

# Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos

**Aione Maria da Costa Sousa**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

## **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos**

**Resumo:** O presente artigo tem como objetivo realizar uma reflexão acerca do princípio da universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando as contradições que permeiam a sua efetivação como direito de todos. Parte-se da afirmação de que a negação do direito universal à saúde está diretamente vinculada ao processo de mercantilização do sistema. Nesta perspectiva, efetiva-se uma pesquisa teórica (bibliográfica e documental), entre os anos 2012 e 2013, a partir da qual se delinea uma análise apresentando a realidade de alguns sistemas universais e os mecanismos contraditórios de negação desse direito no Brasil.

**Palavras-chave:** Saúde. Universalização. Privatização. Reforma Sanitária. Sistemas de saúde.

## **Universality of Health Care in Brazil and the Contradictions of its Denial as Everyone's Right**

**Abstract:** The purpose of this article is to reflect on the principle of universality in the Single Healthcare System (SUS), emphasizing the contradictions that permeate its enactment as a right held by everyone. It is based on the affirmation that the negation of the right to universal healthcare is directly linked to the process of mercantilization of the system. From this perspective, a theoretical study was conducted (both bibliographic and documental) in 2012 and 2013 from which was delineated an analysis that presents the reality of some universal systems and the contradictory mechanisms of denial of this right in Brazil.

**Keywords:** Healthcare. Universalization. Privatization. Healthcare Reform. Healthcare systems.

Recebido em 15.03.2014. Aprovado em 25.06.2014.

## Introdução

A conquista da saúde como direito impresso na Constituição de 1988 trouxe, dentre os princípios, a universalidade do acesso. Considerando que este se constitui um dos mais importantes, na medida em que é fundamento para a afirmação de que a saúde é um direito de todos e pressupõe que a sua garantia deve ser responsabilidade do Estado, o presente artigo pretende abordar as contradições que se constituem mecanismo de negação do acesso universal.

Inicialmente, este princípio teve como função romper a linha divisória que existiu ao longo da história da saúde no Brasil, na qual havia um direito restrito a assistência médica individual, exercido pelos trabalhadores que tinham emprego formal e contribuía diretamente com a previdência social. Os que não conseguiam entrar no mercado de trabalho eram tratados como indigentes, dependentes de ações das organizações filantrópicas e submetidos às práticas clientelistas. Com a Reforma Sanitária e a aprovação da Constituição Federal de 1988, a universalidade ganha duas dimensões: uma ampla, que é a legal, de garantia da saúde para todas as pessoas sem distinção; e uma restrita, que é a real, a qual se reflete na negação desse direito, seja por falta de vagas no atendimento em função da crescente demanda, seja pela falta de estrutura, de recursos ou de profissionais habilitados e que se veem obrigados a recorrer ao mercado, contribuindo com a ampliação do setor privado.

Neste texto realizaremos uma reflexão acerca do princípio da universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS), problematizando que a sua histórica negação na concretização como direito de todos está vinculada ao processo de privatização da saúde.

## Universalização da Saúde no Brasil: entre a conquista e a negação dos direitos

Os direitos sociais são resultados das lutas históricas dos trabalhadores contrapondo-se a situação de profunda desigualdade provocada pelo sistema capitalista. O Estado assume a responsabilidade pelas demandas sociais geradas neste contexto, visando redistribuir parte da riqueza produzida pelos trabalhadores e apropriada pelo capital. A contradição é que os direitos proclamados no âmbito jurídico e político nem sempre se encontram garantidos no contexto real, sendo historicamente violados.

A universalização da saúde constitui um dos ideários do movimento sanitário que foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, compondo os princípios básicos do SUS. Parte do reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e que o Estado deve projetar mecanismos institucionais que garantam o acesso aos bens e serviços sem limitação ou impedimentos, sendo efetivada pelo sistema público. Esta concepção expressa uma recusa da abordagem da saúde como mercadoria.

