

O desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS): implicações do capitalismo

The dismantling of the Unique System of Health (SUS): implications of capitalism

Keite Helen dos Santos

RESUMO

Este artigo tem como objetivo discutir os impactos do setor privado na política de saúde brasileira e sua relação com o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS). Destarte, busca-se realizar uma análise acerca dos impactos das políticas econômicas ultraliberais que defendem propostas de sistemas de saúde orientados para o mercado. O desmantelamento das políticas públicas, principalmente na Atenção Primária à Saúde, em um cenário social, político e econômico em que se operam contradições pertinentes aos modelos de gestão no país é reflexo do maior desafio: a política. Portanto, a defesa da democracia e a história de lutas reintegram a necessidade de reflexão sobre os processos vivenciados por trabalhadores e usuários durante a Reforma Sanitária Brasileira.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This article aims to discuss the impacts of the private sector on Brazilian health policy and its relationship with the dismantling of the Unique System of Health (SUS). Therefore, we seek to carry out an analysis of the impacts of ultra-liberal economic policies that defend proposals for market-oriented health systems. The dismantling of public policies, especially in Primary Health Care, in a social, political and economic scenario in which contradictions pertaining to management

models in the country operate is a reflection of the biggest challenge: the politic. Therefore, the defense of democracy and the history of struggles reintegrate the need for reflection on the processes experienced by workers and users during the Brazilian Health Reform.

Keywords: Primary Health Care; Health Policy; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Este texto é produto da reflexão de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) preocupados em analisar a organização dos serviços, sua gestão e financiamento. Assim, embora tais vozes falem a partir de um lugar específico e particular, as autoras buscam ecoar algo que há certo tempo tem ocupado trabalhadores e usuários no SUS: as ameaças de desmonte, as políticas e seus impactos na qualidade da assistência.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos do mundo, criado após as lutas de vários setores da sociedade civil organizados em ações articuladas no campo da saúde contra a ditadura militar e pela redemocratização do país na década de 1980 conhecidas como Movimento da Reforma Sanitária.

Foi durante as ações do Movimento da Reforma Sanitária que criticaram-se os benefícios do setor privado em um modelo de saúde que apenas garantia o direito à saúde aos indivíduos que trabalhavam com carteira assinada. Apenas em 1988, com a Constituição Cidadã, que a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado(1).





Os impactos do capitalismo no SUS estão relacionados às disputas entre os interesses do capital (em que saúde é uma mercadoria e fonte de lucros) e os interesses no campo dos saberes sanitários (em que há a defesa da saúde como direito universal, pública e de caráter estatal). Tal dualidade conforma-se como uma barreira para consolidação do SUS.

O capitalismo é definido como sistema econômico que segue princípios da iniciativa privada e do livre mercado, em que a gestão da economia é feita por empresas organizadas e particulares. De acordo com Marx(2) o capitalismo depende do processo de produção e circulação de mercadorias que, ao ser comercializada, produz o capital com vista ao acúmulo de dinheiro e centralização dos modos de produção.

Para Marx(2) quando o início e o fim do processo de produção é o dinheiro, impera o valor de troca. Ao objetivar o lucro e a riqueza o capitalismo está imerso em relações de mais-valor, em que se permitem grandes lucratividades. Nesse contexto, a força de trabalho surge como mercadoria e o indivíduo comercializa seu trabalho em troca do capital. A construção do valor deste trabalho depende de seu valor de uso, valor de troca e do produto comercializado(2).

Esse capital, dominador do sistema econômico em que vivemos, perpassa e corrompe as relações, controla os indivíduos e a sociedade, degenera os valores inquestionáveis sobre qualificação do cuidado coletivo ao objetivar lucro durante atendimentos de saúde. De acordo com Hill(3) "o princípio fundamental do capitalismo é a santificação do lucro privado (ou corporativo)" de maneira que seus impactos influenciam na organização da assistência, onde a saúde é uma "moeda de troca" política.

Diante desta conjuntura, destacamos pontos importantes sobre o capitalismo e suas implicações na APS: o modelo de financiamento, a mercantilização da assistência, a desqualificação dos serviços públicos e a precarização do trabalho, sob influência de um modelo neoliberal impulsionado pelos ditames da lógica do mercado, que sufoca os princípios filosóficos do SUS e amplia os atendimentos cuja remuneração por produção, contribuindo para que o cuidado em saúde seja sucateado.

