

# Desafio das políticas sociais no Brasil: o caso da universalidade da atenção primária à saúde – primeiras notas

**Challenges of social policies in Brazil:  
the case of universal primary health care – first notes**

**Leonardo Carnut**

## Resumo

*Tratou-se de um ensaio sobre os desafios da universalidade na atenção primária a saúde. O artigo versa sobre as características semânticas dos termos universalidade, universalização e universalismo e trabalha os aspectos determinantes da política econômica sobre a atenção primária à saúde, sendo esta entendida como política social. Por fim o autor discorre algumas considerações sobre a origem dos desafios enfrentados na universalidade da atenção primária e como esta está intrinsecamente ligada à superação da política econômica neoliberal.*

**Descritores:** SUS, acesso universal a serviços de saúde, cobertura universal.

**Keywords:** Unified Health System, universal access to health services, universal coverage.

## Abstract

*It was an essay on the challenges of universality in primary healthcare. The paper discusses the semantic features of terms universality, universalisation and universalism and works the determinants of economic policy on primary health, understood as a social policy. Finally the author discusses some considerations on the origin of the universality of the challenges facing primary care and how it is inextricably linked to overcoming the neoliberal economic policy.*

---

**Mestre em Saúde Coletiva – Faculdade de Odontologia de Pernambuco /  
Universidade de Pernambuco – Recife, Pernambuco, Brasil.**

*Para correspondência:  
Prof. Msc. Leonardo Carnut  
email: leonardo.carnut@gmail.com*

**Data da Submissão: 05/07/2011  
Data do Aceite: 25/08/2011**

## Introdução

No estudo dos sistemas de saúde, é comum que os mesmos se apoiem em princípios norteadores que conduzam a estruturação dos serviços e quem deles possam usufruir. A universalidade é um dos princípios do SUS que, na atualidade, tem um desafio a medida que, em modos de produção capitalista, o investimento social não ganha notoriedade frente a política econômica neoliberal em um mundo cujo capital está globalizado.

O objetivo desse artigo é resenhar sobre os desafios impostos a operacionalização da universalidade no SUS com foco na atenção primária a saúde cujo nível é responsável pelo primeiro contato com o usuário, e portanto, responsável por toda sua condução no sistema. Por isso, parte-se do pressuposto que o acesso universal a atenção básica é o elemento nevrálgico da questão e que faz com que esse tema seja dotado de uma relevância capital nas políticas de saúde da atualidade.

A primeira parte desse artigo focará de forma breve na discussão semântica do termo universalidade e algumas “sinonímias” aparentes. A segunda parte o autor se debruçará sobre a relação entre política econômica e atenção primária a saúde como uma política social e na terceira tece algumas considerações sobre os desafios na implementação da universalidade no sistema como preconizada no texto constitucional.

## Conceitos de “Univesalidade”, “Universalização” e “Universalismo”

Para a Carta Magna<sup>1</sup> a universalidade se trata de um princípio filosófico do sistema de saúde e se expressa no texto constitucional da seguinte forma:

*Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).*

O arcabouço jurídico infraconstitucional também reforça o entendimento deste princípio basal do sistema expondo sua versão em dois momentos da Lei Orgânica da Saúde<sup>2</sup>.

*Art 20. § 1º O dever do Estado de garantir a*

*saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).*

*Art 70. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:*

*I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; (BRASIL, 1990).*

Na interpretação de Couto et al<sup>3</sup> a universalidade é a garantia de que todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais devem ter acesso às ações e serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema de saúde, assegurado por uma rede hierarquizada de serviços e com tecnologia apropriada para cada nível. Não há mais discriminação entre população urbana e rural ou entre contribuintes e não contribuintes.

Pontes et al<sup>4</sup> reforça que o próprio usuário do sistema identifica a universalidade como princípio do sistema. Segundo os autores, apesar de não se referirem claramente às leis do SUS, os usuários as conhecem, principalmente o princípio da universalidade, o qual se faz largamente presente e incorporado aos seus discursos.

