

Roberto José Bittencourt
Ana Maria Costa

SUS: Encruzilhada histórica?

*Talvez o que esteja acontecendo, no âmbito da reforma sanitária, nesse sentido, seja a busca da “reforma da reforma”, ou de se perseguir uma “reforma incremental”, sendo que nesse processo a dimensão política vem sendo subsumida pela dimensão técnico-científica, levando, o que me parece mais grave, a uma pasteurização da própria dimensão política. **E talvez aí a explicação de fundo seja a incapacidade da comunidade do campo sanitário de formular um novo projeto para a saúde articulado com um projeto para a sociedade**¹. (grifo nosso).*

Desde a sua origem na base do pensamento do Movimento da Reforma Sanitária e depois, quando da consagração na Constituição Federal, a conquista de saúde está articulada com a conquista de melhores condições de vida e por isso mesmo que é dependente de políticas econômicas e sociais tal como consta no artigo 196 da Carta Magna.

Ao criar os serviços de atenção e de cuidado à saúde a Constituição entendendo a saúde como Política Social, integrou ao sistema de Seguridade Social o Sistema Único de Saúde (SUS). Sob essa perspectiva sacramenta a opção dos brasileiros pela universalidade em cuja base ética está a solidariedade social na qual parte da sociedade contribui e todos gozam dos benefícios assistenciais oferecidos pelo sistema de saúde.

A inspiração para o sistema de saúde brasileiro vem do modelo criado por Beveridge para o Reino Unido e ao se articular com o conceito ampliado de saúde passa a orientar um projeto político de sociedade, de desenvolvimento e de nação. A questão democrática na área da saúde² e todo o contexto de mobilização social pela redemocratização do País permitiram o alinhamento político que favoreceu a conquista do SUS.

Todavia essa breve “hegemonia” foi desfeita e ocorreu um realinhamento político de cunho conservador que influenciou, desde a fase da formulação e aprovação das Leis Orgânicas da Saúde, Leis 8142 e 8080/90 que subverteram o texto constitucional desconstruindo o conceito de único que passa a ser restrito a “público” e inicia aí uma sequência perversa de boicotes ao SUS.

O fato é que apesar de grande e persistente resistência, os que lutam pelo SUS não conseguiram refazer alguma hegemonia na sociedade e embora conquistando efetivas vitórias quanto a cobertura e inclusão populacional, ao longo desses quase 27 anos, não foram suficientes para consolidá-lo na plenitude de um sistema de qualidade, universal e integral.

O financiamento do SUS como expressão máxima da efetivação do Sistema Único da Saúde tem se caracterizado pelo crônico sub-financiamento, pois está inserido em um contexto macroeconômico que não privilegia as políticas sociais, e vem se subordinando a lógica do mer-

cado financeiro como síntese das opções políticas de sucessivos governos que atuam direcionados exclusivamente para viabilizar o projeto de sociedade pautado pelos interesses do mercado, com elevado grau de desigualdade e baixa qualidade de vida da população.

A crise crônica de financiamento do SUS nasce quando a saúde foi retirada do orçamento da seguridade social, e a falta de alternativas de fonte estável e suficiente evidencia essa relação do privilégio do mercado do setor. São inúmeros os indicadores do subfinanciamento do SUS. Possivelmente, o mais emblemático deles sejam os atuais 3,98% do orçamento que o Governo Federal programou executar para 2014 na Saúde.

Existe um certo consenso entre especialistas de que a Saúde deveria contar com 10% da Receita Corrente Bruta da União (RCB), algo em torno de 18,7% da Receita Corrente Líquida (RCL), o que representaria um incremento de R\$ 46 bilhões aos cerca de R\$100 bilhões previstos para 2014 pelo Ministério da Saúde. Ou seja, estamos diante de uma marca a partir da qual se poderia considerar a capacidade do sistema ser, de fato, universal e minimamente financiado.

Estamos, todavia, caminhando em sentido contrário. Duas leis aprovadas no Congresso Nacional, sancionadas pela Presidente da República, e outra em tramitação, revelam as interações entre política, economia e saúde, viabilizando o caminho da privatização da saúde no País.

