



## ARTIGOS E ENSAIOS

## Desmante do SUS em Porto Alegre e as repercussões para os/as usuários/as em cuidados paliativos

*Dismantling of the SUS in Porto Alegre and the repercussions for users in palliative care*

**Renata Dutra Ferrugem<sup>1</sup>**

[orcid.org/0009-0006-1492-6922](https://orcid.org/0009-0006-1492-6922)  
[ferrugem.re@gmail.com](mailto:ferrugem.re@gmail.com)

**Dolores Sanches**

**Wünsch<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0002-5278-1465](https://orcid.org/0000-0002-5278-1465)  
[dolores.sanches@ufrgs.br](mailto:dolores.sanches@ufrgs.br)

**Recebido em:** 18 out. 2024.

**Aprovado em:** 03 set. 2025.

**Publicado em:** 15 dez. 2025.

**Resumo:** O artigo aborda a particularidade da política de saúde, os projetos em disputa e o desmante do SUS em Porto Alegre. Constata-se na realidade de Porto Alegre o quanto os processos de privatização e terceirização são históricos, e vêm avançando ao longo dos últimos anos. Tais processos relacionam-se diretamente com a precarização dos serviços, o que exige resistência por parte do controle social na defesa do SUS. Observa-se que essa realidade provoca inúmeras repercussões na vida de usuários/as em cuidados paliativos, cuja particularidade se apresenta neste artigo. Para a abordagem da realidade, foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa, com dois ciclos de coleta de dados: documental e de campo, com usuários/as internados/as e seus/as familiares em um hospital de alta complexidade de Porto Alegre. Dentre os resultados do estudo, evidencia-se que a precarização da Rede de Atenção à Saúde impacta para que ocorra um diagnóstico tardio, assim como repercute no tratamento dos/as sujeitos/as da pesquisa após o diagnóstico. Conclui-se que o desmante do SUS, por meio dos chamados "novos modelos de gestão" e através da terceirização e precarização dos serviços, é parte constitutiva da determinação social do processo saúde-doença. Portanto, acaba provocando inúmeras repercussões na vida de usuários/as em cuidados paliativos e suas famílias e vai na contramão da integralidade do cuidado em saúde.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; desmante do SUS em Porto Alegre; cuidados paliativos.

**Abstract:** The article addresses the particularities of health policy, the projects in dispute and the dismantling of the SUS in Porto Alegre. In the reality of Porto Alegre, the privatization and outsourcing processes are historic, and have been advancing over the last few years. Such processes are directly related to the precariousness of services, which requires resistance from social control in defending the SUS. It is observed that this reality causes numerous repercussions in the lives of users receiving palliative care, the particularity of which is presented in this article. To approach reality, qualitative research was carried out, with two cycles of data collection: documentary and field, with hospitalized users and their families in a highly complex hospital in Porto Alegre. Among the results of the study, it is evident that the precariousness of the Health Care Network impacts the occurrence of a late diagnosis, as well as having an impact on the treatment of research subjects after diagnosis. It is concluded that the dismantling of the SUS, through the so-called "new management models" and through the outsourcing and precariousness of services, are a constitutive part of the social determination of the health-disease process. Therefore, they end up causing countless repercussions in the lives of palliative care users and their families and go against the grain of comprehensive health care.

**Keywords:** Unified Health System; Dismantle the SUS in Porto Alegre; Palliative Care.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença  
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

## Introdução

O presente artigo trata do Sistema Único de Saúde (SUS) e demonstra o processo de seu desmonte<sup>2</sup> no município de Porto Alegre (RS), evidenciando como se particulariza essa realidade na vida de usuários/as em cuidados paliativos. Para análise, parte-se da determinação social do processo de saúde-doença e sua compreensão no contexto sócio-histórico contemporâneo.

A concepção da determinação social do processo saúde-doença abarca a conformação das classes sociais, compreende a relação intrínseca entre o processo social e o processo saúde-doença, o qual tem caráter histórico e é determinado pelo modelo de sociabilidade capitalista que se vive. Logo, o processo saúde-doença tem caráter social, uma vez que "adquire historicidade porque está socialmente determinado" (Laurell, 1982, p. 12), ou seja, não são suficientes os fatores biológicos para explicar o processo saúde-doença, é preciso compreender sua articulação com o processo social.

A determinação social do processo saúde-doença se relaciona diretamente às bases teóricas da Reforma Sanitária Brasileira dos anos 1980, tendo presente que tal processo compreende sua relação com o sistema capitalista, com a mercantilização da saúde e os projetos de saúde em disputa. Entende-se que o SUS representa um importante avanço, ao mesmo tempo que é permeado de desafios, os quais se intensificaram, mais recentemente na história do país, a partir do contexto do golpe jurídico-midiático-parlamentar de 2016. Isso porque percebe-se que mesmo aquilo que se conseguiu construir e avançar vem sendo destruído e "desmontado" a partir de diferentes ataques, dentre eles a disputa privatista, a lógica mercadológica da saúde e o desfinanciamento do SUS. Tal cenário evidenciou ainda mais a urgente e necessária defesa do SUS.

A mercantilização desconsidera a saúde como direito universal e dever do Estado, transforman-

do-a em moeda de troca e retirando do centro da atenção os/as sujeitos/as que buscam os serviços de saúde para o atendimento das suas necessidades. Relacionado a isso, Mendes e Carnut (2020) afirmam que é necessário compreender que o Estado brasileiro, nos últimos 30 anos, nunca deixou de ceder incentivo à iniciativa privada, o que ameaça a proposta de saúde universal.

Em Porto Alegre, é possível identificar que há um avanço da privatização e terceirização da saúde, as quais estão relacionadas, fundamentalmente, com a precarização da saúde. Da mesma forma, a gestão municipal segue investindo esforços no ataque ao controle social, que por sua vez resiste em defesa do SUS. Essa realidade tem graves consequências para a população usuária do SUS, em especial, neste estudo, para as pessoas em cuidados paliativos, sendo destacada a relação da precarização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com o diagnóstico tardio e as dificuldades no tratamento após o diagnóstico.

O estudo que embasa este artigo apresentou uma abordagem da realidade através de uma pesquisa de natureza qualitativa. A pesquisa foi realizada em dois ciclos de coleta de dados: o primeiro refere-se a uma pesquisa documental e o segundo ciclo refere-se a uma pesquisa de campo<sup>3</sup>. Neste artigo, serão apresentados os resultados da pesquisa documental que teve como fontes as notas e os documentos produzidos pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e pelo Fórum em Defesa do SUS/RS, que tratam de situações que envolvem retrocessos na política de saúde desse município. O período dos dados recuperados foi de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2023, ou seja, cinco anos.

Depois, serão apresentadas as repercussões do desmonte da política de saúde na vida dos/as participantes do estudo, a partir de uma fração dos resultados da pesquisa de campo. Para definição da amostra, foram selecionados/as os/as usuários/as que estavam internados/as

<sup>2</sup> A terminologia "desmonte do SUS" neste artigo remete para o seu aprofundamento na conjuntura da Política de Saúde Brasileira, em particular após o golpe jurídico-midiático-parlamentar de 2016 e, embora compreenda-se que o SUS desde seu nascimento vem sendo submetido à lógica do mercado, tal cenário se aprofunda com os governos de orientação neoliberal.