A despeito do que versa a Constituição Federal de 1988<sup>1</sup>, a universalidade ainda carece de muito empenho do ente Estatal para se fazer presente no cotidiano do cidadão. Embora a assistência à saúde seja considerada um direito social na Constituição de 1988, na prática, não há sistema público de saúde universal e integral na sua totalidade. Contudo, apesar dos vinte anos de existência do SUS, o Estado enfrenta dificuldades crescentes para materializar o direito social constitucional do acesso universal de atenção à saúde<sup>5</sup>.

Baseado no mesmo radical mas dotado de uma significação distinta, o termo

“universalização” remete a capacidade de expansão/cobertura de determinada ação para toda a população, que aqui neste artigo se refere às ações e serviços de saúde entretanto pode ser aplicada a quaisquer políticas sociais. As ações são expandidas pois entende-se que essas estão assentadas no cidadão dotado de direito e que requer o acesso à ação/serviço/benefício para que a universalidade alcance sua expressão.

No Brasil a universalização da atenção à saúde veio por materializar a universalidade do direito à saúde. O entendimento de universalização pode variar ainda em relação ao tipo de justiça distributiva que se toma por base. Kerstenetzky<sup>6</sup> coloca que a diferença entre focalização e universalização, no âmbito de uma concepção de justiça de mercado, estaria principalmente no tamanho do resíduo.

Outros autores como Favaret Filho e Oliveira<sup>7</sup> cunharam a expressão “universalização excludente” para qualificar a associação entre a “expansão por baixo”, pela inclusão de milhões de pobres e indigentes, e a exclusão por cima, mediante a qual segmentos de trabalhadores mais qualificados e a classe média em geral, aparentemente, renunciam à assistência médica do SUS, em busca de atendimento diferenciado dos planos de saúde, não reconhece significativamente que houve uma migração da clientela do seguro social para o mercado que, por sua vez, reforçou e consolidou o próprio mercado.

Mas recentemente o termo “universalismo” passou a ganhar notoriedade no debate sobre as políticas sociais, principalmente depois da implantação maciça do receituário neoliberal nos países de economia periférica. Universalismo para Figueira et al<sup>8</sup> trata-se da promoção de um conjunto de serviços de cobertura universal que cumpram com padrões de qualidade para todos em um conjunto limitado de prestações básicas, que incluem as prestações básicas de direito universal, que variará de acordo com as possibilidades e definições próprias de cada país.

O universalismo é uma proposta baseada em quatro principais características: i) ênfase dada ao fortalecimento de cidadania; ii) centralidade da equidade como indispensável e como valor que permeia o processo de formação de políticas sociais; iii) visão e articulação abrangente de intervenções sociais, fundamentada na abordagem de direitos sociais e quebrar o círculo vicioso da pobreza e iv) o papel atribuído ao Estado como garantia de benefícios básicos<sup>8</sup>.

## **Política Econômica, Política Social e Atenção Primária**

O direito à universalidade das ações e serviços de saúde deve ser pensada a partir da construção do Estado democrático de direitos. Isso porque a universalidade constitui um princípio desse Estado. No mundo, esse princípio teve sua expressão maior no Welfare State (WS), resultado de um longo processo de construção<sup>9</sup>. Portanto, em termos muito gerais, pode-se dizer que parte significativa dessas reflexões toma como ponto de partida constatações, geradas pelas ciências políticas e pela economia, sobre os problemas envolvidos com a extensão da democracia da esfera política para a social<sup>10</sup>.

A atenção primária como política de saúde vem ganhando defensores principalmente pela capacidade de resultado a nível populacional que demonstra. Há evidências de que países onde existe uma forte orientação para a atenção primária têm resultados mais equitativos na saúde do que aqueles orientados para a atenção especializada, porque aquela custa menos para os indivíduos e é mais custo-efetivo para a sociedade. O acesso a um determinado tipo de assistência, comparado com outros, pode trazer mais benefícios à população, reduzindo a carga das doenças<sup>11</sup>.

