



35 anos do SUS, desafios atuais e futuros

Ana Luiza d'Ávila Viana*

Agradeço imensamente o prêmio recebido e, certamente, vou reparti-lo com inúmeros pesquisadores, colegas e alunos que caminharam comigo nesta longa trajetória de estudos e atuação. Espero contribuir com argumentos em prol da construção de um Estado social no Brasil que possa garantir padrões de vida digna para todos os cidadãos de nosso país.

Neste breve ensaio, vou tratar de assinalar questões de relevo na implementação do Sistema Único de Saúde – o nosso SUS que é, sem sombra de dúvida, o maior marco e a maior conquista do povo brasileiro na área da proteção social.

Na década de 1980, no Brasil, a área de saúde passou por uma profunda reforma do padrão de intervenção pública, culminando com a instituição, pela Constituição Federal de 1988, do nosso sistema público de saúde, integrando todos os serviços públicos e privados no território nacional, segundo um modelo organizativo que deslocava o lócus decisório e de gestão da política do nível central para as instâncias estaduais e municipais. O SUS emergiu como fruto de um intenso processo de mudanças na política, iniciado ainda nos anos de 1970, acelerado a partir da década seguinte. O capítulo constitucional da Seguridade Social afirma

o direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros como dever do Estado, que, como tal, deveria prover ações e serviços de forma a garantir o cumprimento das necessidades de saúde dos cidadãos.

Esse movimento de mudanças na política de saúde esteve intimamente ligado aos contornos econômicos e políticos dos anos 1980; e foi impulsionado e limitado por uma conjuntura de crise econômica, sob um contínuo e gradativo processo de democratização – o que vem impondo reformulações importantes nas funções e nas modalidades de intervenção do Estado, tanto na área econômica quanto nas ações de caráter social. Obviamente, as resistências às mudanças foram enormes. E, por isso, é comum dizer que uma das características dessa década foi a postergação de reformas estruturais necessárias para um novo ciclo econômico, político e social.

Na área da saúde, a crise e a democratização impulsionaram a crítica e o questionamento do antigo padrão de intervenção do Estado. Este era, então, caracterizado, em breves traços, pela alta centralização de recursos e pelo poder decisório na esfera federal; pela privatização da oferta de serviços curativos; e pela exclusão de segmentos importantes da população dos benefícios da política (o acesso dependia da vinculação ao mercado formal de trabalho).

A crise econômica, ao provocar o encolhimento dos recursos públicos que financiavam o gasto em saúde, originados do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), colocou limites bastante rígidos para o tipo de parceria público-privada característico do modelo

* Graduada em economia, com mestrado e doutorado na mesma área, obtidos, respectivamente, em 1981 e em 1994, pelo Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). É professora aposentada da Universidade de São Paulo, onde lecionou, de 2002 a 2015, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina. Foi pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP-Unicamp), de 1986 a 1994; e chefiou o Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), de 1996 a 1998. Em 2011 atuou como diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT- SCTIE/MS). Atualmente é professora visitante do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA).

de saúde vigente nos anos 1970: financiamento público e oferta privada, por meio de contratos e convênios.

Por outro lado, ao enfraquecer e colocar em questão os modelos de atuação do Estado, o poder de regulação do nível central e as possibilidades de financiamento das ações estatais, inclusive dos serviços sociais, a crise também abriu espaço para a entrada dos níveis estaduais e municipais na oferta dos serviços, na regulação das atividades estaduais e municipais de provisão de serviços e, até mesmo, na formulação de políticas.

No caso da saúde, entretanto, esse processo de descentralização foi desencadeado pelo nível central. Em outras palavras, houve uma intenção deliberada do nível federal de continuar capitaneando a formulação mais geral da política, com a instituição, na década de 1980, do Sistema Único de Saúde: a proposta de descentralização para a área trazia embutida a ideia de criação de um sistema nacional. Outra influência da crise sobre a reforma do SUS foi a imposição de limites ao aumento dos patamares de gasto e inibição de uma mudança mais radical no perfil de financiamento (quantificação do mix de recursos de contribuição compulsória versus recursos de ordem fiscal).

