

A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal

I¹ Welison Matheus Fontes da Silva, ² Jefferson Lee de Souza Ruiz I

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (fonteswelison@gmail.com).
ORCID: 0000-0001-6431-2546

² Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (leenorio@uol.com.br).
ORCID: 0000-0002-0568-8364

Recebido em: 04/06/2020

Aprovado em: 11/06/2020

Revisado em: 19/06/2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300302>

Em poucos meses, uma construção histórica de décadas de perspectiva pública e preocupação com o conjunto da população brasileira vem sendo apontada como limitada ou mesmo responsável pelos ainda crescentes números da Covid-19 no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS), resultado de inúmeras lutas, contribuições, pesquisas, investimentos e outras medidas, é apresentado como impossível de ser gerido e operado publicamente. Isto ocorre não apenas em meio à maior pandemia do presente século; dá-se em meio a inúmeras ações para transformar em mercadoria políticas públicas vistas pela população como direitos. Trata-se de uma das várias estratégias capitalistas, em sua etapa neoliberal, para lidar com mais uma de suas longas crises.

O setor da saúde no Brasil, antes da Constituição de 1988, possuía caráter majoritariamente privado, com subsídios do fundo público. O SUS trouxe consigo uma ampliação do caráter público, sem uma ruptura com o setor privado. Sua conservação se deu em caráter complementar, permanecendo contradições entre esses dois setores, bem como uma disputa aberta, e mais acirrada, pelo fundo público. Esse movimento ocorre na fase da “contrarrevolução monetarista” (NUNES, 2007), que se inicia nos anos 70, mas que ganha força no Brasil a partir

de 1990, trazendo profundas implicações para o Estado e as políticas sociais, colocados ainda mais a serviço do capital, mesmo que contribuam para garantir a reprodução da classe trabalhadora e a coesão social. Essa relação histórica entre público e privado no setor de saúde brasileiro, intercedida pelo papel do Estado e do fundo público na sua regulação e financiamento, ganhou novos formatos e determinações (CISLAGHI, 2019).

A pandemia de Covid-19 não é a causa da crise do neoliberalismo como modelo econômico. É, ela mesma, uma crise de natureza neoliberal: revela ao mundo a insustentabilidade, a injustiça e a crueldade do capitalismo neoliberal e as ruínas que deixa pelo caminho. O neoliberalismo, baseado na “primazia do mercado, na competição, na intervenção estatal mínima¹ e na eficiência do setor privado” (HARMAN, 2011, p. 5), materializou-se em políticas de ajustamento estrutural focadas na contenção da despesa pública, que por sua vez resultaram em constante precarização do SUS. Essa tendência agravou-se desde o golpe em 2016, que culminou com o afastamento de Dilma Rousseff da Presidência da República, e prevê o aprofundamento de contrarreformas e a aceleração do desmonte das políticas públicas. O discurso sobre a crise na saúde e na sociedade em geral, profundamente ideológico, alimentado por uma “cultura política de crise” (MOTA, 1995), forjada desde o início dos anos 90, tenta fazer com que acreditemos que ajustes e retiradas de direitos são inevitáveis e que perdas serão compartilhadas por todos. Mas são as classes trabalhadoras quem pagam pelo preço desta crise.

Pretendemos apontar elementos para que as reflexões acerca do desmonte gradual que se pretende impor ao SUS não se desloquem de dimensões centrais para uma apreensão mais precisa de desafios da conjuntura contemporânea.

A Covid-19 foi inicialmente apresentada como uma doença democrática. Permanece a interpretação médica de que os índices de infecção, bem como de situações graves e óbitos, tendem a caracterizar grupos com maiores riscos de contágio e desenvolvimento da doença. Contudo, outros públicos vêm sendo significativamente contaminados.² Se ninguém está imune ao contágio e a possíveis complicações da Covid-19, as condições de seu enfrentamento são desiguais para diversos segmentos populacionais.

