As diretrizes e princípios do SUS e a atual reconquista da saúde como um direito

Las directrices y principios del SUS y la actual reconquista de la salud como un derecho

The guidelines and principles of the SUS and the current reconquest of health as a right

Le linee guida e i principi del SUS e l'attuale riconquista della salute come un diritto

Amélia Cohn[1]

Doutora, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

RESUMO: Introdução: Desde o texto constitucional de 1988, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um desafio, tanto do ponto de vista da construção de sua engenharia institucional quanto do ponto de vista de permanecer fiel aos princípios e diretrizes legais que o fundamentam. **Objetivos:** Resgatar os principais desafios deste período mais recente após a pandemia da Covid-19 e de duas gestões governamentais que buscaram desconstruir os avanços ocorridos para a garantia do direito à saúde desde final da década de 80. **Problema:** Destacar as formas recentes que vêm assumindo e como vêm atualmente sendo enfrentadas as tensões entre: saúde como um direito/saúde como bem de consumo individual; a relação público/privado na provisão de serviços de saúde; e a difícil equação entre saúde e democracia. **Método:** As fontes de informações e análises desse processo em foco valeram-se de bibliografia especializada, bancos oficiais de dados, articulados entre si de uma perspectiva crítica que não se restringe aos desafios atuais enfrentados, mas enfatiza a forma como eles estão sendo enfrentados. **Conclusão:** Os fios condutores da análise apontam para duas dimensões interdependentes presentes na proposta da saúde como um direito: que o SUS é sempre um processo em construção, portanto seus avanços serão sempre insuficientes; e que a questão central que perpassa todas suas facetas é a do direito à saúde do ponto de vista da construção de uma sociedade democrática.

PALAVRAS-CHAVE: saúde como direito fundamental; Sistema Único de Saúde; saúde e democracia.

RESUMEN: Introducción: *Desde el texto constitucional de 1988, la construcción del Sistema Único de Salud (SUS) constituye un desafío, tanto desde el punto de vista de la construcción de su ingeniería institucional como de permanecer fiel a los principios y directrices legales que lo fundamentan.* ***Objetivos:*** *Rescatar los principales desafíos de este período más reciente después de la pandemia de Covid-19 y de dos gestiones gubernamentales que buscaron deconstruir los avances logrados para la garantía del derecho a la salud desde finales de los años 80.* ***Problema:*** *Destacar las formas recientes que han tomado y cómo se están enfrentando actualmente las tensiones entre: la salud como un derecho/la salud como bien de consumo individual; la relación público/privado en la provisión de servicios de salud; y la difícil ecuación entre salud y democracia.* ***Método:*** *Las fuentes de información y análisis de este proceso se basaron en bibliografía especializada, bases de datos oficiales, articuladas entre sí desde una perspectiva crítica que no se limita a los desafíos actuales enfrentados, sino que enfatiza cómo se están enfrentando.* ***Conclusión:*** *Los hilos conductores del análisis apuntan a dos*

[1] Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1967), mestrado em Sociologia pela Universidade de São Paulo (1972) e doutorado em Sociologia pela Universidade de São Paulo (1980); professora associada pela Universidade de São Paulo (1992). É sócia do Centro Internacional Celso Furtado, membro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Em 1995 recebeu a comenda de Comendadora da Ordem do Rio Branco. Foi presidente e pesquisadora do CEDEC. Tem como linhas de pesquisa: políticas de saúde no Brasil e na América Latina, políticas de combate à pobreza e à desigualdade social, sistemas de proteção social. Autora entre outros, de Cartas ao Presidente Lula - bolsa família e direitos sociais. Atualmente é professora do programa de Mestrado em Direito da Saúde: dimensões individuais e coletivas, Universidade Santa Cecília. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2416-2624 Lattes: http://lattes.cnpq.br/2371365646248988 E-mail: cohn.amel@gmail.com

dimensiones interdependientes presentes en la propuesta de la salud como un derecho: que el SUS es siempre un proceso en construcción, por lo tanto, sus avances serán siempre insuficientes; y que la cuestión central que atraviesa todas sus facetas es la del derecho a la salud desde el punto de vista de la construcción de una sociedad democrática.
PALABRAS CLAVE: *salud como derecho fundamental; Sistema Único de Salud; salud y democracia.*

