

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

**SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE E RECONHECIMENTO: PERCEPÇÕES  
CONTRADITÓRIAS SOBRE O SUS<sup>1</sup>  
PUBLIC SYSTEM OF HEALTH AND RECOGNITION: CONTRADICTORY  
PERCEPTIONS ON THE SUS**

**Vanilson Viana Cardoso<sup>2</sup>, Juliana Da Fonseca Capssa Lima Sausen<sup>3</sup>, Airton  
Adelar Mueller<sup>4</sup>, Daniel Knebel Baggio<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Trabalho desenvolvido em grupo de pesquisas do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Desenvolvimento Regional da Unijuí/RS

<sup>2</sup> Doutorando do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Desenvolvimento Regional (PPGDR/UNIJUI), bolsista PROSUC/CAPES.

<sup>3</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Desenvolvimento Regional (PPGDR/UNIJUI), bolsista PROSUC/CAPES.

<sup>4</sup> Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Desenvolvimento Regional (PPGDR/UNIJUI).

<sup>5</sup> Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Desenvolvimento Regional (PPGDR/UNIJUI).

**Resumo**

Este artigo discute algumas concepções do sistema público de saúde brasileiro, a partir dos princípios da universalidade e igualdade e analisa algumas contradições a serem superadas. Partindo-se da Teoria do Reconhecimento (HONNETH, 2009), busca-se investigar a percepção dos usuários e não usuários do SUS acerca do mesmo. O estudo foi estruturado a partir de pesquisa descritiva, utilizando-se como instrumentos de coleta a pesquisa bibliográfica e aplicação de questionários. Os resultados revelam que a maioria dos usuários desconhecem o complexo sistema de saúde brasileiro, suas ramificações e eixos de atuação, remetendo à incipiente participação das comunidades na formação de consensos sociais. Tal constatação ainda pode revelar um entrave à superação dos obstáculos que emergiram nesse contexto, ao longo dos mais de 30 anos de implementação do sistema, como é o caso, dentre outros, da hegemonia e ameaça do capital. Isso confirma a hipótese de que o SUS ainda não está consolidado (PAIM, 2018) e embora haja um complexo de ações, a população em geral percebe apenas o nível curativo da saúde, o que dá margem para o incremento da concepção mercadológica sobre o complexo sanitário-institucional e enaltece o risco de retrocesso social.

**Palavras-chave:** Saúde coletiva; Sistema Único de Saúde; Reconhecimento.

**Abstract**

This article discusses some conceptions of the Brazilian public health system, based on the principles of universality and equality, and analyzes some contradictions to be overcome. Based on

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

the Theory of Recognition (HONNETH, 2009), we seek to investigate the perception of users and non-users of SUS about it. The study was structured based on descriptive research, using as bibliographic research and questionnaires collection tools. The results reveal that most users are unaware of the complex Brazilian health system, its ramifications and axes of action, referring to the incipient participation of communities in the formation of social consensus. This finding may still reveal an obstacle to overcoming the obstacles that emerged in this context, over the 30 years of the system's implementation, as is the case, among others, with the hegemony and threat of capital. This confirms the hypothesis that the SUS is not yet consolidated (PAIM, 2018) and although there is a complex of actions, the general population only perceives the curative level of health, which gives rise to an increase in the market conception of health, the sanitary-institutional complex and praises the risk of social regression.

**Keywords:** Collective health; Health Unic System; Recognition

## 1. INTRODUÇÃO

Neste trabalho, busca-se analisar algumas transformações ocorridas no contexto da saúde pública brasileira, culminando nas definições insculpidas na Constituição de 1988 (BRASIL, 2019a) e na regulamentação trazida pela Lei 8.080/1990 (BRASIL, 2019). Apresenta-se uma abordagem de entendimentos firmados pelos cientistas da área das ciências sociais, sobre a temática ao mesmo tempo, faz-se algumas indagações em torno das dificuldades enfrentadas pelo modelo de saúde vigente há três décadas, além do delineamento do atual cenário a partir das percepções e expectativas de usuários e não usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O estudo também aborda a dimensão da luta por reconhecimento (HONNETH, 2009), em face do modelo de assistência social seguida pelo Estado brasileiro, sobretudo em relação à saúde, em razão da limitação dos recursos públicos para financiamento destas ações, o que tem gerado o subfinanciamento do sistema, conforme apontado pela literatura (PAIM, 2004, 2018), e a possível necessidade de maior participação coletiva nas discussões de gestão.

Buscou-se elucidar a hipótese de que, no contexto contemporâneo da atuação governamental brasileira, a impressão gradativamente insculpida no aparato social coletivo, está relacionada com as deficiências da saúde pública, o que deveria ser melhor indagado do ponto de vista da solidariedade (eticidade), conforme propõe Honneth (2009). Buscou também obter junto ao público usuário e não usuário do SUS, algumas impressões e expectativas que lhes pairam cotidianamente, no intuito de enriquecer a abordagem do estudo sem, entretanto, objetivar esgotar a discussão. De um modo geral, os resultados mostram que a concepção do SUS permanece, mesmo após transcorridos mais de 30 anos desde sua criação, numa espécie de "enredo dramático", em que há uma dependência absoluta e direta do papel abstrato do Estado, sem margem para composição (novos consensos).

