

# 32 anos de SUS e a COVID-19 no Brasil

## Uma visão geral sobre saúde pública no século XXI em tempos de crise global

### ÍNDICE:

#### PARTE I (1980-2020):

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil:

1. Contextualização Histórica: criação do SUS
2. SUS e o Neoliberalismo:
  - a) Falta dinheiro para o SUS? Orçamento; (Des)Financiamento e Austeridade
  - b) Privatização: por dentro e por fora

#### PARTE II (2020):

Tendências do Sistema de Saúde Brasileiro na Pandemia da COVID-19:

1. O Circo Brasileiro na COVID-19: quem anda na corda bamba para equilibrar o SUS e a democracia?
2. Entre a Vida e o Lucro: qual o modelo de Saúde para enfrentar a pandemia?
3. As Veias Abertas do Desmonte do SUS: quem paga pela crise?

Acesse “A Saúde Pública no Brasil: um breve resgate histórico” [1500-1988] para saber mais:  
<http://www.denem.org.br/resgatesaudepublica>

Acesse aos vídeos no YouTube (DENEM):

1. Contextualização Histórica: criação do SUS  
(<https://bit.ly/ContextualizaçãoHistóricaCriaçãoSUS> )
2. Falta dinheiro para o SUS? Desmonte; (Des)Financiamento; Austeridade  
(<https://bit.ly/FaltaDinheiroParaoSUS>)
3. Privatização: por dentro e por fora (<https://bit.ly/PrivatizaçãoPorDentroPorFora> )

Grupo de Trabalho SUS e COVID-19: Ana Helena (COE), Beatriz Angélica (AssPlan e RRH), Cândida (CREx), Caio (SUL 2), Duda (Sede), Fernanda (CREx), Guilherme (CPS), Gabriel (CPS), Gabriela (SUL 2), Hanna (SUL2), Marcos (CR CO), Vitor (NE2), Vtória (CREx),  
GESTÃO DENEM 2020.

# PARTE I

## O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil: [1980-2020]

### 1. Contextualização Histórica: criação do SUS

Para entender precisamente como aconteceu a criação do SUS, deve-se antes, compreender o período histórico em questão para que, tendo em mãos a conjuntura política da época, saibamos exatamente o seu significado. Nesse sentido, por volta de 1970, período em que toma corpo o movimento sanitário no país, o discurso hegemônico a respeito de como se daria o fim do regime empresarial-militar deixava clara a intenção das forças dominantes em construir um projeto de nação democrática, com ampliação de direitos, à esquerda; mas sob controle, posto que *'lento, gradual e seguro'*, à direita.

Nesse período, inicia-se, paulatinamente, diversas movimentações sociais direcionadas a repensar a estrutura de atenção à saúde no país. Exemplo disso, é a crítica ao modelo de saúde que defende uma concepção de *saúde centrada nas doenças* do indivíduo de forma isolada; a pressão sobre o executivo federal pela retomada da realização das conferências nacionais de saúde; a constituição de núcleos de estudos em Saúde Coletiva em diversas universidades brasileiras, entre outras.

Dessa forma, diante da iminência do fim do regime e a convocação próxima de uma Constituinte, o movimento sanitário passou a investir na ocupação de espaços institucionais no aparelho governamental, considerados estratégicos para a consecução da agenda setorial da Saúde no país. A intenção declarada de maioria dos sanitaristas era ampliar ao máximo as alianças políticas com variados setores da sociedade, sem colocar tanto em evidência os reais interesses de cada grupo, de modo a viabilizar as transformações pretendidas.

Parte significativa dessa mobilização marcou presença na 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), que se constituiu como marco responsável por reunir esses agentes diversos ao redor da pauta da saúde. Dos debates, resultou o projeto da Reforma Sanitária, que defendia a criação de um *sistema único* de Saúde, *público* e *universal*, mais tarde incorporado ao texto constitucional de 1988. Concluídos os trabalhos da Conferência, ficou a cargo da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) o encaminhamento formal das propostas tiradas na Conferência.

Diante disso, constata-se através do processo de constituição e composição da Comissão o movimento típico de institucionalização e desarticulação, pelo Estado, de uma potente demanda que alcançara amplo consenso social. Originalmente, a Conferência havia sugerido a criação de um Grupo Executivo da Reforma Sanitária, que não só foi descartado como substituído pela CNRS, de natureza apenas *"consultiva"*.

Nesse momento, fica claro, portanto, como o Estado, numa sociedade estruturada em classes, não é neutro. Seu funcionamento segue os interesses das classes dominantes que, para “*apaziguar*” tensões sociais, passa a contemplar, dentro de certos limites, determinadas necessidades das classes dominadas.

A presença de forças conservadoras ou progressistas no governo não muda, necessariamente, o caráter do Estado capitalista, mesmo que determinados interesses sociais sejam obtidos.

Ao fim, em virtude das diversas articulações institucionais feitas, atuação dos partidos de oposição e uma pressão popular ainda relevante na mobilização, conquistou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) universal, como direito de todos e dever do Estado. No entanto, paralelamente, aprovou-se também a participação complementar do setor privado no sistema, algo que já havia sido motivo de controvérsia na 8ª CNS. “*Quando foi aprovada a Constituição, nós festejamos a conquista de direitos, como a universalidade e a equidade. Mas o complexo médico-industrial comemorou também. Alguma coisa estava errada*” (Marco da Ros, médico e professor da Universidade Federal de Santa Catarina, integrante do Movimento Sanitário em 1988 e membro da Andes).

O paradoxo da reforma sanitária brasileira é que seu êxito terminou por, ao transformá-la em política pública, reduzir a potencialidade de ruptura, inovação e construção de uma nova correlação de forças desde a sociedade civil organizada. Em outras palavras, o instituído se impôs ao instituinte. A partir disso, podemos concluir que o movimento sanitário conseguiu pôr em prática uma de suas estratégias, a ‘ocupação dos espaços institucionais’. Adotando essa estratégia, separou-se ainda mais da base popular que contava diante da pauta da saúde, colocando em segundo plano, assim, a construção de algo respaldado pela classe trabalhadora; a qual o projeto dirige suas propostas e ações.

#### **Referências:**

Dantas AV. *Do socialismo à democracia: tática e estratégia na reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. 319 p.

PAIM, JS. *A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual*. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 153-174.

SILVA, AX. *A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso*. *Rev. katálysis [online]*. 2014, vol.17, n.2

## 2. O SUS e o Neoliberalismo:

### a) *Falta dinheiro para o SUS? Orçamento; (Des)Financiamento e Austeridade*

Após entender o processo histórico que culminou na criação do SUS e todas as contradições que permearam esse processo, pode-se vislumbrar por que o financiamento/orçamento é consequência dessa própria concepção de sistema de saúde. Se por um lado um pensamento liberal falacioso insiste em apontar o SUS (*e tudo que é público*) como ineficiente, por outro pode se desconstruir essa visão com dados concretos, que mostram que o SUS faz muito mais pela saúde dos brasileiros do que qualquer plano de saúde, ainda que seja um sistema que já nasce **subfinanciado** e vem sendo, ano após ano, progressivamente **desfinanciado**.

E o que isso quer dizer?

Existem recomendações internacionais de que países que se propõem a ter sistemas públicos e universais de saúde devem investir um mínimo de 7% do Produto Interno Bruto (*PIB*) para financiar ele. Países como a Dinamarca investem mais de 9%, e no Brasil esse valor não chega a 4,5%. Um fato que surpreende muita gente é que, no Brasil, a maior parte do gasto em saúde vai para o setor privado, um setor que gasta mais, com uma quantidade de serviços muito mais limitada e para atender a uma parcela infinitamente menor da população.