Segundo Japiassu e Marcondes (1996, p. 265), “universal é aquilo que se aplica a totalidade”, que “exprime a ideia de extensão completa de um conjunto”. Universalização é o ato, o efeito de universalizar, referindo-se a generalidade ou a qualidade do que é universal. No que se refere aos direitos sociais, considera-se que a compreensão da universalidade pode ser incorporada de forma diferenciada, a partir de duas perspectivas: a social democrática, que concebe o direito social inerente a todos e a liberal, que compreende que o acesso deve ser viabilizado através do mercado.

A primeira foi impressa pela reforma sanitária, afirmando o acesso à saúde como direito de todos, defendendo o seu caráter público/estatal, e a garantia de financiamento por meio da aplicação dos recursos públicos gerados por contribuições sociais, impostos, taxas e outras fontes de arrecadação estatal.

A segunda é a que tem sido imposta, desde a década de 1990, pelos organismos financeiros internacionais, compreendendo que a universalização de forma restrita, considera que cobertura da saúde pelo sistema público não comporta a totalidade da população, pois onera, sobrecarrega financeiramente o Estado. Portanto, este deve se responsabilizar pelos mais pobres, e os demais devem ter o acesso proporcionado pelo mercado. Neste sentido, o Estado só deve intervir residualmente, de forma focalizada, dualizando o acesso: o público para os que não podem pagar e o privado para os que têm condições de comprar.

A universalização cruza com seu contraditório: a focalização. Se na primeira todos têm direito ao acesso, na segunda, os recursos são seletivos, a política compensatória e o acesso restrito, direcionado aos mais necessitados, mais carentes, mais pobres.

Segundo Cohn (2005), o binômio – focalização e universalização – está relacionado às formas de pobreza e desigualdade social que fundaram o sistema de proteção social brasileiro. E como a saúde já foi instituída numa dicotomia, assistência médica previdenciária e ações de caráter coletivo, o modelo sempre foi duplamente fragmentado, tanto de forma financeira (contando com recursos contributivos salariais de uma parcela da população, enquanto a outra depende dos recursos orçamentários), como de forma social (que segmenta o acesso de assalariados e de pobres não assalariados).

Na década de 1980, com a luta pela democratização, a defesa dos direitos civis, políticos e sociais, a universalidade à saúde está entre os direitos consolidados na Carta Constitucional, de 1988. Para Cohn (2005) o principal desafio é contrapor-se a herança de segmentação das políticas sociais via Estado/mercado e garantir a efetivação desses direitos de fato, no plano real.

O SUS resultou de uma proposta de instituição de um sistema universal no qual todos tivessem acesso à saúde. Ao longo de sua existência construiu uma base jurídico e institucional legal concorrendo com o sistema privado.

Na concepção de Ocké-Reis (2009), o SUS foi inspirado em experiências universalistas do Estado de bem-estar europeu e se constituiu em um legado de crenças democráticas e socialistas que fizeram parte do processo de redemocratização do país, na década de 1980. Entretanto, não se transformou em um modelo redistributivo, público, universal e integral em sua totalidade. Para esse autor, o SUS não alcançou a cobertura universal por três razões:

- a) como sistema público paralelo ao privado, que concede espaços para uma dupla cobertura, segmentando o acesso;
- b) da parte do Estado não houve uma ação que efetivasse a democratização das instituições que regulamentam a profissão médica e os seus prestadores de serviços;
- c) não se adotou uma postura publicista em relação ao setor privado.

A universalização confrontou-se com um avanço do sistema privado e houve uma “expansão por baixo” com a “inclusão de milhões de pobres e indigentes e uma ‘exclusão por cima’, que segmentou os trabalhadores que renunciaram a assistência médica do SUS, em busca do atendimento diferenciado nos planos de saúde”. A privatização e o crescimento “endógeno” do mercado de planos de saúde “interditou o projeto estratégico do SUS, o projeto da reforma sanitária” (OCKÉ-REIS, 2009, p. 9).

Uma reflexão anterior posta por Mendes (2005) enfatiza a convivência de três grandes subsistemas na saúde do nosso país: o SUS, que é público e destinado a todos; o privado, de atenção médico suplementar destinado a uma parcela que possui planos de saúde; e o sistema privado, de desembolso direto. Entre os dilemas enfrentados pelo SUS se encontra a contradição de: “instituir-se como um sistema público de saúde para todos” ou ser caracterizado como um sistema destinado apenas à população mais pobre (MENDES, 2005, p. 35).