<sup>3</sup> O projeto de pesquisa foi aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de realização do estudo, através do CAAE n. 67465223.8.3001.5327.

no período da realização da pesquisa de campo, entre os meses de novembro de 2023 e janeiro de 2024, totalizando 10 usuários/as (sendo dois usuários/as internados/as e oito familiares), tendo como delimitação territorial os/as usuários/as que residem em Porto Alegre. Assim, no que tange à amostra da pesquisa de campo, para este estudo foi escolhida a técnica de amostragem do tipo não probabilística intencional. Para realização da análise das entrevistas, bem como dos documentos secundários da pesquisa documental, foi utilizada como metodologia a análise de conteúdo.

Assim, o presente artigo inicialmente apresenta o debate sobre a construção do SUS e os projetos em disputa na saúde. Na sequência, pretende-se dialogar sobre o desmonte do SUS em Porto Alegre e suas repercussões na vida de usuários/as em cuidados paliativos. Por fim, serão tecidas algumas considerações finais.

### A construção do SUS e os projetos de saúde em disputa

O SUS é uma política de Estado que resultou do Movimento da Reforma Sanitária (MRSB) dos anos 1980, marcado pelas lutas sociais por democracia e que despertou vários processos de mudança nas esferas institucional, jurídica, política, organizativa e operacional do sistema de saúde (Teixeira; Souza; Paim, 2014). Neste sentido, Cheloni, Assis e Maywald (2021) apresentam que desde o início da construção do SUS, nos anos 1980, ele se localiza em um cenário de disputas entre quem defende a saúde universal e pública em contraponto a quem defende a privatização a partir dos avanços neoliberais, mirando a saúde como mercadoria.

A situação do país, em 1988, era de aceleração da crise econômico-social e da crise política, momento em que os movimentos sociais e a população perderam a esperança e seu potencial de participação e mobilização (Bravo, 1996). Oliveira (2011, p. 132) afirma que o Estado Brasileiro, na década de 1990, experimentou uma contrarreforma, processo que foi marcado pela expropriação de direitos, especialmente os

sociais, "articulado à ascensão do neoliberalismo nos anos 1980, consequência da crise do Estado de Bem-Estar Social na década de 1970".

Apesar desse cenário adverso e dos inúmeros desafios impostos ao MRSB dos anos 1980, e que permearam o processo de construção do SUS, são inegáveis os avanços que esse movimento e o próprio SUS representam na Política de Saúde Brasileira. Assim, a partir da Constituição Federal de 1988, é instituído um novo modelo de saúde, conforme consta no Título VIII da Ordem Social, Seção II, da Saúde, nos artigos de 196 a 200. Com base nesse entendimento, emerge o SUS, regulamentado pelas Leis n. 8080/1990 e n. 8142/1990.

Ainda que o SUS represente uma conquista importante e que esteja instituído legalmente e legitimado socialmente, sabe-se que ele é resultado das disputas entre projetos opostos que existem no Brasil antes mesmo da Constituição Federal de 1988 e da redemocratização. Conforme Bravo (2009), o Projeto de Reforma Sanitária tem o SUS como uma de suas estratégias, e apresenta como ponto central certificar que o Estado, democrático e de direito, se responsabilize pelas políticas sociais, dentre elas, a saúde. O MRSB se posicionou na 8ª Conferência Nacional de Saúde de maneira contrária à saúde como fonte de lucro e mercadoria, bem como acenou sobre a necessidade de progressiva estatização.

Bravo, Pelaez e Menezes (2020) apresentam como outro projeto em disputa o Projeto Privatista, que se orienta pela exploração da doença como origem de lucros e pelas regras do mercado, apresentando os "novos modelos de gestão" para substituir a gestão estatal, contribuindo para destruir a Política de Saúde construída nos anos 1980. Bravo (2009) realça que essa hegemonia neoliberal no Brasil vem causando diversos impactos, dentre eles o desemprego estrutural, a precarização do trabalho, o sucateamento da educação e saúde, a redução dos direitos trabalhistas e sociais, contenção de gastos.

Os "novos modelos de gestão" são, na prática, a privatização da saúde na atualidade, que ocorre por dentro e por fora do SUS, os quais se revelam

como um ataque direto a saúde na condição de um direito, uma vez que “[...] o crescimento do setor privado da saúde além dos limites da complementariedade estabelecidos pela Constituição Federal, é incompatível com a plena afirmação e consolidação do SUS” (Batista Júnior, 2011, p. 37).

É importante destacar também a existência do Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada, o qual, segundo Bravo, Pelaez, Menezes (2020), propõe o SUS possível, pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e que responsabilizam os/as trabalhadores/as da saúde para adequar a política de saúde às condições de um rebaixamento da proposta da Reforma Sanitária na sua gênese. Bravo, Pelaez, Menezes (2020) abordam, por fim, sobre o projeto de saúde voltado para a total destruição do SUS nos Governos de Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022), que defendeu o SUS subordinado integralmente aos interesses do mercado privado.

Este cenário ficou mais evidente durante a pandemia, mas como já foi apresentado, acirra no Brasil a partir do governo golpista de Temer. Bravo, Pelaez, Menezes (2020) reforçam que a partir do governo Temer percebe-se uma intensificação de políticas que colaboram para o desmonte do Estado brasileiro, o que é aprofundado no governo Bolsonaro. Conforme Cislighi (2021), é justamente a partir do golpe jurídico, midiático e parlamentar que conduziu Michel Temer à presidência que tem início o período ultraneoliberal no Brasil, tendo como mais importante e primeira medida do seu governo a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95, transferindo fundo público para o capital financeiro.

Assim, identifica-se a passagem do subfinanciamento do SUS, desde os governos de Fernando Henrique Cardoso e dos governos de Lula e Dilma, para um desfinanciamento a partir de 2017, especialmente com a instituição da EC 95, que se configura como uma proposta de destruição da universalidade do SUS à medida que reduz paulatinamente seu valor, comparado à arrecadação (Mendes; Carnut, 2020). Importante frisar que esse subfinanciamento e esse desfinanciamento não ocorrem somente na saúde, e

a privatização, conforme salienta Correia (2011), acontece por meio da terceirização dos serviços públicos e da gestão nas áreas em que se assentam as políticas públicas.

Correia (2011) aponta que, pelo fato de na área da saúde circular grande quantidade de recursos, o setor privado mantém grande interesse em administrá-los. A autora destaca que o Estado promove os direitos sociais assegurados legalmente por meio de serviços sociais públicos, dessa forma, a privatização destes consiste numa enorme ameaça à garantia desses direitos. Pensando na necessidade de garantir também o direito de as pessoas terem acesso aos cuidados paliativos, é fundamental a defesa do SUS, pois somente com uma política de saúde pública estatal fortalecida é que será possível, igualmente, a efetivação da política pública de cuidados paliativos, instituída pela Portaria n. 3.681, de 7 de maio de 2024 (Brasil, 2024).

Diante desse cenário, é urgente que se avance na luta em defesa do SUS público, estatal, de qualidade, enfrentando as diversas tentativas de privatização da saúde, e os graves desdobramentos desse processo. Ademais, há que se apontar os retrocessos gerados na gestão pública de orientação neoliberal, a exemplo do que será apresentado, na sequência, referente a uma análise sobre o desmonte do SUS em Porto Alegre.

### Desmonte do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre

Diante do cenário de desmonte do SUS e dos desafios para sua defesa, propõe-se analisar a realidade de Porto Alegre, mais especificamente no que tange ao contexto da política de saúde. Para esta análise, realizou-se a pesquisa documental a partir de dados secundários disponíveis publicamente. Para investigar a realidade de Porto Alegre, foi organizado um *corpus* documental com diferentes documentos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA) e do Fórum em Defesa do SUS/RS, como publicações, notícias, posicionamentos, notas públicas e manifestos. Os documentos analisados referem-se ao período de cinco anos, de fevereiro de 2018

a fevereiro de 2023.

