizada? Nós também não tínhamos ideia sobre isso. Discutimos que metade dos delegados

viria da sociedade civil organizada e a outra metade do Estado. Um detalhe importante foi ter colocado numa novela da Globo, na voz de um padre, um chamamento para que o conjunto da sociedade participasse da 8ª Conferência. A gente começou a ser procurado por movimentos sociais. A gente também procurou movimento sindical, os movimentos das categorias profissionais de saúde, conselhos regionais e federais de diversas categorias, associações de moradores que, direta ou indiretamente, já tinham a saúde na sua agenda, o movimento sindical rural...

### A saúde foi a válvula de escape daquela mobilização represada?

Era um componente do processo. A bandeira fundamental em 1985 era a luta pela Constituinte e pelas eleições diretas. No escopo dessa luta tinha o componente da saúde, mas ela estava inserida nessa luta global. O SUS não é apenas uma conquista do campo da Saúde Coletiva que teve oportunidade de participar naquele momento, nem dos parlamentares, mas do conjunto da sociedade.

### E como essa mobilização se expressou na 8ª Conferência?

Foram 3, 4 mil delegados. Mas mais de 500 pessoas chegaram a Brasília espontaneamente, porque queriam participar. Nós tivemos que fazer uma reunião num ginásio para discutir como seria a participação dessas pessoas que vieram de tudo que é lugar do Brasil. Não podíamos passar por cima dos delegados eleitos. Então negociamos uma representação deles sem direito a voto, com direito a voz.

Quando a gente foi para a discussão, a Conferência sistematizou fundamentalmente o que foi colocado depois no texto constitucional. Quando teve a eleição e o Collor assumiu, a lei orgânica 8.080 foi colocada, detalhando mais o que estava no texto constitucional. E ele vetou alguns artigos muito importantes como, por exemplo, a existência do controle social, as Conferências de saúde e a transferência do Inamps para o Ministério da Saúde. Eram vetos que desfiguravam elementos fundamentais do sistema que nós defendemos. Na semana seguinte, o Conasems [Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde] soltou 100 mil exemplares de um jornal criticando duramente os vetos. Foi uma mobilização enorme. A pressão fez com que fosse recolocado para o Congresso Nacional um outro projeto de lei, o 8.142, recompondo aquilo que o Collor tinha vetado. É impensável isso! Veja como o vigor daquele movimento, de uma certa forma, conseguiu assegurar um sistema universal que tivesse característica de participação popular, descentralizado... Mas começamos a perder nos próprios anos 1990. Ficamos com um sistema universal que não tinha financiamento compatível com a sua universalidade.

**Ninguém discorda da importância do desfinanciamento do SUS. Mas você destacou muito a importância do caldo de cultura e mobilização na sociedade como componente fundamental para o**

**êxito da Reforma Sanitária. Você está me dizendo que já depois da eleição do Collor esse caldo ainda se manteve um pouco...**

Não era o mesmo caldo. Em 1979 tem a eleição da Margareth Thatcher na Inglaterra e do Reagan, nos EUA, em 1980. Eles inauguram todo o lastro neoliberal. Depois, em 1989, o Consenso de Washington estabelece uma receita com dez pontos a serem implementados por todos os países na órbita do imperialismo. É preciso compreender o que nós fomos perdendo a partir também da modificação na estrutura da sociedade. Cabe destacar que o neoliberalismo foi o instrumento político de sustentação das novas formas de exploração do trabalho e acumulação de capital, que teve num de seus pilares a fragilização orgânica dos trabalhadores, com efeitos importantes em suas lutas políticas. A saúde, claro, é parte desse contexto.

**Mas como é que esse contexto de cultura e mobilização tão rico que você descreveu, no contexto como o de 1989, elege Fernando Collor de Mello?**

Ah, havia essa mobilização toda mas não existia ainda no Brasil uma estrutura capaz de assegurar uma candidatura de centro-esquerda, vamos dizer assim, que se anunciava pelo Lula. A nossa dívida social é brutal: um país com 400 anos de escravidão, que nunca fez reforma agrária, que viveu golpes e mais golpes... Temos que pensar nessa perspectiva histórica. O que aconteceu nos anos 1980 foi um furor, mas não foi suficiente para assegurar estruturalmente guinadas importantes.

**Com o fim da ditadura, a base que deu sustentação ao movimento sanitário se dividiu?**

Depois, no processo, ela vai se dividindo. Mas a minha questão central é outra. As pessoas dizem, por exemplo, que “o PT se aburguesou nos seus métodos”. É verdade, se tornou um partido elitista, renunciou ao que foi no início dos anos 1980. Mas a questão é o que aconteceu com a sociedade que permitiu que isso acontecesse. Houve uma fragilização orgânica da sociedade, influenciada por elementos estruturantes importantes da lógica da economia política.

**Como isso atingiu mais especificamente o movimento sanitário?**

Da mesma maneira que esse SUS de que nós estamos falando foi construído por esse movimento geral, ele se fragiliza pelo efeito desse movimento geral que acontece na era neoliberal. O movimento da Saúde Coletiva não é suficiente para sustentar nada. E a gente começa a perder. O financiamento é um componente central: não há sistema universal de saúde sem financiamento compatível. Nenhum governo assumiu o compromisso de dar um passo adiante no sentido de garantir a universalidade do sistema. Não estou reduzindo tudo ao financiamento, há muitos componentes: a questão da equidade, da humanização, tudo isso. Mas sem financiamento, você não assegura sistema de saúde universal nunca. Nós perdemos.

**Mas tão concreto quanto a questão do financiamento é a luta pelo fundo público. E esse era, já naquela época, um embate dentro do próprio movimento sanitário, com um grupo que defendia um sistema completamente estatal, sem abrir brecha para a iniciativa privada disputar esse fundo, e outro que achava que a correlação de forças não permitia isso. Trinta anos depois, ao reconhecer a falta de financiamento como um nó central, eu pergunto: as opções tomadas naquele momento estavam erradas?**

Olha, na época nós não tínhamos muita convicção disso não, juro. A polêmica era sobre radicalizar, propor um sistema único universal público, saúde como direito de todos e dever do Estado, sem espaço para a iniciativa privada no sistema. A discussão era a seguinte: a gente teria força para isso? Não pareceria uma proposta esquerdista incompatível com a realidade? Tudo isso foi ponderado. Se você me perguntar: havia convicção dos dois lados com relação ao que fazer? Eu

vou responder que não. O que saiu foi que a iniciativa privada entraria como uma forma suplementar ao sistema. Isso é uma ingenuidade, mas e se não tivéssemos colocado? Eu estou perguntando, pensando alto. Não era uma discussão de princípio, mas de correlação de força política. Se você me perguntar hoje: foi errado? Se pudesse voltar, o que você faria? Confesso a você que continuo não sabendo, talvez pudesse radicalizar.

**Há quem ressalte como um problema o fato de o movimento sanitário ter sofrido um processo de institucionalização, de aposta na ocupação de cargos no aparelho do Estado...**

Mas depois a gente tem uma regressão disso. O Arouca saiu da presidência da Fiocruz, foi se candidatar a vice-presidente da República, o Hésio Cordeiro saiu do Inamps. Mais recentemente, nós tivemos vários ministros da saúde comprometidos com esse processo da reforma, no entanto, avançamos muito pouco.

**A que ministros você se refere?**

Teve o [José Gomes] Temporão. O Humberto Costa, não se pode dizer que não era. O próprio Saraiva Felipe foi um cara que nasceu junto conosco. Como deputado do PMDB, tem sido bastante criticado, mas quando assumiu o Ministério, o compromisso dele foi ancorado na luta da Reforma Sanitária. Outro cara que fez um movimento vigoroso nessa direção foi o próprio [Adib] Jatene, que lutou pela criação da CPMF. Você não pode dizer que não teve ministros que não tinham esse compromisso. Mas não avançava. Porque na política estratégica do governo federal isso não estava colocado na agenda. Quem derrotou a Emenda 29? Ela nunca foi aprovada como formulada, nem nos governo Lula e Dilma. A gente discutia isso à beça, nas reuniões do Cebes, da Abrasco [Associação Brasileira de Saúde Coletiva]: “vamos avançar, tem agora um companheiro no Ministério da Saúde”. E daí?

**Mas o que aconteceu com os atores coletivos do movimento sanitário, que foram tão importantes 30 anos atrás?**

Os atores coletivos do campo da Saúde Coletiva mantiveram um certo vigor. Abrasco, por exemplo, teve um crescimento. Seus congressos, embora tenham temáticas ainda muito limitadas ao campo da saúde *stricto sensu*, mantêm um certo vigor. As conferências de saúde são sempre um evento importante. Mas a gente tem que olhar o lastro disso, volto a insistir. A CUT [Central Única dos Trabalhadores] no final dos anos 1980 organizou um Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador para pensar, apoiar, desenvolver pesquisa, dar organicidade à luta dos trabalhadores na saúde. A saúde era um componente da agenda do movimento operário organizado. Hoje o movimento está preso fundamentalmente à manutenção do emprego e à defesa do salário. A taxa de sindicalização caiu a menos da metade. Também é verdade que vários companheiros da minha geração já se aposentaram, outros tomaram outros caminhos, mas isso não acontece só com a saúde. Veja quantas pessoas que estavam naquele processo da luta contra a ditadura, alinhadas na construção de uma outra sociedade, se transformaram em liberais conservadores. Isso não é um fenômeno da saúde, é um fenômeno da nossa sociedade.

**Você disse que o campo da Saúde Coletiva manteve algum vigor. Mas não houve um processo de afastamento desse movimento em relação às massas?**

Esse movimento nunca esteve articulado com as bases. A verdade é essa. O nosso processo de produção do conhecimento, nossos cursos, as atividades políticas do campo da saúde que foram se estruturando nesse processo, não tiveram capilarização sistemática com os demais movimentos sociais...

**Mas nem naquela época, 30 anos atrás? E como se produziu o movimento de massa associado, por exemplo, à 8ª Conferência?**

Não tinha. É que você está considerando o movimento de massa independentemente da saúde. A Saúde Coletiva foi junto nesse processo. Hoje a gente discute que a ciência tem que estar vinculada com a sociedade, fala-se em ciência cidadã. Isso é um fenômeno recente. As universidades, a produção de conhecimento foram sempre ensimesmadas nos seus muros, nunca tiveram um pé maior nos movimentos sociais. Não é uma coisa que estamos perdendo, porque nunca ganhamos. O movimento da saúde que estou associando aos anos 1970, como linha de corte, não tinha capilarização no movimento social nem no conjunto da sociedade, de forma sistemática. É verdade que o Cebes quando se instituiu desenvolveu alguns projetos de pesquisa que começaram a fazer isso, mas era muito residual. Uma coisa foi o vigor da sociedade civil dos anos 1980, final dos anos 1970, e como a Saúde Coletiva trabalhou junto com isso na construção de um projeto. Outra coisa é uma relação sistemática da Saúde Coletiva com os movimentos sociais. Isso não existia, ou era residual.

**Apesar da sua importância, a 8ª Conferência é associada também a um racha do MOPS [Movimento Popular em Saúde] com o resto do movimento sanitário. Como é que foi isso?**

É porque, como eu disse, nunca houve essa relação sistemática. É claro que quando você vai avançando em algumas coisas, as diferenças também aparecem. A gente chamava o movimento de Partido Sanitário, porque reunia uma frente suprapartidária que definiu o caráter orgânico da reforma sanitária. E quando você vai avançando nesses processos, alguns vão ficando pelo caminho. Depois veio a reforma partidária e um grupo de pessoas ficou, por exemplo, dentro no PSDB, um partido de configuração liberal, social democrata. Tem gente que até hoje está no PMDB.

**Arouca falava da reforma sanitária como um projeto civilizatório, o que significa pensar saúde como uma luta muito mais do que**

**setorial que, no limite, poderia ser compreendida como indo na direção da superação do capitalismo. Como era isso num momento de grandes contradições em relação à experiências do socialismo real?**

Isso não estava posto. A luta fundamental era pela superação da ditadura, pela construção de uma sociedade democrática no limite da ordem do capital. Nós estávamos discutindo formas de trabalhar uma contradição por dentro do Estado e, minimamente, assegurar direito social. Agora, na discussão você permite fazer um questionamento dessas contradições. Quando se traz, por exemplo, a discussão do conceito ampliado de saúde, traz a contradição da saúde com relação ao trabalho, a exploração do trabalho, a exclusão social... Agora, o socialismo era colocado ali como um componente explícito desse processo? Não, não era.

**Trinta anos depois, qual a lembrança mais importante desse processo?**

A construção da 8ª. Para mim, foi um vigor de articulação com os movimentos sociais enorme.

**Se voltasse 30 anos atrás e tivesse que propor um sistema de saúde para o Brasil, você faria o mesmo desenho do SUS?**

Claro que o modelo tem que se repensar à luz da realidade. Não tenho como te responder isso. Mas a construção lógica do sistema, de primeiro universalizar, é uma conquista importantíssima. Qualquer sistema socialista ou democrata tem que ter isso. Você faz um questionamento histórico importante ao Estado privatista brasileiro e isso não é pouca coisa. Então, se pensar do ponto de vista da construção lógica, numa perspectiva da cidadania, acho que é uma configuração muito interessante. Agora, são tantos desafios... De forma geral, a ideia é muito boa, tanto que a gente continua defendendo. O SUS está enfraquecido, mas a gente quer construir na mesma linha que o originou. Estou convencido disso até hoje. O

## TIJOLO POR TIJOLO

Memórias das lutas que, durante os anos 1970 e 80, construíram o caminho para a criação do SUS

Leila Leal

ACERVO RADIS / ENSP



São muitas as personagens e, mesmo, as perspectivas das lutas que desembocaram na criação do Sistema Único de Saúde e, depois, nas batalhas pela sua efetivação. Em 1988, no contexto da redemocratização, era aprovada a nova Constituição Federal. E, com ela, nascia a política de saúde que é reconhecida como uma das mais significativas conquistas sociais no Brasil. Dois anos antes, a 8ª Conferência Nacional de Saúde havia reunido cerca de cinco mil pessoas, entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, representações sindicais e estudantis, militantes de movimentos populares e pesquisadores, e aprovado os princípios do SUS. O principal deles, garantido na Carta, é a definição de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Mas, para além dos marcos célebres, essa história é muito diversa e, em alguma medida, ainda está sendo escrita e contada. As lutas dos anos 1970 e 80 se inscrevem no contexto das mobilizações pela reforma sanitária brasileira, que, impulsionada por um conjunto de atores sociais unificados no movimento sanitário, era percebida como parte de um projeto de sociedade mais amplo. Mas que projeto era esse? E como os diferentes grupos percebiam as

prioridades e relações entre as políticas de saúde e a transformação social?