Tomando como base os países desenvolvidos, Mendes (2005) enfatiza a existência de dois grandes modelos de sistemas de saúde: o primeiro, estabelecido nas sociedades democráticas que se baseia em princípios de solidariedade social, como o Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia; o segundo, fundado em princípios do individualismo e do mercado, hegemonicamente privado, como é o caso dos Estados Unidos. Na situação do Brasil, o que ocorre é que: enquanto “o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado” (MENDES, 2005, p. 35).

Dominguez (2010), expondo o resultado de pesquisa realizada pela revista *Radis*, vinculada a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), apresenta dados de alguns países que adotam o sistema universal de saúde como: Canadá, Espanha e Reino Unido. Afirma que no Canadá, país com cerca de 33 milhões de habitantes, a cobertura universal iniciou-se no final dos anos 1940, mas não de maneira uniforme, pois não foi implantado de imediato em todo o país. Tratou-se de um processo que foi se ampliando até 1972, quando todas as províncias e territórios conseguiram atingir a cobertura universal. Em 1979, uma pesquisa realizada pelo governo canadense sobre o funcionamento do sistema de saúde, constatou mecanismos de cobrança nos serviços aos usuários. O Sistema Nacional de Saúde desse país foi revisto e em 1984 a lei *Canadá Health Act* definiu os princípios básicos da saúde: a equidade, a solidariedade, a universalidade e a acessibilidade. Mesmo assim, há serviços nesse país que não foram universalizados como: acesso a medicamentos, serviços odontológicos, oftalmológicos e cuidados a domicílio, garantidos apenas para as crianças e os idosos.

Na Espanha, o Sistema Nacional de Saúde, definido na Constituição Federal de 1978, garantiu a saúde para todos de forma universal e gratuita, com financiamento público, estando organizado em dois níveis: a

**O SUS resultou de uma proposta de instituição de um sistema universal no qual todos tivessem acesso à saúde. Ao longo de sua existência construiu uma base jurídico e institucional legal concorrendo com o sistema privado.**

atenção primária, com centros de saúde formados de equipes multiprofissionais; e a atenção especializada, prestada em centros de especialidades e hospitais.

No Reino Unido, o *National Health Service* (NHS) foi criado em 1948, para garantir saúde à 61 milhões de habitantes, fundamentado pelos princípios da universalidade, integralidade e gratuidade. Está organizado em dois níveis: atenção primária e secundária. Na década de 1970, as reformas liberais tiveram como alvo o Estado de bem-estar social, o NHS foi ameaçado de redução em função dos seus custos, mas resistiu até a década de 1990. A partir de 1991 sofreu algumas modificações, mas garantiu o caráter público e universal (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Já em outros países, como a França, o sistema funciona por meio de um seguro público de saúde compulsório, 96% dos tratamentos realizados pelos franceses é totalmente gratuito ou reembolsado em 100%. Há liberdade na escolha de profissionais e estabelecimentos: hospital público, privado, geral ou universitário. Não há listas de espera para intervenções cirúrgicas. Alguns exames e consultas não são gratuitos, as pessoas sabem disso e podem se consultar com médicos cujos honorários não são reembolsáveis pelo seguro de saúde (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

Segundo Lucena (2010), o sistema de saúde da França é bastante complexo, pois as caixas de seguros que financiam o tratamento possuem um papel parcial no processo de negociação dos honorários profissionais. Os hospitais públicos, privados e farmácias estão sob a tutela do Estado. Há 1.032 hospitais públicos que possuem características extremamente diversificadas e hoje são templos de tecnologia com uma diversidade de especialidades médicas. Há também clínicas particulares que vêm se transformando em hospitais privados.

Os problemas de financiamento e gestão, em face da crise econômico-social na França, vêm exigindo o enfrentamento de importantes questões: o estabelecimento de um novo acordo com a profissão médica, especificar os direitos e deveres de pacientes e médicos(as), o papel de clínicos gerais e especialistas, indicar quem ficará realmente encarregado do controle das práticas clínicas. O seguro-saúde e a divisão de competências entre o Estado e as caixas seguradoras, no que se refere à existência de regimes diversificados. A reforma dos hospitais públicos com a tentativa de torná-los eficientes, flexíveis e inovadores (LUCENA, 2010, p. 88-89).