No Brasil os programas que ofertam serviços de atenção primária são o PSF e o Pacs. Estes sofreram um processo de universalização com muita aceitação pela população em municípios de pequeno porte, no interior do País. Já nos municípios maiores, sua presença era pequena, o que levou o MS a conceber o Proesf, em 2003, como uma proposta de fortalecimento e reorganização da atenção básica a partir do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes<sup>12</sup>.

No entanto percebe-se que os rumos que o Sistema Único de Saúde vem apresentando nos últimos tempos tem explicitado claramente as conseqüências geradas pela separação entre política social e política econômica<sup>13,14</sup>. Com isso os estados vêm perdendo a capacidade de formular e implementar políticas nacionais de desenvolvimento (políticas industriais, de energia, de transportes, sociais etc.) que tenda à equidade social. As ações estatais cada vez mais se centram em políticas monetárias e cambiais com metas fixadas em negociações com agentes financeiros internacionais sob pressão de “necessidades técnicas impostas pela globalização”<sup>15</sup>.

As evidências dessas adequações ao mercado externo são visíveis na condução do Estado no gerenciamento do gasto social. Como comprovam Marques e Mendes <sup>9</sup> a sociedade brasileira tem presenciado cotidianamente uma situação em que a saúde sofre avanços sobre seus recursos que podem estar prejudicando seu desenvolvimento. São estas: a) Da aplicação do disposto na Emenda Constitucional (EC) 29/2000 “ A base de cálculo para os recursos da União; b) O descumprir do conceito de ações e serviços de saúde nos estados e municípios; c) Tentativas de redução do orçamento do Ministério da Saúde e d) A vinculação da EC 29 é objeto da atenção da área econômica. Logo, por conta da estagnação do crescimento econômico e do aumento das desigualdades sociais nos países que adotaram as receitas liberais no atual período da globalização, estão surgindo diversos questionamentos sobre o viés econômico predominante no processo de garantia de direitos, sendo um deles a universalidade da atenção primária à saúde.

### **Desafios da Universalidade na atenção primária à saúde no Brasil**

Na perspectiva neoliberal, a concentração da riqueza e da renda se acentua cada vez mais, ao mesmo tempo em que se difundem ideologias de um “novo humanismo” citando exemplos de como seria possível superar a pobreza pelo voluntariado, as iniciativas da filantropia e a “compaixão” entre as pessoas <sup>15</sup>. Esse acúmulo pode (e deve) ser estendido ao acesso a bens e serviços conquanto os serviços de saúde não escapam a essa lógica.

Marsiglia <sup>16</sup> coloca que as regiões metropolitanas revelam-se como espaços de acentuada fragmentação social, expressa em uma composição populacional diferenciada, com diversos níveis de consumo e acesso a serviços. Logo, os diversos municípios brasileiros que implantaram o PSF apresentam graus diferentes de desenvolvimento sócio-urbano, redes assistenciais com extensões diferentes em qualidade e cobertura, além dos segmentos populacionais demonstrarem condições de consumo e demandas muito diferenciadas diante dos serviços de saúde <sup>16,17</sup>.

Os dados empíricos de Portela e Ribeiro <sup>18</sup> demonstra-nos mais evidências sobre a questão. Os municípios da região Sudeste, mais desenvolvida do país, apresentam em média melhores desempenhos econômico-financeiros, porém valores médios de cobertura de ESF mais baixos. Os municípios das

regiões Norte e Nordeste, com as menores médias para indicadores de sustentabilidade econômico-financeira, são os que mais fizeram esforço de evolução no período estudo pelos autores. Assim, observou-se a dinâmica entre maior capacidade fiscal e de comprometimento orçamentário com o setor saúde para os municípios de maior porte e de regiões mais desenvolvidas economicamente, e maior vulnerabilidade e dependência de transferências federativas para os municípios de menor porte e em áreas menos desenvolvidas.