ABSTRACT: Introduction: *Since the 1988 constitutional text, the construction of the Unified Health System (SUS) has been a challenge, both from the point of view of building its institutional engineering and from the point of view of remaining faithful to the legal principles and guidelines on which it is based.* ***Objectives****. To recount the main challenges of this most recent period following the Covid-19 pandemic and two government administrations that sought to deconstruct the advances that had been made in guaranteeing the right to health since the late 80s.* ***Problem:*** *To highlight the recent forms that have been taken and how the tensions between: health as a right/health as an individual consumer good; the public/private relationship in the provision of health services; and the difficult equation between health and democracy are currently being faced.* ***Method:*** *The sources of information and analysis of this process in focus were specialized bibliography, official databases, articulated with each other from a critical perspective that is not restricted to the current challenges faced, but emphasizes the way in which they are being faced.* ***Conclusion:*** *The guiding threads of the analysis point to two interdependent dimensions present in the proposal of health as a right: that the SUS is always a process under construction, so its progress will always be insufficient; and that the central issue that runs through all its facets is the right to health from the point of view of building a democratic society.*
KEYWORDS: *health as a fundamental right; Unified Health System; health and democracy.*

SOMMARIO: Introduzione: *Sin dal testo costituzionale del 1988, la costruzione del Sistema Sanitario Unico (SUS) rappresenta una sfida, sia dal punto di vista dell'ingegneria istituzionale che ne struttura il funzionamento, sia dal punto di vista del mantenimento della fedeltà ai principi e alle linee guida legali che ne costituiscono il fondamento.* ***Obiettivi:*** *Analizzare le principali sfide affrontate in questo periodo più recente, dopo la pandemia di Covid-19 e due amministrazioni governative che hanno cercato di smantellare i progressi compiuti per garantire il diritto alla salute dalla fine degli anni '80.* ***Problema:*** *Evidenziare le forme recenti assunte dalle tensioni e il modo in cui vengono attualmente affrontate, in particolare riguardo a tre assi fondamentali: la salute come diritto vs. la salute come bene di consumo individuale; il rapporto tra settore pubblico e privato nella fornitura di servizi sanitari; e la complessa equazione tra salute e democrazia.* ***Metodo:*** *Le fonti di informazione e le analisi di questo processo si sono basate su una bibliografia specializzata e su banche dati ufficiali, interconnesse in una prospettiva critica che non si limita ai problemi attuali, ma enfatizza il modo in cui essi vengono affrontati.* ***Conclusione:*** *I fili conduttori dell'analisi evidenziano due dimensioni interdipendenti della proposta della salute come diritto: il SUS è sempre un processo in costruzione, e quindi i suoi progressi saranno sempre parziali e insufficienti; e la questione centrale che attraversa tutte le sue sfaccettature è il diritto alla salute nel contesto della costruzione di una società democratica.*
PAROLE CHIAVE*: salute come diritto fondamentale; Sistema Sanitario Unico; salute e democrazia.*

Introdução: heranças históricas da saúde

A Constituição de 1988 traz para a área da saúde duas novidades, vale dizer, duas conquistas duramente alcançadas: a saúde como um direito de todos, como parte de um sistema de seguridade social, e os princípios e diretrizes que devem ser obedecidos pelo novo sistema de saúde a ser construído a partir de então. Essa conquista legal que normatiza os eixos fundamentais para a construção da saúde como um direito, pré-requisito essencial para avanços no setor na construção de uma nova ordem setorial, significou também o enfrentamento de desafios históricos estruturantes da sociedade brasileira. A seguir, destacam-se alguns deles:

a) A herança histórica de uma ausência de consciência social de direitos, originária em grande medida da sociedade escravagista. Com isso, foi se construindo um

aparato para a saúde segundo o qual a filantropia era destinada aos pobres, enquanto a medicina privada àqueles que podiam pagar; e ao avançar o século XX, os trabalhadores assalariados com acesso à previdência social, enquanto um seguro social.

b) A herança histórica de um aparato de oferta de serviços de saúde dicotômica: o previdenciário assistencial de um lado, e de outro o filantrópico e os serviços de saúde pública, de caráter higienista.

c) A montagem precoce da privatização dos serviços de saúde no país, via previdência social, que comprava do setor privado de saúde (então sedimentado na prática liberal do exercício da medicina). E, no decorrer século XX, tornando-se num sistema dual, com duas racionalidades e dois mandantes com lógicas distintas, senão opostas: a medicina previdenciária e a saúde pública, esta última a cargo do Ministério da Saúde, voltada fundamentalmente às ações coletivas de saúde.