Pode ser observado que a maioria dos sistemas de saúde desses países está alicerçada em uma organização mista de público e privado, alguns com uma inserção maior do público, outros com uma forte influência do privado. Entretanto, a crise do capital, que se estende desde a década de 1970 em uma onda longa (nos termos de Mandel), vem se aprofundando nas últimas décadas, afetando os países europeus, particularmente Espanha, Portugal, França, Grécia e ameaçando os sistemas universais, o que tem gerado grandes movimentos dos trabalhadores em defesa dos seus direitos, principalmente no que se refere à saúde. Sobre esta discussão, Louçã (2011), em entrevista a revista Carta Maior, afirma que o Sistema Nacional de Saúde de Portugal tem sido tratado como um negócio, o que não é admissível considerando que este já é financiado pela sociedade através do pagamento de impostos. E tendo em vista que a população portuguesa tem arcado com altos valores em tratamentos de saúde, submetidas às taxas excessivas devido às medidas de austeridade firmadas pelo governo com o Fundo Monetário Internacional (FMI), Louçã afirma que a conta da crise econômica vivida pelo seu país não deve ser paga pelos trabalhadores, com o empobrecimento e o desemprego. Reforça ainda que a revolução fiscal deve ter como base a tributação do capital e não do trabalho.

Quem paga a conta das crises capitalistas historicamente são os trabalhadores, pois sempre o ônus recai sobre os direitos sociais, alvo de políticas de austeridade, de corte de gastos públicos e redução salarial. A crise do capital, que se estende nas últimas décadas, tem deixado sequelas, provocada por uma baixa na taxa geral de lucro, o que promoveu duro ataque aos direitos trabalhistas desde o final da década de 1980. A reestruturação produtiva e os ajustes neoliberais foram as principais medidas adotadas, e o capital financeiro ou rentista assumiu posição privilegiada no processo de acumulação. Neste sentido, há uma abertura dos sistemas nacionais proporcionando a emergência de um espaço financeiro mundial, o que Chesnais (2003) chama de mundialização do capital.

Este contexto de mudanças na organização produtiva mundial tem rebatimentos na efetivação dos direitos conquistados pelos trabalhadores, em particular, os sistemas públicos de saúde, a exceção de Cuba, que ainda é o maior exemplo de sistema público de saúde, universal, guiado por princípios socialistas, reconhecendo o atendimento e a proteção à saúde como um direito universal de responsabilidade do Estado (SOUSA, 2013).

Em 2010, numa entrevista a Agência de Informação Frei Tito para a América Latina (Adital), o professor Gustavo Matta enfatiza que há três países no mundo cujos sistemas de saúde seguem a perspectiva universal, que são Reino Unido, Canadá e Cuba, no caso dos dois primeiros a iniciativa privada existe, mesmo de forma residual. Apesar de não se referir à realidade cubana, pode-se afirmar que é o único sistema totalmente público.

Os princípios que regem o sistema de saúde brasileiro, ou seja, a universalidade, a integralidade e a equidade, bem como as diretrizes que operacionalizam o referido sistema – descentralização, hierarquização e participação comunitária –, não têm sido suficientes para garantir a universalização da saúde em virtude de seu caráter dual, no qual a maior parte dos recursos públicos é direcionada aos serviços privados. O sistema privado no Brasil não é independente do SUS, está vinculado por meio de um processo de regulação que normatiza e controla, mas essa condição depende muito da organização e gestão da política no país e de cada estado e município.