“Algo muito importante, e que foi tema de discussão já na 8ª Conferência, é o entendimento de que a reforma sanitária é muito mais ampla que o SUS. Ela não é um projeto setorial para a saúde. Envolve transformações mais amplas e a articulação com a visão de um novo projeto societário”. A afirmação de Maria Inês Bravo, professora de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que atuou no movimento sanitário a partir dos anos 70 e, atualmente, integra a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. “Isso era tão presente que uma das palavras de ordem à época era ‘saúde, democracia e socialismo’”, continua Maria Inês, que completa: “Mas existe uma virada e, já nos anos 90, se fala pouco em reforma sanitária. Os documentos passam a falar, basicamente, do SUS e dos desafios para sua estruturação. Houve um encolhimento da proposta original que, a meu ver, permanece quando o PT chega ao governo federal nos anos 2000”.

### Um projeto, diversos sentidos

Mas será que a vinculação da Reforma com a conquista de melhores condições de vida pela população, com a supe-

ração da desigualdade e o avanço na garantia de direitos era suficiente para a unificação de um projeto, um horizonte e uma estratégia para o movimento sanitário diante das profundas transformações pelas quais passava a sociedade brasileira naquele período? “Havia posições divergentes, sem dúvida. A gente conseguia chegar a um consenso, sobretudo na Comissão Nacional da Reforma Sanitária [estrutura criada após a Oitava para encaminhar as propostas ali aprovadas para a Constituinte], mas havia divergências já naquele período”, conta Marco da Ros, professor da Universidade do Vale do Itajaí, militante do movimento sanitário desde o final dos anos 70 e que participou da organização da histórica conferência.

Maria Inês aponta que as diferenças sobre o sentido do projeto eram percebidas, mas que esses debates não foram priorizados nos “momentos célebres” do movimento sanitário. As discussões sobre o caráter da democracia que se constituía, o horizonte político do movimento e suas estratégias para atuação nas lutas dentro e fora do Estado, conta, não apareceram dessa forma na Oitava: “Essa discussão existia, mas não apareceu sistematizada”, diz. E avalia: “A discussão sobre o trabalho de base, a ligação com os movimentos sociais, a articulação com uma atuação por dentro e por fora do Estado não estava colocada naquele momento de formulação de propostas concretas, ela seria um debate de estratégia e tática, que não foi priorizado”. As histórias contadas e conhecidas da Reforma são uma expressão, em grande medida, desse quadro. As minúcias das posições, eventuais disputas, críticas e autocríticas não são materiais facilmente encontrados na produção e nos relatos correntes, sendo parte de uma história que ainda está sendo escrita.

## Movimento renascente e brechas institucionais

Em meados da década de 1970, a ditadura empresarial-militar começava a se esgotar e os movimentos sociais passavam por um período de retomada de suas mobilizações. É nesse cenário que as lutas pela saúde ganham corpo e, impulsionadas pelo próprio conceito ampliado de saúde, passam a se expressar em vários deles. Em 1976, é criado o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), as duas entidades que cumpriram papel formulador e organizador no movimento sanitário, orientadas pelo eixo de democratização da saúde e da sociedade.

Também deste período, datam as primeiras iniciativas na racionalização e ampliação dos serviços de saúde. É o caso do Projeto Montes Claros e do PIASS, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. Um personagem

importante dessa história é Francisco de Assis Machado, o Chicão, médico sanitarista que participou das duas iniciativas. Em ‘O SUS que eu vivi’, ele relata como, naquele período, a ocupação dos espaços no Estado ainda sob a ditadura foi importante para implementar serviços de saúde que pavimentaram parte do caminho para a construção do SUS.

Mas na outra ponta do processo, fora do aparelho de Estado, também se desenvolviam ações que representaram uma faceta da reforma: as iniciativas dos movimentos populares que culminaram, em 1981, na criação do Movimento Popular de Saúde (Mops). Em 1979, aconteceu em Lins (SP) o 1º Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária (Enemec), que buscava reunir iniciativas de medicina popular e alternativa para uma troca de experiências. No ano seguinte, o segundo encontro já contou com uma articulação mais potente entre movimentos populares da saúde. Até que, no 3º Enemec, de 1981, decidiu-se pela transformação daqueles encontros em movimento.

Quem conta essa história é Eymard Vasconcellos, professor da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e atual presidente da Rede de Educação Popular em Saúde, que participou dessa articulação e também da organização do Mops. Ele explica que os próprios encontros resultaram de um processo que existia há mais tempo, oriundo das práticas da medicina baseadas em saberes populares e locais, como o uso de plantas medicinais e métodos tradicionais, somadas às lutas e reivindicações ao poder público, nas cidades, por melhorias nos serviços de saúde e saneamento.

As reivindicações, segundo Eymard, caminhavam no sentido de um enfrentamento ao regime ditatorial e suas políticas de saúde, não necessariamente referindo-se à criação de um novo sistema. No entanto, segundo ele, com o avanço das iniciativas do movimento sanitário no campo institucional ao longo dos anos 70 e 80, especialmente após o fim da ditadura, há uma aproximação crescente com a perspectiva de atuação por dentro do Estado. “A relação com o chamado ‘Partido Sanitário’ teve um papel grande nesse sentido. Com a abertura política, muitos dos atores e profissionais que estavam nos movimentos começam a migrar para dentro do Estado”, conta. Eymard ressalva, no entanto, que o Mops sempre foi uma articulação heterogênea, sendo um equívoco a tentativa de compreendê-lo como um movimento unificado, com decisões e políticas unitárias.

A unidade entre movimentos populares, profissionais de saúde e intelectuais é parte destacada de muitos dos relatos sobre a reforma sanitária e, especificamente, a Oitava. Relembrando sua importância, Eymard destaca que havia também algumas tensões nessa relação. “A discussão sobre estratégia política era muito fechada no interior dos grupos dos intelectuais. Apesar de muitos deles terem se formado nas experiências comunitárias, foram abandonando a ênfase nessa relação”, sinaliza. “Mas em 1986, na organização da 8ª Conferência, houve uma busca por aproximação, e participei dessas articulações entre os intelectuais e o Mops. O pessoal participou do Encontro Nacional do Mops e ar-

ticulou os agentes comunitários para a participação no processo. Mas acho que havia um uso um pouco instrumental: se procurava os movimentos quando se precisava”, analisa.

Na avaliação dele, essa relação tem origem na própria compreensão que se tinha sobre os movimentos sociais. “Muitos intelectuais da área da saúde têm uma visão de movimento social a partir de um modelo mais europeu, de movimentos organizados. Mas na saúde nunca foi isso: eram movimentos fragmentados. No entanto, era uma fragmentação que tinha uma potência geradora. Alguns deles achavam que ‘não existia’ movimento social realmente atuante, então acabavam se aproximando quando convinha”, diz. No entanto, acrescenta, essa não era uma tensão declarada ou impeditiva para uma atuação conjunta. “Nós sabíamos que havia uma distância, mas acho que não percebíamos, à época, a relação como instrumental – isso é uma análise individual que faço hoje. A gente ficava insistindo nessa articulação. Ao mesmo tempo, o Mops também viu como uma grande oportunidade a participação na Oitava. A conferência foi muito grande, o movimento de agentes de saúde foi muito forte. A gente também ocupou um espaço e conseguiu redefinir algumas coisas”, lembra.

Como principais contribuições do movimento popular para a reforma sanitária e a elaboração do SUS, o professor destaca o papel das experiências autônomas, de fora do Estado, em ensinar sobre a eficácia de um trabalho em saúde integrado à população. “Eu, por exemplo, vim para o Nordeste e queria trabalhar na questão da luta pela terra, não achava que a saúde era um espaço de conquista política. E fui aprendendo a potência transformadora dessas práticas em saúde. O modelo que o SUS institucionalizou foi marcado por esse aprendizado dos profissionais que mergulharam nas periferias. Mas, hoje, esse entendimento de que o sistema de saúde pode redefinir as relações sociais, lutar pela justiça e enfrentar violências foi ficando minoritário”, lamenta.

## Por fora do movimento sanitário

Compondo ainda o espectro das iniciativas no campo da saúde, estavam os setores que lutavam por direitos no interior de movimentos populares mas que, apesar de atuarem em conjunto com o movimento sanitário, não se entendiam ou reivindicavam parte dele. Esse era o caso de Fátima Siliansky, professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e, também, integrante da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que, nos anos 1970 e 80, militava no

Movimento Revolucionário 8 de Outubro, o MR-8. “Eu atuei em Acari num período em que havia uma reconstrução do movimento de favelas no Rio. Isso unificou a nossa intervenção nos movimentos de base, e a saúde, obviamente, era uma das questões que mais mobilizavam as pessoas. Já existia o movimento da reforma sanitária, muito influenciado pelas posições do PCB, das quais a gente discordava. Tínhamos críticas àquele entendimento majoritário que se limitava a uma luta por uma institucionalidade democrática porque entendíamos que a democracia é parte de uma sociedade de classes. Nós queríamos discutir o conteúdo da democracia”, conta.

Ela via com reservas a aposta numa ampliação da esfera pública e na democratização da sociedade, sem que se pensasse a relação da democracia com o imperialismo e os interesses das grandes potências estrangeiras no Brasil. “Na nossa avaliação, o problema da saúde não podia ser isolado do problema nacional. O nosso trabalho principal era atuar no movi-

mento popular e, através dele, defender as causas da saúde. Havia uma unidade de luta com o movimento sanitário porque interessava ao movimento popular a defesa do direito à saúde e o entendimento de que o Estado deveria assumir essa responsabilidade”, diz.

Fátima destaca ainda as formulações, no período pré-constituente, sobre o que caracterizavam como a “dominação imperialista na saúde”. “Entre os intelectuais da Reforma, acho que o Hésio Cordeiro foi quem melhor fez essa discussão. Pautávamos que havia também uma contradição no Brasil na área da saúde que vinha pelas indústrias, da progressiva internacionalização e dominação pelas multinacionais dos medicamentos e equipamentos, e que isso configuraria um setor privado para além do que se expressava nos hospitais. O pessoal via muito a contradição entre o hospital privado e o serviço público, e a gente lembrava que era preciso um olhar mais amplo, inclusive mirando os seguros privados que iriam querer disputar, mais adiante, uma parcela do financiamento da saúde”, recorda.

### Os estudantes e suas organizações

Não é possível rememorar os atores e personagens da Reforma sem levar em conta o movimento estudantil organizado. Armando De Negri, primeiro coordenador geral da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem), destaca que a própria criação da entidade se deu na esteira das necessidades impostas pela elaboração de um novo sistema de saúde para o Brasil. “A Denem foi criada em julho de 1986. Naquele período, percebíamos que, com o fim da ditadura, a agenda do movimento estudantil era a de construção de uma nova sociedade”, conta, lembrando que as três principais bandeiras levantadas a partir dali foram a radicalização democrática no espaço universitário, a necessidade de criação de um sistema universal de saúde e o envolvimento dos estudantes na revisão radical da própria formação.

Segundo De Negri, quando se abriu a possibilidade de participação estudantil na 8ª Conferência (realizada antes da criação formal da Denem), o movimento dos estudantes de medicina estava em um ponto de discussão avançado e por isso se decidiu que os cinco delegados a que a União Nacional dos Estudantes (UNE) teria direito seriam indicados por aquele segmento. “No debate que ocorreu durante a Oitava acerca de um sistema 100% estatal ou um sistema público com participação de outros prestadores, percebemos que, embora a intenção estratégica fosse construir um sistema público estatal, precisávamos convencer aqueles que tinham dúvidas sobre a viabilidade de um sistema universal através da factibilidade de se assumir num curto prazo as respostas de que a população precisava. E não era possível apostar no sistema estatal, que não tinha tamanho para absorver toda a população”, explica. “Por isso, parecia mais plausível reconhecer a complementaridade do setor filantrópico, sobretudo, e a possibilidade mesmo de contratação

suplementar do setor privado com fins de lucro para conseguir em curto prazo dar resposta universal” diz, lembrando a posição adotada pela Denem diante daquele debate.

Para além dessa discussão em relação ao principal ponto de polêmica da Oitava, a Denem buscou atuar em conjunto com os movimentos sociais naquele período para que a ansiada transformação da educação médica se desse em diálogo direto com a realidade da população. Em 1987, lançou uma jornada de lutas pela transformação da educação médica, sob o slogan ‘basta de aprender nos pobres para só curar os ricos’. “Procurávamos uma ruptura com a ideia de que a educação médica era neutra frente à realidade. Diante do processo constituinte, deveríamos nos ocupar de uma educação capaz de prover os médicos para um sistema universal de saúde” conta.

### Momentos célebres: a Oitava e a Constituinte

Se as histórias da reforma sanitária e do SUS não podem ser resumidas aos seus ‘momentos célebres’, é também verdade que não dá para entender esses processos sem olhar para a forma e o conteúdo dos debates em seus pontos de culminância, como a 8ª Conferência em 1986 e a Assembleia Nacional Constituinte de 1987-88. Um dos grandes debates – e a principal polêmica – da Oitava girou em torno da defesa de uma estatização imediata ou progressiva do sistema de saúde a ser criado. O debate ajuda a entender algumas das opções feitas e as compreensões gerais embutidas naquele processo. Da mesma forma, o encaminhamento das propostas aprovadas na Conferência à Comissão Nacional da Reforma Sanitária e à Plenária Nacional das Entidades em Saúde (outro espaço destinado a organizar a luta pela implementação do SUS), assim como sua chegada à Assembleia Nacional Constituinte e o texto final ali aprovado, são processos que, permeados por negociações, enfrentamentos com os setores empresariais e politicamente conservadores e sínteses possíveis, revelam um pouco mais dos caminhos assumidos (e deixados para trás) pela Reforma.