Trata-se de uma análise ontológica, que busca propor novas interfaces teóricas, com potencial de reafirmar o caráter de acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, com a menor margem de

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

favorecimento indireto aos interesses liberais de mercado. A saída apresentada neste estudo, sugere que os extremos (universalidade premente x respeito à universalidade) sejam levados a consensos pelos teóricos e atores, o que contribuiria com a consolidação e reconhecimento do SUS.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Constituição de 1988: saúde como um direito de todos e dever do Estado

Partindo-se do estabelecido na Constituição Federal de 1988 (CF/88), o modelo de saúde pública brasileira tem base de ação na ótica do Estado, e é formado por um conjunto de interesses das organizações sociais e políticas da população (BRASIL, 2019a). Ainda assim, em determinados contextos a saúde permanece sendo traduzida no emprego da medicina (por médicos ou não), com o fim de fundar regulamentos e ofícios no meio (MACHADO, 1997).

Dentre os movimentos que ocorreram durante o processo de redemocratização do país, na década de 1980, teve grande importância a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que trouxe propostas de reforma e criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o Prev-Saúde. Esse modelo tinha como objetivo a formatação de uma rede de serviços básicos em saúde, prestados com qualidade e quantidade. Trata-se de cuidados primários de proteção e promoção da saúde, com meta de cobertura a todos os cidadãos até o ano 2000. Nesse momento, intensificou-se o debate nacional sobre a universalização dos serviços públicos de saúde, sendo o momento culminante a Assembleia Constituinte, em que se deu a criação do Sistema Único de Saúde (BOTELHO, 2011). Ainda, durante as discussões realizadas na Assembleia Nacional Constituinte em 1987 e 1988, o relatório fruto da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2019b) serviu de base para a concepção social de saúde incorporado à Constituição Federal de 1988:

[...] Saúde como Direito - em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar desigualdades nos níveis de vida. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis [...] (BRASIL, 2019b).

Então, em 5 de outubro de 1988 é promulgada a vigente Constituição do Brasil, denominada de Constituição Cidadã. Como forma de efetivar o acesso à saúde, a Lei Maior assegurou que este é um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2019a). Tal dispositivo é inovador, sendo um dos responsáveis por caracterizar a norma como cidadã. A Constituição também definiu que o sistema seria descentralizado, revertendo o padrão centralizado de formação do Estado Brasileiro

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

que se iniciou na década de 1930 (LIMA *et al.*, 2015).

Ocorre que por muito tempo não houve o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil, assim como a saúde pública se distinguia da assistência médico-hospitalar (PAIM, 2014). Deste modo, a inclusão constitucional dos direitos sociais no Brasil aconteceu de forma gradativa e lenta, bem como os textos anteriores ao ano de 1988 evitaram atribuir competência à União, com a finalidade de criação de um sistema de saúde capaz de atender toda a nação. Com base em tais pressupostos, a CF/88 (BRASIL, 2019a) vincula o dever do Estado sobre a saúde à implementação de políticas sociais e econômicas. Significa que existe um modelo de Estado interveniente, assim como a sua anteposição positiva na defesa do direito à saúde. Quanto ao financiamento do SUS, Paim (2014) explica que as contribuições sociais são a principal fonte de recursos.

A partir da definição de acesso universal e igualitário às ações e serviços previsto na CF/88 (BRASIL, 2019a), as vozes que clamam pela responsabilização absoluta ao Estado parecem se multiplicar. Afinal, o fato de ser cidadão é suficiente para gerar obrigação do Estado em cumprir com a garantia constitucional, ao mesmo tempo em que “a organização federativa do Estado brasileiro favorece o controle popular do governo” (ROZENFELD, 2006, p. 118). Dado o momento histórico em que a CF/88 atribuiu competência de forma concorrente à União, Estados e Municípios, a saúde não ficou mais reservada aos trabalhadores alocados no mercado formal, pois todos passaram a ser detentores do direito à saúde. Nesse sentido, o Estado mantinha-se distante da coletividade no que diz respeito ao atendimento dos direitos sociais, hoje compreendidos como de segunda geração. Em decorrência disso, a ideia é de que os clamores da coletividade possam ser recepcionados pelo Estado, a fim de que cumpra com as demandas coletivas. Ao enfatizar, entretanto, que os serviços de saúde são de relevância pública, a CF/88 vinculou ao poder público a tarefa de dispor sobre a regulamentação, fiscalização e controle da saúde (BRASIL, 2019a), inclusive, podendo a execução ocorrer diretamente ou por intermédio de terceiro, pessoa física ou jurídica, ainda que da esfera privada, dando-se preferência às filantrópicas e sem fins lucrativos.

Por esta razão, em relação à competência legislativa referente ao direito à saúde, definiu-se que cabe à União legislar, visando promover a defesa e proteção, englobando também as questões pertinentes ao meio ambiente, dada a sua conectividade com o espaço em que vivem os indivíduos. São declarações de princípios, implementando diretrizes sanitárias que devem ser obedecidas em todo o território nacional (SCHWARTZ, 2001). Aos estados, cabe suplementar a norma federal, ampliando-a, mas nunca contraditando, do mesmo modo que dispõe de permissão para explicitar algumas das suas generalidades (ROCHA, 2011). Quanto às atividades prestadas pelos municípios, uma vez que estes legislam apenas no interesse local o mesmo deve suplementar a norma federal e a estadual. Já ao Distrito Federal, ficam atribuídas as competências legislativas reservadas aos estados e municípios (BRASIL, 2019a).