O funcionamento dos serviços de saúde pública, dependendo da gestão e organização, muitas vezes entra em um círculo vicioso. As condições infraestruturais são precárias e a remuneração é baixa, por isso os profissionais, particularmente os médicos, se recusam a trabalhar no sistema público. Há escassez principalmente de médicos especializados, que preferem se dedicar aos seus consultórios particulares atendendo a planos e seguros. Aqueles contratados pelo SUS, muitas vezes não cumprem com as obrigações contratuais como, por exemplo, a carga horária de trabalho e os plantões. Dividem-se entre o emprego público e o atendimento privado, seja em seus consultórios ou nos hospitais particulares. Alguns desses profissionais possuem uma cultura de que o trabalho no setor público não é prioritário, trata-se de benesse, favor, caridade. Por isso, não criam vínculo nem compromisso com o seu trabalho como servidor público e estabelecem diferenças de tratamento entre os usuários do SUS e os que frequentam os consultórios particulares.

Persiste uma reprodução de dois mundos desiguais: o dos pobres, que recorrem somente ao SUS, e o dos que possuem planos de saúde ou pagam os serviços diretamente, mas que também são usuários do sistema público. Há hospitais e clínicas para todos os níveis: para os pobres que só dispõem do SUS; para pobres que pagam planos de saúde de baixo custo; para pessoas com renda média, que contratam planos ou seguros de saúde de custo maior; e para os ricos que frequentam os maiores centros médicos de ponta ou vão se tratar nos países de primeiro mundo.

Observa-se que, se o princípio da universalidade é fragilizado a partir das formas em que o sistema de saúde é configurado, isto tem implicações na efetividade dos outros princípios fundamentais do SUS, como a equidade, em que as necessidades dos sujeitos e suas capacidades devem ser consideradas. Em um contexto de desigualdade social, isso se reflete nos limites do acesso aos serviços e, conseqüentemente, na garantia do atendimento integral.

### **Negação da saúde como direito universal**

A desigualdade gerada pelo processo de exploração do capital transforma tudo que é lucrativo em mercadoria. A reforma do Estado no Brasil, que teve seu início por volta de 1990 e se estendeu pela década de 2000, impulsionou a ofensiva privatizante, confrontando-se com os princípios do SUS, particularmente o da universalização da saúde.

A perspectiva do direito social se constitui pelo acesso à saúde a todos, de forma igualitária, garantida pelo Estado, de caráter público e universal. Entretanto, na sociedade capitalista estes direitos não excluem a perspectiva do mercado, que aparece como suplementar, extensiva a quem pode pagar, constituindo-se em estratégia de privatização, embora se gaste propostas para o mercado subsidiar a universalização por meio da popularização de planos privados, uma ofensiva que fere o conteúdo universal do SUS.

O estudo realizado por Rizzotto (2000) identifica os conteúdos políticos, ideológicos e econômicos determinados pelo Banco Mundial para a saúde no Brasil na década de 1990, e afirma que as estratégias foram de desmonte do SUS:

Diante do aumento real da pobreza em nosso país, fruto da forma extremamente desigual de apropriação da riqueza produzida e da crise capitalista das últimas décadas, as dualidades apresentadas, acabam assumindo contornos de tensão, constituindo-se em argumento político-ideológico para o abandono da visão universalista, vinculada a direito social, com a conseqüente defesa da seletividade e da focalização. Neste cenário, a difusão da concepção de justiça social terminal, ou seja, a que seria feita na hora da distribuição, dando mais a quem tem menos, obscurece a discussão da justiça social no outro extremo do processo, ou seja, a possibilidade de se fazer justiça no momento da arrecadação e da tributação do que foi produzido e acumulado, cobrando mais de quem tem mais (RIZZOTTO, 2000, p. 174).

Compreende-se, então, que durante os anos 1990 e, conseqüentemente, nos anos 2000, houve um processo de negação dos direitos sociais e dos princípios do SUS comandados pelo Banco Mundial. Na concepção de Soares (2010), os princípios não são negados de forma explícita, mas são refuncionalizados para impedir as possibilidades de resistência dos trabalhadores. Assim, vão mesclando conteúdos do projeto de reforma sanitá-

ria e elementos de uma racionalidade instrumental do Estado burguês. No caso do princípio da universalidade, que define o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, é fundamentalmente materializado num “acesso focalizado nos mais pobres e pauperizados, que enfrentam, em geral, extensas filas objetivas ou virtuais, representando um verdadeiro gargalo no sistema, gerando um grande número de demandas não contempladas pelo sistema” (SOARES, 2010, p. 57).