A APS como porta de entrada e organizadora da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS)

A Declaração de Alma-Ata(4) foi um importante marco para reordenar os sistemas de saúde, proporcionando um nível adequado de saúde para todos os indivíduos, independente de questões sociais e econômicas ao elaborar as estratégias que deveriam orientar os países na organização e racionalização dos recursos disponíveis para os cuidados primários à saúde.

Posteriormente, a proposta de um sistema público de saúde no Brasil foi resultado dos princípios assegurados pela Constituição Federal: "saúde é direito de todos e dever do Estado"(1), demonstrando um caráter socialmente superior ao modelo liberal ou médico tradicional.

De acordo com Campos(5) a defesa do SUS possibilita o direito universal à saúde, independente de questões econômicas, sociais, culturais, religiosas, raciais ou étnicas; organiza a assistência a partir das necessidades sociais, identificadas por mandatos individuais e coletivos; permite a realização de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, de maneira resolutiva e que garantam integralidade da atenção.

Considerando a hierarquização do modelo assistencial, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é direcionada a responder às necessidades de saúde mais comuns da população(6). Sua concepção é coerente com o conceito ampliado de saúde presente no texto constitucional de 1988.

No Brasil, a organização e a oferta da APS no sistema de saúde convergiram para o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) inserido em uma rede hierarquizada em que a assistência é pautada na resolubilidade, envolvendo aspectos relacionados à organização da rede de atenção, conduta profissional e da relação entre trabalhadores e usuários. A ESF é uma estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS no país, a "porta de entrada" do usuário no sistema de saúde brasileiro(7).

A ESF é a principal estratégia de reorganização da APS no país, direcionando-se na organização de ações e serviços em uma perspectiva do acesso à atenção integral em saúde, com potencialidade para impactar nos determinantes sociais da saúde.





A Política Nacional da Atenção Primária (PNAB) concede ao gestor municipal autonomia para definição do escopo de serviços ofertados pela APS, assim como a delimitação do espaço territorial de vinculação da população às equipes de saúde. Tal condição merece atenção, haja vista que pode se caracterizar como ameaça a organização de uma APS inclusiva, universal, abrangente, integral e equânime, haja vista que se oportunizam as desigualdades de acesso, as tensões na organização do trabalho e a assistência ofertada ao usuário.

As formas de operacionalização da APS assumiram contornos econômicos, políticos e culturais diferentes, em realidades de atenção à saúde onde a carga de atenção por meio de consultas clínicas ocupa grande parte do tempo das equipes multiprofissionais.

O trabalho em saúde, especificamente na APS, significa um processo histórico construído coletivamente, cuja sociabilidade entre usuários e trabalhadores permite transformações nos modos de lidar com doenças crônicas, com momentos de fragilidade familiar, com as vulnerabilidades sociais em que os grupos populacionais estão imersos e que perpassam suas histórias de vivenciar saúde e adoecimento.

Ao considerarmos ações em que se coloca em risco a longitudinalidade do cuidado ao se priorizar o acesso às consultas de caráter hospitalocêntrico, promove-se uma descaracterização das bases fundamentais da APS. As atividades direcionadas aos determinantes sociais, ao atendimento familiar, às visitas domiciliares e ao trabalho em grupo passam a ser substituídos por atendimentos individuais, agendados, de curto tempo em consultório, em uma relação entre o valor pago ao profissional e a quantidade de atendimentos realizados.

A execução de um cuidado remunerado de acordo com a quantidade de atendimentos realizados exigem uma reflexão acerca dos fundamentos de um nível de atenção que trabalha com promoção de saúde e prevenção de agravos individuais e coletivos, haja vista a mudança de diretrizes morais, políticas e técnicas de seu funcionamento.

As práticas orientadas pela grande produtividade se relacionam ao desmonte do SUS, sendo a APS parte de um projeto sombrio que desfinancia, corrompe, desmotiva e sucateia os serviços públicos ante as políticas econômicas ultraliberais e de ação política,

corroborando com a defesa de sistemas de saúde orientados para o mercado.