A população negra é a maior atingida por doenças que ampliam a gravidade da Covid-19.³ O isolamento social tende a ser inviável para quem não tem renda e/ou habita pequenos espaços com várias pessoas, e acentua fenômeno epidêmico no

Brasil: a violência doméstica. Mulheres, crianças e adolescentes são suas maiores vítimas. Mulheres sofrem, ainda, impactos do machismo, vendo-se às voltas com acúmulo de tarefas domésticas, com profundas repercussões àquelas que atuam como pesquisadoras, por exemplo.⁴

Os efeitos sobre quem trabalha ou quem lucra com o trabalho alheio são distintos. O primeiro grupo tende a se expor ao contágio da doença para buscar alternativas de alimentação e recursos básicos cotidianos.⁵ Estudos demonstram que o segundo grupo, mesmo com perdas localizadas, conta com socorro mais ágil de governos como o brasileiro e, por vezes, amplia sua lucratividade. Bilionários americanos, por exemplo, acrescentaram 434 bilhões de dólares a suas riquezas durante a pandemia,⁶ ainda que estejam no país com maiores números absolutos de contágio e morte. No Brasil, Bolsonaro acaba de vetar repasse de 8,6 bilhões de reais a estados e municípios para o combate à Covid-19.⁷

Vivenciamos um período de aprofundamento contrarreformista, que incide sobre essa manutenção contínua da economia dependente, cujas formas de transferência de valor se pautam, cada dia mais, pela punção do fundo público operada por meio da articulação entre as burguesias nacionais e internacionais e do prevaecimento das frações financeiras. Esse processo, que se realiza na expropriação de direitos via disputas orçamentárias, é materializado como forma de ampliar a utilização do fundo público para o pagamento da alegada dívida pública, estabelecimento de superávits primários, financiamento de projetos capitalistas e tantas outras funções alheias aos interesses das classes trabalhadoras.

Com as políticas de “ajuste fiscal”, o fundo público é apropriado especialmente pela União, e utilizado prioritariamente para compor superávit primário e pagar juros da suposta dívida pública. O prejuízo recai sobre as políticas sociais. Recursos do fundo público, além de não serem destinados exclusivamente para políticas públicas, passaram, inclusive, a não permanecer no Brasil. Investimentos nacionais passam a ser direcionados para outros países, como os Estados Unidos (EUA). Dessa forma, garante-se a abertura para que o setor privado atue em políticas como a de saúde, que passam a ser mercadorias. Sua mercantilização se dá em diversos âmbitos, como terceirizações de contratos de trabalho, repasses da gestão dos serviços para as instituições privadas, poder das indústrias farmacêuticas etc.

O Brasil não está isolado neste processo, o que também se reflete no enfrentamento da pandemia. Diversos países (os próprios EUA, mas também Itália e

Espanha) só reviram políticas contrárias ao isolamento social quando os registros de contaminados e mortos aumentavam em escala exponencial. Turquia e Suécia, que insistiram com políticas contrárias ao isolamento, vêm registrando taxas altíssimas de contágio e óbito.

Em meio ao caos da Covid-19, no Brasil convivemos com crises políticas artificiais geradas pelo Governo Federal. Trocas de ministros, questionamentos extemporâneos a instâncias de outros poderes são acompanhadas pelo comportamento recorrente do Presidente da República de negar a gravidade dos efeitos da pandemia. Antes voltadas para temas como mudanças climáticas, comportamento sexual e a gravidade da ditadura vivenciada no país, hoje tais posições implicam a negação da ciência como forma adequada de interpretação e ação sobre a realidade. Em momentos de crise, a burguesia tende a acentuar seus momentos irracionalistas (COUTINHO, 2010). Daí a recorrer a explicações teológicas e metafísicas para a vida é apenas um passo. O governo Bolsonaro demonstra profunda conexão com tais perspectivas, também identificadas na conjuntura contemporânea em governos como os dos EUA e da Hungria.