d) Em consequência, a estruturação de um sistema de saúde dual, privado e outro público, comandados por ministérios distintos, um vinculado a recursos da previdência social, e outro ao orçamento público. Ambos refletindo as desigualdades regionais e territoriais do país, com concentração de infraestrutura de saúde nos núcleos urbanos e mais desenvolvidos economicamente.

e) A conformação de uma segmentação da clientela no acesso a serviços de saúde (assistência médica individual) recortada pela lógica do acesso ao mercado de trabalho, o que vinculava os assalariados (sobretudo urbanos) ao seguro social previdenciário, e de outra parte os não integrados ao mercado de trabalho assalariado, os marginalizados socialmente, orientados para a atenção médica filantrópica, a escassa produção de serviços médico assistenciais públicos estatais, e as ações coletivas de prevenção a cargo do Ministério da Saúde, criando-se assim um sistema de saúde fragmentado, entre o público e o privado.

Quando, portanto, da elaboração do texto constitucional de 1988, a saúde não se constituía no país enquanto um direito.

1 O direito à saúde na Constituição de 1988 e o SUS na contracorrente da onda neoliberal

Na Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988) foi proposta a construção de um sistema único de saúde (SUS) embasada na concepção da saúde como um direito de todos e responsabilidade do Estado, tal como reza a Constituição em seu artigo 196. Ela, no entanto, não surgiu ali, mas veio sendo construída desde meados dos anos 70 e durante a década dos 80 por um grupo heterogêneo politicamente, mas que comungava da convicção nos valores democráticos e de justiça social.

O documento seminal dessa proposta, até então apresentada de forma fragmentada em textos esparsos, é de autoria de Hésio Cordeiro, José Luiz Fiori e Reinaldo Guimarães, divulgada pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) em 1980, e é considerado a matriz da prescrição constitucional; foi redigido com a finalidade de apresentá-lo no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara Federal, em outubro de 1979 (CEBES,

1980). Nele estão explicitamente propostos um sistema único de saúde (SUS); o reconhecimento do direito à saúde universal e inalienável a todos os cidadãos, incluída aí a promoção ativa e permanente das condições que viabilizem a preservação da saúde. E mais ainda, o alerta que o conjunto dessas reivindicações constitui um passo inicial para a construção de uma plataforma de luta pela democratização da saúde e da medicina brasileira (Cordeiro, 1979).

A proposta da saúde como um direito (já contraposta à questão mais restrita da saúde enquanto assistência médica) sacramentada no texto constitucional, no entanto, já ocorre em plena onda neoliberal global, comandada pelos países do hemisfério norte, vale dizer, países com maior grau de desenvolvimento econômico e social do que o brasileiro. E com ela, a defesa da privatização dos serviços públicos e diminuição do tamanho do Estado, temperada pela concepção de que investimentos na área social consistem em gastos do Estado, tido universalmente como ineficiente e esbanjador de recursos. Contrapõe-se então a eficiência do mercado *versus* a ineficiência do Estado.

A saúde enquanto direito é componente do tripé da seguridade social, selada no texto constitucional, e participa dos recursos desta para viabilizá-lo, e que tem como fontes recursos próprios da União e dos governos estaduais e municipais, da economia privada, dos assalariados do setor privado e mesmo de jogos de azar. As fontes de financiamento estavam assim garantidas; mas isso se confronta com a história brasileira da crônica escassez de financiamento público para a área social, agudizada na nova conjuntura econômica da ordem neoliberal. De qualquer forma, logo a seguir a seguridade social passa a ser esquartejada, cada componente – previdência social, saúde e assistência social - sendo não um conjunto para fins de financiamento a ser repartido segundo regras definidas previamente, mas enquanto segmentos isolados entre si. O SUS é construído assim com permanente sub financiamento, ao mesmo tempo que o poder público (nas três esferas de governo) tem que se enfrentar com o aumento das despesas na função saúde do orçamento público, independente da origem dos recursos que o compõem, dado que se verifica uma abrangência do leque de ações por parte do Estado, acompanhado de um desenvolvimento tecnológico significativo na área, o que encarece os serviços e ações de saúde, e amplia-se a demanda, propósito consequente de um progressivo aumento da cobertura dos serviços para a população (Santos, 2023).