A primeira, aprovada em segundo turno no Congresso Nacional em fevereiro de 2015, foi a Emenda Constitucional nº 86, que determina o orçamento impositivo e o percentual de recursos mínimos a serem aplicados pela União na Saúde, cujo valor será de 13,7% da RCL em 2016, até atingir, em cinco anos, 15%. Segundo cálculos otimistas, as perdas serão de aproximadamente R\$ 8,6 bilhões já no próximo ano. Estarão incluídos nesse cálculo os recursos advindos da exploração do petróleo do pré-sal destinados à Saúde e parte das emendas parlamentares do setor.

A segunda, Lei nº 13.019 de 2014, abre ao capital estrangeiro a exploração da rede hospitalar brasileira, inclusive hospitais filantrópicos, assim como a área de pesquisa, de planejamento familiar e de prestação de serviços de saúde por empresas. Tal lei além de favorecer a presença do capital predatório no setor, é uma afronta ao Artigo nº 199 da Constituição Federal (CF), que impede a participação estrangeira nesse setor estratégico.

Neste momento, tramita a PEC nº 451/2014, de autoria do atual Presidente da Câmara dos Depu-

tados, que obriga a todos os empregadores a garantirem planos de saúde privados aos seus empregados. Ou seja, agride o Artigo nº 196 da CF que preconiza a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Segundo a ex Coordenadora do Instituto de Direito Sanitário, a jurista Lenir Santos³, estamos diante da tríade: (1) baixo financiamento; (2) capital estrangeiro na exploração do setor saúde; (3) obrigatoriedade para empresas contratarem planos de saúde privados.

Seria o “xeque-mate” no SUS? Ou tratam-se apenas de retrocessos isolados, desarticulados entre si, e que não embutem modelo de sistema de saúde antagonico nos moldes da preconizada proposta liberal da “Cobertura Universal de Saúde” que vem sendo propalada entre Organismos Internacionais, baseada no falso conceito de universalidade que limita a oferta de padrão básico de serviços adquiridos no mercado?

Nelson Rodrigues dos Santos⁴ afirma que se trata de articulação de um possível “núcleo duro” entre os Ministérios da Fazenda, da Casa Civil e do Planejamento, que vêm distorcendo o SUS com drástico “desfinanciamento” federal, desinvestimento e precarização do trabalho público, com transformação do setor privado complementar em - substituto do Setor Público.

Reforçando a ideia de que se está diante de circunstâncias inéditas pela sua gravidade, do ponto de vista do financiamento do SUS, o CONASS realizou estudo onde propõe a ampliação dos recursos orçamentários para a saúde, em 2015, em 29 bilhões de Reais. O documento foi entregue ao relator geral do orçamento para 2015, mas a proposta não foi aceita.

Ademais, o CONASS advertiu para as consequências da nova modelagem econômica do País, onde se espera um período de recessão, desemprego, aumento *sui generis* da taxa de juros e queda na arrecadação do ICMS, que irão agravar ainda mais a situação do financiamento, ao ponto de não ser possível atender às principais obrigações do Poder Público⁵.

Daí retornam-se às indagações refletidas no texto de Cohn¹, citadas no início desta justificativa, dentre as quais ele afirma a incapacidade da comunidade do campo da “reforma sanitária” de formular novo projeto para a saúde, alinhado com um projeto para a sociedade, como fator importante que impede a saída dos impasses estruturais apontados.

Sabe-se, claramente, que a Constituição Federal, proclamada em 1988, garante a necessidade de ha-

ver **políticas sociais e econômicas** compatíveis com o financiamento do Sistema Único de Saúde, o que autorizaria ou definiria, ao menos em tese, a repartição do “bolo” do orçamento federal com os recursos suficientes para viabilizá-lo. Pierson⁶ afirma que é, em última instância, em torno das decisões orçamentárias que se definem as pressões políticas e as hegemonias dos mais variados grupos de interesse.