Tal perspectiva é de iminente retrocesso no que tange à garantia de direitos sociais, colocando em risco os avanços obtidos após inúmeras lutas para concretização das políticas públicas brasileiras. Políticas públicas imersas em contratos privados e de consórcios, que inicialmente buscavam ofertar aumento de acesso aos usuários, configuram-se gradualmente como um artifício neoliberal para enriquecimento de cooperativas e de descaracterização da APS.

A educação dos profissionais de saúde e as implicações do capitalismo

A consolidação do SUS está relacionada com a ampliação da cidadania, tornando viva a ideia de que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Trata-se de uma contraposição à lógica capitalista, uma vez que o acesso aos serviços de saúde não depende de um processo produtivo: é garantido por lei.

Na gestão dos serviços de saúde princípios econômicos e institucionais se entrecruzam o que impacta na organização das equipes assistenciais, em seus processos de trabalho e remunerações. Diuturnamente, o capitalismo perpetua a vertente mercadológica de compra de serviços de saúde, refletindo desastrosamente na precarização do trabalho, nas privatizações, nas aquisições de consórcios e na depreciação do serviço público.

Em uma perspectiva mercadológica e reducionista, a assistência à saúde está relacionada às metas quantificadas e mensuradas, com valores determináveis de vidas humanas, sendo prática que permeia a formação dos profissionais de saúde inserindo-os em uma lógica de cuidado de disputas por quantidade ganho. Tal condição traz limitações, incompatibilidades e incongruências à ética e cuidado humano.

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde são atores fundamentais para construção de um sistema qualificado, humanizado e comprometido com a defesa da democracia sendo imprescindível discutir aspectos relacionados à formação acadêmica destes trabalhadores. Os desafios da gestão do trabalho e educação podem ser superados com a colaboração interprofissional, melhorando a atenção e a qualidade





dos serviços, diminuindo custos e cumprindo as metas de cobertura universal(8).

Para Ferreira, et al(9) é de reconhecimento internacional a inadequação do processo formador médico quando considera-se sua capacidade para responder às demandas sociais. Destarte, é necessário refletir sobre a formação dos profissionais de saúde, com vistas ao desenvolvimento de atitudes que valorizem a equidade, a qualidade da assistência, e a humanização da prática médica.

Para Frigotto(10) a formação do trabalhador de saúde deve romper com a tendência de produção e acumulação, devendo ser capaz de desenvolver sujeitos emancipados. Destaca que os processos formativos devem ser dissociados da subordinação da lógica mercantil, buscando o desenvolvimento de competências despidas das relações de poder e de classe.

A formação dos profissionais de saúde deve permitir o desenvolvimento de habilidades para responder às necessidades da população, de maneira a garantir o cuidado em todas suas dimensões técnicas e sociais. Trata-se de uma formação comprometida com a vida, não reducionista, fragmentada e centrada na produção.

Para Merhy(11) o surgimento das práticas de Educação Sanitária traz a ideia de que a "consciência sanitária" do indivíduo é base para relação saudável entre o homem e seu meio externo, sendo necessário um esforço sistemático e permanente no nível de um trabalho pedagógico de formação (e transformação) da consciência individual. Portanto, há desafios na educação para o SUS, mas há possibilidades para o ensino-trabalho-cidadania.

A privatização do SUS: modelos de contratação dos trabalhadores da APS

O processo de descentralização oportunizou que os municípios respondessem aos conflitos que envolvem saúde pública de maneira autônoma e política, responsabilizando-os pela organização dos recursos destinados à rede assistencial e a gestão dos serviços.

A Emenda Constitucional 95(12) potencializa o subfinanciamento crônico do SUS e corrobora com o desfinanciamento que compromete a universalização e a expansão de serviços públicos. A identificação

de um repasse financeiro incapaz de suprir as necessidades de oferta de saúde amplia a possibilidade de participação de aparelhos privados no SUS.

Parcerias público-privadas passam a ocupar espaços diversos nos serviços de saúde, de maneira a aumentar a capacidade produtiva e as pressões da comunidade em busca de resoluções para suas demandas. Tal saída parece amenizar situações diversas que impactam na assistência: absenteísmo dos profissionais, dificuldades para contratação por concurso público e ausência na provisão de vagas frente às demandas da comunidade.