No que se refere aos documentos do CMS/POA, ressalta-se que foram identificados 47 documentos; destes, três foram excluídos por não tratarem do objeto em estudo. A partir da análise, foram identificados os documentos que tratavam do mesmo tema, sendo eles agrupados. Pode-se observar que 17 documentos tratam de terceirização, privatização, empresariamento da Atenção Básica<sup>4</sup> e da situação do Instituto Municipal da Estratégia da Saúde da Família (IMESF); seguidos por aqueles que tratam de temas como controle social, terceirizações na rede de urgência e emergência da cidade e demais temas relacionados à defesa do SUS e ao enfrentamento do seu desmonte.

Em relação aos documentos publicizados pelo Fórum em Defesa do SUS/RS, foram identificados 24, sendo que dois foram excluídos por não tratarem do tema da pesquisa. Igualmente, foram agrupados aqueles que tratam da mesma temática. Evidenciou-se que 16 documentos tratam também sobre terceirização, privatização, empresariamento da Atenção Básica e a situação do IMESF; seguidos daqueles referentes a temas relacionados à defesa do SUS e ao enfrentamento do seu desmonte. A partir da análise realizada no tocante ao contexto de desmonte do SUS em Porto Alegre, foi possível identificar categorias centrais, emergentes da análise, quais sejam: privatização e terceirização; precarização dos serviços; ataque ao controle social e resistência.

### **Privatização e terceirização: “Somos contra este modelo no SUS, pois fere os seus princípios e diretrizes [...]”<sup>5</sup>**

Identifica-se que a privatização e a terceirização estão diretamente relacionadas, pois, como aponta Druck (2016, p. 38), “a terceirização no serviço público é uma forma de privatização, um processo decorrente de uma política que transforma a natureza do Estado e de sua inter-

venção”. Neste sentido, observa-se que a grande maioria dos documentos que versam sobre esse tema se referem ao contexto da Atenção Básica.

Isso demonstra o quanto o debate acerca da Atenção Básica em Porto Alegre é central nessa análise, considerando que as denúncias e os movimentos realizados contra a privatização e terceirização da saúde são de longa data. Os documentos analisados e que tratam desta temática datam a partir de 2019, no entanto, alguns desses documentos evidenciam que a privatização e a terceirização da Atenção Básica em Porto Alegre são históricas. Observa-se isso no documento intitulado “Atenção Básica. Retrospectiva dos principais pontos da atuação do CMS pela Atenção Básica em Porto Alegre”, quando apresenta que desde a década de 1990 o CMS alertava a gestão do município sobre a “necessidade de estabelecer quadro efetivo para a Atenção Básica, com remuneração e demais condições de trabalho que permitam fixar as equipes de saúde da família nas comunidades, integração das equipes, humanização do trabalho em saúde e proporcionando estabilidade” (CMS/POA, 2019).

Evidencia-se o quanto esse contexto é histórico em Porto Alegre e percebe-se que em todas essas experiências houve prejuízos para a política de saúde na capital, demonstrados na identificação de irregularidades nos contratos, desvios de valores, precarização das condições de trabalho, dentre outros aspectos. É fundamental assinalar que a situação se agravou ainda mais com a decisão do governo municipal, em 2011, de criar o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), uma fundação pública de direito privado, com o objetivo de gerenciar a Atenção Básica da cidade.

O CMS e as entidades que o compõem foram contrários a essa proposta, novamente exigindo que a contratação das equipes fosse realizada através de concurso público com regime estatutário. Com isso, instauraram em 2013 um

<sup>4</sup> Neste artigo, optou-se por utilizar a terminologia “Atenção Básica”, considerando que está mais alinhada à perspectiva de política pública brasileira e coaduna-se com a nomenclatura respectiva, a qual é Política Nacional de Atenção Básica. Ainda assim, alguns documentos analisados e citações utilizadas poderão utilizar a terminologia “Atenção Primária” como sinônimo de “Atenção Básica”.

<sup>5</sup> Documento do Fórum em Defesa do SUS/RS (2022a).

processo judicial de inconstitucionalidade do IMESF, que foi reconhecido somente em 2019. Utilizando da inconstitucionalidade como pretexto, a gestão municipal optou por demitir os/as trabalhadores/as e contratar novas equipes através de empresas privadas. Referente a este contexto, é fundamental compreender que, nos últimos anos, houve intensas privatização e terceirização da gestão dos serviços de saúde, o que, como aponta Correia (2014, p. 51), é um processo "mascarado pelos novos modelos de gestão, através da proposta de repasse desses serviços para outras modalidades de gestão, por meio de contratos e de parcerias, mediante transferências de recursos públicos [...]".

Druck (2016) situa que, a partir dos anos 2000, se fortaleceu a implantação de organizações sociais na saúde pública e, a partir de 2015, foi validada como constitucional, por decisão do Supremo Tribunal Federal. Assim, passou a ser liberada a terceirização para os serviços essenciais que estão sob responsabilidade do Estado (saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia, desporto/lazer e meio ambiente), sendo essa estratégia, "um dos mecanismos mais eficientes de desmonte do conteúdo social do Estado e de sua privatização, que ocorre mediante formas diversas de precarização do trabalho" (Druck, 2016, p. 15).

A análise dos documentos do CMS/POA e do Fórum aponta para a gravidade do cenário de privatização e terceirização da Atenção Básica em Porto Alegre. Observa-se o quanto a gestão municipal segue, ao longo dos anos, investindo na lógica de terceirizar e privatizar a principal porta de entrada do SUS, a Atenção Básica. Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2023), a Atenção Básica é capaz de atender de 80% a 90% das necessidades em saúde das pessoas ao longo de suas vidas, desde que a partir de um atendimento acessível, abrangente e pautado na comunidade.

Ao analisar os documentos do CMS/POA e do Fórum, é possível perceber que a terceirização dos serviços, por meio de instituições privadas, provocou grande rotatividade tanto de trabalha-

dores/as da saúde quanto das próprias empresas que realizam a gestão dos serviços, com contratos frágeis e diversas irregularidades, como é possível observar no extrato do documento que segue:

A rotatividade, precarização do trabalho, assédio, metas fora da realidade são a regra no modelo de terceirização. Somos contra este modelo no SUS, pois fere os seus princípios e diretrizes de cuidado longitudinal, vínculo, humanização da saúde. Além disso, a ampla maioria das unidades de saúde de POA estão sendo geridas pelo privado, o que fere a complementaridade do SUS (Fórum em Defesa do SUS/RS, 2022a).

Identificam-se inúmeras repercussões negativas, relacionadas tanto aos/as trabalhadores/as da saúde e aos serviços quanto ao atendimento ofertado à população. A experiência de Porto Alegre evidencia que esses processos ocasionaram a descontinuidade do atendimento e, por vezes, a desassistência, à medida que houve troca de empresas que prestavam o serviço, quebra de contratos sem aviso prévio, falta de trabalhadores/as da saúde, assim como demissão de trabalhadores/as. Goodair e Reeves (2024) apontam que, ao compararem serviços privatizados com serviços não privatizados, identificaram no primeiro caso resultados piores no que tange às mudanças na desigualdade salarial, na carga de trabalho e na segurança no emprego.

Desse modo, constata-se a redução de trabalhadores/as e equipes de saúde, inclusive o fechamento de unidades de saúde (US), como aponta a Nota Pública do CMS sobre o fechamento da US Tronco: "somente neste semestre, conforme o Relatório de Gestão, a SMS fechou 06 US, diminuindo de 141 para 135 unidades" (CMS/POA, 2020a). O fechamento de US e a terceirização da Atenção Básica ocasionaram a superlotação recorrente nas unidades de saúde e a descontinuidade do atendimento que era prestado por equipes inseridas nos territórios, em especial territórios de maior vulnerabilidade.