Aquele texto seminal, redigido em 1979, é explícito quanto ao vínculo entre democracia e direito à saúde, defendendo um sistema público de saúde. Esse princípio, agora sim, da saúde como um direito de todos e dever do Estado tem como pressuposto explícito, já nesse ano, a necessária democratização do Estado, com a participação da sociedade na definição das políticas de saúde e no controle público do Estado. Era parte do processo de consolidação da luta pela redemocratização do país. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o presidente da Conferência, Sergio Arouca, lança o lema que permanece até a atualidade: "saúde é democracia". Vincula-se assim a reforma na saúde à luta pela democratização do país, a saúde como uma alavanca para a modernização da sociedade, e a sua reforma como a busca da construção de uma ordem civilizatória. Mas registre-se que a saúde enquanto um direito social universal e um dever do Estado, que deve ser responsável por provê-la por meio de um sistema público de saúde, apresenta-se numa conjuntura de transição democrática de traço conservador, herdeira do modelo de Estado burocrático-autoritário vigente durante o período da ditadura civil-militar no país (O'Donnell, 2007), e que o autor vai denominar de "transição pactada". Isto é, um processo de transição sem ruptura com a ordem autoritária anterior.

Deduz-se do anterior que a construção do SUS, dada sua natureza, sempre um projeto a ser continuamente construído, enfrentou desde sua origem as contradições de ser uma proposta de política universal para a saúde numa conjuntura desfavorável em termos dos ditames da orientação política e econômica do país, sempre associada à resistência dos interesses privados do setor. O desafio central reside, desde sempre na história do SUS, em consolidar a efetivação e a representação social de que saúde é um direito de todos independentemente da situação dos sujeitos sociais no mercado. Que ela é, portanto, um bem público, catalogada como um direito difuso.

2 O período recente: desconstrução, destruição e reconstrução do SUS

Nos primeiros governos do início deste século registraram-se avanços na construção do aparato da saúde, com extensão da cobertura e do acesso da população aos serviços públicos de saúde. Registrou-se igualmente resistência dos interesses privados da saúde, sólido parque industrial e de incorporação tecnológica no setor. Talvez o mais significativo exemplo de avanço na cobertura e no acesso da população aos serviços de saúde tenha sido a polêmica proposta traduzida do PMM (Programa Mais Médicos). No entanto, é inegável que com ele, implantado em 2013, verificou-se um substantivo aumento da cobertura da atenção à saúde da população, cobrindo 63 milhões de pessoas com adesão de 4.058 municípios e 34 distritos de saúde indígenas. Dos 18.240 médicos pouco mais de 11 mil eram médicos cubanos, contratados por meio da OPAS (Organização Panamericana de Saúde). A resistência dos profissionais de saúde e dos segmentos políticos da elite brasileira foi intensa. Mesmo assim, a presença dos profissionais de saúde vinculados ao programa, que tinha como principal contrapartida recursos dos municípios conveniados, impactou positivamente os indicadores de saúde da população brasileira, sobretudo daquelas localidades e regiões mais distantes e com menos recursos disponíveis, orçamentários e de infraestrutura. No entanto, como se lê no Demografia Médica no Brasil – 2011 (CFM/CREMESP, 2011), "quantificar, antecipar e planejar a necessidade de médicos no país não pode ser reduzir ao simples diagnóstico da carência de profissionais em determinadas regiões" (p. 27). Mesmo assim, avaliar a falta ou excesso de médicos nas localidades consiste num grande desafio para o sistema de saúde, que ao mesmo tempo precisa cumprir

> [...] seus objetivos constitucionais (garantir a universalidade, a equidade e a integralidade), sanitário (obter os melhores resultados de saúde), econômicos (assegurar a viabilidade do sistema num contexto de subfinanciamento do SUS) e políticos (satisfazer usuários e prestadores, compatibilizando o interesse coletivo com as liberdades de escolha individuais e a autonomia dos profissionais (p. 27).