Isto resulta em ações como, em plena pandemia, priorizar uma hipotética retomada do crescimento econômico (quando o mundo todo assume que os próximos anos serão de queda de tais índices). Aproveita-se de um momento drástico, especialmente para segmentos mais pauperizados, para defender desmonte do ainda restante sistema de proteção social, flexibilização de legislação trabalhista, privatizações de bancos e empresas públicas. Contrarreformas trabalhistas e previdenciárias já adotadas não provaram qualquer efetividade na ampliação das vagas de emprego, além de fragilizarem ainda mais as formas e condições de inserção no trabalho. Exemplo adicional é a medida, recém-tomada pelo Governo Federal, que autoriza redução de salários em até 70% durante a pandemia. Obviamente os efeitos mais nefastos de tal medida estão reservados à população cuja renda é destinada, imediatamente, a gastos corriqueiros, como alimentação.

No Brasil, uma estratégia em curso ao longo da pandemia tenta acentuar as críticas geralmente apresentadas ao SUS. Reconhecido mundialmente como modelo de ações em saúde por várias de suas inovações (cobertura universal; prevenção – campanhas de vacinação, erradicação de doenças, valorização dos aspectos sociais da saúde etc.; política de ponta no combate à Aids; articulação em níveis distintos de complexidade; pesquisa pública em saúde, dentre outras), em âmbito nacional as

ações que visam atingir a capacidade de gestão e operação do SUS continuam sendo adotadas por distintos governos.⁸

Essas conquistas se deram ainda que houvesse (e haja) ações de precarização da política de saúde, com redução dos repasses financeiros, do investimento em manutenção de sua infraestrutura e de recursos humanos, que ainda sofrem com profissionais adoecendo e morrendo durante a pandemia. Tal afirmativa corrobora os estudos de Pereira (2019), que sinalizam que o desmonte das políticas sociais está articulado ao dos recursos humanos – com revisão de salários, redução do número de carreiras, aumento do prazo para alcançar a estabilidade e flexibilização da mesma para alguns cargos. O desmonte não se destina somente às políticas sociais, mas também ao trabalho que as operacionaliza.

O Rio de Janeiro

O Rio de Janeiro agoniza em meio à crise econômica, política e sanitária atual. Ressaltada pelo novo coronavírus, ela vem sendo acentuada desde a promulgação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que impõe políticas de austeridade ao sistema de seguridade social, com forte impacto na saúde, contribuindo para a tentativa de enfraquecimento e estrangulamento do SUS. A experiência histórica mostra que o remédio da austeridade agrava ainda mais os problemas que diz pretender resolver (BLIYTH, 2013). A reforma fiscal não é um plano de estabilização, mas um projeto de redução seletiva e drástica do tamanho do Estado. Ela se materializa também via modelo de gestão com contratos com organizações sociais, congelamento de gastos via emenda constitucional, mudança nos blocos de financiamento do SUS – que altera a lógica de transferências de recursos federais com riscos potenciais para a Atenção Primária à Saúde –, além da defesa de planos privados de saúde populares com baixa cobertura e da desregulação da saúde suplementar.

A naturalização das parcerias entre Estado e organismos privados para gerir e executar políticas sociais em diversas áreas caminha no mesmo sentido geral das políticas de pretenso desmonte do SUS. A privatização ganha novos contornos: mesmo sem haver venda expressa de serviços à população, representa um flanco de negócios, a utilização do fundo público como forma de rentabilidade. Nos últimos anos, o Brasil registra baixo investimento público em saúde – R\$ 3,48 (três reais e quarenta e oito centavos) *per capita*/dia, considerando os três níveis de governo. O

Estado do Rio de Janeiro, 3º em Produto Interno Bruto, investe menos que a média brasileira. No ano de 2017, o município do RJ investiu R\$ 3,31 (três reais e trinta e um centavos) *per capita*/dia. O setor público de saúde brasileiro representa apenas 48% dos recursos globais da saúde, em contraste com o custeio público da saúde de outros países com acesso universal, como Reino Unido (94,2%) e Suécia (84%), e aproxima-se dos EUA (47%), que privilegia o sistema privado.⁹