Especificamente no âmbito da APS observamos que o encaminhamento das contratações por consórcio e por pessoa física, tornaram-se respostas efetivas para assegurar o controle do déficit fiscal e a governabilidade, configuram-se como projetos para absorção das atividades públicas de saúde, tornando-as serviços não mais exclusivos do Estado. É nessa perspectiva que a saúde se torna uma mercadoria.

É frente a oferta de patrimônio público nas instituições de saúde que a força de trabalho terceirizada tem suas ações, momentos em que o Estado vivencia os impactos das ideias neoliberais. Inicialmente vantajosa a contratação de mão de obra terceirizada é custeada por fundos públicos, de acordo com as condições do mercado, permitindo a criação de normas e regimentos próprios, a dispensa de licitação e a flexibilidade para execução orçamentária e financeira(13).

Frente todo exposto, podemos inferir que tal forma de contratação de pessoal demonstra vantagens sobre outras formas de contrato nos serviços públicos, permitindo a abertura e a flexibilidade ao setor privado, uma vez que não há limitações pela Lei de Responsabilidade Fiscal(14).

É possível identificar que o aumento da oferta de serviços públicos foi acompanhada pelo crescimento de contratos com prestadores de serviço e com empresas de intermediação, condição que promove uma financeirização da saúde, haja vista a submissão do Estado e de suas políticas aos interesses imediatos do capital(15).

Nesta perspectiva, com a transferência de funções e responsabilidades do setor público para o setor privado (mesmo que parcialmente) é possível identificar a existência de um processo de privatização da saúde,





uma vez que há a oferta de serviços cuja gestão tem origem não governamental para comunidade. Trata-se de uma realidade que abrange cada vez mais municípios brasileiros, ora pela criação de Organizações Sociais de Saúde (OSS), ora pelo contrato de profissionais sem vínculo com setor público.

A tendência crescente desta maneira de gerir a saúde está relacionada com decisões políticas que fortalecem o crescimento da participação privada no SUS, de maneira que a transferência de recursos financeiros do setor público para o setor privado contribui para mercantilização da saúde em uma lógica em que o Estado financia e coordena as políticas sociais, mas a gestão e a execução do trabalho dá-se pela iniciativa privada. Seria, então, interesse do capitalismo a oferta de uma saúde pública de qualidade, visando o pleno desenvolvimento físico, psíquico, espiritual e cultural dos usuários do SUS?

Todas essas questões permitem-nos observar a maneira em que as políticas públicas são ameaçadas diariamente: com lentos movimentos que inicialmente parecem contribuir com a oferta de cuidado, mas visam a produção de capital e não a produção de saúde. Trata-se de uma ameaça ao acesso universal e integral aos serviços do SUS, sendo a APS parte deste projeto de desconstrução dos direitos sociais, inviabilizando o controle social e contribuindo para a formação de trabalhadores de saúde com vistas aos interesses do mercado em detrimento às preocupações com a saúde dos indivíduos.

Frente todo exposto, tais projetos privatizantes contribuem para o caráter excludente, trazendo obstáculos para garantia de um sistema de saúde universal, público e democrático ao reduzirem o papel do Estado.

CONCLUSÃO

Este estudo pretende refletir acerca da atual maneira de gerir o SUS: o processo de privatização da saúde a partir do desfinanciamento e das ações políticas que contribuem para o desmonte dos serviços assistenciais. Fruto de um aporte insuficiente de recursos que sucateia as unidades e acirra a precarização da assistência tais serviços sofrem investidas do capital como estratégia neoliberal de ampliação da qualidade.

As desigualdades sociais e de saúde, o modo capitalista de organização da sociedade, as crises econômicas e políticas, a frequente ameaça às instituições democráticas, as fragilidades institucionais e o crescimento de ideologias políticas conservadoras e neoliberais são algumas das tensões na construção e na defesa de um sistema de saúde universal brasileiro. Destarte, as diversas iniciativas que descrevem as ações do Estado como negativas, implicando em subfinanciamento, congelamento dos gastos públicos, fortalecimento do setor privado, privatizações e desregulamentação corroboram com práticas que visam o enfraquecimento dos serviços públicos de acesso gratuito à população.