O artigo 198 da CF/88 (BRASIL, 2019a) definiu que os serviços públicos de saúde devem compreender uma rede regionalizada e hierarquizada, firmando um único sistema, com princípios de igualdade e participação da comunidade. O objetivo foi estabelecer tratamento a partir das peculiaridades regionais, a serviço de uma justiça social de princípios do Estado Democrático de

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

Direito. É a partir da municipalização de algumas ações que se promove a descentralização, visando a formação de um conjunto sistêmico de saúde. Daí que o sistema pressupõe diversos elementos interligados pelos mesmos princípios, um todo orgânico, composto de componentes de natureza variada, orientado para um fim determinado, que lhe dá consciência e funcionamento harmônico (CARVALHO; SANTOS, 2006).

Apesar da proposta, as estratégias implementadas na década de 1990, incluindo a descentralização das ações, ocasionaram a perda econômica, gerando elevada fragmentação da oferta de serviços de saúde (MENDES; PESTANA, 2004). Inegável no plano ideal, a viabilidade de uma administração modernizada que privilegia a competência e permitiria maior vigilância em torno dos encargos do sistema (SCHWARTZ, 2001).

O permanente contato com os cidadãos se dá no âmbito municipal, conforme destaca Schwartz (2001) assim, o papel desempenhado pelo Estado na concretização do direito à saúde é um tanto complexo, tornando o Brasil reconhecido mundialmente pelo modelo sistemático de saúde adotado após 1988. Isso sugere que o objeto legal regulador da saúde pública brasileira tem característica programática, ao mesmo tempo que é impositiva. Contudo, padece de maior participação social, conforme será melhor analisado na sequência.

## **2.2 Lei 8.080/1990 e o Sistema Único de Saúde**

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir dos movimentos sociais que reivindicavam a reforma sanitária no país, pois o sistema criado em 1975, já não operava mais com eficiência, bem como nunca trouxera grandes avanços (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Conforme se verificou anteriormente, a CF/88 reservou regulação para norma infraconstitucional, culminando então na Lei 8.080/1990 (BRASIL, 2019) e na Lei 8.142/1990 (BRASIL, 2019c), para fins de normatizar tal matéria. Enquanto a primeira lei trata sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a segunda volta-se para a participação comunitária na gestão do SUS, bem como define as transferências de recursos entre os entes. Com relação aos princípios norteadores do texto normativo, extrai-se a universalidade; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; direito à informação às pessoas assistidas sobre a sua saúde; e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 2019). O primeiro princípio (universalidade) tem dado respaldo às decisões proferidas pelos tribunais, quando visam compelir o poder público a disponibilizar determinado serviço em saúde ou medicamento (SANTOS *et al.*, 2018).

O segundo princípio considera a premissa de garantir a autonomia de escolha dos cidadãos frente aos serviços de saúde ofertados, além das ações. Há também importante inovação do legislador, no sentido de assegurar o direito à informação aos usuários (terceiro princípio), quando por exemplo ocorre o acometimento de doenças que se espalham na forma de epidemia, uma vez que as pessoas não são submetidas à vacinação compulsória, tal como o episódio que resultou na Revolta da Vacina, no início do século XX. O quarto princípio (igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie) é a mais eloquente definição de a quem se

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

destinam os serviços de saúde (CARVALHO, 2013).

Neste caso, o legislador parece não ter tido dúvidas de que essa é a política primordial de saúde, atender tudo e a todos. Observa-se, assim, que a Lei Maior preocupa-se em igualar os cidadãos no tocante a sua condição social, englobando ações de educação, desenvolvimento econômico e, inclusive, saúde. Mediante uma ótica diferenciada, a Lei 8.080/1990 (BRASIL, 2019) busca dar tratamento igualitário, porém sem considerar as distinções sociais dos usuários, tal como ocorre com a utilização de estruturas do SUS, de parte dos planos, quando é questionada a legalidade das indenizações prestadas ao SUS ao atender beneficiários de planos suplementares (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013).

A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2019), publicada em setembro de 1990, recebeu antes de sua publicação, considerável número de vetos presidenciais, de modo que a Lei 8.142/1990 (BRASIL, 2019c) foi editada para assegurar a gestão participativa do sistema de saúde, especialmente por criar o Fundo Nacional de Saúde (REBOLI; KRÜGER, 2013). Seguidamente, constata-se que o sistema de saúde já começou omissivo, pois em nenhum momento a Lei 8.080/1990 trazia regulamentação para o suporte financeiro do que fora regrado. O veto presidencial atingiu principalmente artigos referentes à participação social e ao financiamento. A partir de então o Movimento Sanitário mobilizou-se para pressionar os parlamentares, e a Lei 8.142/1990 (BRASIL, 2019c) instituiu as instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (REBOLI; KRÜGER, 2013). O Congresso Nacional, em discussão com representantes da sociedade, teve apenas dois meses para elaborar e aprovar a Lei que traria novamente a gestão participativa para dentro do Sistema Único de Saúde. Neste contexto, a grande lacuna que surgiu e que permanece, é com relação ao financiamento das ações do SUS, pois no início dos anos 1990, muitos estados e municípios já não detinham condições de exercer as competências e atribuições estabelecidas nessas leis, e o governo federal resistia ao financiamento do SUS, mediante repasse regular e automático de recursos para as demais esferas de governo (PAIM, 2009).