Quando criado, foi idealizado que o SUS receberia 30% do orçamento da seguridade social, o que já diminuiria o investimento para cerca de  $\frac{1}{4}$  daquele valor dos 7% do PIB. Mas nem isso aconteceu. Progressivamente, emendas constitucionais foram surgindo, como a EC 29/2000, a EC 86/2015 – que desvinculou o orçamento do SUS do PIB, e finalmente o “*fatality*” para o sistema de saúde, que foi a Emenda Constitucional (*EC*) 95/2016, que congelou os investimentos públicos por 20 anos. Sabe-se que, na prática, investir por 20 anos apenas o valor de 2016 corrigido pela inflação não é manter um investimento, mas *desfinanciar* progressivamente o SUS.

Desde que entrou em vigor essa EC já tirou mais de 22 bilhões do SUS, e a previsão é de que mais de 400 bilhões sejam retirados. Tudo isso pra garantir o *superávit* primário – aquele excedente entre tudo que o estado arrecada subtraído tudo que ele gasta.

Historicamente, usamos esse excedente no Brasil não para garantir melhorias efetivas para a vida da grande maioria da população, mas para pagar a dívida pública – uma conta muito obscura que a gente não sabe sequer para quem paga, e por que se paga, mas sabemos bem que o imenso contingente desse dinheiro vai para grandes empresas e para banqueiros, que lucram às custas dos impostos pagos por nós.

Vale ressaltar, ainda, que o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) e os governos do Partido dos Trabalhadores (PT), por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU), permitiram que boa parte de orçamentos que deveriam ir para áreas como saúde, previdência e assistência social fossem desviados para pagar essa conta obscura, e isso tirou ainda mais dinheiro do SUS.

No Equador, país que fez uma auditoria dessa dívida, eles disseram logo de cara que iam pagar no máximo 30-35% do valor original da dívida, e mais de 90% dos bancos internacionais prontamente aceitaram a proposta sem questionar. Isso dá uma ideia do quanto de irregularidade e de fraude estão embutidos nessa conta.

Esses progressivos cortes em investimentos sociais fazem parte dessa tal política de **austeridade fiscal**, a qual parte do pressuposto de que o Estado gastou demais e que o dinheiro acabou, justificando, assim, a necessidade dos cortes. Dessa forma, o superávit primário é garantido e o Estado pode mostrar para os empresários que “*honra seus compromissos*”, o que, teoricamente, aumentaria a confiança e o consequente investimento dessas empresas no país, o qual recuperaria o crescimento e sairia da crise.

Essa política, que vem desde o Governo Dilma (PT), só vem se agravando, negligenciando que esses “*cortes necessários*” significam piora de acesso à saúde, falta de estrutura e de insumos básicos, e, no fim das contas, mortes, entendendo também o SUS enquanto instrumento fundamental para a garantia de direitos e a remediação, ainda que parcial, de dívidas históricas com as população indígena, negra e outras historicamente marginalizadas e negligenciadas em nosso país.

Em um contexto em que a saúde está à beira do colapso, a população se aproxima cada vez mais da miséria e os serviços públicos estão extremamente sucateados, ainda querem justificar dizendo que é porque não se cortou o suficiente. É uma lógica que simplesmente não faz sentido, já que a economia de um país não é simplesmente como a economia domiciliar.

Afinal, o Estado poderia coordenar seus investimentos de modo a gerar emprego e renda sem aumentar a inflação; poderia colocar o bem estar da maioria da população em primeiro lugar, garantir a dignidade que o nosso povo merece, e que cada brasileiro tivesse casa pra morar, saúde gratuita, educação de qualidade.

Mas então por que é que isso não acontece?

Ora, quando a gente vê que quase a metade de tudo que se arrecada vai para pagar banqueiros; que se opta por simplesmente deixar de cobrar bilhões de reais em impostos de grandes empresas, mas nunca dos mais pobres; que se perdoa dívidas na ordem dos trilhões de reais de grandes corporações que devem, não pagam e seguem lucrando, enquanto a população não pode deixar de pagar um boleto de energia sem sofrer as consequências; e agora, mais recentemente, com a pandemia de COVID, o governo liberou trilhões para salvar os bancos, enquanto uma porcentagem ínfima foi destinada para tirar do sufoco e garantir a sobrevivência do povo que trabalha.

Tudo isso demonstra que o Brasil é um país em que o Estado tem um lado e cumpre o papel de garantir a manutenção dessa ordem, que infelizmente privilegia uma pequeníssima parcela da população – em que nós não estamos inclusos.

Esse discurso de austeridade quer nos fazer engolir que todo gestor *quer* dar saúde, educação, segurança, mas *infelizmente* não pode porque não tem dinheiro, ou seja, querem controlar nossa insatisfação e negar qualquer reivindicação com esse mesmo argumento.

Quase como uma mãe dizendo pra uma criança que pede um brinquedo que gostaria de dar, mas infelizmente tá sem dinheiro, e pronto e acabou.

Não é falta de dinheiro não!

É a decisão política de um Estado que é feito para atender não às necessidades das pessoas, mas sim as do grande capital. Querem nos convencer de que “o cobertor é curto” quando, na verdade, o cobertor é gigantesco e tem uma minoria enrolada 500 vezes nele, enquanto uma maioria fica destapada aqui embaixo.

Outra coisa que não se fala é que, cada vez que se precariza mais aquilo que é público, abre-se uma brecha para o privado, um nicho de mercado. Quando se fala de saúde, já se fala de um dos mercados mais lucrativos do mundo.

Nossa luta hoje, mais do que nunca, deve ser mais intransigente por mais investimentos para a saúde e pela revogação da EC 95 – *EC da Morte* – que é uma resposta perversa para uma premissa mentirosa, a de que falta dinheiro.

Mas será que, depois de toda essa análise, é possível garantir saúde para a grande maioria do nosso povo só com mais dinheiro pro SUS?

Não há dúvidas de que investimento é fundamental. Mas se partimos do pressuposto de que o processo saúde-doença é determinado, em última instância, pelo modo como a sociedade se organiza (*determinação social do processo saúde-doença*) e que, para falar de saúde, é necessário falar de terra, de moradia, de melhores condições de trabalho, de acesso à cultura, de outra lógica de produção no campo, de transporte, de educação... Parece mais complexo.

É por isso que essas diversas lutas precisam estar articuladas em um projeto de transformação dessa sociedade, e de construção de uma outra em que o bem estar do coletivo, e não de uma parcela muito pequena da nossa sociedade, esteja em primeiro lugar. É por isso que a nossa luta hoje é pelo SUS, mas vai para muito além dele!

### **Referências:**

**Contra a privatização da Saúde! VIII Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.** 2018. Disponível em <<https://pcb.org.br/portal2/21453/contr-a-privatizacao-da-saude/>> Acesso em 10/05/2020



MENDES, Áquilas. **A longa batalha pelo financiamento do SUS.** *Saúde Soc.* 2013; 22(1):987-993.

COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE (DENEM). **O SUBFINANCIAMENTO CRÔNICO DO SUS E A DESVINCULAÇÃO DAS RECEITAS DA UNIÃO (DRU): O QUE TEMOS A VER COM ISSO?** Disponível em

<<https://www.facebook.com/denembr/photos/a.634091843362439/841593502612271/>> Acesso em 10/05/2020

COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE (DENEM). **ESSA CONTA NÃO É NOSSA – O pagamento da dívida pública é mais importante que o fortalecimento do SUS?** Disponível em

<<https://www.facebook.com/denembr/photos/a.634091843362439/845694705535484/?type=3&theater>> Acesso em 10/05/2020

COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE (DENEM). **CADERNOS DE SAÚDE. Crise Econômica e Saúde no Brasil: Onde estamos e para onde vamos?** Disponível em <[https://drive.google.com/file/d/0B\\_T1ubhXLAs3NmpNOV8zLXpYdUk/view](https://drive.google.com/file/d/0B_T1ubhXLAs3NmpNOV8zLXpYdUk/view)> Acesso em 10/05/2020

MANOEL, Jones. **Acabou o dinheiro? Estado, austeridade fiscal e luta de classes.** Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=1WHgrSSleww>> Acesso em 10/05/2020

## **b) Privatização: por dentro e por fora**

Após visualizar um pouco da história do SUS e o desfinanciamento sucessivo que vem ocorrendo desde sua própria criação, vemos como isso culmina no que chamamos de “sucatear para privatizar”.