As ameaças de desmonte que envolvem o SUS impactam negativamente na saúde da população, condição vivenciada nos serviços de APS frente o aumento de ações focadas em mutirões com equipe contratada, sem vínculo com o serviço e, portanto, descaracterizando um serviço com fundamentos bem definidos, como a longitudinalidade do cuidado, equidade, universalidade e integralidade.

A remuneração dos profissionais por quantidade de atendimento é o modelo de pagamento responsável pela busca pelo aumento da produção para garantir ganho maior, gerando custos desnecessários. Os oportunismos praticados nesta lógica de cuidado podem contribuir com injustiças, haja vista a inexistência de valores pagos ao que é considerado boa ou má prática médica.

Tal modelo de serviços não amplia a participação da comunidade, tampouco representa fortalecimento do interesse público nas políticas sociais. É nessa perspectiva que se identifica o confronto com o projeto de SUS, afirmando-se valores burgueses que fragmentam o cuidado, contribuem para as péssimas condições de trabalho, ofertam serviços sucateados e uma assistência desalinhada e descontinua à população.

As tensões presentes na APS exigem dos trabalhadores formações permanentes para além das requisições institucionais e resolução dos atendimentos no serviço. É importante que desenvolvam condições de refletir acerca das questões contraditórias que impactam a assistência, apreendendo-se uma realidade sobre a qual permite-se (ou não) intervenções, pressupondo-se que só é possível transformar o que se conhece.





Frente todo exposto, apesar dos avanços importantes na defesa da saúde pública brasileira, a atual conjuntura revela uma difícil realidade em que a desqualificação dos serviços, a precarização do trabalho e a diminuição da qualidade da assistência comprometem o projeto inicial defendido na Constituição de 1988. A identificação da forte influência deste modelo neoliberal que impulsiona os profissionais aos ditames da lógica de mercado, desconhecedores do SUS, pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde são pontos que demandam reflexão e transformação.

Conclui-se que é imediata a necessidade de reflexões acerca da formação dos profissionais que trabalham na APS, contribuindo para uma visão não fragmentada, que integra saberes interdisciplinares e que questionam o modelo biomédico de cuidado.





REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Marx K. O Capital. Vol. I. São Paulo: Nova Cultural Ltda; 1996.
3. Hill D. Six Theses on Class, Global Capital and Resistance by Education and Other Cultural Workers. In: Moísio O-P, Suoranta J, editors. Introductory Reflections: From Reaction to Action in Contemporary Social Thought. Jvaskyla: SoPh; [data não especificada].
4. Organización Mundial de la Salud - OMS. Atención Primaria de Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. In: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 1978 Sep 6; Alma Ata, URSS. Geneve: OMS; 1978.
5. Campos GWS. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: Campos GWS, et al., organizadores. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 13-23.
6. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM/MS, de 24 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
8. Ceccim RB, Prates CC. Educação Interprofissional, Práticas Colaborativas e Micropolítica: o combate incerto dos afetos no capitalismo cognitivo sob o trabalho em Saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2023;27:e230399. DOI: 10.1590/interface.230399.
9. Ferreira LC, et al. A Percepção de Acadêmicos sobre a Relação Médico-Paciente Discutida em Oficinas Problemáticas do Caso do Eixo Teórico-Prático Integrado (Cetpi). Rev Bras Educ Med. 2015;39(1):119-22. DOI: 10.1590/1981-52712015v39n1e01862013.
10. Frigotto G. Educação profissional e capitalismo dependente: o enigma da falta e sobra de profissionais qualificados. Trab Educ Saúde. 2007;5(3):521-36. DOI: 10.1590/S1981-77462007000300011.
11. Merhy EE. Capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. 2ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.





12. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Diário Oficial da União. 2016 Dez 15.

13. Scheffer M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública. 2015;31(4):663-6. DOI: 10.1590/0102-311X00066315.

14. Brasil. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2000 Maio 4.

15. Sestelo JAF, Tavares LR, Silva MSM. Planos e seguros de saúde: a financeirização das empresas e grupos econômicos controladores do esquema comercial privativo de assistência no Brasil. Cad Saúde Pública. 2022;38:e00075621.