Por outro lado, nota-se um maior compromisso do Estado com a concretização dos direitos à saúde, pois embora haja crescente aumento das ações judiciais reivindicando o direito violado, há quem defenda que os indivíduos estão conhecendo mais seus direitos, bem como a obrigação do Estado em face deles (LEITE *et al.*, 2014). Porém, essas conquistas não podem ser vistas apenas como resultado da atuação do Poder Judiciário, seja em decorrência de demandas privadas, ou do Ministério Público (MP). Preocupa-se, pois, com as consequências de uma atuação desmedida do poder julgador, em face de um momento em que, pela primeira vez na história, as diretrizes do SUS passam a se concretizar mais efetivamente.

Uma vez que a criação do SUS vem sendo interpretada como a maior política de inclusão social no país, tendo sido inserida no período de redemocratização, é mediante esta garantia legal, ora modeladora, cujo desafio emergente exige compreender os entraves para a concretização dos direitos sociais. Trata-se ao mesmo tempo, de “sonhar com a possibilidade concreta de que isto seja possível, algo que depende da defesa do que foi construído, mas também de mudanças que superem inúmeros impasses que separam o SUS da lei daquele SUS real vivenciado no dia a dia”

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

(CAMPOS, 2018, p. 6). Daí que as sínteses contemporâneas parecem mencionar os primórdios da saúde pública no Brasil, ao passo que advogar pela utopia do SUS não é uma alternativa prudente face às instituições democráticas.

Nesse aspecto, diferentemente do caso brasileiro, os sistemas de saúde com cobertura universal, ou universal health coverage (UHC), adotados em outros países, apresentam, além de ineficiências e pouca efetividade, elevados gastos, ao passo que os resultados gerais em saúde são os piores. Não bastasse, grande parte da população desses locais sequer está segurada, gerando ainda mais disparidades sociais. No modelo UHC, o processo de financiamento dos serviços, favorece a expansão da participação do mercado privado no setor da saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2018). Diante disso, a saúde deve ser compreendida como direito humano, de modo que não se torne mercadoria (GIOVANELLA *et al.*, 2019). Esse é o contraponto de um processo histórico de reafirmações democráticas, após um regime de restrição de direitos, mas ao mesmo tempo, gerador de interpretações restritas, quando avaliadas as percepções da população, conforme será analisado na sequência.

### 3 METODOLOGIA

O estudo é de natureza social e aplicada. Social, pois tem como campo de investigação a realidade social; e aplicada, considerando que tem por finalidade gerar conhecimentos para aplicação prática, direcionados à solução de problemas específicos, envolvendo tanto realidades como interesses direcionados (GIL, 2016). Quanto à abordagem, a pesquisa é qualitativa, pois não utilizou dados estatísticos, sendo definida essencialmente através da proeminência da interpretação dos elementos e imputação de significados (SILVA; MENEZES, 2005).

Quanto aos objetivos, o estudo caracteriza-se como pesquisa descritiva, uma vez que tem como objetivo primordial, estabelecer relações entre variáveis e a natureza destas relações (GIL, 2016). Neste sentido, Andrade (2010, p. 124) acrescenta que “os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles”. Portanto, a pesquisa define-se como descritiva, sobretudo pela apresentação e descrição do posicionamento dos usuários e não usuários do SUS, que responderam ao questionário, seguidas da análise e interpretação dos dados obtidos com estes segmentos.

No que se refere aos procedimentos técnicos, foram utilizados como instrumentos a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e questionários. A pesquisa bibliográfica foi realizada principalmente em livros e endereços eletrônicos acerca da temática e dos contextos abordados. A pesquisa documental considerou principalmente as legislações e resoluções referentes ao sistema de saúde, sendo utilizada como suporte à pesquisa bibliográfica. Os questionários tiveram a finalidade de obtenção de informações, mediante amostragem. Portanto, para avaliar as expectativas dos usuários e não usuários do SUS, foi utilizada uma ferramenta que comporta questionários online. O material foi elaborado com base em oito questões, sendo quatro de múltipla escolha e quatro dissertativas. Os questionários foram enviados por e-mail e aplicativo de conversa, aleatoriamente para 350 pessoas, sem qualquer discriminação quanto à condição social.

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

A população da amostra, entretanto, compreende 310 participantes, do total de 350 pessoas que receberam o questionário e espontaneamente dispuseram-se a responder, sendo todos residentes na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, com 18 anos de idade ou mais.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 SUS: percepções e expectativas dos usuários e não usuários

Nesta etapa são apresentados os dados obtidos a partir da aplicação dos questionários aos usuários e não usuários do SUS, respondidos por 310 pessoas residentes na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, mediante comentários e discussão com base no referencial crítico empregado. A primeira questão indagou os participantes se eles entendiam o SUS e o que diriam a respeito de tal sistema. Como o enunciado era composto de alternativas de múltipla escolha, as manifestações distribuíram-se em três grupos. Sendo assim, 9% afirmaram não diriam nada, pois não entendem o SUS; enquanto 41% disseram entender o SUS, mas tem dificuldades para o explicar; e os outros 50% afirmaram compreender o sistema de saúde pública brasileira.