Mas como ocorre privatização de um sistema de saúde que por lei é público?

Na criação do SUS, em seu arcabouço legal, foi prevista a participação do setor privado de forma complementar. É como se houvesse uma “brecha”. Mas devemos sempre raciocinar que, em se tratando de neoliberalismo e saúde, tudo é bem planejado, há um interesse de ter colocado essa “brecha” ali. Ela indica que algumas empresas privadas podem ser contratadas pelo governo para atenderem à população. Uma das contradições mais debilitantes do SUS, essa prerrogativa destina recursos públicos diretamente ao setor privado a fim de assistir à população com medicações, fármacos, tecnologias diagnósticas e serviços de média e alta complexidade. Na primeira década dos anos 2000 no Brasil, cerca de sete em cada dez internações do setor privado foram custeadas pelo SUS e, do total de recursos públicos destinados aos procedimentos de média e alta complexidade, pouco mais que a metade deles foram destinados a hospitais privados e/ou filantrópicos. [1]

No início, eram apenas para áreas que o sistema público não chegava (exames principalmente). Mas, com o passar dos anos, vimos esse sistema de contratação de empresas privadas crescer e adquirir outras formas.

Através de discursos de que a terceirização de parte dos serviços sociais, principalmente os de saúde, é benéfica para o Estado, calcados lógica neoliberal de “modernização” e “desburocratização”, criam-se dos “Novos Modelos de Gestão”, representados pelas Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), instituídas no governo Fernando Henrique Cardoso; pelas propostas das Parcerias Público-privadas (PPPs) e Fundações Públicas de Direito Privado (FPDPs), apresentadas no governo Lula; e pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), desenvolvida durante o governo Dilma. [2,3,4]

Tais entidades possibilitam a driblagem de impasses constitucionais do Estado, como a Lei de Responsabilidade Fiscal de 2000 (no que se refere a contratação de recursos humanos) e às licitações, reguladas pela Lei 8.666 de 1993, por funcionarem sob o direito privado. Com isso, há submissão dos serviços públicos a metas produtivistas de funcionamento, em detrimento da qualidade, flexibilização dos direitos e precarização das condições de trabalho, favorecimento de empresas em contratos, camuflado pelas condições de transparência deficitárias do direito privado e substituição do direito à saúde pelo custo-benefício das intervenções. Há também a falta da presença da participação social, um dos pilares mais importantes do SUS.

Algumas experiências, como é o caso das OSS em São Paulo, podem mostrar como essas empresas servem muito para burlar a administração pública. Exemplo ocorre no município de Campinas, em que a OSS Vitale, responsável pela administração de um hospital municipal, desviou milhões do orçamento campineiro destinado ao serviço de saúde, com conhecimento da prefeitura. [5]

Em tempos de pandemia, torna-se ainda mais evidente a necessidade da Atenção Primária à Saúde (APS) para a prevenção da infecção, manejo das condições de isolamento, diante da acentuação dos problemas de saúde mental e necessidade de controle das demais comorbidades prévias a nível domiciliar, destacando-se aqui a importância dos agentes comunitários de saúde. Embora seja uma das principais frentes de promoção de saúde e de integralidade do cuidado, a APS tem também sofrido sucessivas derrotas pelo processo de desmonte. [6]

Lançada em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem tentado manter-se de pé diante das dificuldades de políticas que a consolidam a nível nacional em meio aos ataques do neoliberalismo. Um dos primeiros ataques ao seu modelo multiprofissional é desferido pelo governo golpista de Michel Temer (2016-2018), que, ao reformar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, despriorizou a implementação das equipes até então - um médico da família, um enfermeiro, um assistente de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS) -, reduziu a participação dos ACS nos serviços, que passam a ser facultativos na rede e, através da “carteira de serviços”, abre espaços para a limitação da quantidade de procedimentos e intervenções oferecidos pelas unidades de saúde. Outras pontos relevantes dessa política são debatidos aqui (<https://bit.ly/2VOK0Dx>).



Em 2019, é aprovado o “*Previne Brasil*”, que traz um “*novo*” modelo de financiamento da APS. Se, antes, o financiamento desse setor se dava pelo Piso da Atenção Básica (PAB) fixo - uma quantidade de recursos fixa, proporcional à quantidade de habitantes e as características socioeconômicas de cada município - e PAB variável - a depender das políticas de fomento à ESF do município -, agora os recursos repassados estarão sujeitos à critérios de produtividade baseados em dados de prevenção, controle de determinadas morbidades e na quantidade de pessoas cadastradas naquela unidade. [7]

Na prática, esse modelo compromete o planejamento de políticas públicas, devido à variabilidade dos recursos recebidos, desconsiderando ações fundamentais na promoção de saúde desempenhadas pela APS que extrapolam os serviços biomédicos, como visitas domiciliares, ações comunitárias, grupos terapêuticos e outras medidas de vigilância sanitária.

Já no começo de 2020, o modelo multiprofissional de saúde do SUS recebe seu golpe de misericórdia. O Ministério da Saúde (MS) retira o incentivo financeiro à implementação de novas equipes multiprofissionais, que agrava o importante déficit de funcionários do setor - considerando a extinção, no ano anterior, de mais de 22 mil cargos na área da saúde, sendo quase metade deles de agente comunitários [8] - e inviabiliza, profundamente, a existência dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF).[9]

Em meio à pandemia, na contramão do fortalecimento necessário do SUS, o governo federal criou a Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), proposta no lançamento do programa Médicos pelo Brasil. A DENEM, à época da publicação do programa, elaborou uma cartilha debatendo o tema, que pode ser consultada neste link: [bit.ly/MedicosPeloBR](https://bit.ly/MedicosPeloBR).

Em conjunto, essas medidas lubrificam as engrenagens da mercantilização e da privatização da saúde, na medida em que o desmonte da APS aproxima, cada vez mais, de uma cesta básica de serviços – adequando-se ao modelo de “APS seletiva” defendido pela OMS na década de 90 – pautada na relação custo-efetividade e de baixo potencial de lucratividade para o Capital, a serem oferecidas pelo Estado de forma precarizada, enquanto que recursos mais robustos do SUS são drenados pelo gargalo da complementaridade, destinados aos serviços mais caros e lucrativos, de média e alta complexidade. Na prática, o SUS alimenta e está fadado a alimentar, de acordo com seus alicerces estatutários, o parasita que ano após ano espolia seus resquícios de subsistência mínima. [1]

O que concluímos disso tudo?

Seja elevando o preço de um respirador a números exorbitantes, seja intimidando parceiros econômicos como os EUA fez com a China, as grandes empresas privadas (e nem sempre do setor da saúde) nacionais e internacionais assistem à pandemia não mais como espectadores, mas como protagonistas. Por diversos ataques ao SUS, ao longo dos anos, viramos reféns do mercado. É necessário, portanto, lutar por um sistema universal de saúde e retomar nosso protagonismo em nossa própria história.

Saúde não é mercadoria!

Acompanhe a DENEM na luta pelo SUS e contra a privatização da saúde!