A lógica da privatização da Atenção Básica de Porto Alegre vem seguindo, por óbvio, a lógica do setor privado, pautada por metas e pelo lucro, ou seja, a saúde como uma mercadoria e

não um direito. O que vem sendo demandado pelas empresas privadas responsáveis por gerir as US é o cumprimento de metas, ou seja, a tarefa é buscar por produção para lucrar em cima da saúde da população, o que não se coaduna com os princípios e diretrizes do SUS. Em Porto Alegre, ainda há a particularidade de que as empresas privadas contratadas para gerir as US são empresas hospitalares e, por consequência, muitos dos/as profissionais não são capacitados/as e não receberam qualquer treinamento para trabalhar no posto de saúde (Fórum em Defesa do SUS/RS, 2021, p. 4).

É interessante pontuar, conforme apresentado nos documentos analisados, que as regiões

mais afetadas, os principais locais onde ocorre a desassistência, são justamente as comunidades mais vulneráveis, as quais vivenciam de forma mais intensa o caos causado pela precarização da saúde pública através da terceirização. Enfim, o estudo revela que a privatização da Atenção Básica em Porto Alegre não é benéfica às/aos usuárias/os do SUS e a quem trabalha para as empresas privadas, conforme se pode observar na figura 1, elaborada com base no Manifesto de entidades organizadas em movimento unificado, na luta contra as terceirizações na saúde e em defesa do SUS (Fórum em Defesa do SUS/RS, 2022b).

**Figura 1** – Prejuízos que o empresariamento/a privatização acarreta à população



**Fonte:** elaborada pelas autoras, a partir dos documentos do Fórum em Defesa do SUS (2024).

### **Precarização dos serviços: “Precarizam o trabalho, desqualificam o atendimento à população”<sup>6</sup>**

A precarização se expressa tanto nas condições de trabalho quanto nos atendimentos prestados. Evidencia-se que a falta de um ambiente adequado para o atendimento, a estrutura

física em estado precário, os vínculos instáveis, a falta de estabilidade no emprego, o assédio, a cobrança por metas muitas vezes inalcançáveis, os salários menores são exemplos de como

<sup>6</sup> Documento do CMS/POA (2019).

vem ocorrendo a precarização das condições de trabalho, impactando diretamente na grande rotatividade de trabalhadores/as. Neste sentido, Druck (2016, p. 16) aponta:

Os estudos realizados nos últimos 25 anos sobre a terceirização no Brasil foram unânimes em revelar a degradação do trabalho em todas as suas dimensões: no desrespeito aos direitos trabalhistas, nas más condições de trabalho, nos baixos salários, na piora das condições de saúde, nos maiores índices de acidentes e na vulnerabilidade política dos trabalhadores que, dispersos e fragmentados, têm dificuldades para se organizar coletivamente.

Essa precarização das condições de trabalho, que também se relaciona com a escassez de trabalhadores/as para o atendimento das demandas diárias das unidades de saúde, desqualifica o atendimento. Antunes (2018, p. 183) assinala que a terceirização está diretamente relacionada à precarização do trabalho, sendo "sinônimo de risco de saúde e de vida, responsável pela fragmentação da identidade coletiva dos trabalhadores, com a intensificação da alienação e da desvalorização do trabalho humano".

Nesse sentido, Antunes e Praun (2015, p. 422) reforçam o quanto as "precárias condições de trabalho têm contribuído de forma significativa para a deterioração das condições de saúde e segurança no trabalho no Brasil". Assim, vários documentos analisados do CMS/POA e do Fórum em Defesa do SUS/RS apresentam os reflexos da precarização do trabalho e dos atendimentos ofertados, provocados em boa parte pela privatização e terceirização dos serviços, como se pode observar no extrato do documento que segue: "as terceirizações no serviço público, que são extremamente instáveis, precarizam o trabalho, desqualificam o atendimento à população e facilitam práticas ilícitas, como o caso Sollus na capital" (CMS/POA, 2019).

Os documentos analisados demonstram o quanto a privatização e a terceirização estão diretamente interligadas à precarização. Em

consonância, apontam os inúmeros prejuízos à população, provocados pela privatização e terceirização, levando em conta a precarização dos serviços, conforme os elementos já citados: equipes reduzidas, superlotação nos serviços, fechamento de unidades, desassistência e descontinuidade do atendimento, redução na qualidade do atendimento, estrutura física precária das unidades, entre outros. Portanto, esse modelo de privatização fere os princípios e as diretrizes do SUS, rompe com o cuidado longitudinal e com os vínculos construídos entre as equipes e comunidades.

### **Ataque ao controle social e resistência: "Significa a resistência à privatização e precarização do SUS"<sup>7</sup>**

Um dos assuntos em destaque nos documentos que versam sobre essa temática refere-se ao Projeto de Lei Complementar (PLC) 026/21<sup>8</sup>, o qual impunha de forma autoritária o novo regramento ao CMS. Ao analisar esses documentos e relacioná-los com os demais documentos do *corpus* documental da pesquisa, identifica-se um profundo desrespeito ao controle social e, em alguns momentos, um ataque por parte das diferentes gestões municipais que ocuparam esse lugar no período de cinco anos. Os documentos apontam que resoluções, pareceres e demais documentos produzidos coletivamente pelo CMS quase nunca são cumpridos ou aproveitados pela gestão.

Nesse período de cinco anos, ou seja, de 2018 a 2023, por diversas vezes o CMS solicitou agenda com o prefeito em exercício, e não foi atendido. Ressalta-se ainda que houve pouca, por vezes nula, a participação do secretário de saúde nas plenárias do CMS. Os documentos evidenciam várias ocorrências de desrespeito e ataque ao controle social. Observa-se que nesse período diversas medidas foram tomadas sem passar por deliberação do CMS. Da mesma

<sup>7</sup> Documento do Fórum em Defesa do SUS/RS (2020).

<sup>8</sup> O PLC 026/21 propõe revogar a lei que criou formalmente o CMS/POA (Lei Complementar 277/92) e impor novo regramento, no qual objetiva-se alterar a composição do Colegiado do CMS, o que amplia desproporcionalmente a quantidade de conselheiras/os da gestão, ferindo a proporcionalidade constitucional regulamentada pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A proposta ainda visa modificar o caráter do CMS para consultivo, divergindo do que está preconizado na Lei Federal (CMS/POA, 2022).

forma, ocorreram encaminhamentos e definições por parte do Conselho que não foram cumpridas pela gestão municipal.