Se a posição da estatização progressiva, com participação suplementar do setor privado, não foi unânime na Oitava, quais foram, afinal, os termos e os atores dessa divergência? Não é tarefa simples encontrar em detalhes nos relatos sobre a Conferência essa informação. Mas os anais do evento dão algumas pistas. O discurso de Sergio Arouca, liderança do movimento sanitário, então presidente da Fio-cruz e da própria conferência, denunciando e lamentando a retirada dos representantes do setor privado da organização daquele espaço, é ilustrativo da posição que acabou saindo vitoriosa. “Eu lamento profundamente, porque nesta Conferência está se tratando de criar um projeto nacional que não pretende excluir nenhum dos grupos envolvidos na prestação de serviços, na construção da saúde do povo brasileiro. Assim, a eles queria deixar uma mensagem: que, mesmo na sua ausência, vamos estar defendendo seus interesses, desde que esses não sejam os interesses da mercanti-

lização da saúde. Portanto, todo aquele empresário que está trabalhando seriamente na área da saúde, na qualidade da sua competência técnica e profissional, não precisa se sentir atemorizado, porque aqui ele vai ser defendido”, alegou.

Posição diversa apareceu, por exemplo, no discurso da Central Única dos Trabalhadores (CUT), representada na ocasião por Arlindo Chinaglia, que foi debatedor da Conferência no painel ‘Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade’. “A CUT acredita que as transformações sociais sob controle dos trabalhadores levarão claramente a uma revolução, não só na saúde, mas à revolução no poder político, pois o controle dos trabalhadores é aquilo que, em última instância, vai garantir não só a saúde como os direitos políticos e os direitos civis da grande massa trabalhadora. Mas isso não está colocado no momento. No momento, na verdade, faz-se um discurso e, na prática, faz-se uma aliança de classes, inclusive com a classe dominante. Sob a égide de que a estatização pode ser autoritária podemos assistir à abertura da porta, escancaradamente, apesar do discurso, à iniciativa privada”, polemizou. E seguiu: “Defendemos a estatização, sim, mas com o controle dos trabalhadores. Aí, não haverá autoritarismo. Achamos que a estratégia não é negociação no poder de Estado, neste momento; a estratégia é organização, a conscientização e a luta da classe trabalhadora”.

Apesar das fortes tintas que marcam o discurso da CUT, a maioria das avaliações sobre essa polêmica convergem no sentido de que a divergência era de ordem tática, relativa ao momento e à forma de implementação da estatização. “Nós tínhamos acordo que tínhamos que chegar a um sistema universal de caráter estatal, mas o caminho para isso não se colocava de maneira imediata, não tinha correlação de forças nem estrutura que desse conta da pressão, que seria imediata”, pondera De Negri.

Marco da Ros, outro defensor da posição de estatização progressiva na Oitava, também acredita que aquela foi uma divergência principalmente tática, mas, hoje, questiona se foi a melhor opção. “Eu me assustei com a proposta de estatização imediata. A proposta progressiva me consolou, porque naquela ocasião havia o susto da ditadura militar, a gente se sentia pisando em ovos. Me parecia muito mais saudável fazer mais devagar. Mas não sei se eu tinha razão”, analisa. E desenvolve: “Hoje, acho que a defesa da estatização imediata poderia estar mais correta, porque, a partir de 1986, o nível de mobilização só vai diminuindo. Talvez a gente realmente não tivesse conseguido aprovar na Constituição a estatização como se queria, mas acho que deveríamos ter aproveitado aquele momento de mobilização intensa para marcar uma posição mais forte”.

O próximo capítulo dessa história é justamente, a luta, na Assembleia Nacional Constituinte, pela efetivação do que fora aprovado e acumulado na Oitava. Maria Inês Bravo lembra que, diferentemente do que ocorreu na Conferência, o empresariado participou – e disputou – a Constituinte, o que implicou derrotas para o movimento sanitário. “Tive-

mos perdas em relação ao financiamento, à presença das multinacionais na indústria de medicamentos e na definição do setor privado como complementar ao SUS”, destaca. Um exemplo é que o termo ‘suplementar’, aprovado na Conferência para se referir ao setor privado, se transformou em ‘complementar’ no texto constitucional, e sem uma definição precisa de como isso funcionaria. Além disso, diante da articulação e pressão dos representantes do setor privado, o artigo 197 do texto constitucional estabeleceu que a execução das ações e serviços de saúde deve ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. E mais: o artigo 199 definiu diretamente que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Junto às aberturas ao setor privado, a ausência de uma regulação específica sobre o financiamento é apontada como uma das maiores lacunas da Constituição, que teve como consequência a criação dos principais obstáculos para a efetivação do SUS.

Apesar das perdas, o texto é unanimemente identificado como uma conquista histórica e um avanço na garantia de direitos. “Criar o sistema universal de saúde no Brasil já foi um avanço e tanto, e era preciso criar caminhos de viabilidade a partir de alianças que permitissem aprovar isso na Constituinte. Isso permitiu o desenvolvimento do sistema com suas contradições”, analisa De Negri. Em 1990, já em um contexto mais frágil de mobilizações e sob a presidência de Fernando Collor, mais derrotas vieram. “O movimento ainda existia, mas estava muito mais desarticulado e a nossa batalha passou a ser para não perder o que tínhamos ganhado dois anos antes”, conta Maria Inês. De Negri concorda e ressalta que a nova conjuntura acabou jogando o movimento para uma posição essencialmente defensiva, que precisa ser superada nos capítulos contemporâneos dessa história: “Depois de 30 anos, o Sistema Único precisa de um balanço e uma radicalização, ou entrará em um processo de cronificação das suas insuficiências”, defende.

Também para Marco da Ros, esse processo precisa servir de aprendizado para uma retomada da radicalidade que ficou pelo caminho na história da reforma sanitária: “Acho que o movimento acreditou demais na redemocratização, e se equivocou. Hoje, o Cebes está propondo uma releitura, e cresce o entendimento de que a gente tem que começar a Reforma de novo e resgatar o velho caminho, que foi perdido. A gente acreditava em algo e, depois, passou a entender que bastava estar no aparelho do Estado e tudo estaria resolvido – o que se intensificou quando o PT chegou à Presidência”, analisa. E propõe, pensando nos próximos anos dessa batalha: “Estamos agora com o SUS muito ameaçado. Precisamos formar cada vez mais gente e voltar para o movimento popular correndo. É o movimento popular organizado que pode dar um jeito para o médio ou longo prazo. Então, não sou da conciliação nesse momento. Evidentemente, podemos fazer algum grau de acordos, desde que não fuçamos dos objetivos”, finaliza. Aos 30 anos do SUS, a história da reforma sanitária segue sendo escrita, encenada e disputada. ○

# Nó górdio do SUS



**I**rónia das ironias, se há alguma coisa estável nesses 30 anos de Sistema Único de Saúde é a instabilidade e insuficiência das suas fontes de financiamento. Os avanços, poucos, foram logo acompanhados de retrocessos, num caminho tortuoso e difícil de se acompanhar. Esse perguntas e respostas que a Poli preparou para você contou com a consultoria direta de Francisco Funcia, diretor da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) e membro da Comissão de Financiamento do Conselho Nacional de Saúde.

## Como era o financiamento do Sistema assim que foi criado?

Segundo o artigo 55 das disposições constitucionais transitórias, espécie de bússola entre a Constituição e as leis que precisavam ser aprovadas para regulamentar diversas questões, no mínimo 30% do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, deveriam ser destinados à saúde. “Isso nunca foi efetivado”, observa Funcia, que lembra que 1993 foi o ápice da crise: nenhum recurso da seguridade foi para o SUS.

## Quais foram as tentativas de contornar esse cenário?

Dois esforços daquela época ficaram famosos. O primeiro deles foi a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169/93, de autoria dos então deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge, germe da Emenda que seria aprovada em 2000, estabelecendo os pisos de investimento para União, estados e municípios. Outro esforço importante veio do então ministro da Saúde, Adib Jatene. “Em 1996, ele buscou praticamente sozinho uma fonte estável de financiamento: a CPMF [Contribuição Provisória sobre Movimentação

Financeira]”, reconhece Funcia. A alíquota, que variou ao longo do tempo, incidia sobre movimentações financeiras e deveria ser destinada integralmente ao SUS. A área econômica do governo Fernando Henrique Cardoso breudou.

## E houve outras mudanças...

No governo FHC também foi aprovada uma reforma tributária que criou a DRU, Desvinculação das Receitas da União, impactando as políticas sociais. A partir dali, 20% do orçamento federal poderia ser desviado. “Principalmente para compor a formação do superávit primário e pagar juros e amortizações da dívida pública”, explica Funcia.

## Em 2000, a aprovação da Emenda Constitucional 29 foi um ponto alto. Por quê?

Após 12 anos de indefinição, o Congresso aprovou a EC 29, estabelecendo, finalmente, pisos de investimento. Municípios passaram a ter que investir 15% do montante arrecadado através de impostos na saúde, e estados 12%. Já a União, segundo a regra, deveria aplicar o total empenhado no exercício financeiro anterior corrigido pela variação nominal do PIB. “A Emenda também previa que dali a cinco anos haveria uma regulamentação, e que a cada cinco anos se faria uma avaliação para verificar a necessidade de revisão desses pisos. Não aconteceu”, contextualiza o diretor da ABrES.

## E quais os efeitos do fim da CPMF, em 2007?

“Foi um grande baque para o SUS”, define Funcia, que lembra que o empresariado propagandeava que, com o fim da contribuição, haveria redução nos preços dos produtos, beneficiando o consumidor. “Mas nos debates no Congresso, se dizia claramente que o impacto da CPMF sobre a formação dos preços não aconteceria. Foi duplamente cruel: recursos que antes financiavam a saúde passaram a servir de excedente para composição do lucro das empresas. E, por outro lado, a CPMF permitia cruzar informações sobre transações financeiras e descobrir onde tinha sonegação fiscal”, afirma.

## Em 2012, finalmente se regulamentou a EC 29. Quais foram as perdas e ganhos?

Há certa unanimidade em torno da importância da Lei Complementar 141 quando o assunto é o disciplinamento do gasto. Isso porque, antes dela, muitos prefeitos e governadores gastavam com saneamento básico, por exemplo, e contabilizavam como despesas com ações e serviços públicos de saúde – o que era contestado pelo controle social. “Mas com a LC 141, que incorporou normas do Conselho Nacional de Saúde [CNS], isso ficou claro”, diz Funcia, citando

ainda avanços no processo de prestação de contas dos governos. Mas houve retrocessos. É que, ao contrário do que o projeto de lei que tramitava no Congresso propunha, o governo conseguiu barrar uma mudança que traria mais recursos para o SUS: a aplicação de 10% das receitas correntes brutas da União na saúde (que incluem tudo que o governo arrecada). Na época, se calculava que isso representaria mais R\$ 30 bilhões para o SUS.

### Mas houve mobilização entre os militantes do SUS e a população em geral: falamos de 2013...

Em resposta à LC 141, surgiu o movimento Saúde + 10, que reivindicava a aplicação daqueles 10% das receitas brutas. A mobilização capitaneada pelo CNS resultou no apoio de 2,2 milhões de pessoas a um abaixo-assinado que se transformou no Projeto de Lei Popular (PLP) 321 encaminhado ao Congresso. Não vingou.

No entanto, depois das grandes manifestações de Junho de 2013, quando a saúde foi uma das principais bandeiras das ruas de acordo com pesquisas de opinião, o Congresso se mexeu e aprovou a lei 12.858. Sancionada por Dilma Rousseff em setembro daquele ano, ela destinou 75% dos royalties do petróleo para a educação e 25% para a saúde, além de prever que metade de todos os recursos do Fundo Social do Pré-Sal fosse para as duas áreas. A saúde foi incluída pelos deputados federais (o governo queria que 100% dos royalties ficassem com a educação).

### Em 2015, chegamos a um momento dramático: a Emenda Constitucional 86. Quer saber por quê?

Em plena crise econômica, abalado por um processo eleitoral polarizado e tendo que lidar com a rebelião do “baixo clero” de uma Câmara dos Deputados comandada por Eduardo Cunha (MDB-RJ), o governo Dilma implementou o ajuste fiscal. Na saúde, os efeitos foram sentidos a partir da Emenda Constitucional 86, que mudou a forma de cálculo dos recursos que a União deveria investir no SUS, estabelecendo que seriam aplicados 15% da Receita Corrente Líquida. Segundo cálculos de Funcia, com a nova regra, o SUS deixou de receber, apenas em 2016, R\$ 1,2 bilhão. (E isso significa, por exemplo, o custeio de um ano inteiro do Samu ou a possibilidade de construção de 2.940 unidades básicas de saúde). Isso porque foi estabelecido um escalonamento, em que no primeiro ano de vigência seriam destinados 13,2% e, só em 2020, os tais 15% seriam aplicados. “Além disso, os recursos do Pré-Sal perderam a condição de financiamento adicional ao da aplicação mínima. E caiu o dispositivo constitucional que previa revisão a cada cinco anos dos pisos de investimento em saúde”, completa.

As emendas parlamentares individuais passaram a ter o caráter de execução obrigatória (por isso, a EC 86 ficou conhecida como Emenda do Orçamento Impositivo). Na saúde, ficou decidido que 0,6% da Receita Corrente Líquida (aproximadamente R\$ 4,5 bi em 2016) seriam destinados para esse fim, quando a média anual no período 2009-2013 foi de R\$ 1 bi.

### E, ainda por cima, adivinha? Veio a extensão e o aumento da desvinculação de receitas...

Outra EC, de nº 93, aumentou em 2016 a DRU de 20% para 30%. E criou a desvinculação das receitas dos estados e dos mu-

nicipios (que não existiam) com os mesmos 30%. Embora, a DRE e a DRM não atinjam o piso da saúde e da educação, impactam o conjunto do financiamento de política sociais.