**Referências:**

- 1) Frente Nacional Contra A Privatização da Saúde. *Por uma saúde que atenda aos interesses da classe trabalhadora: pelo fortalecimento do SUS público, gratuito, 100% estatal e de qualidade.* Novembro/2018. Disponível em: <[https://docs.google.com/file/d/1s06Z2chiPnhih2qpf83NGbuw\\_RH\\_YUOj](https://docs.google.com/file/d/1s06Z2chiPnhih2qpf83NGbuw_RH_YUOj)> Acesso em: 08/05/2020.
- 2) Frente Nacional Contra A Privatização da Saúde. *Contra Fatos Não Há Argumentos que sustentem as OSS.* Junho/2012. Disponível em: <<https://docs.google.com/open?id=0B3SRQLv1tEAVOE9WUDAtYXlubnc>> Acesso em: 08/05/2020.
- 3) Silva, V.M. *As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. Disponível em: <<https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2832>> Acesso em: 08/05/2020.
- 4) Sodré, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 114, p. 365-380, Jun/2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282013000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200009)> Acesso em 08/05/2020.
- 5) Notícia: <<https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/ouro-verde-jonas-e-investigado-apos-ser-citado-por-empresarios-em-supostas-negociacoes-para-favorecer-vitale.ghtml>> Acesso em: 08/05/2020.
- 6) Notícia: <<https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2020/03/31/desmonte-de-clinicas-da-familia-deixa-favelas-vulneraveis-a-covid-19-no-rio.htm>> Acesso em: 08/05/2020.
- 7) Notícia: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-saude-tera-novo-modelo-de-financiamento>>. Acesso em: 08/05/2020.
- 8) Notícia: <<https://www.brasildefato.com.br/2019/12/23/governo-extingue-224-mil-cargos-da-saude-destes-106-mil-sao-agentes-comunitarios/>> Acesso em: 08/05/2020.
- 9) Notícia: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia>> Acesso em: 08/05/2020.

## PARTE II: Tendências do Sistema de Saúde Brasileiro na pandemia da COVID-19 [2020]

### 1. O Circo Brasileiro na COVID-19: quem anda na corda bamba para equilibrar o SUS e a democracia?

No picadeiro brasileiro, o presidente Jair Bolsonaro (sem partido) se equilibra na longa corda bamba da crise política, sanitária e econômica brasileira, a fim de *respirar* em meio a um ilhado governo que, segundo dados Datafolha, tem rejeição nacional de 43%, com base fixa de 33% [25], o que evidencia o caráter insustentável em suas políticas de governo e atitudes presidenciais, efetivando uma polarização assimétrica da opinião pública conforme sua popularidade cai no Brasil. Na mão da crise global sanitária, o Brasil segue atrás apenas dos EUA no número de óbitos pela COVID-19 nas Américas, com mais de 400 mil infectados e ocupa o 2o lugar no *ranking* mundial de países com mais casos confirmados [26]; no mundo são mais de 5 milhões e meio de infecções pelo novo coronavírus, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). [1]

A fim de iniciar a discussão para a compreensão do contexto nacional no qual a pandemia se encontra ao atingir o Brasil no fim de março/2020 (saiba mais sobre: <https://bit.ly/NotaOficialCOVID-19DENEM>), alguns elementos são essenciais ao debate inicial. Assim, analisamos um país extenso de dimensões territoriais continentais - com imensas desigualdades regionais historicamente constituídas (e jamais reparadas) - com mais de 209 milhões de habitantes, sendo uma nação tão diversificada quanto desigual em si. O Brasil tem sua economia conforme os parâmetros de divisão de produção em termos globais de cunho dependente e agroexportador de matérias-primas e *commodities* da dita Divisão Internacional do Trabalho (DIT), entre *países desenvolvidos e subdesenvolvidos*.

Segundo a Teoria Marxista da Dependência (TMD), a dependência surge no contexto de um sistema mundial de base socioeconômica capitalista, no qual um grupo de países têm suas economias condicionadas pelo desenvolvimento das economias de outros grupos de países, os quais estão submetidos pela dinâmica do comércio internacional, com desequilíbrio e déficit entre o que exportam (*commodities*) e o que importam (*industrializados*). Porém, de forma a compensar esse desequilíbrio, os capitalistas lançam mão do aumento da exploração dos trabalhadores, que pagam o ônus da troca desigual, já que a restrição de seu consumo não configura empecilho ao patrão, cuja acumulação de capital depende do mercado externo. Desse modo, a conta pesa mais aos trabalhadores dos grupos marginalizados, oprimidos e extintos historicamente nessa sociedade - povos indígenas, negros e mulheres [2].

A partir disso, sabendo que o *processo saúde-doença* é determinado pelo lugar que o indivíduo ocupa dentro da estrutura da sociedade que vive [3], e conhecendo o acúmulo cultural e a histórica colonização do país, entendemos, portanto, a importância e a necessidade da garantia do direito à saúde.

Assim, a garantia é assegurada pela Constituição “Cidadã” de 1988 após período de redemocratização do Brasil, com o respaldo em lei pelo *Artigo 198* de um sistema de saúde de acesso universal; público; estatal; 100% gratuito e de qualidade à população brasileira.

Entretanto, vimos que o Sistema Único de Saúde (SUS) sofre ataques neoliberais massivos desde sua implementação - com seu subfinanciamento crônico e o caráter liberal de *saúde complementar* dado à iniciativa privada - além do desmascarado e assumido desmonte, sobretudo após aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 (PEC da Morte) no governo golpista de Michel Temer (2016-2018). Desse modo, há 32 anos o SUS se equilibra na corda governamental e, no circo brasileiro de 2020, pode se desequilibrar sem ninguém para segurá-lo.

A epidemia nacional da COVID-19 explana a *transparência* da frágil e ameaçada democracia brasileira a qual se fantasia de palhaço com as declarações do atual presidente, Jair Bolsonaro. Desde o início da pandemia (março 2020) no Brasil, o chefe do Executivo minimiza os impactos da pandemia, declarando que “*não é tudo o que dizem*” e “*é uma histeria*”, chegando a chamar de “*uma gripezinha*”, duvidando publicamente acerca do número de mortos no estado de São Paulo (SP) devido a COVID-19. Além disso, menospreza e ironiza a mortalidade no Brasil do novo coronavírus com frases do tipo: “*não sou coveiro*” e “*e daí?*” ao ser questionado pela imprensa nacional sobre o número de *óbitos/dia* no território.

Em 7 de maio de 2020, o renomado periódico científico *The Lancet* publicou um editorial que indica o presidente Jair Bolsonaro como a maior e principal ameaça à resposta brasileira no combate contra à COVID-19 no Brasil [6].

Ademais, contrariando as recomendações da OMS acerca do isolamento social e aglomerações, o presidente do Brasil divulgou, no dia em que alcançamos mais de 10.000 óbitos pela COVID-19, a feitura de um churrasco no Palácio da Alvorada (DF) para 30 convidados, satirizando, como em um picadeiro governamental, o número de convidados quando as críticas surgiram [4,5]. Desse modo, suas atitudes demonstram que, além de seguir à risca a insustentável *velha política* e a agenda neoliberal que impera mundo afora, revela que desde sua campanha presidencial (2018) possui evidente projeto fascista de Estado, apoiado por um núcleo duro e assíduo da elite brasileira, para o qual pouco importa a vida do povo brasileiro, sustentando e corroborando a necropolítica exercida pelo governo.

Na corda bamba do circo nacional, a política brasileira anda a passos leves para não cair e mostra seu show de malabarismo governamental, em 16/04/2020, quando o até então nomeado ministro da Saúde do BR, Luiz Henrique Mandetta, foi exonerado por Bolsonaro. Fato esperado, vide diversas ameaças proferidas pelo presidente, tais como: “*Não tenho medo de usar a caneta, nem pavor. E ela vai ser usada pelo bem do Brasil. (...)*” [7]. A demissão ocorre devido às recomendações de manejo do presidente terem sido contrariadas pelo ex-ministro da Saúde Luiz H. Mandetta, uma vez que o mesmo defendeu na pasta o isolamento social horizontal para contenção e combate à epidemia da COVID-19, embasado em evidências técnico-científicas para suas ações sanitárias.