Ainda que a análise dos documentos aponte para um cenário extremamente desafiador, no qual há um desrespeito ao controle social por parte da gestão municipal, situado em um contexto marcado pela precarização dos serviços, pela privatização e terceirização da saúde, especialmente da Atenção Básica, é possível observar movimentos de resistência e conquistas ao longo dos anos. Os documentos analisados apontam para a necessidade da resistência ao desmote do SUS, como é possível observar no extrato do documento que segue:

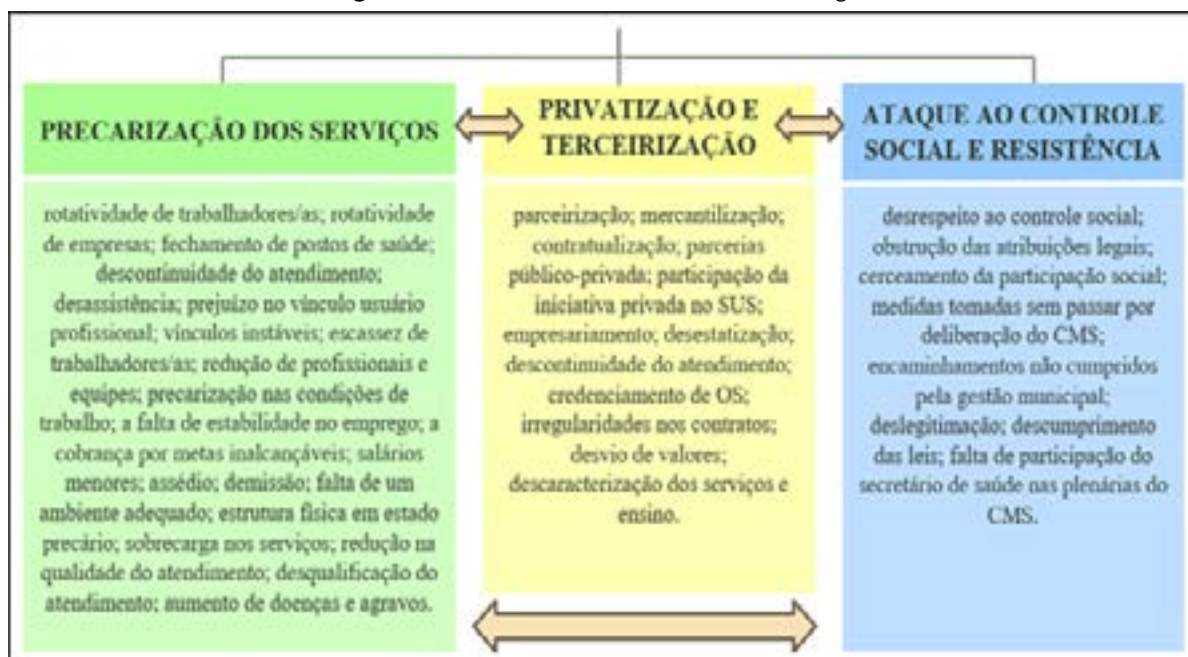
Em decisão histórica para o Sistema Único de Saúde, a juíza [...] determinou que o município cumpra o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), de setembro de 2007. A ação, movida pelo Ministério Público Federal (MPF), teve início a partir de representação do Conselho Municipal de Saúde (CMS/POA) ao Ministério Público do Rio Grande do Sul (MP/RS), que tramitava desde 2019. Ano que o município anunciou o fim do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) e a terceirização da Atenção Básica (AB) de Porto Alegre. [...] Desta forma, a decisão da justiça é uma vitória

do controle social de Porto Alegre na luta intransigente na defesa do SUS e da democracia (CMS/POA, 2020b).

O documento evidencia a necessidade de fortalecer os espaços de controle social, como mais uma via coletiva de tensionamento, de disputa, de construção de consciência crítica de modo a avançar em pautas na defesa do SUS. Justamente por serem espaços de disputa e de denúncia ao desmote do SUS, há uma deslegitimação e ataque a eles por parte da gestão, que empenha energia na tentativa de sua destruição. Ou seja, o Conselho de Saúde é atacado exatamente por cumprir sua função, a qual é atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (Brasil, 1990).

A partir da análise dos documentos, foi possível identificar que as categorias centrais que emergiram (privatização e terceirização, precarização dos serviços e ataque ao controle social e resistência) estão interconectadas, conforme demonstrado na figura 2.

Figura 2 – Desmote do SUS em Porto Alegre



Fonte: elaborada pelas autoras, a partir da análise documental – dados secundários (2024).

Por fim, de modo geral, os documentos do Fórum de Defesa do SUS e do CMS/POA demonstram a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, à medida que relacionam os temas em pauta com o modelo de sociabilidade que vigora e com as demais necessidades do povo. Da mesma forma, conclui-se que as vitórias conquistadas ocorreram através da luta coletiva, sendo esse o único caminho possível para avançar na construção do SUS público, estatal e de qualidade. Na sequência deste artigo, serão apresentadas repercussões da precarização dos serviços e o desmonte do SUS no cotidiano da vida das pessoas em cuidados paliativos e suas famílias.

### Repercussões da precarização dos serviços e do desmonte do SUS na vida dos/as usuários/as em cuidados paliativos

Evidenciou-se, a partir do exposto até então, o quanto a precarização dos serviços públicos e o desmonte do SUS em Porto Alegre são históricos, exigindo da população e do controle social muita resistência na defesa do acesso à saúde como um direito. Na contramão, a cidade vem sendo gerida por governos que investem cada vez mais em privatizar e terceirizar a saúde no município, o que traz por consequência a precarização dos serviços, impactando diretamente na vida e na saúde da população.

No estudo que embasa este artigo, os resultados apontam situações que retratam o quanto a precarização dos serviços e o desmonte do SUS impactam no processo saúde-doença dos/as sujeitos/as, originando as seguintes categorias de análise: a) precarização da rede de atenção em saúde e o diagnóstico tardio; b) os reflexos da precarização da Rede de Atenção à Saúde no tratamento de saúde após o diagnóstico. Na sequência, serão evidenciados aspectos dessa realidade que envolvem os/as sujeitos/as de pesquisa no seu percurso de cuidado em saúde ao acessar os diferentes serviços da rede, antes

e após o diagnóstico.

### A precarização da Rede de Atenção à Saúde e o diagnóstico tardio: "Já vou pro posto agora, para daqui há 10 anos ser chamada"<sup>9</sup>

A totalidade dos/as usuários/as participantes do estudo já estava com um diagnóstico definido e a doença em estágio bastante avançado; sendo assim, já tinham trilhado um caminho por diferentes serviços até o atual momento de cuidado em saúde. As experiências relatadas contribuem para dar visibilidade às diferentes formas de precarização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seu impacto no diagnóstico tardio.

Para Mendes (2011, 2012) as RASs devem ser compreendidas de forma poliárquica, e não de maneira hierárquica. Ou seja, o sistema deve se organizar a partir de uma rede horizontal de atenção à saúde, em que não existe uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas, sem grau de importância entre eles, estando no centro de comunicação a Atenção Básica (Mendes, 2012). A RAS está incorporada no SUS a partir da Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, e pelo Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90 (Mendes, 2012).

Conforme a Portaria n. 4.279/2010 (Brasil, 2010), a RAS é conceituada como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado". A base da estrutura organizacional da RAS é a Atenção Básica, ou seja, sem uma Atenção Básica bem estruturada, é impossível ter RAS eficientes, efetivas e de qualidade (Mendes, 2012).

A Atenção Básica em saúde é mencionada pelos/as participantes da pesquisa tanto pela sua potencialidade em prestar assistência e atender às necessidades das pessoas quanto por suas fragilidades e seus limites. No que se refere às potencialidades, evidencia-se que os/as entre-

<sup>9</sup> Entrevista 6 – familiar de usuário/a em cuidados paliativos.

vistados/as identificam a Atenção Básica como espaço significativo para o acompanhamento de saúde e para a realização dos encaminhamentos ao tratamento necessário, como se pode observar na fala que segue: "Quando eu preciso, vou lá [...] às vezes já é atendido no mesmo dia. É muito bom o atendimento lá no posto" (Usuária – Entrevista 4).

Compreende-se a diferença que uma Atenção Básica fortalecida, com o investimento necessário para cumprir com o seu papel na RAS, pode produzir no atendimento à saúde da população. No entanto, a precarização dos serviços, através do desmonte do SUS e do desfinanciamento, impõe limites para que a Atenção Básica possa desempenhar plenamente suas funções. No que tange às dez unidades de saúde de referência para os/as usuários/as sujeitos da pesquisa, oito são geridas pelo setor privado, sendo três instituições hospitalares e uma Organização Social (OS). Esse dado está de acordo com o evidenciado através da análise, apresentada anteriormente, que apontou ampliação da privatização e terceirização da Atenção Básica na cidade de Porto Alegre.