Assim, não se trata somente, para a política pública de saúde, de alocar profissionais médicos e com isso resolver a questão da falta de acesso à atenção à saúde da população de forma equânime. Mas ela tem que ser também integral, vale dizer, contanto com equipamentos de saúde de referência e contra referência para aqueles que são atendidos na primeira linha da atenção à saúde. E isso implica a orquestração da disponibilidade de investimento e garantia de acesso da população a esses equipamentos de maiores níveis de complexidade, numa realidade em que as capitais do país contam com duas vezes mais profissionais médicos por habitante (militando no setor público ou privado de saúde) sendo que nas situações extremas essa proporção chega a quatro vezes mais. Mais de uma década depois, apesar dos avanços na construção do SUS nesse período, segundo a Demografia Médica no Brasil de 2023 (Scheffer, 2023), nesse ano o Brasil conta com 2,60 médicos por

mil habitantes, sendo que no Distrito Federal (sede do poder político) essa relação é de 5,53 por mil, enquanto no Pará de somente 1,18 por mil habitantes (p. 42), sendo flagrante a desigualdade na atenção à saúde ainda existente nos dias atuais.

Destacar essa disparidade na distribuição geográfica dos profissionais médicos pelo país é relevante por ser a ponta do iceberg que retrata as desigualdades sociais na saúde, e a dificuldade de as políticas públicas de saúde enfrentá-las. Exatamente por isso o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégica Saúde da Família (ESF) obtiveram tanto impacto no aumento da cobertura da atenção à saúde dada a ampliação do efetivo acesso à saúde por parte das populações que vivem nos rincões mais longínquos do país, incluindo as áreas urbanas periféricas. Ambos sendo consolidados pela centralidade da orientação da saúde tendo como estratégia a atenção primária à saúde (APS) (Lamy et alii, 2023). Assim, desde a primeira metade dos anos 90, com a implantação do PACS, vem sendo perseguida uma progressiva ampliação da atenção primária para o acesso à saúde da população. No entanto essa busca manifesta-se de forma mais, ou menos, consistente e perseverante a depender das distintas gestões federais desse período recente.

E em 2016 dá-se uma ruptura no processo de avanços da constituição e construção do SUS, juntamente com aqueles de reconquista da democracia no país, com a deposição da Presidente Dilma Roussef (Santos, 2017). Na saúde tem início então o processo de *desconstrução* do SUS, associado a um acelerado e enérgico favorecimento dos interesses privados da saúde (Cohn, 2016). Seja por meio de cortes orçamentários na área econômica (EC 95, 2016), fixando-se teto de gasto para educação e saúde para os futuros 20 anos, independentemente de mudanças no perfil demográfico da população e da inovação e incorporação tecnológica na área da saúde (para não se falar das novas emergências em saúde, como a epidemia da Covid-19 a partir de 2020), seja por meio de mudanças na legislação e, portanto, nos direitos dos trabalhadores e nos direitos previdenciários. Essa *descontrução* expressa-se ainda em medidas como cortes drásticos de recursos para políticas na função saúde até então altamente exitosas, como o SAMU (Serviço de Assistência Medica de Urgência) e a extinção do Programa Farmácia Popular, e a extinção e desvirtuamento do Programa Mais Médicos (PMM), retomados no governo que tomou posse em 2023. Em resumo, logo após o impedimento parlamentar de Dilma Roussef, tratou-se de fazer com que:

> Os programas universais em saúde que buscam não fragmentar a oferta de serviços e assim não segmentar a população por tipo de acesso às diferentes modalidades de prestação de serviços públicos estatais e não estatais de saúde, são asfixiados anunciada sua substituição por propostas de privatização da oferta e produção de serviços de saúde, que agora sim traduzem-se em serviços de prestação de serviços médicos. A proposta em estudo pelos representantes do setor privado da saúde que participam da comissão nomeada pelo Ministério da Saúde consiste num modelo de oferta de Planos de Saúde Acessíveis, leia-se de baixa cobertura e de baixa qualidade, para 'desafogar o SUS' [a expressão é deles] ...uma 'porta de entrada' de baixa qualidade, com baixíssima oferta de uma cesta de serviços, certamente pressionará o SUS por aumento da demanda de assistência de média e alta complexidade. ... Mas, mais do que isso, ..., o que se cria, e que é o mais importante de acordo com as atuais diretrizes mal forjadas mas muito bem definidas dos atuais governantes [ano de 2016], é a produção da consciência de que saúde não é um direito do cidadão e um dever do Estado, mas sim um bem de consumo..., embora diferenciado. Aí está a desconstrução do projeto SUS (Cohn, 2016).