Em 20 de abril de 2020, segundo dados *Datafolha*, 64% da população brasileira rejeitava a exoneração de Mandetta do cargo no país [8], sendo o primeiro a deixar o antro do bolsonarismo.

Entretanto, apesar da alta popularidade nacional que Mandetta progressivamente adquiriu durante a epidemia, ofuscando o ideal político bolsonarista ao “*vestir a camisa do SUS*” e manter medidas de restrições sociais recomendadas pela OMS, não podemos deixar de relembrar seu total alinhamento ao projeto de Estado de cunho privatista proposto para o nosso SUS, bem como seu apoio tanto na aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 quando era deputado federal à época quanto ao *impeachment* da Dilma (PT), alinhando-se ao governo golpista de Michel Temer (2016-2018) [9].

No picadeiro brasileiro, o próximo a se apresentar no circo governamental é, o médico oncologista e não mais ministro da Saúde do Brasil, Nelson Teich (saiba mais sobre: [bit.ly/MandettaTeichDENEM](http://bit.ly/MandettaTeichDENEM)). Assumiu o cargo designando militares para ocupação de atribuições no MS, ausentando-se da interlocução com os governos estaduais, colocando-se, assim, contrário à fila única para os leitos de UTI no país. Por fim, sustentou a política de subnotificação com a excessiva e, ainda atual, sub testagem da doença no país [10, 11 e 12]. Porém, como em um passe de mágica, em 13/05/2020, Teich deixa o cargo de ministro após se recusar em adotar as medidas de manejo da pandemia desejadas por Jair Bolsonaro, tais como flexibilizar o uso da Hidroxicloroquina no tratamento do *SARS-CoV-2*, além da sutil disputa de narrativas acerca do isolamento social no Brasil. Afirma, ainda, que conciliar os pedidos de intervenção do presidente com a realidade dos impactos da COVID-19 no Brasil é difícil e quase impossível, com “*incapacidade em enxergar à frente*” [13].

Nesse contexto, a política fascista possui o papel de equilibrista e se resulta em um cenário de grande instabilidade política, sanitária e econômica enfrentada pelo país em plena vigência de uma grave epidemia nacional, sem medidas responsáveis e coerentes com a realidade da população brasileira e com o nosso SUS.

Portanto, com a saída de Teich do MS, em 15/05/2020, o malabarista Jair Bolsonaro indica o décimo militar ao governo para assumir a pasta de maneira interina, sendo o general Eduardo Pazuello o terceiro e novo ministro interino da Saúde durante a epidemia, sem formação médica ou tampouco de defesa pelo SUS [19, 20]. Com a escolha do general, o Governo Federal passa a ter 45% dos ministérios ocupados por militares; um número maior do que 3, dentre os 5 governos vigentes na Ditadura Militar no Brasil (1964-1985) [19].

Pazuello antes cotado como sucessor de Teich na saúde, quando assume, logo flexibiliza, em 20/05/2020, - a droga protagonista do entrave político de seus antecessores com Bolsonaro - a aprovação do protocolo do uso da Hidroxicloroquina para tratamentos em casos leves como uma medida política [22], reafirmando o alinhamento aos desejos presidenciais, uma vez que o presidente defendia a cloroquina com um discurso político extremista e satírico ao dizer: “*Quem é de direita toma cloroquina, quem é de esquerda, Tubaína*” [21].



Entretanto, a OMS desiste, em 27/05, de testar a cloroquina para o tratamento da COVID-19 [22], pois a renomada revista científica *The Lancet* indicou, em 22/05, uma pesquisa a qual demonstra que as drogas, Hidroxicloroquina e Cloroquina, podem estar relacionadas à maior taxa de mortalidade da doença. [23] O Brasil, mais uma vez, se encontra na contramão das recomendações, caindo em queda livre, sem a devida responsabilidade social com a vida do povo brasileiro.

Assim, apenas 2 medidas são comprovadas como efetivas na resposta à pandemia: o isolamento social horizontal e a testagem em massa para o controle dos casos, sobretudo dos assintomáticos. O Brasil, em maio/2020, ocupa a vergonhosa posição 127º do *ranking* entre os 167 países que realizam testagem no combate à COVID-19. O país, com mais de 200 milhões de pessoas, apenas testa casos graves e profissionais de saúde e corrobora, assim, a necropolítica que embasa o colapso do SUS devido à crise sanitária no país.

Segundo pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), hoje no Brasil para cada 1 caso confirmado, há 14 novos casos não confirmados da COVID-19 [14], evidenciando a extrema subnotificação e sub testagem da doença no país. Vivemos em um cenário epidêmico de crescimento exponencial em relação ao número de *óbitos/dia*, ultrapassando a China (país mais populoso do mundo) 2 vezes no número de falecidos [15], somado a um número expressivo de profissionais de saúde infectados por falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) [16] e sendo o Brasil o pior na taxa de crescimento de letalidade na curva de comparação com países da América Latina [17].

Além das severas consequências para o Brasil, um cenário político de relações exteriores de repulsa foi traçado, tendo o Brasil se tornado irrelevante na organização das estratégias de Saúde Global, até então. Assim, em 24/04/2020, foi deixado de fora da aliança global da OMS para acesso a tratamentos e vacinas em resposta à pandemia, tendo o país, historicamente, liderado o assunto na OMS para acesso a medicamentos. O Brasil foi pioneiro no início do século XXI, aliado ao governo francês, na fundação da *Unitaid*, um mecanismo internacional que permite o acesso a remédios aos mais pobres [18].

Desse modo, o Governo Federal não se comporta com o necessário compromisso à vida e à solidariedade nacional e global, tornando-se condizente com o genocídio sem escrúpulos de seu povo, já previsto pelo projeto fascista, agravado pela pandemia em meio a crise política do governo bolsonarista. As mais de 25 mil mortes pela COVID-19 são de responsabilidade direta das atitudes do irresponsável dono do picadeiro, Jair Bolsonaro [26].

O colapso na saúde é realidade, uma vez que o SUS se equilibra na corda bamba da privatização desde seu nascimento em intenso subfinanciamento até seu franco desmonte nos últimos anos.

No mais, considerando a população brasileira ainda mais explorada pela dependência do país na DIT, de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Brasil tem uma taxa de economia informal de 46% e tem seus trabalhadores informais entre os mais afetados no mundo pela COVID-19 [27] pela falta de acesso a bens, serviços e políticas públicas, não sendo possível seguir o isolamento social como recomendado, pois precisam trabalhar para sobreviver no país. Assim, o espetáculo trágico no palco do Brasil ainda não terminou. O equilíbrio para manter a democracia e o SUS depende da extensão da corda bamba da política nacional e dos malabaristas do ministério da Saúde. Afinal, quem é o palhaço, nós ou o presidente?