Entidades do movimento da reforma sanitária vêm denunciando o colapso do sistema de saúde da capital carioca, que piorou na atual gestão, de Marcelo Crivella. O modelo privatista baseado nas organizações sociais (OSs) tem gerado grandes barreiras a melhorias para a população usuária, seja do ponto de vista da gestão, seja do ponto de vista de prestar atendimento de qualidade. A crise da Covid-19 evidencia problemas enfrentados pelo sistema atual e escancara como a reestruturação feita pelo prefeito via OSs é uma das causas dos transtornos causados para a população. Reafirmamos: tal crise vem da opção de governos em fortalecer um Estado mínimo em direitos, e máximo em favorecimento a setores capitalistas, monopolistas e rentistas.

Cenários de médio prazo

Neste quadro, parece-nos fundamental acentuar a defesa das recomendações científicas adotadas pela OMS para o enfrentamento da pandemia. No Brasil, há que se apostar em medidas adotadas por pouquíssimas unidades federativas (em geral, algumas prefeituras), que permitam maior e mais qualificado acompanhamento da evolução da pandemia. É o caso de políticas de testagem e encaminhamento adequado para situações de contágio pela Covid-19.

O momento apresenta exigências, várias já apontadas por movimentos sociais, pesquisadoras/es e outros setores da sociedade brasileira. Dentre elas estão a necessidade de derrota política do Governo Federal no que diz respeito ao discurso e às ações que secundarizam a gravidade da Covid-19. Além disso, é preciso considerar políticas de assistência social não como favor, mas como direito a ser ampliado, articulado à sobrevivência dos segmentos mais expostos pela pandemia. Algumas delas são políticas liberais, adotadas por países capitalistas, como garantir renda mínima universal para a população, sem os absurdos e injustificáveis mecanismos de controle adotados pelo governo brasileiro, que resulta em excluir milhões de

habitantes dos parques e insuficientes R\$ 600,00 mensais propostos e aprovados pelo parlamento nacional.

É necessário, como em poucas vezes na história nacional, defender intransigentemente o SUS como modelo a ser (sem prejuízo de seu aprimoramento) universalizado. Não é possível naturalizar, em pleno quadro de morte de milhares de pessoas, sistemas de saúde que diferenciam leitos públicos e privados, sustentados por quem tem acesso a caríssimos (e cada vez mais ineficientes) planos de saúde. Davis (2020) demonstra como tal situação é mundial.

O mesmo autor destaca dimensões que demonstram o quanto a pandemia pode ser um legado do discurso da austeridade capitalista, além das evidências, já indicadas, de que crises são desigualmente vivenciadas pelas classes sociais e seus heterogêneos segmentos. Como Davis, defendemos que

[a] globalização capitalista parece agora biologicamente insustentável na ausência de uma verdadeira infraestrutura de saúde pública internacional. Mas tal infraestrutura nunca existirá enquanto os movimentos populares não quebrarem o poder da indústria farmacêutica e dos cuidados de saúde com fins lucrativos. (DAVIS, 2020, p. 12).

Como afirmam os movimentos populares de saúde, saúde é direito, não mercadoria. Vida longa ao SUS!

Referências

- Blyth M. *Austerity: the history of a dangerous idea*. New York: Oxford University Press, 2013.
- CISLAGHI, J. F. Privatização da saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT. *Revista Em Pauta*. Rio de Janeiro, n. 43, v. 17, p. 60-73, 2019.
- COUTINHO, C. N. *O estruturalismo e a miséria da razão*. São Paulo: Expressão Popular, 2010.
- DAVIS, M. A crise do coronavírus é um monstro alimentado pelo capitalismo. In: DAVIS, M. et al. (Orgs.). *Coronavírus e a luta de classes*. Brasil: Terra sem Amos, 2020.
- HARMAN, S. *Global health governance*. Abingdon: Routledge; 2011.
- MOTA, A. E. *Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 1995.
- NUNES, A. J. A. *Keynesianismo e contrarrevolução monetarista*. Coimbra: Faculdade de Direito de Coimbra, 2007.
- PEREIRA, G. O. *Fundo Público e crise do capital: expropriação e flexibilização dos direitos dos servidores públicos*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Notas