Continua tendo validade a análise acima. Já o período seguinte (2019-2022) caracteriza-se pela proposta de *destruição* do SUS. Não somente pelas restrições

orçamentárias, que se agravam, mas sobretudo pela destruição do próprio Ministério da Saúde. Não se trata agora apenas de substituir ministros da pasta por representantes explícitos do setor privado da saúde, como no período do governo que o antecede, mas sim de destruir a máquina administrativa do Ministério da Saúde, substituindo seus quadros técnicos, sobretudo os de direção e chefia, por (na sua avassaladora maioria) militares sem qualquer experiência na área, chegando um dos quatro ministros que ocuparam a pasta nessa gestão declarar-se com total desconhecimento sobre o SUS, já que enquanto militar utilizava apenas serviços médicos da sua corporação. O que revela que, além do desconhecimento, esse gestor comungava uma concepção da saúde como um mero bem de consumo. Essa gestão governamental coincide com o começo, desenvolvimento e auge da pandemia da Covid-19. Mas o desmantelamento do SUS começa antes do início da pandemia.

Os fatos são inúmeros. Não cabe aqui listar todos. No entanto, vale mencionar o corte de R$ 37 bilhões nos recursos para a saúde entre os anos de 2018 e 2022; o corte de 18% dos recursos humanos do Ministério, atingindo portanto o pleno período pandêmico; a Fundação Nacional de Saúde (FNS) sofrendo um corte de 50% dos seus servidores; a queda brutal da cobertura vacinal, de 75% em 2018 para 44% em 2022; a institucionalização da internação involuntária em comunidades terapêuticas, carecendo de qualquer controle da qualidade e adequação do tratamento dos internados por parte do Ministério, sua gestão sendo terceirizada para comunidades terapêuticas, no geral de instituições religiosas; campanhas governamentais anticientíficas para o controle e prevenção da Covid-19, desestimulando o uso de máscaras e de vacinação, promovendo em seu lugar o consumo de medicamentos ineficientes e inadequados; a liberação generosa e indiscriminada de uso de agrotóxicos.

A par isso, a extinção de programas fundamentais para o desenvolvimento da consolidação da saúde como um direito: a extinção do Programa Bolsa Família (PBF), em dezembro de 2021, e sua substituição pelo Programa Auxílio Brasil (PAB), com o corte do décimo terceiro salário anteriormente existente. Esse programa, estreitamente vinculado à saúde enquanto uma condicionalidade, tem na sua substituição um forte significado: não mais promover a cidadania e o acesso aos serviços públicos como um direito, mas expandir a discricionaridade na sua cobertura e critérios de punição aos que não a cumprem. E por fim, mas não menos importante, a extinção do Programa Mais Médicos (PMM), instituído pelo governo impedido em 2013, e substituído pelo Médicos pelo Brasil, cortando a participação dos médicos cubanos (também por iniciativa daquele país diante das agressões diplomáticas brasileiras), sendo que esse programa foi criado em agosto de 2019, e seu primeiro edital foi publicado somente em dezembro de 2021. Com isso, sacrifica-se a cobertura do acesso da população mais pobre aos serviços de saúde, o que se torna mais agudo por coincidir com o período pandêmico. E em 2022 o lançamento de um balão de ensaio pelo então ministro da saúde da proposta do Open Health, um modelo de organização da atenção à saúde (leia-se, pensada estritamente enquanto assistência médica) que visa o compartilhamento de dados cadastrais dos pacientes (do setor público e privado) pelas operadoras de saúde, visando "aumentar a eficiência e eficácia do setor. Segundo a proposta, "o paciente no controle de seus dados", que serão controlados pelas operadoras para cálculos econômicos do mercado presente e futuro a ser conquistado por elas. Registre-se que o SUS já disponibiliza do "cartão SUS" para a clientela atendida por ele. Assim, salvo medidas absolutamente rigorosas de controle de dados dos cidadãos e de seu uso por parte do mercado da saúde, a sua disponibilização pelo setor privado representa, sempre, o perigo iminente de serem utilizados para, por exemplo, identificar mercados para planos de saúde de baixa cobertura, sempre com a justificativa de "desafogar o SUS", mas que acabam por

sobrecarrega-lo adiante com aumento da procura de média e alta especialidades, impossível de ser absorvida pelo planejamento das políticas de saúde porque advindas de um mercado privado. Não se pode desconhecer a potência econômica e, portanto, política do setor privado da saúde no Brasil, o terceiro maior do mundo.