Outro processo importante foi o da democratização que, por sua vez, ao restaurar as eleições para todas as instâncias governamentais, criou as condições políticas imprescindíveis para uma nova lógica de atuação dos governos estaduais e municipais. Tal lógica combina maior autonomia e independência frente aos níveis centrais com maior atenção às políticas que resultam em crescente fonte de legitimidade e de aceitação popular. A democratização também ampliou os espaços públicos, fomentou novos tipos de participação da sociedade, trouxe novas demandas, novos atores e novas agendas, principalmente na área social (como a do movimento sanitário), visando, substancialmente, descentralizar decisões, ampliar as coberturas e o acesso aos serviços públicos e incluir demandantes e usuários nos processos decisórios.

Todo o processo de mudança pode ser caracterizado, então, por uma tentativa de inverter as grandes características definidoras do modelo anterior de

intervenção do Estado na área social, em particular na saúde. Dessa forma, foi constituída uma agenda alternativa ao modelo de saúde vigente, que determinou a descentralização das decisões e da operação; aumentou o grau de participação do público na oferta de serviços e possibilitou a regulação mais eficiente das ações de saúde, de forma a racionalizar o gasto público e, por fim, incluiu a clientela e o aumentou o grau de participação dos usuários na formulação e implementação da política.

Muitas dessas questões presentes na agenda de reforma dos anos 1980 foram implementadas nas décadas seguintes. Porém, algumas em ritmo lento, outras simplesmente subvertidas, ou melhor, invertidas. O balanço dos 35 anos de implementação do SUS apresenta contradições. Por um lado, o direito à saúde continua como afirmação nacional, principalmente após a pandemia de covid-19, e as respostas que estão sendo construídas para o enfrentamento dos desafios dessa nova era de emergência ou de policrises ou crises superpostas reafirmam o Estado como ator central nas ações de proteção social dos cidadãos. Por outro lado, ainda são inúmeros os percalços para a consolidação de um modelo universal de proteção social.

Que balanço pode ser feito depois de olharmos para a agenda proposta em 1988 e o resultado alcançado? Quais razões explicam o contraditório assinalado?

O longo ciclo de implementação do SUS atravessou períodos marcantes, com políticas de continuidades e rompimentos, entre os governos do PSDB (oito anos, de 1995 a 2002) e do PT (14 anos, de 2003 a 2016); e um período de crise política após o afastamento, em 2016, da presidenta que havido sido reeleita em 2015, ao qual se seguiu o governo de um presidente de extrema-direita, eleito em 2018.

A criação e a expansão do Sistema Único de Saúde, no decorrer dos últimos 35 anos, se deram justamente em meio a distintas, e por vezes contraditórias, concepções de Estado Social. De um lado, o SUS nasceu sob a égide da abrangente proposta de Seguridade inscrita na Constituição de 1988, baseada em um desenho integrado e universalista das políticas sociais e sustentada por intensa mobilização de atores

políticos e setoriais. De outro, sua implantação, nos anos 1990, ocorreu em um contexto desfavorável à expansão das funções do Estado, tanto na área econômica como na área social.

Na década seguinte, houve uma retomada da valorização do Estado, porém, sob um modelo de articulação entre o econômico e o social que conferiu pouco espaço às políticas sociais universais. Depois, tivemos o desmonte de inúmeras conquistas da saúde, que culminou na trágica atuação do Ministério da Saúde na pandemia de covid-19, na qual a ação de estados e municípios favoreceu uma melhor e eficiente defesa da vida e da saúde dos cidadãos brasileiros.

Apesar do cenário adverso, o SUS propiciou mudanças importantes. Em primeiro lugar, construiu-se uma estrutura de serviços descentralizada, calcada no desenho federalista, o que favoreceu a criação de uma base de apoio formada por líderes políticos e outros atores locais. O processo de descentralização ocorreu sob a progressiva redução da participação federal no financiamento e na maior assunção subnacional dos gastos, apoiada por arranjos assistenciais locais com ausência de uma visão regional e voltada para gestão do *mix* público-privado. E, mais importante, fincada apenas num padrão de extensão de cobertura.