### E o quadro atual? Não é nada bom.

Em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional 95, que congela as despesas da União por 20 anos. “Foi a pior coisa que poderia ter acontecido com o financiamento das políticas sociais para a garantia dos direitos de cidadania inscritos na Constituição de 1988”, sublinha Funcia, cujas projeções estimam perdas para o SUS no montante de R\$ 417 bilhões. “Até 2036, o piso federal da saúde passa a ser o valor de 2017 corrigido pelo IPCA, que é a variação da inflação oficial. O problema é que a população vai crescer, teremos mais idosos (o IBGE projeta que quase um terço da população em 2050 terá mais de 60 anos), o que requer custos adicionais. E não se considera a incorporação tecnológica, em termos de equipamentos e medicamentos, que na saúde cresce, o que traz defasagem para o SUS”, diz.

Além disso (e, especula-se, por conta da EC 95), em 2017 foi editada a portaria 3.992, que muda a forma como os recursos federais são repassados para estados e municípios. Dois terços do orçamento federal vão para os entes. Antes, essa transferência era feita por meio de seis áreas obrigatórias de aplicação: atenção básica; média e alta complexidade; vigilância; assistência farmacêutica; gestão; e investimentos na rede de serviços. Agora, os gestores têm total flexibilidade, já que o dinheiro do Ministério só chega carimbado como custeio ou como investimento. Especialistas apontam que a mudança tem a ver com o cobertor, que ficou curto, e vai descobrir as áreas eleitoralmente menos interessantes. “Também ficou mais difícil fiscalizar”, destaca Funcia.

Por fim, o economista tem dados alarmantes sobre o boom dos restos a pagar e o aumento das emendas parlamentares. No governo Michel Temer, denuncia, todas as emendas (de bancada, do relator) entraram na classe de despesas obrigatórias (com a EC 86, eram apenas as individuais). O impacto? Num orçamento empenhado de R\$ 115 bi, elas drenaram R\$ 7,4 bi, ou 6,4% do total – um crescimento de 64% em relação a 2016. Já os chamados restos a pagar, quando o governo prevê o gasto mas deixa a execução para o próximo ano, explodiram. Em 2017, eram R\$ 14,5 bi. Em 2018, o bolo ficou em R\$ 21,8 bi. “Isso acontece porque há uma regra para aplicação na saúde, os 15% da Receita Corrente Líquida, e outra regra, da EC 95, que estabelece um teto de gastos para o governo federal. Então o valor é empenhado, mas não é executado. É uma bola de neve”, define Funcia. “Hoje, a grande luta é a revogação da EC 95”. O

## TRÊS DÉCADAS DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Um balanço das prioridades e dos investimentos na formação de técnicos para o SUS

Cátia Guimarães

**E**ra 1981. A ditadura ainda não tinha morrido. O Sistema Único de Saúde ainda não tinha nascido. Desenvolvido no antigo Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), o Projeto Larga Escala foi, no campo da Educação Profissional, a primeira expressão do processo de mudanças nos serviços que, na linha do que anos mais tarde se tornaria o SUS, visava ampliar a cobertura de saúde da população no Brasil. Mas ele também não surge do nada: o Programa de Interiorização de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS), ambos de 1976, já tinham anunciado a importância de se incorporar e formar “pessoal de nível médio e elementar”. Criando uma estratégia pedagógica que levava em consideração as especificidades dos trabalhadores que já atuavam nos serviços de saúde sem qualificação – cerca de 300 mil naquele momento –, o Larga Escala abriu caminho para que programas e políticas específicas de educação profissional em saúde fossem possíveis. E uma de suas principais apostas foi na construção de um conjunto de instituições públicas que seriam as responsáveis por essa formação. Nascia aí a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS). “A educação profissional em saúde se tornou um desafio bem caracterizado no contexto de implantação do SUS, com base na concepção de uma escola voltada para o trabalhador de nível médio desses serviços, um currículo com total integração ensino-serviço e na formação de docentes para atuar neste cenário”, analisa José Paranaçu, ex-assessor da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), que acompanhou várias dessas iniciativas.

### Investimentos e prioridades

Mas o primeiro grande investimento público massivo na formação direta de trabalhadores de nível médio em saúde se deu a partir de 2000, com o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). Garantidos principalmente por meio de um empréstimo junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), de acordo com a assessoria de imprensa do Ministério da Saúde, foram aplicados R\$ 621 milhões. O objetivo inicial era qualificar 225 mil profissionais que já atuavam nos serviços como auxiliares de enfermagem – incluindo a elevação de escolaridade de 25% desse contingente, que não tinha ainda o ensino fundamental completo – mas, num segundo momento, financiou também a formação técnica nessa área. Além de desenvolver pesquisas e ferramentas pedagógicas, o programa ofereceu ainda curso de especialização para cerca de 13 mil enfermeiros que, assim, tornaram-se professores da educação profissional. Embora os cursos do Profae não tenham sido oferecidos apenas por instituições públicas, no

rastrado do que o Larga Escala instituiu, parte do seu recurso foi dirigido à modernização de 26 ETSUS e construção de outras 11.

As primeiras discussões e mapeamentos de demanda começaram em 2006. Mas foi quase dez anos depois do Profae que se concretizou o investimento na formação de auxiliares e técnicos em saúde de outras categorias. Para isso, a principal estratégia foi o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio em Saúde (Profaps), que, a partir de um debate sobre os profissionais dos serviços que precisavam de qualificação, priorizou outras sete áreas além da enfermagem: radiologia, patologia clínica e citologia, hemoterapia, manutenção de equipamentos, saúde bucal, prótese dentária e vigilância em saúde. Formalizado em três portarias – de 2009, 2010 e 2011 –, o Profaps destinou, ao todo, R\$ 144 milhões, de acordo com informações da assessoria de imprensa do MS, num processo em que as ETSUS deveriam ter prioridade de execução. Além das turmas propriamente ditas, parte do recurso foi investida na construção de “mapas de competências” com orientações para a construção dos currículos-base e na especialização de 300 professores de Escolas Técnicas do SUS.

### 2018: mudança de rumo?

Foi no âmbito do Profaps – portanto com recursos do Ministério da Saúde – que se construiu, por exemplo, o referencial curricular para o curso técnico de vigilância em saúde, processo do qual a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) participou com instituição de referência. Organizado como um itinerário formativo, o curso permitiria, inclusive, complementar a habilitação técnica dos 85 mil agentes de combate a endemias (ACE) que tinham recebido a formação inicial por meio do Proformar (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde), executado pelas ETSUS, coordenado pela EPSJV/Fiocruz e financiado pelo Ministério da Saúde. Outro resultado dessa parceria foi a produção do livro didático ‘Técnico de vigilância em saúde’, lançado no final de 2017 para subsidiar as ETSUS na oferta do curso.

Todo esse acúmulo de produção do Profaps foi uma das razões do espanto gerado, agora em 2018, quando o mesmo Ministério lançou o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (Profags), uma nova iniciativa que financia um curso técnico de enfermagem para os ACEs, que vinham se profissionalizando na sua área de atuação com o curso técnico de vigilância em saúde.

Como é voltado também para os agentes comunitários de saúde – oferecendo a mesma formação em enfermagem –, não é só com o Profaps que o Profags entra em contradição. Isso porque, desde 2004, o governo federal vem repassando

recursos aos estados também para a formação dos ACS. O instrumento legal mais atualizado que regula esse repasse é a portaria 2662/08, que garante dinheiro para a realização das primeiras 400 horas do curso técnico em agente comunitário de saúde, mantendo a prioridade de oferta para as ETSUS. E essa não foi uma ação isolada: o financiamento da União era parte de uma política que reconhecia que a especificidade de atuação desses profissionais no sistema de saúde deveria se expressar no conteúdo da formação técnica. Por isso, o primeiro passo foi a construção dos referenciais curriculares de um curso técnico próprio para esses trabalhadores – a partir de um longo processo de discussão que envolveu instituições formadoras e representantes da categoria.

## Recursos

Mas o Profags chama atenção também pelo montante de recursos envolvidos. O edital prevê R\$ 1,25 bilhão, o dobro do que foi gasto com o Profae e quase dez vezes mais do que o Profaps. Os recursos, que devem ser executados entre 2018 e 2019, são do orçamento regular do Ministério, oriundos da rubrica de ‘Formação de profissionais técnicos de saúde e fortalecimento das escolas técnicas e centros formadores do SUS’ – embora o edital seja voltado, indiferenciadamente, para instituições públicas e privadas. Não por acaso, a maioria das Escolas Técnicas do SUS decidiram não participar.

Por telefone, a assessoria de imprensa do Ministério informou no início de junho que o edital estava suspenso para novas submissões enquanto o órgão analisava as propostas já recebidas. Para esta reportagem, não respondeu às perguntas enviadas sobre o tema. Mas na apresentação que fez quando deixou a pasta para concorrer às eleições, o ex-ministro Ricardo Barros afirmou que 128 instituições tinham submetido projetos ao programa e que, destas, sete já estavam aptas a oferecer o curso, enquanto as demais aguardavam análise da documentação.

Além do Profags, outra fonte de recursos federais para a Educação Profissional em Saúde hoje é o projeto Itinerários do Saber. A proposta é oferecer, até 2019, 150 mil vagas a profissionais de nível médio em cursos de 60 horas em quatro eixos temáticos: acolhimento em saúde, saúde mental, segurança do paciente e vigilância em saúde. As ETSUS executam mas todos os recursos – que financiam material, equipamentos e bolsas para os professores – são administrados pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (Icict/Fiocruz). Perguntada sobre o montante de recursos envolvidos, a assessoria de imprensa do projeto respondeu que não havia tempo hábil para responder no prazo demandado pela reportagem. O projeto nasceu da experiência do ‘Caminhos do Cuidado’, que, com igual fonte de financiamento e coordenação, entre 2013 e 2016 ofereceu cursos na área de crack, álcool e outras drogas para quase 295 mil ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem. Para Ricardo Chaves, diretor de duas ETSUS de São Paulo, o projeto oferece “mecanismos sensacionais”, que inclusive ajudariam as escolas em outros cursos, como o sistema de

acompanhamento de matrículas. Mas, diz, ainda existe o desafio de integrar esses pequenos cursos, otimizando a formação. Ele comenta que, como no seu estado a demanda de formação para ACS é muito grande, no contexto do Itinerários, esses profissionais acabam recebendo várias pequenas formações isoladas. “O ideal seria juntar tudo num curso só”, diz, ressaltando que há cursos do projeto que se encaixariam perfeitamente como conteúdos da primeira etapa da formação técnica de ACS, que as escolas já oferecem.

## A fonte secou?

Como você viu no início desta reportagem, toda essa história começa com a construção de uma rede de instituições públicas que se especializaram em formar trabalhadores adultos, já inseridos nos serviços de saúde. São ligadas aos governos estaduais – sete das 41 apenas são municipais – mas sempre desenvolveram ações fomentadas pela União. Por tudo isso, de formas distintas, iniciativas como o Profae, Profaps, Proformar e o incentivo à formação técnica do ACS priorizaram as ETSUS que, de modo geral, quase não contam com recursos dos governos locais. Mas a fonte está secando.

Os cursos que a ETSUS Blumenau, por exemplo, oferece ainda hoje são custeados com resíduo de recursos do Profaps recebidos em 2011. Os cursos do Cefor São Paulo e Cefor Osasco também estão sobrevivendo em 2018 com o dinheiro repassado pelo Profaps em 2011 e 2010 e pela portaria 2662, de 2008, que financiou a primeira etapa do ACS.

Ainda em vigor, a portaria 1996/07 garante o repasse de recursos federais para que os estados desenvolvam ações de educação permanente em saúde. Com prioridades definidas a partir de demandas e pactuações locais nos estados, esse dinheiro pode financiar cursos de educação profissional no âmbito das ETSUS, mas isso é muito mais exceção do que regra. Ricardo, por exemplo, diz que só desenvolveu cursos com recursos da educação permanente uma vez: cerca de R\$ 60 mil em 2011.

Vale lembrar ainda que, desde 2011, cursos de Educação Profissional na área da saúde vêm sendo executados também no âmbito do Pronatec (Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego), promovido pelo Ministério da Educação. Nesse caso, os números do Programa como um todo mostram uma maioria de cursos de formação inicial e continuada, realizados principalmente pelas instituições que compõem o Sistema S. “Minha avaliação é que, a despeito dos avanços já alcançados, esforços devem ser renovados para assegurar as conquistas e evitar retrocessos que se prenunciam, não apenas na área da educação técnica, mas em relação ao próprio Sistema Único de Saúde”, alerta Paranaguá.

De acordo com a sua assessoria de imprensa, entre 2014 e 2017 o Ministério da Saúde investiu R\$ 64,5 milhões em Educação Profissional em Saúde, dos quais R\$ 8,5 milhões (13%) foram executados pelas ETSUS. Também segundo o órgão, nenhuma entidade privada recebeu recursos nesse período. A pasta, no entanto, não nomeou nem caracterizou essas outras instituições, que teriam sido responsáveis pela execução da maior parte desse investimento. ○

# E A SAÚDE, COMO VAI?

MUITO BEM,  
OBRIGADO!  
E A SUA?



## Plano de saúde acessível, novo filão

Em 2016, o então ministro interino da Saúde, Ricardo Barros, anunciou a proposta de um plano de saúde "popular". Sua explicação? Ao permitir que empresas oferecessem produtos mais baratos para a população, o SUS seria "desafogado", o que geraria economia de recursos no orçamento público. "A justificativa de desafogar o SUS é totalmente equivocada. É uma proposta das empresas, reincidente no histórico da regulamentação dos planos de saúde. E é uma proposta ilegal", disse Mário Scheffer, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ouvido pela matéria 'O plano B ao SUS', publicada no Portal EPSJV (12/08/16). Apesar das críticas, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério enviou em janeiro passado para apreciação de um Grupo de Trabalho (GT) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a proposta dos planos "acessíveis". O GT aprovou as três novas modalidades de planos enviadas pela pasta: o plano simplificado, que ofereceria cobertura apenas para atenção básica; o plano ambulatorial + hospitalar, que incluiria cobertura de atenção básica, especializada, de média e alta complexidade, mas com a exigência de que "o paciente passe obrigatoriamente por uma prévia avaliação médica"; e o plano em regime misto de pagamento, por meio do qual o beneficiário poderia pagar até metade do valor dos procedimentos em planos com coparticipação. A proposta, que recebe desde o anúncio críticas da militância do SUS, não saiu ainda das dependências do GT. Mas novas regras para planos com coparticipação e franquia foram aprovadas pela ANS em junho deste ano, o que vem sendo considerado um plano popular mascarado.