Segundo Bravo (2006), a universalidade da saúde além de ser um dos fundamentos centrais definido no projeto de Reforma Sanitária, tem sido um dos princípios que tem provocado maior resistência, visto que o projeto da saúde articulada ao mercado é guiado por concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, que se contrapõe às concepções coletivas e universais do SUS.

Ademais, algo que deve ser observado é a relação da universalidade e equidade, pois num sistema em que as desigualdades são extremas, não se pode desconsiderar as diversidades, sejam elas regionais ou de condições de vida, de moradia, de renda, de gênero ou de etnia. Não se pode desconsiderar as necessidades e capacidades dos sujeitos, as prioridades políticas na melhoria da qualidade de vida da população mais pobre e em situação de risco e vulnerabilidade, mas isso não significa reduzir a saúde a uma política para os pobres.

O cenário de institucionalização do SUS caminhou por mudanças regressivas com o programa de estabilização financeira e ajuste fiscal, sob a orientação neoliberal das duas grandes instituições financeiras internacionais, o FMI e o BM, que definiram um processo de desregulamentação da economia e do mercado de trabalho, bem como a minimização do Estado com um processo de “enxugamento”. Isso ocorreu com a adoção de uma série de medidas que incluíram a privatização de empresas estatais. Então, podemos afirmar que o processo de estruturação do SUS ocorreu como “um movimento contra-hegemônico a um modelo político-econômico predominantemente excludente” que privilegiou o ajuste econômico em detrimento das políticas sociais (BRASIL, 2001, p. 12).

As reformas de caráter neoliberal iniciadas na década de 1990 conduziram a mudanças regressivas nas políticas e direitos sociais, o que tornou visível a grande contradição entre a lógica universalista e privatista no sistema de saúde. Planos de ajuste e de estabilização econômica desregulamentaram a economia, reduziram a influência do Estado, flexibilizaram as relações capital-trabalho e promoveram reformas estruturais voltadas a privatização de estatais.

O Plano de Reforma do Estado traçado por Bresser-Pereira, seguindo a lógica da administração gerencial, ampliou as possibilidades de privatização da saúde e, conseqüentemente, de retração da universalidade do sistema de saúde. Foi provocado um “esmaecimento da linha que separa o Estado do mercado” (ELIAS, 2004, p. 45), focalizando os gastos nos setores de extrema pobreza, descentralizando a gestão da esfera federal para estados e municípios, sem garantir a contrapartida necessária à execução das ações. Ao mesmo tempo, deslocou a prestação de bens e serviços públicos para o setor privado, com a participação de entidades não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas (CORREIA, 2005).

O governo democrático popular petista não reverteu o processo iniciado nos governos anteriores, o medo venceu a esperança de mudanças ao longo dos dois mandatos. A política macroeconômica foi eixo condutor do governo e as políticas sociais se mantiveram pontuais e compensatórias. No sistema de saúde isso se reverteu em uma maior abertura à expansão do setor privado, que se beneficiou de várias formas: na oferta/venda de serviços ao SUS, assegurando e ampliando a saúde suplementar; na manutenção de mecanismos de renúncia fiscal; e na inserção das novas modalidades de gestão (terceirizações, fundações e Organizações Sociais).

A perspectiva do governo esteve fundada na aliança com setores conservadores e não criou mecanismos para a defesa de uma política de saúde universal, integral e pública. Ficou voltada para o desenvolvimento de políticas cada vez mais focalizadas e compensatórias, contribuindo com a perspectiva de privatização do público, de incentivo à lucratividade e o alargamento das grandes organizações que controlam os serviços de saúde. Na realidade, enquadra o sistema de saúde na lógica da acumulação e favorece cada vez mais a hegemonia do setor privado. Dentro dessa lógica, concentrou investimentos apenas nos serviços que não interessam ao mercado, além de contratar serviços privados de alto custo dos setores vislumbrados com nichos de mercado, concentrados na média e alta complexidade, lógica que permanece no governo atual com a ofensiva privatizante dos Hospitais Universitários, com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Enfim, na medida em que segmenta a população a lógica privatista confronta-se com a lógica universalista, sendo neste contexto uma contradição que se impõe e nega a perspectiva universal e não garante a equidade.