Em segundo lugar, ocorreu uma expressiva expansão dos serviços de atenção primária em saúde no território nacional, propiciada pelo amplo consenso, dentro e fora do país, em torno do tema. Esse movimento teve repercussões positivas no acesso e na melhoria de alguns indicadores de saúde da população.

O Sistema Único de Saúde, no entanto, recebeu pouco investimento de forte conteúdo tecnológico no período, enquanto os serviços privados na área diagnóstica, terapêutica e hospitalar de alta complexidade se expandiram, principalmente nos maiores centros urbanos. Assim, se alastrou outro processo: o da intensa participação privada na assistência à saúde, de diversas formas: na oferta de serviços; na oferta e incorporação (muitas vezes acrítica) de tecnologias de ponta para todos os tipos de procedimentos médicos; na intermediação financeira no mercado de saúde; no estímulo à constituição de grandes grupos capitalistas

de caráter multinacional na área, envolvendo serviços, finanças e indústria. Essa expansão privada teve forte financiamento e subsídio estatal, o que explica, em parte, o fato de o gasto privado ser maior que o gasto público em saúde no Brasil. Explica, também, a existência de um mercado de saúde de natureza privada operando fora e dentro do SUS.

Essa coexistência entre o público e o privado tem produzido efeitos deletérios sobre a eficiência geral do sistema de saúde, tais como tendências à incorporação tecnológica e custos crescentes sob controle restrito (ou mesmo descontrole) e primazia na busca de lucros pelas empresas. Os efeitos são deletérios também sobre a equidade, visto que perpetuam as desigualdades de acesso, utilização e qualidade dos serviços entre os cidadãos, conforme a capacidade de pagamento e de usufruto da atenção disponibilizada nos distintos segmentos. Esse arranjo tende, ainda, a colocar os serviços públicos de saúde em situação de complementaridade aos privados, nos casos de “clientes” que não interessam aos mercados, como os idosos, pessoas com doenças crônicas ou que requerem tratamentos de alto custo.

O padrão de desenvolvimento fortemente assentado no consumo das famílias e nas exportações, que foi a marca dos governos petistas, favoreceu e necessitou de políticas voltadas à inserção de grandes massas no mercado consumidor e ao estímulo à formação de conglomerados para enfrentar a concorrência internacional na fase da globalização. Nesse novo padrão de desenvolvimento, a política social não foi direcionada para fincar as bases do Estado Social, com a finalidade de criar uma sociedade de iguais, protegida das forças do mercado; ela foi direcionada para operar políticas focalizadas de combate à desigualdade da forma mais rápida e impactante possível no consumo das famílias.

Chamamos a isso – sobrevalorizar uma atividade de forma a aniquilar outras – doença holandesa da política social. Isto é, promover uma acentuada ênfase estatal em ações e estratégias de forte impacto no aumento do consumo das famílias, de maneira a subtrair os recursos, a vontade e o apoio à criação das bases de uma seguridade social universalista e solidária.

Nesse modelo, o Estado Social, carecendo de recursos, desmorona ou é ativamente desmantelado, porque as fontes do lucro capitalista são levadas da exploração da mão de obra fabril para a exploração dos consumidores: os pobres precisam de dinheiro e de linhas de crédito para consumir e ter alguma utilidade na economia. Esses não são os tipos de serviços fornecidos pelo Estado Social.

Não se trata, aqui, de ignorar a relevância do aumento do poder de consumo das famílias como expressão da redução das desigualdades de renda e aumento da possibilidade de acesso de grupos sociais menos favorecidos a bens até então disponíveis para poucos. Trata-se, isso sim, de reconhecer que essa estratégia, isoladamente, não é suficiente. Na área social, a individualização dos riscos e da responsabilidade sobre a própria proteção – que é consequência do esvaziamento do Estado Social e da rarefação das políticas universais –, em médio e longo prazo reitera os padrões de estratificação e erode as possibilidades de construção de sociedades mais solidárias.