Estes últimos, em seguida, foram submetidos a uma segunda indagação, para que discorressem livremente sobre o SUS. Embora cerca da metade dos participantes mostraram-se estar atentos ao sistema público de saúde e mais de 90% dentre aqueles que discorreram no segundo enunciado, constata-se que merece atenção o modo de pensar e de fazer saúde revelado, sobretudo enquanto concepção ontológica. Diante disso, para esta análise dividiu-se as respostas em três categorias, de acordo com a afinidade de conteúdo (dever do Estado, benefício econômico e bem-estar social), conforme pode ser evidenciado no quadro 1.

Quadro 1 - O SUS na expectativa dos respondentes.

Dever do Estado	Benefício Econômico	Bem-Estar Social
<ul style="list-style-type: none"><li>- Direito de todos os cidadãos que pagam impostos</li><li>- Gerenciamento do funcionamento da saúde no Brasil</li><li>- Prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças</li><li>- Programa governamental para os serviços em saúde</li><li>- Saúde livre para toda a população</li><li>- Serviços de urgência e emergência em saúde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Atendimento médico e de enfermagem gratuito</li><li>- Consultas e operações gratuitas</li><li>- Fornecimento de medicamentos</li><li>- Saúde gratuita</li><li>- Sistema público de saúde</li><li>- Seguro de saúde subsidiado pelo Estado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Assistência à saúde para classes socialmente vulneráveis</li><li>- Políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida</li><li>- Preservação da saúde</li><li>- Promoção e prevenção, reabilitação e recuperação da saúde</li><li>- Acesso integral, universal e gratuito aos serviços em saúde</li><li>- Gestão participativa e coparticipação dos entes federados</li></ul>

Fonte: Autores (2019).

Referente à primeira categoria (dever do Estado), os respondentes descrevem os serviços pelo



**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

SUS a partir da responsabilidade atribuída ao Estado. Esta concepção está amparada no viés curativo de saúde, de tratamento de doenças e principalmente, de que se trata de uma contraprestação pagamento de impostos. Com relação à segunda categoria (benefício econômico), embora sendo um desdobramento do item anterior, verifica-se aqui maior ênfase na gratuidade dos produtos e serviços prestados pelo SUS. Ou seja, saúde pública permanece sendo compreendida do ponto de vista tangível, ao mesmo tempo em que se agrega o aspecto “institucional-mercadológico”.

No que se refere à terceira categoria (bem-estar social), os participantes da pesquisa evidenciaram o papel do Estado diante da parcela da população socialmente mais vulnerável sem, contudo, se afastar da ideia de que o objetivo maior é a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, independentemente do estado da doença, visto que se almeja a preservação da saúde. Ou seja, assistência de qualidade, com foco na saúde preventiva. As compressões colhidas apoiam-se em extremos: mero dever do Estado; e promoção do bem-estar social, enquanto que a ideia de “saúde gratuita” se constitui na interface de ambas. Logo, a proliferação de um pensamento liberal, em temas de mercantilização dos serviços de saúde no âmbito do SUS decorre da ausência de um reconhecimento mútuo entre os indivíduos, fenômeno que remete ao conceito de eticidade formulado por Honneth (2009), questão essa revelada neste estudo.

Na medida em que os usuários interpretam restrições no modelo universal, abre-se margem para a relativização desse princípio, ao passo que as condições que asseguram o acesso universal e igualitário tendem a ser forjadas pelos interesses mercadológicos. Esse processo se intensifica de forma gradativa, mas ganha força quando há falta de prioridade da agenda pública estatal em relação ao SUS e enfrentamento de crises econômicas. Paim (2018, p. 1724), defende que a conjuntura em torno do SUS nos últimos quatro anos, revela sérios “ataques visando ao seu desmonte”. Contudo, diante dos dados obtidos neste estudo, os resultados revelam que esse processo não é um fato isolado, já que há uma concepção contraditória por parte dos indivíduos em relação às garantias de sistema universal e igualitário. Consequentemente, a mercantilização da saúde provoca o desestímulo das posições de existência e enfrentamento das ações governamentais contrárias a consolidação do SUS, nos termos originalmente propostos pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2019a).

Do ponto de vista liberal, implicaria dizer que mais vale um sistema de saúde dotado de cobertura universal, que ao contar com a participação privada tornar-se-ia mais eficiente, embora indiferente diante da injustiça social; do que um sistema universal, ainda não consolidado, mas que vislumbra a promoção da justiça social. Ao se considerar o benefício econômico de que estaria proporcionando o sistema universal, a saúde passa a ser compreendida e tratada como mercadoria, uma das principais consequências decorrentes dos modelos de cobertura universal, em que se estabelece a precificação dos serviços. O não reconhecimento do SUS como um valor social, que está para além de cuidados médicos e do fornecimento de medicamentos, implica no consentimento coletivo diante das propostas de ajustes fiscais. Ademais, muito embora as experiências de outros países com arranjos de seguros sociais, privados ou subsidiados, não possam superar a trajetória do SUS (GIOVANELLA *et al.*, 2018), é notório o risco de

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

desmantelamento do SUS (PAIM, 2018; GIOVANELLA, 2018).

#### **4.2 Dinâmicas e contextos de utilização do SUS**

Ao serem indagados acerca da utilização de planos de saúde suplementar, as informações colhidas mediante o terceiro enunciado, revelam que 46% dos participantes possuem plano de saúde privada, incluindo os membros de seu grupo familiar, residentes na mesma casa. Por outro lado, o percentual das famílias que não possuem nenhum plano de saúde privado chega a 43%, muito próximo da realidade anterior. Ainda, 11% dos entrevistados disseram ser os únicos possuidores de plano particular.