No que se refere aos limites do atendimento realizado nas US, foi ressaltada a demora no atendimento como componente que dificulta o acesso ao cuidado em saúde. Essa demora se relaciona ao tempo de espera para o atendimento médico, assim como ao tempo de espera para conseguir uma ficha de atendimento no acolhimento, como a fala a seguir evidencia: "Demorado, eu acho que é até por isso que a gente não procura o posto [...]. E é sempre lotado, é muita gente. [...] tu teria que chegar bem cedo pra conseguir uma ficha pra ser atendido de tarde" (Familiar – Entrevista 2).

Por vezes, a demora e a dificuldade de acesso ao atendimento na unidade de saúde contribuem para que as pessoas identifiquem o serviço de urgência e emergência como porta de entrada para acesso ao tratamento de saúde. Por mais que se saiba que a procura pelos serviços de urgência e emergência para sanar problemas que poderiam ser atendidos na Atenção Básica seja cultural, isso igualmente demonstra a necessidade de se fortalecer a Atenção Básica, de forma que possa ser mais resolutiva no atendimento

às demandas apresentadas pela população. Importante frisar que se entende que a Atenção Básica, na sua proposta e com o devido investimento, é resolutiva, no entanto, a realidade do desfinanciamento e o desmonte do SUS vêm precarizando os serviços e impondo limites no atendimento realizado pelas unidades de saúde.

Algo que se relaciona diretamente ao atendimento e à resolutividade da Atenção Básica refere-se à fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico, como, por exemplo, o sistema de patologia clínica, o qual comprova "uma situação quase caótica, em que se misturam ineficiência, baixa qualidade, dificuldades de acesso para as pessoas usuárias, redundâncias e demora na apresentação dos resultados" (Mendes, 2012, p. 92). Talvez isso ajude a compreender por que alguns diagnósticos são descobertos no hospital ao longo de uma internação hospitalar. Dos/as dez usuários/as sujeitos/as desta pesquisa, pelo menos cinco tiveram o diagnóstico na internação hospitalar, como evidencia a fala: "[...] a gente ficou quatro dias na emergência, aí no quarto, quinto dia, veio a resposta. Ela tava com água nos dois pulmões [...] problema na pleura. E, ao mesmo tempo, a gente descobriu que ela estava com câncer de novo" (Familiar – Entrevista 8).

Relaciona-se a isso o outro dado revelado a partir das entrevistas, referente às barreiras da média complexidade: a lacuna de tempo que se tem entre os sintomas e o diagnóstico. As pessoas entrevistadas apresentaram diferentes elementos que se relacionam a essa situação, como a falta de investigação a partir dos sintomas manifestados em atendimentos nas unidades de saúde, ou também uma investigação parcial, sem a realização de exames complementares. Algumas falas indicam que em certas situações os/as usuários/as já apresentavam sintomas prévios, ainda que leves, como o trecho a seguir evidencia:

[...] um ano e meio ele teve algumas pneumonias. Ele ia lá no posto de saúde, lá fazia um Raio X "não, é pneumonia", e nunca falaram nada do câncer, sabe? Nunca tentaram investigar lá na UPA, [...] Mas aí quando eu trouxe ele para cá a primeira vez, tirando claro a emergência ele ficou umas seis horas só pra ser atendido, mas

depois disso foi muito rápido assim (Familiar – Entrevista 5).

As dificuldades evidenciadas para se ter acesso ao diagnóstico são um dos motivos pelos quais as pessoas buscam atendimento em serviços privados. Na angústia de sentir os sintomas sem ter a resposta de o que pode ser para, então, realizar o devido tratamento, os/as usuários/as muitas vezes se veem reféns dos serviços privados: ou pagam para ter acesso a exames e consultas com especialistas, ou ficam aguardando, sem previsão, por uma resposta. A fala seguinte demonstra isso:

Aí no posto eles disseram que podia ser apêndice. Aí me marcaram pra ir... aqui no hospital. Cheguei aqui, disseram que tava lotado, tem que ir num postinho, pedir um outro papel. [...] Aí eles disseram: "só que se eu marcar aqui pelo posto vai demorar muito" [...] "tu pode fazer particular". [...] Aí falei com a mãe e o pai, aí eles: "não, a gente paga". [...] Aí fiz particular, aí tava ali tudo comprovando, né [...] E a gente tava meio assim, desesperado, aí a minha mãe queria que eu fizesse até uma ressonância, "faz uma ressonância filha, particular, a gente junta o dinheiro e faz, vê o que a gente pode fazer". Não, mãe, calma que a gente vai dar um jeito (Usuária – Entrevista 4).

Da mesma forma que foram destacadas dificuldades na Atenção Básica e na média complexidade, as entrevistas apontaram entraves nos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência. Dentre as dificuldades apresentadas, está a que se refere ao acesso, que pode vir a contribuir com a piora da condição de saúde de alguém que já apresenta sintomas que demandam investigação rápida e definição de tratamento:

Daí a gente foi duas vezes no [Hospital] nem atender, atenderam né, [...] foi direcionada lá pra, pra [serviço de saúde do território]. Lá ela ficou, tomou um sorinho e coisa, e daí às 5 horas da tarde mandaram embora, porque os sinais são bons né. [...] Já não sabia mais o que fazer, sabe? [...] Olha ela, o estado que ela está! Metástase por tudo que é lugar! (Familiar – Entrevista 9).

Ao mesmo tempo que culturalmente muitas pessoas buscam o hospital para atendimento de suas necessidades em saúde, mesmo que para demandas que poderiam ser atendidas na

Atenção Básica, as dificuldades enfrentadas no atendimento nos serviços de urgência e emergência também podem fazer com que algumas pessoas evitem buscar atendimento, ainda que em alguns momentos seja indicado. Por sabermos que possivelmente será um atendimento demorado e que pode colocar o/a usuário/a já debilitado/a numa situação de maior risco, retardar a busca por esse atendimento acaba também sendo uma opção: "[...] até a enfermeira: 'ah, tu demorou'. Eu falei assim: 'mas quem quer tá aqui dentro?' E outra, tu ouve na mídia, o [Hospital] tá lotado. O [Hospital] tem lotação de Covid. [...] Então a gente vai tentando lutar pra não tá aqui dentro [...]" (Familiar – Entrevista 8).

Além do atendimento nas emergências hospitalares, as pessoas entrevistadas também pontuaram dificuldades no atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). De um modo geral, estão relacionadas a demora no atendimento e superlotação, como observa-se na fala que segue: "A demora. Porque tu chega e tem 20 pessoas, daqui um pouco tu olha tem 40, daqui um pouco tu olha tem 60, [...] quase chega a noite, e bah, tu chega ali tu tem que tomar um calmante pra ficar" (Familiar – Entrevista 6). Os entraves identificados pelos/as usuários/as no que se refere ao atendimento nos serviços de urgência e emergência, a demora no atendimento, a superlotação, as precárias condições de infraestrutura também se relacionam ao cenário de desmonte do SUS e precarização dos serviços e se conectam com o desfinanciamento do SUS.