## REFERÊNCIAS:

- 1) Organização Mundial da Saúde (OMS): Relatório Situacional COVID-19. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200528-covid-19-sitrep-129.pdf?sfvrsn=5b154880\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200528-covid-19-sitrep-129.pdf?sfvrsn=5b154880_2)> Acesso em: 29/05/2020.
- 2) Marini, R.M. *Dialética da Dependência*. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate*, Salvador, v.9, n.3, pp.325-356, 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/24648>> Acesso em: 06/05/2020.
- 3) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM). *Sobre Saúde e Sociedade: mas afinal o que é Saúde?* 2019. Disponível em: <[bit.ly/SaudeSociedadeDENEM](http://bit.ly/SaudeSociedadeDENEM)>. Acesso em: 08/05/2020.
- 4) Notícia: <<https://www1.folha.uol.com.br/amp/equilibrioesaude/2020/04/veja-declaracoes-de-bolsonaro-minimizandocoronavirus-diante-de-escalada-de-mortes.shtml>> Acesso em: 08/05/2020.
- 5) Notícia: <<https://oglobo.globo.com/brasil/contrariando-recomendacoes-da-oms-bolsonaro-diz-que-fara-churrasco-para-30-convidados-no-sabado-1-24415884>> Acesso em: 08/05/2020
- 6) Editorial. *The Lancet*, v.395, iss. 10235, p.1461, may 09,2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31095-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31095-3/fulltext)> Acesso em: 09/05/2020.
- 7) Notícia: <<https://www.jb.com.br/pais/politica/2020/04/1023171--vai-chegar-a-hora-deles--bolsonaro-ameaca-usar--caneta--contra-membros-do-governo.html>> Acesso em: 08/05/2020.
- 8) Notícia: <<http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2020/04/1988673-64-avaliam-que-bolsonaro-agiu-mal-ao-demitir-mandetta.shtml>> Acesso em: 08/05/2020.
- 9) Notícia: <<http://aduff.org.br/site/index.php/noticias/noticias-recentes/item/4054-em-meio-a-pandemia-da-covid-bolsonaro-exonera-ministro-da-saude>> Acesso em: 08/05/2020.
- 10) Notícia: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/reuters/2020/05/07/teich-exonera-servidores-e-muda-equipe-do-ministerio-da-saude-em-meio-a-epidemia.amp.htm>> Acesso em: 08/05/2020.
- 11) Notícia: <<https://veja.abril.com.br/politica/o-comeco-enrolado-de-nelson-teich-no-ministerio-da-saude/amp/>> Acesso em: 08/05/2020.

- 12) Notícia: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-07/com-espera-para-uti-em-varios-estados-teich-diz-que-discutira-fila-unica-com-privados-quando-o-sus-chegar-no-limite.html?outputType=amp>> Acesso em: 08/05/2020.
- 13) Notícia: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/24/teich-diz-que-pais-enfrenta-covid-com-absoluta-incapacidade-de-enxergar-.htm> Acesso em: 26/05/2020
- 14) Estimativa Casos de Covid-19 FMRP-USP. Disponível em: <<https://ciis.fmrp.usp.br/covid19-subnotificacao/>> Acesso em: 09/05/2020.
- 15) Notícia: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/08/coronavirus-covid19-casos-mortes-brasil-8-maio.htm>> Acesso em: 09/05/2020.
- 16) Notícia: <<https://br.noticias.yahoo.com/coronavirus-brasil-tem-6-mil-profissionais-de-saude-infectados-por-falta-de-ep-is-diz-associacao-212824874.html>> Acesso em 09/05/2020.
- 17) Notícia: <<https://www.bbc.com/portuguese/amp/geral-52553869>> Acesso em: 09/05/2020.
- 18) Notícia: <<https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2020/04/24/sem-brasil-oms-faz-mega-evento-com-lideres-mundiais-e-rebate-bolsonaro.htm>> Acesso em: 09/05/2020.
- 19) Notícia: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/15/saiba-quem-e-general-pazuello-o-novo-ministro-interino-da-saude.htm> Acesso em: 28/05/2020
- 20) Notícia: [https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/05/15/interna\\_politica,855164/saiba-quem-e-o-general-eduardo-pazuello-que-assume-interinamente-a-sa.shtml](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/05/15/interna_politica,855164/saiba-quem-e-o-general-eduardo-pazuello-que-assume-interinamente-a-sa.shtml) Acesso em: 28/05/2020
- 21) Notícia: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,quem-e-de-direita-toma-cloroquina-quem-e-de-esquerda-tubaina-diz-bolsonaro-sobre-liberacao,70003308307> Acesso em: 28/05/2020
- 22) Notícia: <https://www.folhavoria.com.br/saude/noticia/05/2020/ministerio-da-saude-libera-cloroquina-para-todos-pacientes-com-coronavirus> Acesso em: 28/05/2020
- 23) Notícia: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/05/oms-desiste-de-testar-cloroquina-em-tratamento-de-covid-19.shtml> Acesso em: 28/05/2020
- 24) [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31180-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31180-6/fulltext) 22 de maio de 2020. - Acesso em: 28/05/2020
- 25) Notícia: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/05/rejeicao-a-bolsonaro-bate-recorde-mas-base-se-mantem-diz-datafolha.shtml> Acesso em: 28/05/2020
- 26) Notícia: <https://olhardigital.com.br/coronavirus/noticia/covid-19-brasil-registra-mais-de-441-mil-casos-mortes-chegam-a-26-788/98089> Acesso em: 29/05/2020
- 27) Notícia: <https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/trabalhadores-informais-no-brasil-estao-entre-os-mais-afetados-no-mundo-diz-OLT1> Acesso em: 29 /05/2020

## **2. Entre a Vida e o Lucro: Qual o modelo de Saúde para enfrentar a pandemia?**

Em abril de 2020, uma notícia apontou que uma região pobre da cidade de São Paulo, a Brasilândia, registrou 54 mortes causadas pela COVID-19, de um total de 89 casos confirmados da doença. Em contraste, o Morumbi, região rica da capital paulista, contabilizou 297 casos confirmados, mas com um número de mortes significativamente menor: 7! [1]. Um outra matéria apontou que nessa mesma cidade, as mortes estão ligadas mais às áreas pobres do que àquelas com maior número de casos confirmados ou maior concentração de idosos.[2] O padrão não se restringe à São Paulo: das 20 cidades com maior mortalidade e incidência de casos, 18 estão no Norte e Nordeste, regiões mais pobres do país. [3]

Longe de serem explicados por mera predileção do SARS-CoV-2 pela pobreza e pelos explorados, os dados acima escancaram o caráter essencialmente de cunho social do adoecimento. Apesar de infectados pelo mesmo parasita, a forma como se dará a infecção, suas repercussões clínicas e, sobretudo, o desfecho da doença em sua evolução clínica, diferem substancialmente de acordo as condições de vida e trabalho da população - determinadas pela posição que se ocupa nessa sociedade; condições essas que encontram-se em queda livre, rumo à precarização, sobretudo para o enorme contingente de desempregados, trabalhadores informais e população das periferias. Para esses brasileiros, a morte está sempre à espreita: seja mantendo-se em isolamento, e assim perdendo a renda para garantir sua subsistência mínima ou quebrando a quarentena e contaminando-se.

Assim, o enfrentamento da pandemia e efetivação do isolamento, necessariamente, passam pelo asseguramento pelo Estado de políticas públicas que garantam: renda emergencial digna, estabilidade de moradia; direito a afastamento remunerado do trabalho, dentre outros direitos sociais, há muito perdidos nas contra reformas trabalhista e previdenciária.

Nessa esteira, considerando as diversas complexidades de cuidado que a COVID-19 pode demandar, sejam elas o controle de comorbidades prévias, o manejo de alta complexidade de casos graves, os serviços psicológicos e as orientações gerais sobre precauções etc., evidencia-se, novamente, a necessidade de um sistema de saúde inteiramente Estatal, acessível a toda a população, gratuito, e que ofereça as várias esferas de complexidade do cuidado com qualidade.

O Brasil, todavia, cada vez mais, distancia-se desse horizonte. Para além do franco processo de desmonte do SUS, a saúde tem se destacado como importante feira de negócios, por meio de renúncias fiscais, de subsídios à expansão desordenada do setor suplementar, dos planos e seguros privados de saúde; pela isenção de impostos aos grandes hospitais privados; pelas desonerações fiscais para a importação e produção interna de equipamentos e insumos biomédicos, inclusive medicamentos, e pela aprovação, no governo Dilma (GT), da entrada de capitais estrangeiros na área da saúde.