Apesar do percentual de respondentes beneficiários de planos suplementar, deve-se considerar que segundo dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em abril/2019 (BRASIL, 2019d), apenas 22,5% da população dispõe de tal benefício. Ainda assim, os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresentam os maiores índices, quase 30%, abaixo apenas de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo. Em sede da utilização dos serviços públicos de saúde, 53% dos respondentes disseram ser atendidos com frequência pelo SUS, ou possuir pelo menos um familiar de sua residência atendido frequentemente. Já outros 44% afirmam que raramente são atendidos pelo SUS, inclusive outros membros de seu grupo familiar. Os demais dividem-se entre os que nunca foram atendidos, mas em sua casa possuem pelo menos um familiar atendido eventualmente (4%), e aqueles que nunca foram atendidos pela rede pública, assim como nenhum familiar.

Os resultados merecem cautela ao serem analisados, pois um dos objetivos da pesquisa é compilar percepções daqueles que reconhecem ser usuários e não usuários do SUS. A descoberta almejada, por sua vez, repousa na ausência de participação social nas discussões sobre o tema, como pressuposto anterior ao firmamento de um pensamento de saúde coletiva, intensificando a margem para concepção de saúde como um produto. As repercussões são banais para o sistema universal, pois remetem à separação de funções entre financiamento e prestação, tal como ocorre na cobertura universal, conforme explica Giovanella *et al.* (2018). Neste sentido, é improvável que parcela do público nunca tenha usado os serviços públicos de saúde. Isso pode estar relacionado à ausência da concepção de saúde como um aparato coletivo, logo, a ausência de percepção de que o SUS não se restringe aos serviços de saúde em sentido estrito e individualizado. Para isso, basta imaginar o delineamento social, econômico e ambiental das ações previstas na LOS (BRASIL, 2019c), tais como: vigilância sanitária e epidemiológica; saúde do trabalhador; saneamento básico; formação de recursos humanos; vigilância nutricional; proteção do meio ambiente; controle e fiscalização de serviços, dentre tantos outros que compreendem a identificação de fatores condicionantes.

Buscou-se também, identificar os estabelecimentos em que a população julga ser atendida pelo SUS. A secretaria municipal de saúde e os postos de saúde descentralizados são locais onde 69% dos atendimentos em saúde pública são realizados. O pronto atendimento municipal 24 horas é responsável, de acordo com os dados obtidos com a pesquisa, por 14% dos atendimentos nos

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

municípios que dispõe dessa estrutura, concorrendo com 15% dos realizados no âmbito dos hospitais filantrópicos. Reservou-se também espaço para que fossem citados outros locais que não os anteriormente explicitados. Nesse sentido, um dos objetivos foi investigar a hipótese de unidirecionalidade à margem do dever legal do Estado, quanto a assegurar gratuitamente o acesso aos serviços de saúde. O desconhecimento da rede hierarquizada do SUS decorre de expectativas equivocadas que, por sua vez, inibem a identificação coletiva das ramificações e dos espaços de atuação do sistema público de saúde, que sustentam o princípio do acesso universal.

A pesquisa também objetivou analisar na perspectiva população participante, a compreensão sobre a titularidade da responsabilidade inerente ao bom funcionamento do SUS. O enunciado com assertivas de múltipla escolha também permitiu que fossem acrescentadas observações. Os dados colhidos apontam que 29% dos respondentes atribuem dever unicamente aos governos e 71% entendem se tratar de responsabilidade mútua entre sociedade e Estado. Dentre os participantes que discorreram sobre o enunciado, 13% elegeram a elevada carga tributária como fator determinante para a responsabilidade solidária entre Estado e sociedade e 17% citaram a participação popular como forma fiscalizatória, o que sugere o exercício do controle social dos serviços públicos de saúde.

Ainda, a atenção para uso racional dos serviços do SUS computa 10%, ao passo que o dever legal imposto ao Estado aparece com 3% e serve para explicar a responsabilidade estatal quanto ao financiamento dos serviços, além da disponibilização de infraestrutura e remuneração dos profissionais incumbidos na atividade pública de saúde, logo, atribuindo-lhe responsabilidade única. Outros 57% do total da amostra abstiveram-se de fazer ressalvas.

Partindo-se do conjunto de resultados obtidos com os dados analisados, tem-se que reconhecimento, ou a luta por reconhecimento (HONNETH, 2009), do ponto de vista individual, não pode ser confundido com a militância de instituições (PAIM, 2018), embora de fato sejam pilares importantes na defesa dos princípios da universalidade e igualdade que fundamentam o SUS, bem como formadas por membros da sociedade civil. Diferentemente, o que se verifica neste estudo é uma ausência de identidades culturais em relação ao SUS, ensejando em consequências ameaçadoras, do ponto de vista acrítico e favoráveis à proliferação de propostas que reforçam o incremento da hegemonia capitalista no âmbito da saúde, com forte tendência de resultar em propostas relativizadoras dos princípios democráticos do sistema de saúde brasileiro, assegurados na Constituição Federal de 1988.