## Renúncia fiscal, um incentivo à saúde privada

Já em 2013, na matéria 'Saúde: a voz das ruas e a voz do mercado', publicada na edição 29 da Poli, a pesquisadora Ligia Bahia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, alertava: "Não são os indivíduos nem a sociedade (muitas vezes encarada como um punhado de gente dentro de algum lugar) que decidem privatizar a saúde". Esse processo, dizia, passa pela relação entre o empresariado e o Estado. E isso não é propriamente novidade: segundo ela, os subsídios públicos ao mercado no Brasil remontam ao período da ditadura empresarial-militar. Em nota técnica divulgada em abril deste ano, os economistas Carlos Ocké-Reis, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e Artur Fernandes, da Receita Federal, atualizaram esse quadro, estimando o quando o Estado brasileiro deixou de arrecadar para o SUS por meio de isenções, deduções, reduções de base de cálculo e alíquota e outras formas de renúncia de arrecadação fiscal no período entre 2003 e 2015. Eles salientaram que os subsídios destinados a pessoas físicas, como as isenções no imposto de renda para titulares de planos de saúde, cresceram em termos reais de R\$ 3,74 bilhões em 2003 para R\$ 11,7 bi em 2015. Já os empregadores (IRPJ) passaram a renunciar quase o dobro de recursos na área da saúde, saindo de R\$ 2,3 bilhões em 2003 para R\$ 4,5 bilhões em 2015. Ainda segundo o documento, o gasto tributário associado aos medicamentos e produtos químicos triplicou, chegando a R\$ 6,6 bilhões em 2015. Por fim, destacaram os pesquisadores, o montante da renúncia (fiscal e previdenciária) relativa aos hospitais filantrópicos subiu de R\$ 5,1 bilhões em 2003 para R\$ 9,5 bi em 2015. Ou seja, no total, descontada a inflação, a renúncia de arrecadação fiscal em saúde quase dobrou no período, passando de R\$ 17,1 bilhões em 2003 para 32,3 bi em 2015.

## Modelo de privatização da saúde

No ano em que o modelo de Organizações Sociais de Saúde (OSs) completa 20 anos, a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do Congresso aprova (20/6) o PLS 427/2017, do senador José Serra (PSDB-SP), que estabelece novas regras para celebração, controle e rescisão de contratos de gestão do poder público com organizações sociais. Na avaliação do presidente do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross), Renilson Rehem, no artigo 'Os 20 anos das OSs' (jornal *O Imparcial*, de 28/6/2018), o modelo se consolidou como grande inovação na maneira de gerir equipamentos públicos de saúde no Brasil. E assim, sob ainda o argumento de que o modelo faz parte da necessidade de reforma do aparelho do Estado, as OSs vão avançando sobre a administração pública. De acordo com a Ibross, gerenciavam, em 2016, mais de 800 unidades de saúde e empregavam cerca de 95 mil pessoas no Brasil. As OSs contavam com mais de 15 mil leitos e faziam cerca de 700 mil internações e mais de 750 mil cirurgias por ano. Elas eram também responsáveis por mais de 40 mil consultas, 50 milhões de exames e 10 milhões de atendimentos de urgência e emergência anuais. Embora se apresentem como modelo 'sem fins lucrativos' ou filantrópico e fundamentado em técnicas gerenciais modernas e eficientes, as OSs tendem a fortalecer a privatização do sistema público de saúde brasileiro', escrevem estudiosos do tema no artigo 'Organizações Sociais de Saúde: privatização da gestão de serviços de saúde ou solução gerencial para o SUS?', publicado na Revista *Gestão & Saúde* (vol. 7, nº 2, 2016).

## Modelo de saúde ditado por empresários

Nas eleições de 2014, entidades que representam as empresas da saúde apresentaram propostas que abrem caminho para um Sistema Único totalmente integrado e gerido pelo setor privado. A primeira dessas iniciativas foi o 'Livro Branco' da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp). Feito sob encomenda por uma consultoria espanhola, o documento defende mais participação da iniciativa privada na gestão dos serviços públicos, bem como na "definição do desenho, planejamento e execução" das políticas nacionais de saúde através de um "novo modelo de governança". Também nessa época surgiu uma entidade diferente, o Coalizão Saúde, apresentado atualmente como instituto, criado para aglutinar os interesses de toda a cadeia produtiva da saúde, indo desde multinacionais (Johnson & Johnson), à saúde suplementar (Qualicorp e Unimed Brasil), representando ainda entidades de peso como a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma). O Icos, como é conhecido, realiza grandes eventos e emplaça artigos em jornais de ampla circulação, sempre se colocando como solução para os problemas do SUS. No último, publicado na *Folha de S. Paulo* (30/4/18), o presidente da entidade, Claudio Lottenberg (que dirige a UnitedHealth no Brasil), defendeu nada menos do que a criação de um novo sistema de saúde para o país. A mesma norte-americana UnitedHealth comprou em 2012 a Amil, maior operadora de planos de saúde do Brasil, por R\$ 6,5 bilhões, numa operação polêmica, considerada inconstitucional por muitos analistas, uma vez que a Constituição proíbe a participação de capital estrangeiro nos serviços de saúde. Três anos depois, a lei 13.079 abre a porteira para a participação do capital estrangeiro na saúde. Nas eleições de 2014, a Amil, sozinha, doa mais de R\$ 26 milhões para diversos candidatos e, desse montante, R\$ 7 milhões são destinados diretamente à campanha da presidente eleita Dilma Rousseff (PT), que sancionou a lei. Somando-se a ela, a Bradesco Saúde S.A. destina R\$ 105,6 mil dos R\$ 14 milhões que reservou para financiar candidaturas em 2014 para o deputado federal eleito Manoel Junior (MDB-PB), autor da emenda que incluiu na Medida Provisória 656/1 a autorização para a entrada do capital estrangeiro na saúde.

## Cada vez mais forte

Não é novidade: desde 2008, o Ministério da Saúde abriu espaço para que alguns dos maiores e mais lucrativos hospitais do país atuem como 'consultores' da rede pública em troca de isenção fiscal no Cofins e na cota patronal do INSS. Por meio do Proadi, o programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS, foi criada a figura do 'hospital filantrópico de excelência' que abrange Sírio Libanês, Albert Einstein, Moinhos de Vento, Alemão Oswaldo Cruz e Hospital do Coração. E o programa está cada vez mais forte. No início do ano, por exemplo, saiu na imprensa que o Proadi encerraria um dos contratos com o Sírio. O hospital tocava com recursos da renúncia um projeto que atendia 2,2 mil mulheres com câncer de mama no município de São Paulo, praticando valores muito acima da tabela SUS (o que fez com que o então secretário de Atenção Básica da pasta, Francisco Figueiredo, o taxasse de "insustentável"). Além disso, o objetivo do programa, em tese, é atender a demandas nacionais – e não locais. Um dia depois da divulgação de reportagem na *Folha de S. Paulo* (22/2/18) que noticiava a decisão, o Ministério voltou atrás e resolveu que o Sírio seria responsável por um programa nacional para o tratamento do câncer de mama – papel que bem poderia caber ao Instituto Nacional do Câncer (Inca), 100% público e vinculado diretamente ao governo federal. Há outros exemplos: o Sírio ficou também responsável por fazer um estudo para a reestruturação da Rede Federal no Rio, que conta com três institutos (Inca, Into e INC) e seis hospitais. "O que a gente sabe que existe é uma dinâmica da privatização da rede. Só que nós temos resistido há dez anos à entrada de instituições privadas pra administrar os hospitais e agora não vai ser diferente", contou Cíntia Teixeira, da Frente em Defesa dos Hospitais e Institutos federais do Rio, ao Portal EPSJV/Fiocruz, em outubro passado.

### Leia mais:

- 'Novos planos de saúde no mercado: acessíveis para quem?', publicada no Portal EPSJV (17/3/2017)
- 'Proposta de planos de saúde populares avança', nota publicada na Poli nº 50 (mar/abr de 2017)
- 'Interesses empresariais fecham o cerco ao SUS', publicada no Portal EPSJV (13/3/2015)
- 'Estamos caminhando para um cenário de privatização da saúde que está afastando cada vez mais o SUS', entrevista publicada no Portal EPSJV (27/3/2015)
- 'Ligações perigosas', matéria da Poli nº 39 (mar/abr de 2015)
- 'Saúde: a voz das ruas e a voz do mercado', matéria de capa da Poli nº 29 (jul/ago de 2013)

### CAPITAL ESTRANGEIRO NA SAÚDE

O Congresso Nacional aprovou no dia 17 de dezembro de 2014 uma lei que permite a entrada do capital estrangeiro na assistência à saúde. A medida, que vai de encontro ao que diz a Constituição Federal de 1988, foi aprovada por meio de uma prática conhecida como 'contrabando legislativo' ou 'jabuti'. A autorização foi incluída no texto da Medida Provisória 656, que inicialmente tratava do reajuste da tabela do Imposto de Renda e foi editada pela então presidente Dilma Rousseff. Na Câmara, os parlamentares incluíram no texto outros 100 artigos relacionados a 32 temas diferentes, desde a construção de um aeroporto particular até o perdão da dívida de clubes de futebol com a União. A despeito disso, o texto acabou aprovado e sancionado pouco mais de um mês depois, à revelia das manifestações contrárias de entidades do movimento sanitário, como Cebes e Abrasco, que alertaram que a abertura significaria um risco à soberania sanitária brasileira, ao

Sistema Único de Saúde e à Constituição. Em 2017, jornais noticiaram que o doleiro Lúcio Funaro, acusado pela Operação Lava-Jato de ser um operador de propina para o PMDB, afirmou em seu depoimento de delação premiada que a emenda teria sido incluída na MP 656 mediante o pagamento de suborno por empresas de planos de saúde e hospitais privados ao então presidente da Câmara, Eduardo Cunha (MDB-RJ).

### REVISÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

No dia 14 de dezembro de 2017 a Comissão Intergestores Tripartite aprovou resolução consagrando novas diretrizes para a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Com as mudanças, os hospitais psiquiátricos voltaram a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), interrompendo um processo de fechamento de leitos nestas instituições de-

### TETO DE GASTOS

É sancionada no dia 16 de dezembro de 2016 a Emenda Constitucional 95, que congela por 20 anos as despesas primárias da União, que passam a ser corrigidas somente pelo índice que mede a inflação anual. É o chamado teto de gastos, que atinge em cheio as despesas do governo federal com saúde e educação. Segundo o economista Francisco Funcia, consultor da Comissão de Financiamento e Orçamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS), a emenda representa uma perda bilionária para a saúde. De acordo com seus cálculos, caso estivesse em vigor de 2003 a 2015, o orçamento da saúde teria sido reduzido em R\$ 135 bilhões. Ele projeta uma perda ainda maior para a saúde nos próximos 20 anos, caso a emenda não seja revogada: R\$ 417 bilhões.

### MUDANÇA NO MODELO DE REPASSES FEDERAIS

O Ministério da Saúde publica no dia 28 de dezembro de 2017 a portaria 3.992, que altera o modo como os recursos federais para o SUS são repassados para estados e municípios. A portaria reduziu de seis (atenção básica, vigilância em saúde, média e alta complexidade, medicamentos, gestão e investimento) para apenas dois – custeio e investimento – os blocos de financiamento para os quais a União transfere recursos para os demais entes federados. A mudança foi comemorada pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais, que reclamava do “engessamento” do modelo anterior e pedia maior autonomia na aplicação dos recursos. Alguns especialistas, no entanto, consideraram a medida um retrocesso, muito por conta do contexto em que a portaria foi aprovada, pouco mais de um ano após a sanção da emenda do teto de gastos, que congela por 20 anos os investimentos em saúde. Seus críticos consideram que a mudança pode significar um desvio de recursos de áreas com menor visibilidade, como a vigilância em saúde, para áreas com forte presença do setor privado prestador de serviços para o SUS, com maior capacidade de exercer pressão sobre os gestores locais.

## REVISÃO DA PNAB

A portaria que cria a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é editada no dia 21 de setembro de 2017 pelo Ministério da Saúde. As mudanças geraram manifestações contrárias de entidades ligadas ao movimento da Reforma Sanitária, como Abrasco e Cebes, bem como de instituições como a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio

Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). As instituições criticaram o esvaziamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) enquanto modelo prioritário para organização da Atenção Básica no SUS. Isso porque, com a nova PNAB, acabou a política de indução financeira a partir do Ministério da Saúde

para a ESF, modelo que segundo as entidades foi central para a expansão da cobertura da atenção básica no Brasil nos últimos anos. Outra crítica foi à redução no número mínimo de agentes comunitários de saúde por equipe de Saúde da Família, que caiu de quatro para apenas um. Para seus críticos, as mudanças instauram uma perspectiva de universalização seletiva dentro da atenção básica.

sencadeado pela aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, que recomenda a transferência dos pacientes para o atendimento ambulatorial. A resolução também prevê o aumento do número de vagas financiadas com recursos públicos nas comunidades terapêuticas. "É um pacote de medidas que desconstrói a Reforma Psiquiátrica, a proposta de desinstitucionalização e a atenção comunitária", criticou, em entrevista ao Portal EPSJV/Fiocruz, o professor do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Pedro Gabriel.

## REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

O Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) aprovou no dia 1º de março de 2018 uma resolução que representa uma inflexão na Política Nacional sobre Drogas. Na contramão do que acontece atualmente em vários países, como Uruguai e Estados Unidos, onde a descriminalização das drogas ganha espaço no debate público, a resolução consagra a promoção da abstinência como método de tratamento preferencial para o consumo de drogas. A resolução também privilegia as comunidades terapêuticas e os grupos de mútua ajuda – muitos deles vinculados a denominações religiosas – no tratamento dos usuários de drogas, em detrimento dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD). Para o psiquiatra Marco Aurélio Soares Jorge, professor-pesquisador da EPSJV/Fiocruz, trata-se de um retrocesso "que tem por trás interesses empresariais e econômicos de conservadores com muita influência na política". Segundo Marco Aurélio, inúmeras pesquisas científicas têm apontado que a redução de danos, e não a abstinência, é a estratégia mais eficiente para a redução do uso prejudicial de drogas.