Essa gestão praticou políticas de "abate social" (Cohn, 2020), ao invés de políticas de combate às desigualdades e inequidades sociais, em especial na área da saúde. E isso numa realidade de morticínio de milhares de brasileiros pela ausência de combate (preventivo e curativo) à Covid-19. Assim, ocorre, nesses quatro anos (2019-2022), ações estatais no sentido da quebra da solidariedade social representada pela construção e consolidação do atendimento às necessidades sociais dos indivíduos enquanto direitos sociais, encerrando-se "o ciclo de cidadania social" (Fagnani, 2017).

A partir de 2023 a roda da história se movimenta. E na nova gestão, atual (2023-2027), o que se verifica é a retomada não só das políticas sociais anteriores ao impedimento parlamentar de Dilma Roussef, mas também com novo conteúdo social. Trata-se agora de buscar nas políticas setoriais de corte social (há exceções, claro) a busca ativa de seu aperfeiçoamento, e sobretudo da sua intersetorialidade e transversalidade. Saúde destaca-se aqui como exemplo.

Em primeiro lugar, ocupando a pasta uma mulher, fato inédito na história da área, e ainda com formação de origem na área de humanas, sem trajetória política, mas com marcada trajetória de militância na construção e fortalecimento de instituições públicas, de ensino e pesquisa. Em assim sendo, a disputa política pelo ministério num governo de conciliação com equilíbrio instável de poder, e entre os poderes, restringe-se (o que não é pouco) à cobiça de líderes políticos e partidos políticos pelos recursos que o ministério possui (o segundo maior orçamento) e pela capilaridade social da sua rede de serviços, que pode trazer valiosos dividendos políticos (também é o segundo em volume de recursos vinculados ao orçamento discricionário). Em segundo lugar, porque a tarefa inicial consistiu em restaurar o ministério, suas equipes, e definir uma agenda eficaz não só em termos estritos das políticas de saúde, mas também de reconstrução da representação junto à sociedade de que saúde é um direito e que deve e pode ser cumprido enquanto um dever do Estado, por meio de políticas e programas *públicos*. Para tanto foram retomados os programas datados dos períodos anteriores ao impedimento parlamentar, com novo vigor e agora tendo como eixos duas dimensões centrais: a articulação entre desenvolvimento científico e tecnológico enquanto uma ação econômica também, associada à atenção à saúde, e a participação da sociedade civil, através dos setores organizados da sociedade, na formulação e monitoramento das políticas e programas de saúde. Seguem dois exemplos: no primeiro caso a atuação de Carlos Grabois Gadelha desde que tomou posse na Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, então recém criada, voltada à conquista de maior autonomia do país no setor, sobretudo tendo em vista a atuação da Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Butantã diante da necessidade de produção nacional de vacina contra a Covid-19; e no segundo, a atual campanha contra a epidemia da dengue, envolvendo a sociedade no controle da proliferação do vetor, com discurso governamental claro de que só o Estado não pode solucionar a complexa questão, como providenciar vacina e fazer campanhas, mas que ela exige também a participação ativa da sociedade. Essa participação ativa da sociedade volta a existir como uma das diretrizes fundamentais do SUS, tal como reza a constituição. Retoma-se com vigor o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que enfrenta a resistência da sociedade a ele aderir, após mais de seis anos de abandono e combate à medicina baseada em evidência, associada a uma tendência internacional e retoma-se sobretudo a perspectiva

de uma visão não isolada da saúde em termos setoriais, mas sim aquela que busca combater os determinantes sociais imediatos no processo saúde/doença, mas também os estruturais, o que demanda a busca de outras áreas de atuação governamentais.

Enfim, o que se retoma é, a concepção de que não se trata de uma questão somente de "doenças negligenciadas, mas de cidadãos negligenciados", como reitera em várias oportunidades a atual ministra de saúde, Nísia Trindade. Trata-se agora de, a partir da conquista de visibilidade social da importância do papel do SUS durante a pandemia da Covid-19, sair em busca da sociedade para que se retome um ciclo de construção da cidadania social e se ultrapasse o período de quebra das expectativas dos direitos sociais.