A solidariedade ética estaria fundada em uma concepção normativa com base em diferentes dimensões de reconhecimento intersubjetivo entre os indivíduos (privado, relações jurídicas e solidariedade social) e ensejaria na formação de identidades. Essas identidades estariam mais explícitas nas discussões sobre o patrimônio sociocultural, termo que não é comumente compartilhado quando se trata do SUS. Para melhor exemplificação dos resultados, no próximo item, será apresentada uma sistematização dos resultados a partir do referencial teórico.

#### **4.3 Formas de reconhecimento e estados do SUS**

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

Partindo-se da teoria do reconhecimento proposta por Honneth (2009), verifica-se que a construção e formação de identidades, a partir do que a população em geral assegura conhecer sobre o SUS, foi possível elaborar um conjunto de pressupostos que delimitam a formação de uma identidade nacional em torno do sistema de saúde brasileiro.

Inicialmente, destaca-se que para além da formulação de alianças e estratégias, o elemento ausente no período pós redemocratização do país é o da autorrealização (HONNETH, 2009). Trata-se, da capacidade de o indivíduo adquirir e conservar a autoconfiança, bem como de desenvolver identidades que reforçam determinados valores que o serem reunidos, vão ao encontro da consolidação dos princípios norteadores do SUS. Verifica-se, conforme quadro 2, que a concepção do SUS permanece, mesmo após transcorridos mais de 30 anos desde sua criação, numa espécie de simbiose, em que há uma dependência absoluta e direta do papel abstrato do Estado, sem margem para composição (novos consensos), ao passo que os ataques do capital se intensificam sobremaneira (PAIM, 2018). Essa posição de entendimentos prementes é mais favorável à desconstituição dos princípios norteadores, em especial do acesso universal e igualitário, logo aos interesses do capital, em vez do compartilhamento de respeito a tais garantias (eticidade), ou seja, à não relativização. Contudo, essa via alternativa deve estar baseada na ideia de que o SUS é resultado de um combinado dos indivíduos (visão da comunidade), firmado para assegurar o bem-estar coletivo, em todos os níveis e sem distinção de classes.

Quadro 2 - Concepção do SUS: dependência absoluta e relativa.

-	<b>Dependência absoluta</b>	<b>Dependência relativa</b>
<b>Função do Estado</b>	Manter-se à inteira disposição do indivíduo	Executar combinados da sociedade
<b>Valores</b>	<u>Premente</u> acesso integral, universal e gratuito aos serviços em saúde	<u>Respeito</u> ao acesso integral, universal e gratuito aos serviços em saúde
<b>Construção da identidade</b>	Unidade de comportamento (Indissociabilidade entre indivíduo, Estado e direito)	Integração do indivíduo na comunidade e reconhecimento da autonomia do outro
<b>Concepção causal</b>	Sistema de saúde eficiente = Estado eficiente = Indivíduos com direitos assegurados concretamente;  Sistema de saúde deficitário = Estado deficitário = Indivíduos dotados de direitos não concretizados	Estado e as garantias por ele asseguradas, expressam a visão de uma comunidade

Fonte: Autores (2019).

Os extremos parecem não contribuir com a superação dos obstáculos apresentados à consolidação do SUS, em especial quanto à formação dos valores. Diante disso, este estudo remete ao

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

pressuposto de que o acesso universal e igualitário são princípios indissociáveis do sistema de saúde. Entretanto, a depender da orientação ontológica proposta em favor da sua consolidação, pode haver uma maior vulnerabilidade em relação aos interesses liberais de mercado, acentuando-se o seu desmonte. De outro modo, implica dizer que o SUS deve, necessariamente, ser compreendido enquanto resultado de uma construção social. Por fim, a prematuridade de valores supra morais, cujo reconhecimento se consubstancia na autorrealização, revela-se o maior atravessador das normas de alcance universal asseguradas pela Constituição Federal de 1988, ao definir que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2019a).

Dialogando com alguns estudos e indagações contemporâneas sobre o SUS, Paim (2018) defende que há vetores indispensáveis para sua sustentação, assim como obstáculos e ameaças, destacando no aspecto negativo, o subfinanciamento governamental e os ataques das políticas de capital. Tais questões, contudo, são imperceptíveis para a população em geral, pois em muitas ocasiões restringem-se a estudos acadêmicos e discussões organizadas por atores nem sempre bem compreendidos, seja pela incoerência dos posicionamentos ou porque de fato, são minorias, o que pode gerar percepções contraditórias.

Em estudo desenvolvido no âmbito da regionalização dos serviços hospitalares do SUS (VIANA CARDOSO, 2018), já foi possível identificar a frequente ocorrência de disputas entre instituições filantrópicas que compõe o SUS, travadas não apenas do ponto de vista da hierarquização e melhor distribuição dos recursos financeiros e de infraestrutura destinados ao sistema, mas também em relação à obtenção da maior fatia, em relação ao todo orçamentário disponibilizado pelo poder público. A ausência de consensos sobre as prioridades públicas no âmbito da saúde pública e coletiva se reflete negativamente no entendimento firmado de um modo geral sobre o sistema, inclusive pelos atores envolvidos. Tal contradição também restou identificada neste estudo, razão pela qual é necessário repensar o SUS para além de um sistema de saúde, enquanto garantia social indissociável do direito humano fundamental (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Em relação à ocorrência de questionamentos em face da omissão do Estado, no caso da concretização do direito social da saúde, isso pode ser interpretado como um sinal de “dissonância entre o ideal revolucionário de equidade entre todos e a limitação dos direitos de participação e de sufrágio, por razões econômicas e culturais” (FIGUEIREDO, 2007, p. 21). Nesse sentido, Paim (2018) enfatiza que o SUS não está consolidado, o que exige a formação de alianças entre forças democráticas, assim como populares, visando a definição de novas estratégias, táticas e formas organizativas, que tenham potencial de enfrentar o poder decorrente do capital, bem como de seus representantes na sociedade e na organização do Estado.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as contradições apresentadas neste estudo, pode-se concluir que foram cumpridos os objetivos propostos, mediante a análise das principais transformações ocorridas no contexto da saúde pública brasileira. Buscou-se então, indagar sobre as dificuldades enfrentadas pelo modelo de saúde nas últimas décadas e promover o delineamento do atual cenário a partir das percepções