## PROFAGS

No dia 10 de janeiro de 2018 o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 83, criando o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (Profags) que destina R\$ 1,25 bilhão para que instituições públicas e privadas ofereçam formação técnica em enfermagem para 250 mil agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, na modalidade presencial ou semipresencial. Em nota, a EPSJV/Fiocruz e a Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio de Janeiro fizeram críticas ao programa, cujas propostas "descaracterizam as atuações profissionais, flexibilizam e desfiguram os processos de trabalho no âmbito da atenção básica e, ainda, ameaçam postos de trabalho". A Confederação Nacional dos Agentes Co-

munitários de Saúde (Conacs) e a Federação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (Fenasce) também criticaram o programa, que segundo as entidades desconsiderou a existência da formação técnica específica para as duas áreas. No dia 10 de maio, o plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou resolução contrária ao Profags. A falta de debate adequado no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite durante o processo de elaboração do programa e a não distinção entre instituições públicas e privadas no edital de credenciamento para contratação de entidades para ofertar o curso técnico em enfermagem pelo Profags foram algumas das críticas presentes na resolução.

# OS SISTEMAS UNIVERSAIS NA ENCRUZILHADA



Ainda há espaço para a garantia do direito à saúde no capitalismo hoje?

Maíra Mathias

**E**m 5 de outubro de 2018, a grande ‘ousadia’ brasileira completa 30 anos. Do lado de baixo da linha do Equador, e em plena guinada neoliberal, o país criou um sistema de saúde universal, mirando experiências anteriores de nações ricas, como o Reino Unido. Olhando tudo o que se passou (e o que nunca chegou a acontecer), essa reportagem especial sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) questiona se as bases que deram sustentação a esses sistemas por lá, naquela época, estavam presentes por aqui nos anos 1980. E, até que ponto hoje é possível, ao Norte e ao Sul, seguir perseguindo o horizonte do Estado de bem-estar social.

## Nas origens

O ponto de partida desta história é o final da Segunda Guerra Mundial. A Europa, devastada, é reerguida com investimentos norte-americanos. Essa reconstrução vai se provar um ótimo negócio: a um só tempo, canaliza o excesso de capitais que os Estados Unidos produziram a partir do esforço de guerra e permite ao país fortalecer sua liderança no continente, servindo de couraça contra a outra potência que saiu fortalecida do conflito: a União Soviética. “Blindar a Europa significou construir condições que pudessem se contrapor a essa outra perspectiva de organização social, antagônica ao capitalismo, que também teve a capacidade de livrar o continente do nazismo”, situa Marcela Pronko, professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).

Não menos importante foi a agitação política que vinha atravessando o continente ao longo do século 19. Revoluções populares e greves pipocaram em vários cantos: Alemanha, Hungria, Itália, Inglaterra... Além disso, os Estados europeus se recompuseram em uma situação rara no capitalismo: o pleno emprego. O que conhecemos como Estado de bem-estar social é a soma destes e outros fatores. Ao ampliar e universalizar direitos, beneficiou os trabalhadores. Ao mesmo tempo, a implantação de sistemas públicos em áreas como a saúde atendia aos interesses da população, mas também de empregadores, que mantinham a força de trabalho em condições de produzir. E, do lado dos empresários, o ‘ganha-ganha’ também tinha a ver com o incentivo a mercados internos para os produtos da indústria, como eletrodomésticos. “O Estado de bem-estar também foi um agente dinamizador do capitalismo, a partir da democratização do consumo de mercadorias”, acrescenta Marcela. E resume: “O esforço de consolidação do bloco capitalista se desenvolveu pela promoção, na Europa, de formas de regulação que permitiram uma convivência pacífica entre capital e trabalho”.

Mas enquanto sistemas universais de saúde, educação, previdência e leis trabalhistas mais justas eram criadas por lá,

esses mesmos países mantinham relações de dominação colonial com nações da África e da Ásia, quadro que só mudou na década de 1960. Além delas, os chamados países periféricos, como os que se situam na América Central e do Sul – incluindo o Brasil –, não por acaso ex-colônias, também cumpriam o seu papel no *script*. Forneciam matérias-primas e mão de obra barata, mas também, nos anos 1960 e 70, passaram pelo chamado ciclo de desenvolvimento fomentado por investimentos estrangeiros e empréstimos concedidos pelo sistema financeiro e organismos internacionais. “Funciona durante um tempo, mas o ciclo se esgota produzindo na década seguinte a crise da dívida. Até hoje, o endividamento é uma enorme barreira, de modo que não se tratou de um desenvolvimento com algum grau de autonomia. Pelo contrário. E, a partir dos 1980, a liberalização dos mercados vai aprofundar a inserção subordinada desses países no mundo”, nota Marcela.

## Ao Sul da linha do Equador

No Brasil, essa foi uma época marcada pelo desafio de transformar um país profundamente desigual, mergulhado num contexto autoritário. O movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária se engajou nas discussões. Partindo de experiências nos serviços de saúde, que já mostravam resultados positivos, e olhando para os sistemas nacionais da Europa, públicos e universais, propôs a criação do Sistema Único de Saúde. Mas a ideia não era parar por aí. “O SUS foi pensado no bojo de um projeto amplo de transformações na sociedade brasileira que poderíamos chamar, genericamente, de reforma social – em que a saúde estaria articulada às reformas urbana, agrária, universitária, tributária...”, enumera Jairnilson Paim, professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). No horizonte dos militantes da Reforma Sanitária, estava a superação da ditadura. E parte do movimento apostou que, de maneira progressiva, a criação de uma via por dentro do Estado poderia desembocar num ‘socialismo democrático’. “Era uma proposta muito ampla de mudanças da sociedade que iam além do Estado de bem-estar social. No nosso caso, iríamos além da socialdemocracia”, explica.

Mas o que era o socialismo democrático? Em resumo, era a tentativa de promover uma experiência distinta daqueles países que optaram pelo socialismo a partir de 1917, que haviam passado por um processo de crescente autoritarismo e burocratização. “Apostou-se na ideia de reformas democráticas pela via institucional. E que o fortalecimento de políticas públicas, como o SUS, ampliaria o espaço democrático”, completa Áquilas Mendes, professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Mas, segundo ele, já havia, naquela época, quem apontasse os limites da



Manifestações em defesa do SUS, em 2016, e do NHS em 2018

atuação por dentro do Estado no capitalismo e do seu papel específico nos países da periferia do sistema.

“No plano internacional, já havia nos anos 1970 autores que defendiam que, no capitalismo, o Estado usa as próprias forças e as forças que nele gravitam, usa a institucionalidade, via políticas públicas, segundo a lógica da valorização do capital. O que, é claro, coloca limites para uma atuação contra o capitalismo por dentro do Estado”, diz. Já no plano nacional, completa Áquilas, autores como Florestan Fernandes apontavam para as engrenagens do subdesenvolvimento. “No caso do Brasil, trata-se de um Estado construído sobre bases escravocratas e patrimonialistas, que dá força ao movimento do capital para que os recursos sejam emitidos para fora. Por ser completamente atrelada aos interesses do capital exterior, nossa burguesia vai construir um Estado igualmente atrelado, seja na capacidade de financiamento público, seja na formulação das políticas”, diz Áquilas. E completa: “Nesses 30 anos de SUS, assistimos à fragilidade financeira do fundo público, insuficiência de recursos, baixo volume de gastos e, desde sua criação, uma situação contemporânea mais desafiadora: um Estado capitalista sem praticamente o menor espaço de disputa no interior dele”.

### Lá e cá

A chamada ‘Constituição Cidadã’ de 1988, na qual o SUS se inscreve como uma das grandes conquistas, chegou num momento contraditório. Por aqui, a Carta coroou a reabertura democrática, iniciada três anos antes, em meio à ebulição da mobilização social. Mas as inovações do texto constitucional vão na contramão do neoliberalismo que já andava a passos largos no mundo, e também na América Latina. “O momento em que o Brasil atinge essa conquista se revela

contrário àquilo que está acontecendo na própria região. É como se a Constituição marcasse o ponto alto imediatamente anterior à queda, ao arrefecimento das lutas e aos avanços da própria burguesia brasileira que, logo, começa a pressionar pela mercantilização do sistema”, reflete Marcela.

A sanitarista Sonia Fleury explica que o SUS enfrentou no nascedouro um contexto com muitas barreiras à universalização. No final dos anos 1980, diz, o setor da saúde já havia passado por transformações e atingido um grau de mercantilização e densidade tecnológica em tudo distintos do momento anterior, quando foram criados os sistemas universais europeus. Mas para ela, três diferenças entre cá e lá são fundamentais. A primeira delas é a dinâmica estabelecida entre o setor público e o setor privado. “A relação público-privada sempre existiu, mas quem se beneficia com isso?”, questiona, dando como exemplo a atuação dos médicos generalistas no NHS, o sistema nacional de saúde do Reino Unido. Esses profissionais autônomos atuam em sinergia com os princípios do sistema, mesmo não sendo servidores públicos. “Aqui essa relação não foi regulada e a tendência tem sido favorecer o privado”, diz. Além disso, naquele momento, o capital se imiscuiu nas áreas sociais, como saúde e educação, cobiçando os recursos destinados a serviços antes prestados pelo Estado diretamente à população. “O fundo público passa a ser alvo de uma disputa”, explica.

Na América Latina, observa Sonia, há também uma tensão entre as políticas públicas universais e aquelas conhecidas como focalizadas, por mirarem uma parcela da população, geralmente a mais pobre. “No caso da saúde havia duas tendências nesses sistemas de bem-estar tardios, de sociedades com democracias retardatárias e economias emergentes”, diz. E dá como exemplo o Bolsa Família, que,

segundo ela, pode ser parte de um sistema que visa universalizar direitos ou pode ser um mecanismo de produção de consumidores para o mercado. “Essa tensão é própria do nosso sistema, que vai trabalhar com uma população que não está incluída nem no mercado. E, portanto, isso vai se refletir no formato do Estado de bem-estar social”, afirma. E completa: “A tensão entre os incluídos e os excluídos, entre as políticas universais e as políticas focalizadas e como isso vai ser resolvido – se pró-mercado ou pró-direitos e cidadania – depende da cada país e das forças sociais. Na América Latina são várias possibilidades”.

Marcela concorda que nos países latino-americanos formaram-se diferentes arranjos. Mas, para ela, em nenhum dos casos houve algo como o Estado de bem-estar social. “O Estado de bem-estar é um fato histórico muito particular, que só foi possível durante um breve período de tempo em alguns países do capitalismo central, precisamente pela condição destes países de extrair sobretrabalho não só de seus trabalhadores mas também da mão de obra da periferia do sistema, através de diversas formas de subordinação”, afirma. E sentencia: “Podem acontecer arranjos com algumas semelhanças, mas o Estado de bem-estar é irreproduzível”. Ela dá o exemplo do Uruguai, que construiu um sistema público de educação sem paralelo na América Latina. Mas, ao mesmo tempo, até dez anos atrás os serviços públicos de saúde eram destinados aos indigentes. “As lutas que se desenvolveram lá serviram para estruturar um sistema sólido de educação, que até hoje resiste aos embates da privatização, mas não se traduziram de modo automático no alargamento de direitos para todos os setores”, explica.

## E hoje?

Mas as coisas não são mais as mesmas também naqueles países que implantaram plenamente o Estado de bem-estar social. Tudo começa a mudar no final dos anos 1970, com a crise. O conjunto de leis e direitos que garantiam melhores condições de vida aos trabalhadores começa a ser enxergado como a principal barreira para a recuperação da economia. A trégua acaba. É o início do neoliberalismo que, segundo Marcela, tem seu laboratório justamente na América Latina, em contextos autoritários, nos quais a quebra da resistência dos trabalhadores acontece pela repressão direta, como nas ditaduras militares de Argentina, Chile e Uruguai. Essas experiências seguem para países em contextos não propriamente repressivos, mas onde há um desbaratamento da organização trabalhista. Nos anos 1980, com a vitória eleitoral de Margaret Thatcher, na Inglaterra, e de Ronald Reagan, nos EUA, duas categorias importantes – os mineiros e os controladores de voo – decretam greves e vão ser derrotadas por estes governos, servindo de exemplo e arauto destes novos tempos.

Os entrevistados da Poli afirmam que a chave para entender a transição está na forma de acumulação de riquezas, que mudou. Cresce a importância das finanças em relação à produção de produtos, como carros e geladeiras. Mais do que isso, explica Jairnilson, as duas coisas são inseparáveis:

“Não dá mais para distinguir claramente o que são as finanças do que é base produtiva de equipamentos, medicamentos, automóveis, etc. E, com isso, há uma dificuldade maior do ponto de vista da própria ação do Estado. Quando se tenta regular de alguma maneira, há muita resistência. Tivemos um exemplo recente, quando Dilma Rousseff forçou uma baixa nos juros [em 2012]. Muito possivelmente foi a partir daí que ela cavou sua derrota. Dilma supunha que havia uma diferença entre os interesses da Fiesp [Federação das Indústrias de São Paulo] e os interesses dos bancos quando, na realidade, tanto as empresas industriais quanto as comerciais já tinham sido financeirizadas. Ainda se imaginava que havia um capital ‘bom’ e um capital ‘ruim’. Mas a financeirização já invadiu todos os espaços, inclusive a saúde”, diz.

E, com isso, os sistemas universais públicos perderam espaço. “O capital financeiro não tem interesse na saúde das pessoas como tinha o capital industrial, que precisava do trabalhador rígido. O trabalho está cada vez mais flexível”, nota Sonia, em referência às variadas formas de contratação vigentes, que vêm substituindo o vínculo direto entre trabalhador e empresa. “Hoje basta uma saúde mínima, que sirva para que esse exército industrial de reserva se mantenha vivo, e uma educação que garanta um patamar de conhecimentos básicos para que os trabalhadores assumam postos quando forem solicitados. E o mercado se encarrega do resto”, descreve Marcela.