Considerações finais

Ao recuperar os principais traços históricos das políticas de saúde no Brasil, aponta-se a existência de uma permanente tensão entre duas concepções de direito à saúde: uma via mercado (saúde enquanto acesso ao consumo de serviços de saúde assistenciais) e direito à saúde enquanto um bem público coletivo, garantido pelo Estado produtor e provedor de serviços de saúde – neste último caso via credenciamentos e parcerias com o sistema privado de saúde. Mas o projeto que foi sendo construído a partir de meados da década de 70 do século passado e sacramentado na constituição de 1988 implica também a participação ativa dos cidadãos na qualidade de sujeitos sociais.

Aponta-se ainda que a proposta do SUS e da saúde como um direito social na qualidade de direito humano fundamental enfrentou e enfrenta oposições, resistências e limitações provenientes dos setores privados da saúde (mas não só), das elites econômicas e políticas do país, e das restrições advindas do modelo econômico inserido na nova ordem global. O fantasma da saúde como gasto e não como investimento econômico e social se faz presente ao longo de todo esse período, o que neste caso se traduz no seu permanente subfinanciamento.

Outro fator que ganha destaque na trajetória da saúde no país, com ênfase nas conquistas das décadas mais recentes diz respeito não só ao papel e à importância da produção científica na área para o embasamento das novas propostas que avançaram no sentido da conquista da saúde como um direito humano fundamental, mas também da participação social, uma das diretrizes presentes no caso da saúde no texto constitucional. Para tanto, as Conferências Nacionais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) ocupam lugar de destaque; e na atualidade, as Conferências Livres de Saúde, criadas a partir da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 680 em 5/08/2022, e que consistiram num mecanismo fundamental na preparação da 17ª Conferência Nacional de Saúde, uma vez que se multiplicaram pelo país, trazendo novos atores sociais e valiosas contribuições da sociedade para a defesa e construção do SUS. A 17ª CNS foi a conferência com maior participação popular até então, tendo como tema central "Garantir Direitos e defender o SUS, a Vida e a Democracia". Retoma-se assim a ênfase na saúde como um direito de todos, um dos pilares de uma ordem democrática política e social. Volta à cena central o papel da sociedade na democratização da saúde, enquanto um projeto civilizatório, como afirma Sergio Arouca na 8ª Conferência Nacional de Saúde. É o caminho que está atualmente se buscando trilhar: reavivar a saúde como um direito coletivo por que de todos, e não como

um bem de consumo individual, numa expectativa de construção no país de um novo ciclo de cidadania.

Referências

COHN, A. **O jogo de varetas e a desconstrução da cidadania.** Campinas/São Paulo. Unicamp: Plataforma Política Social. Artigo 45. 07/09/2016. Disponível em: plataformapoliticasocial.com.br Acesso em: 28 fev. 2024.

COHN, A. **As políticas de abate social no Brasil contemporâneo.** CEDEC: Lua Nova 109:129-160. São Paulo/SP. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Demografia Médica no Brasil**. 2011. São Paulo/SP. CFM/CREMESP. 2011.

CORDEIRO, H; FIORI, J.L.; GUIMARÃES, R. A questão democrática na área da Saúde. CEBES. **Saúde em Debate** 9:11-13. Rio de Janeiro. 1980.

FAGNANI, E. **O fim do breve ciclo da cidadania social no Brasil** (1988-2015). Campinas/SP: Unicamp (Texto para discussão n. 308), 2017.

LAMY, M. OLIVEIRA, D. BERNAL, F.C. Atenção Primária à Saúde: ideias estruturantes. **UNISANTA Law and Social Science**, vol. 12, n. 2. 2023. pp. 155-162.

NASCIMENTO, P. C. Guilhermo O'Donnell (1936-2011). **Rev. Bras. Ciên. Polít.** (7). Abr 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-33522012000100001 Acesso em: 03 mar. 2024

O'DONNELL, G. **Análise do autoritarismo burocrático.** São Paulo: Paz e Terra, 2007.

SANTOS, N. P. **SUS e o Estado de bem-estar social.** São Paulo/SP. Hucitec, 2023.

SANTOS, W. G. **A democracia impedida.** O Brasil no século XXI. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2017.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia médica no Brasil**. 2023. São Paulo: FMUSP/AMB, 2023.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

COHN, Amélia. As diretrizes e princípios do SUS e a atual reconquista da saúde como um direito. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, vol. 24, n. 2 (jul./dez. 2024), pp. 32-41. São Paulo: ESDC, 2025. ISSN: 1983-2303 (eletrônica).

Recebido em 05/04/2024

Aprovado em 17/12/2024

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt-br