O efeito desse processo é sentido, não somente na pele, pela população cotidianamente, na medida em que o desmonte do SUS se reflete em redução tanto do acesso aos serviços de saúde de que necessita, quanto da sua qualidade.

O assalto ao direito à Saúde, todavia, está longe de ser uma peculiaridade do Brasil. Têm tido certo protagonismo no debate mundial de saúde, principalmente na última década, as formulações acerca da “*Cobertura Universal de Saúde*” (CUS), um museu de grandes novidades. Endossada por organizações chave do capitalismo, como o Banco Mundial (BM), o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Fundação Rockefeller e a Organização Mundial da Saúde (OMS), a CUS traz como principal mote “a garantia de que todas as pessoas obtenham serviços de saúde de boa qualidade quando assim necessitarem, sem que sofram danos financeiros em seu pagamento”. [4]

Utilizando como mera alegoria o termo “*universal*”, a garantia de saúde a toda a população está longe de figurar entre as propostas da CUS. Nas entrelinhas, ela propõe uma “*proteção financeira em saúde*”, a fim de evitar os gastos astronômicos desembolsados pela população que não dispõe de acesso gratuito à saúde no ato de utilização, em situações como sofrer um acidente, necessitar de cirurgia ou internação de emergência. De modo geral, se resume à quantidade de pessoas que possuem algum plano ou seguro, estando potencialmente cobertas - o que não se reverte, necessariamente, em acesso e utilização desses serviços. [5]

Na prática, essa “*proteção*” seria realizada pelo financiamento público de seguros privados de saúde, com enfoque na população de maior vulnerabilidade, os mais pobres - *beirando uma caridade* - disfarçando, assim, o velho método de escoamento dos recursos públicos, que discutimos anteriormente, para o setor privado de saúde e a ruptura com a perspectiva de saúde como direito. Assim, perpetua-se a esterilização dos investimentos em infraestrutura, tecnologia, força de trabalho e financiamento públicos, fatores preponderantes para a consolidação de um sistema público e estatal de saúde que garanta cuidado integral e acesso universal, despido do parasitismo das empresas privadas. Em contrapartida, produz-se o terreno fértil para a abertura de mercados dos planos de saúde, indústria de medicamentos e outros insumos.

Na América Latina, laboratório das mais diversas facetas da exploração capitalista, a lógica da CUS já opera de forma perceptível em dois países. No México - segundo o ditado, “*tão longe de Deus e tão perto dos EUA*” - os trabalhadores com carteira assinada são atendidos pelo Instituto Mexicano de Seguro Social. Os ricos, contratam serviços privados. Para o restante da população mais pobre e trabalhadores informais, vigora o “*Seguro Popular de Saúde*” (SPS), estruturado em 2003. Nele, os beneficiários recebem tratamentos para um grupo seletivo de doenças, o qual, por vezes, não inclui suas complicações.

Assim, um paciente pode ser tratado para Câncer de Pulmão ou Linfoma, mas está descoberto caso a doença atinja a boca ou a laringe [11,12].



Fato é que, mais de uma década depois, cerca de 20 milhões de pessoas ainda permanecem sem seguro, mantêm-se os altos gastos no ato de utilização - mesmo entre os beneficiários do SPS, sem indícios de melhoria da saúde da população, redução significativa das desigualdades, maior eficiência ou qualidade. [6]

A Colômbia, por sua vez, padece com um modelo semelhante, adotado em 1993. Como esperado, este levou à expansão do setor privado no asseguramento e na prestação de serviços, apresentando os problemas clássicos de planos de saúde, como negação de serviços, e altos gastos administrativos - quebrando a velha falácia de maior eficiência e rentabilidade da administração privada.

Como cereja desse caríssimo bolo, o modelo foi palco de diversos casos de corrupção, sendo que o maior desfalque da história do sistema de saúde colombiano foi realizado pela maior empresa prestadora de serviço (EPS) do regime contributivo (*Saludcoop EPS*) na década de 2000 - contrariando a velha tese de que a corrupção é um defeito inerente e particular do serviço público, uma das grandes bandeiras da ideologia liberal. [7]

Como dito acima, em meio à pandemia do novo coronavírus, os EUA e a política neoliberalista vanguarda de Trump dão uma aula ao mundo de forma assombrosa e didática sobre a contradição entre VIDA vs LUCRO. [14] Apesar da alta concentração de riquezas, com o maior PIB do mundo e tecnologias referenciadas no país, nos EUA a saúde não é um direito do cidadão como o nosso SUS, sendo a saúde norte-americana de cunho privatista, inflexíveis a mudanças por pressão tanto dos complexos farmacêuticos quanto das instituições privadas dos convênios médicos proporcionados por meio de *seguros-saúde*, sendo irrisório e ínfimo o acesso da população estadunidense a todo esse aparato de saúde que, além de caro, é racista [15].

Nesse contexto, em maio (2020) nos EUA, a política que pauta *saúde* em *privilégios*, escancara, além das altíssimas taxas de disseminação do vírus no país, a mortalidade que agrava, eterniza e sela os interesses de governos racistas, como o de Donald Trump. Assim, a COVID-19 explana a histórica disparidade racial e social norte-americana, sendo a maioria dos óbitos da população negra, hispânica e latina-americana, estes residentes das regiões metropolitanas dos EUA, sem acesso à saúde ou tampouco a direitos [14].

Ademais, os altíssimos custos de consultas e procedimentos somado a falta de acesso e/ou capital nesse raciocínio neoliberal de saúde, são tramas de dramas sociais cotidianos nos EUA. Desse modo, há um total de 27 milhões de pessoas que não possuem nenhuma cobertura de saúde e estão com a sua saúde à *mercê* na pandemia. Assim, além do diagnóstico positivo da COVID-19, os desassistidos podem receber como *brinde econômico* uma dívida, pelos gastos à saúde, de aproximadamente 34 mil dólares pelo tratamento da doença àqueles sem *seguro-saúde* nos EUA [8].

Porém, mesmo os “segurados” por planos de saúde são surpreendidos, frequentemente, por cobranças exorbitantes que não foram previamente negociadas, considerando a cobertura limitada de muitos planos [9]. O documentário “\$ICKO - SOS SAÚDE”, lançado em 2007, aborda as mais variadas atrocidades vividas justamente pelos indivíduos que possuem planos de saúde, tais como a do trabalhador que teve de escolher qual dedo, dentre os dois amputados em um acidente, ele preferia reimplantar. Era tudo que seu plano cobriria [10].

No Brasil, os planos de saúde têm movido suas peças rumo à mercantilização da saúde. No governo golpista de Michel Temer (2016-2018), em consonância à CUS, são propostos os “planos acessíveis de saúde”, destinados “àqueles que não podem pagar”, e custeados pelo Estado [11]. No governo Bolsonaro, além de alçar ao Ministério da Saúde um de seus puro-sangues, o ex-presidente da Unimed Henrique Mandetta, as operadoras de planos de saúde colocam em xeque a saúde de milhões de brasileiros ao recusarem firmar compromisso com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de manutenção da assistência médica aos beneficiários inadimplentes durante a pandemia [12].

Em meio a isso, nos últimos anos, pulverizam-se pelo país as clínicas populares, que, em geral, oferecem consultas e alguns procedimentos a custos baixos para indivíduos que não possuem plano de saúde, lançando questionamentos sobre a qualidade do serviço oferecido e a precarização dos profissionais envolvidos [13].