Em síntese, são diversos aspectos que revelam a precarização da Rede de Atenção à Saúde, o desmonte e o desfinanciamento do SUS, desde os limites do atendimento na Atenção Básica até as barreiras enfrentadas na média e na alta complexidades. Destaca-se a lacuna advinda dessa precarização entre os sintomas até a definição diagnóstica, que implica, muitas vezes, o agravamento das condições de saúde dos/as sujeitos/as. Essa precarização é resultado da privatização e terceirização da saúde, em especial da Atenção Básica em Porto Alegre, como apontado no item anterior, mas também se coloca como uma das

principais portas de entrada para a privatização da saúde, uma vez que impõe aos/às usuários/as aguardarem por tempo indeterminado por um exame ou uma especialidade médica, ou então buscar por conta própria uma solução mais rápida para encaminhar seu tratamento de saúde. No entanto, as dificuldades não cessam nessa etapa do tratamento, como é possível verificar no próximo item, que irá tratar sobre os entraves durante o tratamento de saúde.

### Os reflexos da precarização da Rede de Atenção à Saúde no tratamento após diagnóstico: “Eu tentava de várias formas... mãos atadas”<sup>10</sup>

A precarização da Rede de Atenção à Saúde se coloca como um dos principais obstáculos para o cuidado em saúde, que reflete no processo de prevenção e promoção da saúde, definição diagnóstica e permanece impactando no processo de tratamento de saúde na atenção hospitalar. Uma das questões centrais refere-se à dificuldade para iniciar o tratamento de saúde após o diagnóstico, sendo que em nenhuma das situações vivenciadas pelos/as participantes do estudo ocorreu de forma imediata, como está ilustrado na fala que segue:

E o médico disse que ela tem que se fortalecer, né? Para fazer as quimio [...] Nós estamos esperando ainda pelo SUS, já passou um tempão já. Que assim que deram [...] o papel pra nós encaminhar no posto, eu fui. Tentei pelo aplicativo, não consegui. [...] se eles segurassem ela na primeira internação, e ela estava bem forte, começassem os tratamentos, acho que não ia chegar assim como está agora [...] O tumor está afetando outras partes [...] O tempo médio de espera era 57, nós estamos em 75 [...] Daí no posto nunca tinha sistema para ajudar E aí a mulher falou, “deixa aqui o papel que eu vou fazer”. E passou, passou... só conseguimos no dia 13. Porque daí eu notei, porque se eu entrar no “156” eu vejo o que a mãe tem. Eu entro ali no dela e vejo ali o que que ela tá em espera. Daí eu vi que não tava, né, daí eu toda vez no posto [...]. Bem difícil, todo dia eu entrava, assim, com uma esperança [...] bem triste isso [...]. Tudo, tudo que eu via na internet, as pessoas me falavam, eu abri uma ouvidoria também, no SUS. [...] Mãos atadas (Familiar – Entrevista 3).

Observa-se que essa dificuldade para iniciar o tratamento de saúde se relaciona com diferentes entraves, dentro do próprio hospital, mas especialmente no encaminhamento através da rede de saúde até que o/a usuário/a chegue ao hospital. As falas apontam entraves referentes ao atendimento dos/as trabalhadores/as das unidades de saúde que, como na situação relatada, demoraram para inserir os dados da solicitação de atendimento no sistema, o que pode estar relacionado com a precarização dos serviços e do trabalho, com a falta de qualificação profissional das equipes e com a escassez de recursos humanos.

Nesse sentido, retoma-se o que foi demonstrado anteriormente sobre o quanto os processos de privatização e terceirização da saúde precarizam os serviços de várias formas e prejudicam a população. Da mesma forma, observou-se que os entraves identificados para iniciar o tratamento de saúde também se relacionam à informatização desse acesso. Tais entraves ocorrem tanto por parte da unidade de saúde, que precisa inserir os dados em um sistema, o qual com frequência está fora do ar, quanto por parte dos/as usuários/as, que precisam cada vez mais lidar com aplicativos para acessar seus direitos, como iniciar um tratamento e acessar medicamentos, conforme exposto nesta fala:

Aí ela falou, “não é só a mãe que tá esperando”, daí eu falei “mas minha mãe tá com... tem que ter urgência, ela não pode esperar muito tempo, né, tem que marcar”. Daí “ah, mas não temos sistema”, falou bem assim, “não é só tua mãe que tá na fila”. [...] Se passou 7 dias pra mãe entrar na fila de espera. Pra nós, é precioso esses 7 dias, né? Foi bem difícil porque, tipo, primeiro liguei pro “156” pra ver como procedia. Mandaram eu ir pelo aplicativo [...] (Familiar – Entrevista 3).

É imprescindível analisar este cenário, nas suas particularidades, interconectado ao contexto mais amplo, universal, sob o olhar de totalidade e historicidade. Isso porque, desde a segunda década do século XXI, conforme Antunes e Filgueiras (2020), são crescentes as análises sobre

<sup>10</sup> Entrevista 3 – familiar de usuário/a em cuidados paliativos.

as profundas transformações das relações de trabalho relativas à utilização de novas tecnologias, especialmente da comunicação e da informação, que se avultam ainda mais com os avanços e as propostas da chamada Indústria 4.0.

De acordo com Faria (2022), a política estatal passa a utilizar um *design* inovador nas políticas sociais de seguridade social, através de tecnologias novas direcionadas à redução de gastos, ao controle, à predição e à expropriação dos direitos, em vez de voltar-se para a ampliação dos serviços. Assim, "estas tecnologias ingressam e se expandem no contexto de contrarreformas do Estado com impacto direto nas políticas sociais, sobretudo, naquelas que congregam o público mais empobrecido" (Faria, 2022, p. 141). Percebe-se assim que as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), muito embora sejam apresentadas como facilitadoras do acesso aos direitos, revelam-se muito mais como barreiras impostas nesse acesso.

Observa-se que em alguns casos os/as usuários/as precisam arcar com custos de insumos e demais materiais para atender às necessidades em saúde: "A gente compra a fralda [...] a minha irmã tava vendo os papéis para tentar conseguir" [...] (Familiar – Entrevista 2). Levando em conta a integralidade do cuidado e o conceito ampliado de saúde, entende-se que o acesso a insumos, dispositivos tecnológicos e demais materiais que dizem respeito aos cuidados em saúde igualmente devem ser garantidos como efetivação do direito à saúde, o que nem sempre acontece. Da mesma forma, para assegurar que um processo de tratamento de saúde ambulatorial ocorra, é fundamental garantir o deslocamento dos/as usuários/as até o serviço de saúde.

Foi possível identificar também que alguns/mas usuários/as e familiares desconheciam a existência do transporte social, o qual é um recurso da saúde para o deslocamento de usuários/as com a finalidade de realizar seu tratamento. Na cidade de Porto Alegre, sabe-se que o acesso é extremamente difícil, como a fala a seguir exemplifica: "Só que eles demoram um pouquinho, né, porque daí ele vem a ficar desconfortável, às

vezes ele tinha que ficar sentado ali esperando até eles virem [...]" (Familiar – Entrevista 1).

Outra dimensão dessa realidade é a dificuldade de lidar com o cuidado no domicílio e a possibilidade de óbito em casa, o que também se relaciona com a precarização da Rede de Atenção à Saúde e a desproteção social. Isso porque, se as famílias tivessem a garantia de um suporte para realização do cuidado no domicílio, acompanhamento sistemático de uma equipe de saúde, acesso a insumos e equipamentos, suporte no momento do óbito (sendo esse o caso), possivelmente teriam mais segurança no momento da alta hospitalar.