- *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 recuperação⁷. (grifo nosso)*

Todavia, como afirmam Mendes e Marques⁸:

A disputa por recursos financeiros para uma política universal de saúde no Brasil

se tornou muito mais intensa a partir do final dos anos 1980. Se há algum tempo atrás ainda se tinha a crise fiscal e financeira do Estado Desenvolvimentista brasileiro como principal obstáculo à saúde pública, atualmente o principal inimigo é o grande capital financeiro e seus efeitos no corte dos recursos para a área social, em geral, e para a saúde, em particular.

Como exemplo, citamos dados recentes do Banco Central que revelam e comprovam a brutal diferença entre os gastos orçamentários do pagamento dos serviços da dívida pública brasileira e os demais gastos, incluindo a saúde. Em termos absolutos foram os seguintes recursos federais orçamentários executados em 2014: R\$ 978 bilhões para pagamento de juros e amortizações da dívida pública, e R\$ 87,1 bilhões para a saúde, ou seja, aqueles mais de 11 vezes maior que estes.



(<http://www.8d.senado.gov.br/dwweb/abreDoc.html?docId=92718>)

Segundo, ainda, Mendes e Marques⁸, essa é a natureza atual do desenvolvimento capitalista, distinta de quando surgiu o Estado de Bem Estar Social, quando era o capital industrial que hegemonizava o processo de acumulação capitalista. A partir dos anos oitenta o “*capital produtor de juros*”, ou seja, a financeirização da economia, passa a ser hegemônico no processo de acumulação.

A Constituição Cidadã Brasileira, proclamada em 1988, veio na contramão e passa a se submeter às mesmas pressões dos Estados de Bem Estar Social existentes na Europa e demais regiões que adotavam e continuam adotando essa política, pressões essas que visam à transformação de políticas sociais universais em focalizadas.

A conclusão dos autores⁸ coincide com as afirmações do Cohn¹ sobre a necessidade de se (re)politicizar a luta pela efetivação do SUS constitucional, senão vejamos:

*É claro que a opção do projeto do governo federal deveria ser em outra direção. Isso porque os novos compromissos deveriam estar condicionados à busca do crescimento econômico e de um projeto de desenvolvimento econômico e social, o que implicaria **a ruptura da lógica da política econômica adotada ao longo dos anos 1990 e 2000, em aliança aos interesses do capital financeiro.** (grifo nosso)*

O debate político, nesses termos, estabelecendo uma nova vinculação da luta pela efetivação do SUS com a construção de um novo projeto de sociedade, que rompa com a hegemonia do capital financeiro nos rumos do Brasil, está vedado pelo *mainstream* midiático, tem pouca penetração na academia, nas esferas políticas e nos principais ambientes institucionais. Há um pacto oculto para esconder o “corpo do avestruz”. *Entretanto, a encruzilhada atual do SUS é histórica*. O desafio é acumular poder político para retomar o caminho da saúde como direito e reposicionar a política social na referência constitucional.

Referências Bibliográficas:

1. Cohn A. Reforma Sanitária Brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cadernos de Saúde Pública*, 2009 jul.; 25(7): p. 1618-1619.
2. Cebes. A Questão Democrática na Área da Saúde. In: Simpósio Nacional de Saúde, 1979. Disponível em <http://cebes.org.br/2015/10/a-questao-democratica-na-area-da-saude/>. Acessado em 25/ nov/ 2015.
3. Santos L. A PEC 451 em colisão com o Direito à Saúde e os princípios balisares do SUS, 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/2015/03/a-pec-451em-colisao-com-o-direito-a-saude-e-os-principios-balisares-do-sus/>. Acesso em 16 /abr/ 2015.
4. Santos NR. “Núcleo duro” dos governos Lula e Dilma barrou todas as iniciativas para repor o desfinanciamento do SUS. Disponível em: www.cebes.org.br. Acessado em 15/ abr/ 2015.
5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Desafios do SUS: o que esperar para os próximos anos de gestão? *Revista CONSENSUS*; 2015: p. 12-30.
6. Pierson P. Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy. *Governance: International Journal of Policy and Administration*. out. 1995; 8(4): p. 449-478.
7. Brasil. Constituição Federal do Brasil. Título VIII: da Ordem Social, capítulo II: da seguridade social, seção II: da Saúde, *artigo 196*. São Paulo. Editora Escala, 2007.
8. Mendes NA, Marques, RM. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(3): 841-850.