No “capitalismo da barbárie”, caracteriza Áquilas, o pêndulo se volta contra os trabalhadores de muitas formas, seja através de contrarreformas, como a trabalhista, seja a partir da impermeabilização do Estado às demandas populares. “O Estado capitalista contemporâneo opera para segurar a crise do capital e já não cabem mais ideias como ‘direitos’. Hoje o crescimento se dá pelo capital financeiro e, portanto, a lógica não é usar o fundo público para políticas sociais, pelo contrário. Sistemas universais, como o de saúde, não cumprem mais o papel que cumpriam no capitalismo do período 1945-75”, observa.

É comum ouvir que essa transformação do Estado aconteceu para reduzi-lo ao tamanho mínimo necessário. Mas as coisas são um pouco mais complexas, frisa Marcela. “Hoje se fala muito no processo de desresponsabilização do Estado em relação às políticas sociais quando, na verdade, o que aconteceu foi uma reconfiguração da relação entre Estado e sociedade, em que o primeiro passa a ter um papel de retaguarda, garantindo financiamento público para a oferta privada desses, agora, serviços mercantilizados”, explica.

## Novo papel do fundo público

Os recursos públicos, portanto, também cumprem um novo papel neste nada admirável mundo novo. Segundo relatório do Fundo Monetário Internacional (FMI), divulgado em abril, o endividamento dos países bateu recorde, e já supera o patamar verificado no ápice da crise econômica mundial de 2008. Nos países desenvolvidos, está em 105% do PIB, nível mais elevado desde o fim da Segunda Guerra. Nos países periféricos, alcançou 50% – algo inédito desde



## O ESTADO DEIXOU DE SER UM ARRECADADOR, QUE PODERIA REDISTRIBUIR, PARA SER UM DEVEDOR, QUE CANALIZA O DINHEIRO DO POVO DE CADA NAÇÃO PARA O CAPITALISMO FINANCEIRO INTERNACIONAL ATRAVÉS DAS DÍVIDAS”

**SONIA FLEURY**

sanitarista

a crise da dívida dos anos 80. “Temos uma situação extremamente adversa. O Estado deixou de ser um arrecadador, que poderia redistribuir, para ser um devedor, que canaliza o dinheiro do povo de cada nação para o capitalismo financeiro internacional através das dívidas. Todos os Estados estão endividados”, ressalta Sonia.

Em 2017, a Auditoria Cidadã da Dívida calculou que nada menos do que 39% do orçamento da União foram destinados ao pagamento de juros e amortizações da dívida pública no Brasil. A saúde levou apenas 4%. “A história do subfinanciamento do SUS pode ser contada através de números e dados, mas também a partir do seu sentido. E o sentido atual é a inversão do papel do fundo público”, diz Áquilas. A Emenda Constitucional 95, aprovada no fim de 2016, coroa esse processo ao impor um teto para as chamadas despesas primárias, como saúde, e não falar em nenhum limite para as despesas financeiras, nas quais se incluem a dívida, mas também isenções para a contratação de planos de saúde, por exemplo. “É a total inversão do sentido original do fundo público na perspectiva de Estado que a Reforma Sanitária apostou”, afirma.

A tendência por aqui vai ser, cada vez mais, diminuir o gasto público e aumentar o gasto privado em saúde, garante. Segundo o último relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS),

com dados de 2015, o Brasil gasta 7,7% do seu orçamento geral com saúde. A taxa é inferior à média mundial, de 9,9%, e mesmo ao gasto nas Américas (12%) e no Sudeste asiático (8,5%), só superando a média africana, de 6,9%. E, ainda assim, 17 países africanos destinam mais dinheiro público para a saúde do que nós. Entre eles estão Madagascar (15%), Suazilândia (14,9%) e África do Sul (14,1%). Mas não para por aí: apenas cinco países no continente americano gastam menos do que o Brasil: Barbados, Grenada, São Cristóvão e Nevis, Haiti e Venezuela. Já em relação ao gasto privado, ou seja, o desembolso direto feito por indivíduos e famílias, o Brasil vai para o topo do ranking. Apenas quatro países no mundo contam com índices superiores ao brasileiro: Geórgia, Nicarágua, Nepal e Egito. Por aqui, 25% das famílias destinam mais de 10% do seu orçamento doméstico para a saúde. No mundo, esse nível de gasto só é observado em 11,7% das famílias (na Europa, em menos de 7%). E uma parcela de 3,5% da população brasileira é obrigada a gastar ainda mais: a saúde consome inacreditáveis 25% de seu orçamento.

Em países com sistemas universais de saúde consolidados, aponta Áquilas, também há redução do gasto público e, em paralelo, privatização. “Há uma relação cada vez mais forte com o setor privado, que faz com que modelos de atenção, formas de gestão e alocação de recursos estejam em sintonia com a expansão e a valorização do capital. O exemplo mais claro é o processo de mercantilização do NHS inglês”, diz. O sistema universal de saúde mais conhecido do mundo completou 70 anos em julho deste ano em meio a uma crise que, segundo especialistas, começou na década de 90 e se acirrou com a última crise econômica. Por um lado, reformas foram abrindo mais espaço para o setor privado. No governo trabalhista de Tony Blair, por exemplo, ficou decidido que se hospitais públicos precisassem construir uma nova ala ou prédio teriam que fazer parcerias público-privadas. Os consórcios de investidores, que normalmente incluem bancos, emprestam os recursos sob a condição de que as unidades públicas paguem um percentual da receita obtida ao longo dos próximos 20, 25 ou até 30 anos. Já em termos de financiamento, como parte do novo regime de austeridade, houve cortes e, em 2010, o gasto público em saúde retornou ao patamar de dez anos antes, quando representava 79% do total de recursos do setor. Fechamento de leitos e falta de profissionais são algumas das consequências que vieram à tona no início deste ano, com uma epidemia de gripe que colocou o NHS inglês na UTI.

### Apostar no quê?

Mesmo nos países europeus, então, podemos considerar que o Estado de bem-estar social ainda existe? Para Marcela, a resposta é não. “Já se perdeu muita coisa. O que vemos hoje são resquícios do que não pôde ser destruído graças à resistência e organização dos trabalhadores”, diz. É claro que se compararmos o Brasil com esses países, vamos achar que por lá a situação é boa, pondera ela: “Aos nossos olhos, o que existe na Europa parece muito semelhante ao que foi o bem-estar. Mas só porque estamos numa situação calamitosa na garantia dos direitos sociais”.

Já para Sonia, há um projeto de bem-estar social em permanente disputa com a apropriação dos recursos públicos para outras finalidades. A sanitária, contudo, não acredita que essa situação seja sustentável, pois não há regulação do capital financeiro, os Estados estão prisioneiros do mercado e os interesses das populações estão subordinados. “Estamos assistindo a uma situação de grande tensão que pode inclusive resultar numa guerra mundial”, alerta. “Situações que pareciam equacionadas no capitalismo retornam e saem do controle. A Europa está assistindo aos imigrantes morrerem nas balsas como se fosse normal. Não se pode falar em universalização quando os imigrantes são tratados de forma diferente. A cidadania não se globalizou como as mercadorias e o capital se globalizaram. Há hoje um tratamento de segunda classe ou simplesmente a exclusão. E essa é uma tensão enorme – e não democrática – dentro de sistemas que eram democráticos”, aponta.

Para ela, é nesses marcos que o bem-estar social é mais atual do que nunca. “É a única possibilidade. Até mesmo para o próprio capitalismo sobreviver, porque se não é a barbárie”, afirma a sanitarista, que relembra que o Estado de bem-estar foi uma forma de equilibrar as relações sociais dentro do capitalismo e dar sobrevida ao sistema. “Eu acredito que a luta pelo direito universal à saúde é uma luta dentro do capitalismo, reformando o capitalismo. Do contrário, as situações vão chegar a um ponto de deterioração muito grande”, pontua Sonia. E cita o filósofo Karl Polanyi, para quem o capitalismo gera um duplo movimento. De um lado, o mercado se infiltra sobre todos os âmbitos da vida em sociedade – incluindo a saúde. E de outro, a sociedade tenta se proteger. “Essas contradições vão se avolumando. Não sei quanto tempo pode demorar, mas certamente reformas virão”, acredita. A alternativa, diz Sonia, é pensar que não tem solução. “Ao abrir mão dos direitos sociais, na verdade, estamos abrindo mão não do capitalismo, mas da democracia no capitalismo”.

Tanto para Marcela quanto para Áquilas, no entanto, é preciso fazer outras apostas. “Temos que tirar da cabeça essa ideia de que o Estado de bem-estar é um modelo”, defende a pesquisadora da EPSJV/Fiocruz. “No fim das contas, o Estado de bem-estar social nada mais é do que a face mais ‘humanizada’ do capitalismo. Mas o capitalismo nunca será humanizado”, afirma. Pela mesma razão, Áquilas prefere chamar Estado de bem-estar social de Estado social. “Porque o Estado capitalista nunca esteve voltado para o bem-estar da população como um todo. Se introduziu mecanismos de ampliação dos direitos sociais, foi por muita luta entre a classe trabalhadora e o próprio capital. E num contexto histórico muito específico”, pondera. E, de qualquer forma, ele não acredita que seja possível garantir a saúde como direito no capitalismo. “Não vai dar para voltar ao passado e implantar o Estado social. Muito menos aqui, onde nunca teve isso. Partimos de uma situação completamente diferente de luta social. E cumprimos um papel diferente no mundo”, resume.

## O SUS na encruzilhada

Mas o que tudo isso significa para o futuro do SUS? Em primeiro lugar, responde Jairnilson, que a batalha pelo direito à saúde no Brasil hoje é “imensamente maior” do que era na época de sua criação. E, acrescenta, o movimento sanitário ainda não tem clareza da dimensão da guerra, que envolve o capital financeiro internacional. Para ele, o que está se delineando é um simulacro de sistema universal de saúde. “Tem nariz, cabelo e boca de SUS, mas não é SUS. Mas como este Sistema que aí está não atende apenas aos interesses da população ou dos trabalhadores de saúde que nele estão empregados, também é útil como espaço para a realização das mercadorias produzidas pelo capital, algum SUS deve se manter”, explica. Mas isto não é destino, garante o professor da UFBA. “Quem faz a história diante das circunstâncias colocadas são as forças sociais organizadas, que podem dar outro sentido àquilo que se coloca como tendência”.

E da parte da sociedade? “Não conseguimos nunca que a população sentisse que o SUS era uma grande conquista dela

própria, como na Inglaterra acontece com o NHS. Porque a população foi maltratada durante esses anos todos pelas próprias condições de funcionamento do SUS”, lamenta Sonia, ponderando, no entanto, que a noção de direito à saúde chegou aos brasileiros como mostraram, por exemplo, as manifestações de Junho de 2013. A título de comparação, a opinião pública britânica (incluindo a mídia) tanto pressionou o governo que, por lá, acaba de ser anunciada uma injeção de £ 20 bilhões (algo em torno de R\$ 100 bilhões) no NHS. Os recursos vão compor o orçamento a partir de 2023. E mesmo assim, alertou uma entidade de saúde, vão ficar abaixo do ideal, já que o aumento representa 3,4% em relação à inflação quando o necessário seria 4%.

Também para Marcela, como a sustentação dos sistemas universais está na contramão das agendas dos governos no Brasil e no mundo, qualquer projeção no sentido contrário só poderá ser sustentada com as lutas. Mas ela acredita ser preciso repensar o que o SUS representou como projeto de sociedade, já que a luta da Reforma Sanitária não se resumia a sua implementação. “Este sistema só fazia sentido numa sociedade que não fosse regida pela lógica do mercado, mas da igualdade. Essa sociedade não foi conseguida e o SUS também não funcionou como deveria. Talvez seja necessário repensar não só que saúde queremos, mas que sociedade queremos. É a sociedade que se pauta pelos limites da humanização do capitalismo? Ou queremos ir além e construir uma sociedade onde todos tenham igualdade e direitos na realidade e não somente no papel?”, questiona.

Ela cita o exemplo cubano. “Cuba viveu uma revolução socialista e, aí, as prioridades se invertem. A proteção da vida e o desenvolvimento das capacidades das pessoas tornam-se mais importantes do que o ganho das empresas e o desenvolvimento econômico como um fim em si mesmo”, frisa. Isso fez com que o governo fizesse da saúde e da educação os pilares da estruturação social. “E fez um investimento grande nessas áreas, nos limites das suas possibilidades, é claro, constrangido pela posição que ocupa no mundo”, diz. Mesmo assim, continua, Cuba consegue uma saúde e uma educação que estão muito além do que muitos de nós temos acesso.

Antes de mais de nada, Áquilas reconhece que, comparando com o período anterior, o SUS trouxe muitos avanços. Mas, daqui pra frente, defende, é preciso fazer uma crítica mais radical aos caminhos trilhados. “Apostou-se na construção de políticas públicas como forma de concretizar o direito à saúde numa perspectiva incremental, regular e contínua que, se já não encontrou espaço no passado, agora nem se fala. Não tem mais espaço para sistemas universais no capitalismo contemporâneo”, sentencia. E como construir uma alternativa? Ele alerta: “Minha aposta é numa reflexão de que a garantia do direito à saúde não passa por dentro do capitalismo mas pela construção de um novo modo de produção social. Por isso, a luta. Não vai ser com mais gestão nem com mais financiamento, nem com campanhas eleitorais e lutas institucionais. Se continuarmos nesse caminho, o SUS não terá futuro”. ○

# SUS

**H**á 30 anos, nascia oficialmente um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Concomitantemente à promulgação da Constituição Federal de 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde, o SUS. O artigo 196 afirma: “A saúde é 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”. Fruto de mobilização e pressão social, o direito definido constitucionalmente garantiu acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis, em todas as regiões, respeitando as diferenças.