## REFERÊNCIAS

- 1) Notícia: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/04/18/morumbi-tem-mais-casos-de-coronavirus-e-brasilandia-mais-mortes-obitos-crescem-60percent-em-uma-semana-em-sp.ghtml>> Acesso em: 08/05/2020.
- 2) Notícia: <<https://vejasp.abril.com.br/cidades/covid-19-mortes-se-concentram-nas-areas-pobres-de-sao-paulo/>> Acesso em: 16/05/2020.
- 3) Notícia: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/05/10/casos-de-coronavirus-e-numero-de-mortes-no-brasil-em-10-de-maio.ghtml>> Acesso em: 16/05/2020.
- 4) Notícia: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/cobertura-universal-de-saude-a-nova-aposta-do-capital>> Acesso em: 08/05/2020
- 5) GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1763-1776. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 08/05/2020.
- 6) Notícia: <<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Mexico-a-doenca-da-saude/5/17640>> Acesso em: 08/05/2020.
- 7) Cárdenas W.I.L. et al. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. *Cad Saude Publica*. 2017, vol.33(supl. 2), pp. 1-16.

- Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001405003](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405003)> Acesso em: 08/05/2020.
- 8) Notícia: <<https://economia.ig.com.br/2020-03-20/coronavirus-nos-eua-paciente-precisa-pagar-us-34-mil-com-exames-e-tratamento.html>> Acesso em: 16/05/2020.
- 9) Notícia: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51746841>> Acesso em: 08/05/2020.
- 10) Moore, M. Sicko: \$O\$ Saúde. 2008. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=VoBleMNAwUg>> Acesso em: 08/05/2020.
- 11) Notícia: <<https://www.viomundo.com.br/denuncias/decisao-da-ans-de-autorizar-planos-populares-prejuizo-aos-usuarios-e-ao-sistema-de-saude.html>> Acesso em: 08/05/2020.
- 12) Notícia: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/operadoras-de-planos-de-saude-nao-assinam-compromisso-da-ans>> Acesso em: 08/05/2020.
- 13) Notícia: <<https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2018/12/clinicas-populares-surgiram-de-deficiencias-do-sus-e-dos-planos-diz-medico.shtml>> Acesso em: 08/05/2020.
- 14) Notícia: <https://midianinja.org/juanmanueldominguez/coronavirus-e-a-disparidade-racial-nos-eua/> Acesso em: 24/05/2020
- 15) Notícia: <https://www.politize.com.br/sistema-de-saude-dos-estados-unidos/> Acesso em: 24/05/2020
- 16) Notícia: <https://noticias.r7.com/saude/eua-tem-96-mil-mortos-por-covid-19-e-quase-16-milhao-de-casos-23052020> Acesso em: 24/05/2020

### 3. As Veias Abertas do Desmonte do SUS: quem paga pela crise?

Em sua obra-prima, “*As Veias Abertas da América Latina*”, Galeano esmiuçou com maestria a exploração de nossa região pelas potências imperialistas desde a colonização, afirmando que “*a pobreza não está escrita nas estrelas, o subdesenvolvimento não é fruto de um obscuro desígnio de Deus*”, expondo, assim, a determinação histórica das mazelas a que nossa população está submetida até os dias de hoje.

Analogamente, todo o processo que analisamos de desmonte do SUS e de outros direitos sociais também não caíram dos céus. Já ao final do século XX, os movimentos sociais do mundo todo perdem uma importante base de sustentação, com o fim da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), na medida em que a potência socialista havia sido um importante catalisador para diversas conquistas sociais pelo mundo, tais como a estruturação dos Estados de Bem-Estar Social pela Europa, até mesmo respingando em diversas reformas sanitárias pela América Latina, tal como a Brasileira [17].

Os resultados dessa derrota durante a gestação do SUS podem ser encontrados em seu raquítico orçamento desde o nascimento e a crônica dependência do setor privado. Em meio a isso, na década de 90, o governo do príncipe da direita brasileira, FHC, leva a cabo a “*reforma*” do Estado, de forte cunho neoliberalista, levando a alguns dos primeiros marcos do desmonte do SUS, que se seguem nos demais governos inseridos nesta lógica socioeconômica [18].

Já no século XXI, a crise capitalista iniciada em 2008 pelo colapso da bolha imobiliária nos EUA provoca uma vertiginosa queda nas taxas de lucro de importantes corporações privadas do mundo todo, levando ao colapso da economia de diversos países. O pagamento dessa crise, como sempre, ficou nas costas dos trabalhadores e tem deixado um sinal de fumaça após a retirada massiva de direitos sociais duramente conquistados pelo povo [19], como discutido no documento “*Contextualização Histórica: A História da Saúde Pública no Brasil - DENEM*” (na íntegra: <http://www.denem.org.br/resgatesaudepublica>)

No Brasil, esse sinal remonta à aprovação das Contra Reformas Trabalhista e Previdenciária, as quais lançam as bases à acentuação da exploração e da produtividade dos trabalhadores; e ao desmonte de importantes políticas sociais de acesso à educação e à saúde, por exemplo, com o contingenciamento dos recursos das Universidades federais e com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95, ampliando os lucros a serem explorados pela privatização desses setores e levando à precarização condições de vida da população discutidas acima.

A nível mundial, isso explica porque organizações “*porta-vozes*” dos interesses do capital, como o BM, FMI, Fundação Rockefeller e até mesmo a OMS - que cada vez mais tem seus orçamento majoritariamente dependente das doações de empresas, como a Fundação Bill Gates [24]- defendem ferrenhamente propostas de saúde pública como a Atenção Primária Seletiva (discutida anteriormente) e a Cobertura Universal de Saúde.

Assim, entendendo a articulação das grandes corporações privadas e sua busca por lucro como a raiz que determina as condições de exploração e adoecimento da população, o enfrentamento desta pandemia reafirma a necessidade, não somente de um sistema de saúde público, estatal, universal, gratuito e integral, mas das demais condições para a efetivação de sua quarentena.

A luta por essas conquistas, por sua vez, demanda, urgentemente, mobilização política organizada que vise, não somente, à derrubada do governo obscurantista e ultraliberal de Messias e Mourão - que brinca com a saúde da população [25] - mas que busque a superação do atual modelo de sociedade que explora a vida pelo lucro.

## REFERÊNCIAS

- 1) Tubero, T.Z. e Campos, G.W.S.: *Movimento Sanitário: o SUS, debates e críticas. Relatório final do projeto de iniciação científica. Campinas-SP. Julho de 2011.* Disponível em: <[https://saudecomunista.files.wordpress.com/2014/07/reforma-sanitc3a1ria-brasileira-thac3ads-tubero .pdf](https://saudecomunista.files.wordpress.com/2014/07/reforma-sanitc3a1ria-brasileira-thac3ads-tubero.pdf)> Acesso em: 08/05/2020.
- 2) HARVEY, David. *17 contradições e o fim do capitalismo.* São Paulo: Boitempo, 2016.
- 3) Notícia: <<https://obrasilianista.com.br/2020/04/20/datafolha-popularidade-de-bolsonaro-se-estabiliza-maioria-desaprova-demissao-de-mandetta/>> Acesso em: 08/05/2020
- 4) Notícia: <<https://www.brasil247.com/mundo/organizacao-mundial-de-saude-depende-cada-vez-mais-de-dinheiro-privado>> Acesso em: 08/05/2020.
- 5) Notícia: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/28/e-dai-lamento-quer-que-eu-faca-o-que-diz-bolsonaro-sobre-mortes-por-coronavirus-no-brasil.ghtml>> Acesso em: 08/05/2020.

### Referências Gerais:

<https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>

<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf)

<https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/>

<https://covid.saude.gov.br/>

[BRUNA BALLAROTTI O MOVIMENTO ESTUDANTIL DE ... - Início.pdf](#)

<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2016.v40n108/204-218/pt>

<https://youtu.be/-HmqWCTEeQ>

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>