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

e expectativas dos usuários e não usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a compreender o processo da luta por reconhecimento (HONNETH, 2009).

No Brasil, de acordo com o que se propôs analisar, as investigações em torno do direito à saúde revelam-se complexas (FIGUEIREDO, 2007) e exigem um esforço excepcional do pesquisador, no que diz respeito às variáveis e níveis de aprofundamento da análise compreensiva. Diante disso, apoiando-se no entendimento defendido por Paim (2014), pode-se inferir que a aderência ao modelo biomédico privatista e individualista de atenção à saúde, corrobora com a “visão economicista” dos indivíduos sobre o SUS, uma vez que a hipotética posição da saúde pública não paira na coletividade. Verifica-se que também é prejudicial para a consolidação do SUS, a ausência de valores sociais pautados na solidariedade ética de que se revestem os pressupostos ontológicos, cujo ponto de partida são os processos de luta por reconhecimento (HONNETH, 2009).

O compartilhamento dos valores norteadores do SUS também é um dos grandes entraves à proposta de gestão participativa, definida na Lei Orgânica da Saúde, contudo, as ações políticas e econômicas que direcionam a operacionalização das políticas públicas de saúde, são aspectos fundamentais neste contexto. Diante disso, é necessário estabelecer uma agenda de discussões que se proponha a compreender a gramática dos conflitos, bem como das mutações sociais, sobretudo do padrão de eticidade, evitando-se que os extremos proporcionem vantagens aos interesses de mercado sobre aparato público financiador das ações do SUS, logo à frente, resultem no retrocesso social.

Por fim, destaca-se que o estudo também se propôs a apresentar contribuições teóricas e empíricas que condizem com as abordagens direcionadas às políticas públicas de saúde, bem como sua relevância para acadêmicos, docentes e teóricos das áreas da saúde coletiva, em especial, dos atores envolvidos nos sistemas de saúde. Visando, ainda, o aprofundamento da temática saúde coletiva e reconhecimento, sugere-se a realização de estudos em outras localidades, inclusive em escalas territoriais mais amplas de atuação do SUS.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

BOTELHO, R. F. **A judicialização do direito à saúde**. Curitiba: Juruá, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080/1990**. Disponível em: . Acesso em: 20 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: . Acesso em: 20 mai. 2019a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: . Acesso em: 20 mai. 2019b.

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

\_\_\_ . **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: . Acesso em: 20 mai. 2019c.

\_\_\_ . Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial** (Brasil - 2009-2019). Disponível em: . Acesso em: 20 mai. 2019d.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **SUS, Sistema Único de Saúde:** comentários à Lei Orgânica de Saúde, Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. 2 ed. São Paulo: Unicamp, 2006.

CARVALHO, G. A saúde pública brasileira. **Estudos Avançados**, n. 27, v. 78, 2013.

FIGUEIREDO, M. F. **Direito fundamental à saúde:** parâmetros para sua eficácia. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2016.

GIOVANELLA, L. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23 n. 6, jun./2018.

GIOVANELLA, L. *et al.* Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 35, v. 3, 2019.

LEITE, R. A. F. *et al.* Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Comunicação Saúde Educação**, n. 18, v. 51, p. 661-71, 2014.

LIMA, N. T. (org.). **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil:** um retrato da realidade. Maria Helena Machado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MENDES, E. V.; PESTANA, M. **Pacto de gestão:** da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

ROZENFELD, S. **Fundamentos da vigilância sanitária.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

\_\_\_; ALMEIDA F. N. **Saúde coletiva:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

\_\_\_ . Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 23, v. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v. 201, n.12, p. 15-35, 2014.

**Evento:** XXIV Jornada de Pesquisa

REBOLI, K. G.; KRÜGER, T. R. Participação e saúde Mental: as conferências nacionais de saúde mental. In: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1, 2013, Florianópolis. **Anais eletrônicos** [...]. Florianópolis, 2013.

ROCHA, J. C. S. **Direito da Saúde:** direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. São Paulo: Atlas, 2011.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SALLES, Pedro. **História da medicina brasileira.** 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2004.

SANTOS E. C. B. *et al.* Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus. **Texto & Contexto Enfermagem**, n. 27, v. 1, mar./2018.

SESTELO, J. A. de F; SOUZA, L. E. P. F; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 29, v. 5, p. 851-866, mai./2013.

SCHWARTZ, G. **Direito à saúde:** efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

VIANA CARDOSO, V. **Gestão social nos hospitais filantrópicos do Corede Noroeste Colonial/RS.** 2018, 278 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, UNIJUI, Ijuí.