A regulamentação do SUS garantida na Constituição ocorreu em 1990, por meio de duas Leis Orgânicas da Saúde: a 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e a 8.142 que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Numa composição entre o que aparece na Constituição Federal e em outras legislações, didaticamente costuma-se considerar a universalidade, a equidade e a integralidade como *princípios* do SUS, que devem ser norteados pelas *diretrizes* da descentralização, regionalização e hierarquização, e participação social.

## Princípios

O princípio da universalidade prevê que todos os cidadãos tenham direito à saúde, o que difere completamente da perspectiva de seguro social que esteve presente no Brasil desde a Lei Eloi Chaves em 1923, quando trabalhadores e empregadores financiavam as Caixas de Aposentadoria e Pensões (Caps), e que perdurou até o modelo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1990 (ver reportagem na página 4). Segundo Gustavo Matta, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio

Arouca (Ensp/Fiocruz), a universalidade pressupõe a noção de direito, o que torna completamente inadequada qualquer menção à ideia tanto de pagamento quanto de gratuidade. “No Brasil, o direito à saúde é um direito social, coletivo, e não um direito individual garantido mediante pagamento e respectiva cobertura. Atualmente, a universalidade é a questão mais cara ao SUS, já que, apesar de estar garantida constitucionalmente, nunca deixou de sofrer ataques. A partir do golpe de 2016, acontece uma mudança radical, com a austeridade e uma menor porosidade em relação às discussões de saúde, ciência e tecnologia”, define Gustavo e ainda alerta: “Caso não consigamos fazer resistência a essa onda de austeridade e redução do papel do Estado e das políticas públicas e sociais do Brasil, o SUS estará fadado ao preenchimento precarizado daquilo que o privado, fragmentadamente, vai acabar oferecendo para a população, seja pelos planos de saúde populares ou pela oferta direta de serviços de saúde”.

A equidade busca reconhecer a pluralidade e a diversidade das necessidades de saúde. Diz respeito, portanto, a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais. É o princípio da equidade que orienta que o sistema possa garantir regras diferentes de assistência, por exemplo, para moradores de rua, disponibilizando unidades de atendimento móvel e outros recursos. Esse princípio não está presente nos textos fundacionais do SUS e apenas algum tempo depois apresentou-se como um norteador das políticas nos documentos legais e nos textos acadêmicos. Para Tatiana Vargas, pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Ensp/Fiocruz, a interação entre a universalidade e a integralidade já engloba esse conceito. “A equidade não aparece anunciada na Constituição. Essa divisão é didática. O debate da equidade foi um pouco externo na década de 90 e a questão da judicialização [para atender a necessidades individuais específicas] sempre me deixou receosa. É claro que tem que fazer diferenciação porque há grupos que são mais vulneráveis que outros, mas isso a gente já colocava quando se brigava por uma ideia de universalidade com integralidade. À medida que se promove um direito universal e que esse direito também é integral, teremos a garantia da equidade”, defende Tatiana.

Gustavo concorda. “Dividimos essa forma para tentar organizar o debate, tendo os princípios como base e as diretrizes como os meios que utilizamos para atingir esses princípios”, diz. Ele explica que a defesa da equidade é fruto de um dos maiores e mais históricos problemas do país: as iniquidades sociais e econômicas, que geram desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde.

A integralidade enquanto princípio do Sistema Único de Saúde busca garantir uma abordagem integral do sujeito, levando em conta as determinações sociais da saúde e da doença. No texto constitucional, apresenta-se como um esforço de ruptura em relação às ações meramente curativas. Incorpora o conceito ampliado de saúde e inclui políticas de atenção às necessidades de grupos específicos, como a atenção integral à saúde da mulher e a política de atenção à DST/Aids. “A integralidade é entendida como um conceito capaz de reconhecer que desde a vacina e as ações da coletividade, a vigilância sanitária, todos os conjuntos de ações que estão voltadas para o controle de doenças são absolutamente necessários para a saúde da população, as condições de vida. Integralidade engloba o conceito ampliado de saúde, segundo o qual as pessoas precisam ter condições de vida, de moradia, de trabalho, de lazer, de educação. Garante que as pessoas tenham acesso a transplante, hemodiálise, uma cirurgia reparadora”, esclarece Tatiana. De acordo com a pesquisadora, esse é o projeto da Estratégia Saúde da Família, organizada com uma equipe multidisciplinar de profissionais que buscam uma saúde humanizada e coletiva que proporcione qualidade de vida à população.

## Diretrizes

Os alicerces estruturais desses princípios são as diretrizes. A descentralização, por exemplo, prevê a distribuição do poder político e responsabilidade pelo direito à saúde entre os três níveis de governo. “A descentralização indica que sejamos ca-

pazes, como sistema de saúde, de organizar proximamente às populações o acesso a serviços de saúde. Vai além da simples descentralização de serviços e recursos, mas fala de uma descentralização de responsabilidades, com o olhar sobre o território”, explica Tatiana. Os mecanismos e estratégias que organizam e regulam a descentralização como diretriz do SUS estabelecem instâncias de representação, monitoramento e pactuação política e administrativa envolvendo as três esferas de governo.

A lei 8.080 também dispõe sobre a necessidade de regionalização e hierarquização da rede de serviços. Essa diretriz diz respeito a uma organização do sistema que deve focar a noção de território como o espaço de atuação dos serviços de saúde, a partir da identificação dos perfis populacionais, da produção de indicadores epidemiológicos e da observação e ação sobre as condições de vida daquela população. A partir daí, os serviços são organizados em diferentes níveis de complexidade. A ideia é que uma pessoa com dor de cabeça, por exemplo, não precise ser atendida em um grande hospital onde a prioridade são as emergências. Ela deve procurar uma Unidade Básica de Saúde, para atendimentos de baixa complexidade. E isso orienta também a distribuição dos serviços de maior complexidade entre os municípios. “Nesse processo de descentralização, organizar em municípios de pequeníssimo porte e pequeno porte uma rede de saúde totalmente estruturada de baixa a alta complexidade é inviável economicamente e desnecessário”, exemplifica Tatiana.

Nessa configuração, a União coordena os sistemas de saúde de alta complexidade e de laboratórios públicos por meio do Ministério da Saúde; os estados criam as suas próprias políticas de saúde e ajudam na execução das políticas nacionais aplicando recursos próprios, também coordenam sua rede de laboratórios e hemocentros, definem os hospitais de referência e gerenciam os locais de atendimentos complexos da região. Já os municípios garantem os serviços de Atenção Básica à saúde e prestam serviços em sua localidade, com a parceria dos governos estadual e federal. Tatiana lembra que a trajetória da descentralização é um esforço que vem desde os anos 1990, na tentativa de buscar o diálogo entre municípios e estados na configuração de regiões de saúde que sejam capazes de se organizar para atender as necessidades de saúde da população. “A Estratégia da Saúde da Família foi a aposta feita para que os municípios organizassem a Atenção Básica. Se há uma boa estruturação da Atenção Básica, uma série de problemas da saúde crônicos são minimizados. Ao se acompanhar toda uma população, também fica facilitado o acesso à média e alta complexidade toda vez que for necessário”, indica Tatiana.

Por fim, a diretriz da participação popular é um dos marcos históricos da Reforma Sanitária brasileira, quando, no final dos anos 1970, sanitaristas, trabalhadores da saúde, movimentos sociais organizados se engajaram na luta pela saúde como um direito. Para isso, o SUS possui instâncias colegiadas de participação popular – os conselhos e conferências de saúde – em cada esfera de governo. Os conselhos são espaços deliberativos, que fazem parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios e dos estados e do governo federal. Já as conferências ocorrem a cada quatro anos para a reformulação das políticas de saúde, são consultivas e

compostas pela representação de três segmentos: gestores, trabalhadores e usuários. “A participação social também garante a aproximação da população, que usa diariamente os serviços e deve ser a nossa principal interlocutora. Por outro lado, essa participação não pode ser viciada nos mesmos grupos. Há uma necessidade de intensificar e ampliar essa ação”, destaca Tatiana.

## Resistência

“O SUS avançou, oferece acesso universal a qualquer pessoa com ou sem plano de saúde, uma série de lutas foram conquistadas. Também expandiu a atenção primária, ou seja, teve progresso na universalidade e na integralidade. No entanto, a equidade ainda está em débito”. A avaliação é de Gustavo Matta que, no entanto, ressalta que, se comparado a outras políticas sociais – como educação e habitação –, o SUS foi o que mais avançou. “Basta pensarmos que cerca de mais de 60% da população brasileira depende exclusivamente do SUS, não tem acesso a nenhum tipo de serviço privado de saúde e geralmente lá estão as situações mais complexas, em que a gente precisa de muito esforço para ter melhores resultados”, completa.

E isso não é por acaso. Gastão Wagner, presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), explica que os sistemas públicos de saúde, como o SUS, são mais efetivos, ou seja, resolvem mais problemas de saúde com mais eficiência e custo menor do que o mercado. “O Estados Unidos gastam per capita quatro vezes mais do que o Reino Unido e têm resultados piores. Também, no Brasil, apesar das dificuldades financeiras, de pessoal, de gestão, é fácil encontrar exemplos de êxito. A proposta de cuidado da diabetes do SUS é muito superior a qualquer plano privado, os mais caros inclusive. Além da consulta médica, a gente tem insulina, medicamento, abordagem multiprofissional, acompanhamento com psicólogos... É outro padrão. Também podemos citar a ações para tratamento da hipertensão, a saúde materna, à criança. Os melhores hospitais de oncologia no Brasil são públicos. O melhor atendimento em terapia intensiva é público, o transplante idem, o programa nacional de vacinação tem uma cobertura imensa”, comemora Gastão, ao mesmo tempo em que alerta sobre os ataques ao sistema: “O Governo Federal pós golpe é explicitamente contra o SUS. Os outros governos não apoiavam de forma suficiente, segundo a análise da Reforma sanitária, mas eram a favor do SUS. É a primeira vez que a gente tem um Ministério da Saúde contra o SUS, que é agente do setor privado da saúde. E isso é uma novidade negativa”. Reconhecendo que construir um projeto democrático não é um processo fácil nem rápido, Tatiana Vargas aposta numa mobilização que vá além da saúde. “Lutar por um projeto civilizatório significa combater com muita ênfase as nossas desigualdades. Logo, significa enfrentar de forma contundente os interesses privados desse país. O projeto do Sistema Único de Saúde é lindo, é um desejo societário maravilhoso, mas ele sozinho não se sustenta, precisa de um projeto maior de sociedade, precisa de outras políticas públicas”, conclui. O



**Lucia Souto**

presidente do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes)

“Nos seus 30 anos, está em curso um processo de liquidação da Constituição de 88. Estamos diante de um projeto de uma elite escravocrata para menos de 1% de super-ricos. Barrar o golpe contra os 99%, a democracia, os direitos sociais e a nossa soberania é uma exigência. A luta em defesa do SUS é estratégica para superar nossas desigualdades e retomar o espírito de 88”.

**Maria Inês Bravo**  
militante da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS)



“O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do Povo brasileiro, fruto de lutas da classe trabalhadora nos anos 1980. Sua defesa é fundamental bem como a retomada do debate e propostas da Reforma Sanitária, também elaborada na década de 80. A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde tem defendido o SUS público, 100% estatal, universal e de qualidade bem como os conceitos de determinação social da saúde e consciência sanitária. ‘O SUS é nosso. Direito garantido. Não se compra. E não se vende!’.



**Ronald Ferreira dos Santos**

presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

“SUS – 30 anos de um poderoso instrumento de defesa da vida, referência para o mundo, espaço de experiências vitoriosas da supremacia do direito sobre o negócio, emulador de sonhos de esperança de que é possível colocar o interesse do cidadão que quer ver seu problema de saúde resolvido em sintonia com o interesse de todos os cidadãos. Mas o negócio nunca admitiu essa ousadia, ela teve avanço porque a correlação de forças da sociedade permitiu, por isso, ou mudamos a correlação de forças na sociedade ou o SUS será um nostálgico capítulo que ficará apenas na História. Mas digo, se fomos capazes de criá-lo seremos capazes de defendê-lo, havemos de vencer, venceremos!”.

**Paulo Amarante**  
presidente de honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme)



“A área da saúde mental tem sido responsável por um dos mais radicais e inovadores avanços no âmbito da reforma sanitária e do SUS nestes 30 anos. Isto porque a referência fundamental do SUS, a participação social na construção e consolidação da política de saúde, presente já no documento de proposição do SUS (“A questão democrática na área da saúde”, Cebes, 1979), tem um sentido muito particular e essencial no campo da saúde mental e da luta antimanicomial. Produzir protagonismo, subjetividade, voz e direitos para sujeitos que eram silenciados e mortificados pela ação da psiquiatria tradicional, do institucionalismo manicomial e pela estigmatização das pessoas com diagnósticos psiquiátricos”.



**Mário Scheffer**

Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP

“Aos 30 anos o SUS encolhe e perde sua capacidade de resiliência também por causa das novas faces do setor privado subsidiado com recursos públicos. Precisamos analisar a entrada de grandes grupos econômicos na saúde, a liberação de planos de menor preço com coberturas reduzidas e alta coparticipação, a multiplicação de clínicas populares e a maior privatização da gestão e do ensino em saúde”.



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

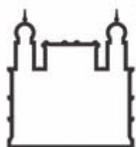
Conheça o

# Poli

[www.epsjv.fiocruz.br](http://www.epsjv.fiocruz.br)

Promover atividades de ensino, pesquisa, comunicação, desenvolvimento tecnológico e cooperação na área de Educação Profissional em Saúde: essa é a missão da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz. A EPSJV atua, portanto, com o segmento educacional que corresponde à maioria dos profissionais de saúde no Brasil.

Criada em 1985, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, a Escola nasceu para defender que a educação também era um direito e que a formação dos trabalhadores de nível médio deveria ser integral, preocupando-se não só com os conhecimentos específicos para a prática profissional mas também com os condicionamentos históricos e sociais do mundo do trabalho em saúde.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

## PRÓXIMA EDIÇÃO: 10 ANOS DA REVISTA POLI

**SAÚDE, EDUCAÇÃO E TRABALHO**  
Jornalismo público para o fortalecimento  
da Educação Profissional em Saúde

**Assine a revista**

<http://www.epsjv.fiocruz.br/revista/receba>