## Considerações finais

O propósito deste texto foi refletir sobre o princípio da universalidade e contradições da sua negação. O pressuposto inicial é de que a contradição na efetivação deste princípio está relacionada à expansão do sistema privado.

Na década de 1980 a saúde é instituída constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado. A partir de 1990 o acesso ao sistema vem sendo segmentado, predominando a focalização, assinalada pela expansão da participação privada. O dilema do SUS está fundado, portanto, contradição entre se estabelecer como um sistema destinado aos mais pobres ou se consolidar como um sistema universal, como sugere Mendes (2005). Ao não se consolidar como sistema universal, o SUS não rompe com a histórica linha divisória que o segmenta entre os que podem e os que não podem pagar pelo acesso a saúde, seus princípios não são completamente concretizados. Mesmo com a garantia legal, se o acesso não é instituído então o que predomina é a negação do direito de todos.

A negação da concretização da saúde como direito universal está vinculada ao processo de ampliação do segmento privado na saúde. Este, que foi gestado no Brasil ao longo da história da saúde, vem se consolidando com ofensiva capitalista que, em seu processo de recomposição de mais uma de suas crises estruturais, subordina nações aos ajustes determinados pelos organismos financeiros internacionais.

As medidas impostas por estes organismos ao Brasil, ao longo dos últimos vinte anos, tiveram impactos na saúde com a restrição de recursos e a precarização do SUS, reduzindo as possibilidades de concretização do acesso universal, particularmente com a reforma do Estado instituída nos anos 1990, que vem favorecendo o crescimento de Organizações Sociais na disputa pela administração dos serviços. Como resultado, há uma apropriação privada dos recursos destinados aos SUS e, além disto, há um forte incentivo à ampliação do segmento suplementar, dualizando cada vez mais o sistema, negando e impossibilitando a concretização da universalidade.

## Referências

- ANDRADE, E. de. ANDRADE, E. de O. O SUS e o direito a saúde do brasileiro: leitura dos seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. *Revista Bioética*, Brasília, DF: CFM, v. 18, n. 1, p. 61-74, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRAVO, M. I. de S. Política de saúde no Brasil. In: Mota, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, p. 88-110, 2006.
- CHESNAIS, F. *A mundialização do capital*. Tradução de Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã, 2003.
- COHN, A. O SUS e o direito a saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T. et al. *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 385-405, 2005.
- CORREIA, M. V. C. *O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais*. 2005. 342 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.
- DOMINGUEZ, B. Por dentro dos sistemas universais. *Radis: Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 99, ENSP; Fiocruz, nov. 2010.
- ELIAS, P. E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, jul./set. 2004.
- JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. *Dicionário básico de Filosofia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.
- LOUÇÃ, F. SNS “não é um negócio”. *Diário de Notícias*, Portugal, 14 de março de 2011. Disponível em: <[http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=2185654](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2185654)>. Acesso em: 23 jan. 2013.
- LUCENA, M. de F. G. *Saúde, gênero e violência: um estudo comparado Brasil e França sobre a saúde da mulher negra*. Recife: Ed. da UFPE, 2010.
- MENDES, E. V. O SUS e a atenção primária de saúde – Entrevista. *Revista APS*, v. 8, n. 2, p. 218-219, jul./dez., 2005.
- OCKÉ-REIS, C. O. A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? In: *Textos para discussão* n. 1376, Série Seguridade Social. Rio de Janeiro: CNPq; MCT, 2009.
- RIZZOTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. 2000. 265 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- SOARES, R. C. *A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social*. 2010. 209 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.
- SOUSA, A. M. C. *O público e o privado no sistema de saúde em Mossoró: as contradições para a efetivação da universalidade*. 2013. 299 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.
- TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, jan./abr. 2007.

**Aione Maria da Costa Sousa**

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Docente do curso de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

**UERN – Faculdade de Serviço Social**

Rua Antônio Campos, s/n, Costa e Silva

Mossoró – Rio Grande do Norte – Brasil

CEP: 59633-010