Bahia <sup>19</sup> expõe indícios mais do que suficientes da mercantilização dos serviços de saúde em face ao capitalismo globalizado reduzindo assim os direitos sociais. A marcha ascensional dos gastos privados com saúde no Brasil (em 1975, a proporção de gastos privados era 33% e 60% em 2005) não corresponde a aumentos ou reduções uniformes de coberturas, nem expressa a capacidade individual de pagamento da população. Estamos diante de mudanças significativas nas bases materiais e políticas do sistema de saúde brasileiro. A conjugação da expansão e universalização da atenção básica de uma parcela reduzida de procedimentos de alto custo com o incremento da mercadorização da oferta de serviços privados não asfalta a estrada que leva à transformação do direito à saúde em direito de cidadania.

Nessa conjuntura, os sujeitos não reconhecem o acesso aos serviços de saúde de forma legítima e não raro é possível encontrar usuários que identificam ao acesso ao sistema de saúde como algo relacionado à sorte e/ou à crença em Deus <sup>20</sup>.

### **Conclusões**

Ante o exposto é possível afirmar que os principais desafios da universalidade da atenção básica giram em torno do projeto econômico e de desenvolvimento social que o país está perseguindo nas últimas décadas. Desde a o processo de Reforma Sanitária Brasileira até a atualidade o Sistema Único de Saúde tem passado por momentos de crises sistemáticas de ordem política e financeira e o suas repercussões atingem a política de saúde como um todo impedindo assim a expansão da atenção básica na busca da garantia da universalidade. Contudo fica claro que a incapacidade do avanço da atenção primária está prioritariamente associada a adoção de um cardápio de medidas neoliberais que inviabilizam

um financiamento robusto às políticas sociais no Brasil.

### Agradecimentos

A Profa. Dra. Valdilene Viana Schmaller, Departamento de Serviço Social (DSS) - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

### Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
2. Brasil. Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
3. Couto ALS. Ideologia Neoliberal e Política Social: a construção da resistência do SUS. Trabalho de Conclusão de Curso de graduação. Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. 2009. 56p.
4. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. The principle of universal access to health services: What do the users think? Esc Anna Nery Rev Enferm 2009; 13 (3): 500-07.
5. Ocké-Reis CO. A constituição de um modelos de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? Série Seguridade Social. Brasília, 2009. 27p.
6. Kerstenetzky CL. Políticas Sociais: focalização ou universalização? Revista de Economia Política 2006; 4(104):564-574.
7. Faveret Filho P, Oliveira P. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Dados 1990; 33 (2):257-283.
8. Figueira F et al. Universalismo básico : Una nueva política social para América Latina. Editorial Planeta Mexicana : México, D.F. 2006, 393p.
9. Marques RM, Mendes A. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. Saúde Soc. 2007; 16(3):35-51.
10. Przeeworski A. Capitalismo e social-democracia. São Paulo: Companhia das Letras; 1989.
11. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res 2003; 38:831-65.
12. Bodstein, R. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):725-731, 2006.
13. Viana, ALD, Elias, PEM. Saúde e desenvolvimento. Ciência & Saúde Coletiva, 12(Sup):1765-1777, 2007.
14. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. Ciências & Saúde Coletiva 2003; 8(2):521-535.
15. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):319-328, 2001.
16. Marsiglia RMG et al. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. Saúde e Sociedade 2005; 14(2):69-76.
17. Júnior NC, Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. Cad. Saúde Pública 2003; 19(6):1827-1835.
18. Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. Ciência & Saúde Coletiva, 16(3):1719-1732, 2011.
19. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):753-762, 2009.
20. Pontes APH et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Enferm 2010; 63(4):574-80.