Como advertem vários autores, os novos Estados desenvolvimentistas deveriam conferir centralidade às políticas sociais de caráter universal – como educação e saúde – dada sua importância. E não somente na perspectiva dos direitos sociais, mas também na geração de empregos qualificados e na construção de novas capacidades cruciais na fase atual do capitalismo mundial, baseado nos setores de serviços e no peso das inovações tecnológicas.

A construção desse modelo passa pela condução estatal das políticas, pela definição de limites às forças de mercado e por uma nova forma de “autonomia inserida” do Estado. Essa autonomia que não se resume às relações com os grupos capitalistas, mas deve se caracterizar, também, num contexto democrático, pela permeabilidade às ações e demandas dos diversos grupos sociais existentes e atuantes na sociedade.

Desafios (permanentes) e atuais

No momento atual de implementação do Sistema Único de Saúde, os desafios mais urgentes podem ser agrupados em três grandes itens: 1) expansão,

qualificação e regionalização da oferta dos serviços e das ações de saúde; 2) financiamento estável e suficiente para dar conta de garantir o princípio da universalidade; 3) construção de estratégias e políticas de regulação, visando maior equidade nos processos de incorporação tecnológica e na relação público-privada.

Dado o limitado espaço para encerrar este ensaio, atendo-me ao primeiro tópico enunciado, fruto inclusive de minhas pesquisas atuais. Destaco a relevância e a necessidade de expansão, qualificação e regionalização da oferta de serviços e ações de saúde com o uso de critérios regionais para seu planejamento, da forma como se expressaram na história da conformação de sistemas nacionais e universais de saúde em vários países europeus, onde as regiões adquirem duplo significado: 1) bases territoriais para o planejamento e organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção com distintas densidades tecnológicas e capacidades de oferta de ações e serviços de saúde; e 2) espaços geográficos vinculados à condução político-administrativa do sistema de saúde.

No Brasil, a regionalização da saúde é um fenômeno de enorme complexidade, tendo em vista as desigualdades e diversidades regionais, a abrangência das atribuições do Estado na saúde e a multiplicidade de atores (governamentais e não governamentais, públicos e privados) envolvidos na condução e na prestação da atenção.

Por essas razões, propõe-se o entendimento da regionalização da saúde de forma ampla, como um processo técnico e político de múltiplas dimensões e que envolve: a distribuição de poder e as relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos em diferentes espaços geográficos; o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, administração, coordenação, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território; a incorporação de elementos de diferenciação e de diversidade socioespacial na formulação e implementação de políticas de saúde; e a integração de diversos campos da atenção à saúde e a articulação de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e a redução das desigualdades regionais.

A política de saúde desenvolveu mecanismos próprios de indução e coordenação, permitindo a acomodação das tensões federativas nos processos de descentralização e regionalização do SUS. A regulação desses processos foi realizada pelo Ministério da Saúde por meio de normatização, consubstanciada pela edição de dezenas de portarias – em geral, associadas a mecanismos financeiros, que favoreceram a adesão e a implementação das políticas pelos gestores locais e estaduais e o aprendizado institucional das secretarias de saúde.

A regionalização, porém, contou também com um ciclo (pós 2003) comandado pelos estados, com destaque para a ampliação de capacidade instalada, fruto de investimento em novas unidades para média e alta complexidade (ambulatorial, hospitalar e de serviços de

apoio, diagnóstico e terapêutico), da expansão de arranjos institucionais (de gestão intergovernamental), como a dos consórcios verticais, de aproximação e desenvolvimento de ações coordenadas entre o ente estadual e os municípios, o que possibilitou uma intervenção de grande envergadura no período da pandemia por estados e municípios.

Os desafios atuais estão ligados à criação de autoridade/inteligência compartilhada no espaço regional, de forma a cobrir diferentes dimensões da governança pública (territorial, assistencial, institucional e intersetorial); ao reforço das ações e espaços de coordenação do estado com os municípios; e, finalmente, estão ligados também à introdução de um novo patamar tecnológico (saúde digital) de maneira regulada e como fator impulsionador da integração entre serviços e ações no plano regional.