¹ Preferimos afirmar uma seletiva intervenção mínima do Estado. No campo denominado de “segurança pública”, também estatal, há ampliação de ações interventivas, particularmente voltadas para repressão de reações contra medidas neoliberais. O mesmo ocorre para conferir salvaguardas à lucratividade do capital, com políticas monetárias e bancárias, como as adotadas por bancos públicos para salvar empresas de alegadas falências.

² Ao concluirmos estas reflexões, em 04/06/2020, relatório atualizado da Organização Mundial da Saúde (nº 136) registra 6.416.828 casos da doença no mundo, com 382.867 mortes. As Américas lideram em números de casos, com 3.022.824 (nas últimas 24 horas registram 73.369 casos, contra 19.758 europeus, o segundo maior em contágio). O Brasil registra 584.016 em 03/06, segundo o Ministério da Saúde (MS). Em óbitos, a Europa permanece à frente (182.308, contra 168.553 americanos – 28.633 no Brasil em 03/06), mas a tendência à reversão desta lógica é percebida nos óbitos registrados nas últimas 24 horas (911 na Europa, 3.242 nas Américas). Registre-se que a subnotificação dos dados da doença é preocupação mundial e de governos de países das mais diversas perspectivas políticas (cf. <<https://bit.ly/2Y0gZ9n>>, acesso em 4 jun. 2020). Estudos acompanham a incidência da doença e apontam distinções etárias (no Brasil, 69,4% dos óbitos estão acima de 60 anos – perfil mais extenso de mortes que em outros países com grande registro de contaminação e óbito); 63% das pessoas falecidas tinham ao menos um fator de risco (cf. <<https://bit.ly/307adS0>>, acesso em 4 jun. 2020). São dados a serem acompanhados cotidianamente, mas é possível afirmar que as Américas (Brasil e EUA à frente) são o atual epicentro da doença; que ela não atinge igualmente toda a população, havendo recortes de classe social para definir quem morre no Brasil (cf. <<https://bit.ly/2A0QPLG>>, acesso em 4 jun. 2020). O Estado do Rio de Janeiro prossegue sendo, no país, o segundo em números absolutos de casos e de óbitos causados pela Covid-19.

³ Dados relativos a raça/etnia, região de moradia, escolaridade e outros vêm sendo levantados por diferentes universidades. Cf., a respeito, <<https://bit.ly/3gTnnIc>>. Acesso em: 4 jun. 2020.

⁴ Cf. <<https://bit.ly/2XzfakY>>. Acesso em: 4 jun. 2020.

⁵ A exemplo do acesso a água, sabonete e álcool gel, recursos básicos para prevenção do contágio pela Covid-19. Ausência de abastecimento de água atinge populações hiperexploradas, que vivem em periferias e subúrbios, caso das favelas brasileiras.

⁶ Cf. <<https://bit.ly/2XBbfUO>>. Acesso em: 4 jun. 2020.

⁷ Senado e Câmara já haviam aprovado a medida. As verbas eram inicialmente previstas para “abatimento da dívida pública federal”. O frágil argumento governamental para o veto é que o repasse criaria despesa obrigatória sem previsões de impactos nos próximos anos.

⁸ A força e a importância do SUS são tantas e tão evidentes em momentos como os da atual pandemia que setores do próprio governo federal defendem publicamente o Sistema. Ainda que tenham visões distintas de sua gestão (como as que defendem sua concessão a OSs), não conseguem esconder o papel essencial do SUS em um país com mais de 210 milhões de habitantes.

⁹ Conselho Federal de Medicina (CFM). Editorial. *Jornal de Medicina*, n. 284, p. 6-7, 2018.