Para além do atendimento nos serviços de saúde, também foram relatadas nas entrevistas algumas dificuldades relativas aos serviços vinculados às Políticas de Assistência Social, Previdência Social e Educação. Isso revela o quanto os entraves para acessar os direitos não ocorrem somente na política de saúde, mas nas Políticas de Seguridade Social de modo ampliado, corroborando a afirmativa de que o cenário atual é de desproteção social pelo Estado, uma manifestação própria do modo de produção capitalista. A fala a seguir ilustra esse entendimento: "O advogado está encaminhando o BPC [...] ele não demorou muito para a perícia. Agora para receber já faz três anos já que ele espera [...] desde 2012 sem renda" (Familiar – Entrevista 1).

Observa-se a dificuldade para ter acesso a renda, bem como as barreiras de acesso aos serviços públicos, considerando que a familiar precisou recorrer a um advogado para ser realizada a solicitação de Benefício de Prestação Continuada (BPC). Assim, percebe-se que a desproteção social por parte do Estado provoca uma sobrecarga nas famílias visto que as dificuldades de acesso não ocorrem somente nos serviços de saúde, mas se reproduzem também nas demais políticas sociais.

Em síntese, após o diagnóstico, o tratamento de saúde é atravessado por muitos aspectos que são expressões do próprio modelo de gestão do SUS e seu desmonte, acabando por repercutir na precarização de muitos serviços e exigindo da po-

pulação diversas estratégias e variados caminhos para ter o acesso à saúde como um direito. Ainda no âmbito da gestão, a adoção do uso de tecnologia através de aplicativos para agendamento e a ausência ou o desconhecimento de alguns direitos, como o transporte social, são barreiras para um atendimento integral e contínuo. Conforme já explicitado anteriormente, a precarização dos serviços de saúde está relacionada ao cenário atual da Política de Saúde, marcado pelos novos modelos de gestão, os quais

[...] integram a estratégia de contrarreforma do Estado, pois têm a mesma natureza de repasse do fundo público para entidades de direito privado, flexibilizando a gestão, as relações de trabalho, os direitos sociais e trabalhistas, e privatizando o que é público (Correia; Santos, 2015, p. 36).

Muito embora sejam apresentados inúmeros aspectos que evidenciam o cenário de desmonte do SUS e desproteção social, é fundamental corroborar o entendimento de que o SUS é um grande avanço na perspectiva da saúde como direito e que é fundamental sua defesa. Desta forma, conclui-se esta seção com a fala de uma familiar que evidencia a contradição presente nesse sistema, o qual, ao mesmo tempo que apresenta inúmeros limites, também é o que possibilita acesso à saúde para a população brasileira:

Eu sempre digo assim, não que o SUS seja ruim, o SUS é um sistema maravilhoso que só aqui no Brasil tem. É um sistema maravilhoso. É que a população aumentou muito e as doenças aumentaram bastante. Então é isso, não que o SUS seja ruim, não... até assim, me irrita quando vejo alguém falar mal do SUS, sabe? Porque eu digo assim, é o único país que tem e o problema é que as doenças aumentaram demais, tu vai em qualquer lugar, é tudo lotado, lotado, lotado, né? Então, dá pena de ver as pessoas, né? Diz...eu se eu pudesse ajudar, acho que ajudaria todo mundo, porque...eu fico morrendo de pena de ver as pessoas mal e não ter atendimento (Familiar – Entrevista 8).

## Considerações finais

Objetivou-se, através deste artigo, abordar a determinação social do processo saúde-doença a

partir do recorte dos cuidados paliativos, buscando demonstrar o quanto esses temas se inter-relacionam e articulam-se ao debate do desmonte do SUS. Este estudo confirmou o que a literatura já apresenta referente aos malefícios provocados pela privatização e terceirização, sendo estes os principais instrumentos que os governos de orientação neoliberal utilizam para dismantelar o Estado social e as políticas públicas.

Ainda que se mascarem a privatização e a terceirização com a utilização de variados termos, muito através dos "novos modelos de gestão", sabe-se que tratam da mesma política nefasta de destruir a saúde como um direito. Portanto, os novos modelos de gestão precarizam os serviços, as condições de trabalho e atingem diretamente a população usuária, o que é possível identificar neste estudo.

Importante destacar a gravidade do cenário em que se encontra a Atenção Básica em saúde na cidade de Porto Alegre, com o avanço da privatização e terceirização, um processo histórico de desmonte do SUS na capital. Pontua-se que tal realidade não é algo que ocorre somente em Porto Alegre, mas nacionalmente, visto que, muito embora o SUS apresente um caráter universal, ele não é o único modelo de saúde no Brasil, e segue em disputa desde seu surgimento.

As experiências que ocorreram e ainda ocorrem em Porto Alegre comprovam a enormidade de prejuízos que a terceirização e a privatização vêm provocando na política de saúde na capital: irregularidades nos contratos e contratos frágeis; desvios de valores; precarização das condições de trabalho; rotatividade tanto de trabalhadores/as da saúde quanto das próprias empresas que realizam a gestão dos serviços; descontinuidade do atendimento e, por vezes, desassistência; sobrecarga nos serviços de urgência e emergência.

A precarização, no que tange ao contexto dos serviços de saúde de Porto Alegre, ocorre tanto nas condições de trabalho quanto nos atendimentos prestados, conforme evidenciado através da falta de um ambiente apropriado para o atendimento; da estrutura física em estado precário; dos vínculos instáveis e da falta de estabilidade

no emprego; do assédio; da cobrança por metas muitas vezes inalcançáveis; dos salários menores – dentre outras situações.

E, por óbvio, para que seja possível avançar em projetos que privatizam, terceirizam e precarizam os serviços públicos e o trabalho na saúde, é fundamental que não se tenha um controle social fortalecido a exercer seu papel de fiscalizar e defender o SUS público, estatal e de qualidade. Dessa forma, a gestão municipal de Porto Alegre vem, ao longo dos anos, envidando esforços para desmobilizar o controle social, o qual segue na resistência, buscando barrar as diferentes propostas que refletem no desmonte do SUS.

Esses processos de desmonte precarizam os serviços e as condições de trabalho na saúde, afetam diretamente a vida dos/as sujeitos/as, como foi possível observar nas entrevistas realizadas. Os impactos ocorrem, inclusive, no diagnóstico tardio, tendo em vista a dificuldade de acesso a consultas especializadas, exames e ao tratamento necessário. Essas dificuldades são um dos motivos pelos quais as pessoas buscam atendimento em serviços privados, na angústia de descobrir seus problemas de saúde a fim de ter condições de realizar o devido tratamento.

O processo de desmonte em curso não afeta somente a Atenção Básica, mas igualmente os demais níveis de atenção à saúde do SUS, impactando no tratamento como um todo. Conforme relatado pelos/as entrevistados/as, para além da demora no diagnóstico, ocorreu também, em alguns casos, a demora para iniciar o tratamento, mesmo após a confirmação de um diagnóstico de doença grave. Partindo do conceito ampliado de saúde e da necessidade de prestar um cuidado pautado na integralidade, entende-se que o acesso a insumos, dispositivos tecnológicos, equipamentos, acesso ao transporte é fundamental para assegurar que o tratamento ocorra.

Assim como evidenciaram-se aspectos que revelam o desmonte do SUS, o estudo apontou para os reflexos da desproteção social pelo Estado, uma vez que foram relatadas dificuldades relativas ao atendimento nos serviços vinculados às Políticas de Assistência Social, Previdência

Social e Educação. Ou seja, revelam-se os obstáculos para os/as sujeitos/as terem acesso aos seus direitos que devem ser efetivados através das políticas de Seguridade Social ampliada – estas, cada vez mais sucateadas e desfinanciadas.

Esse cenário de desmonte do SUS e desproteção social dificulta, e por vezes impede, que o cuidado em saúde das pessoas em cuidados paliativos possa ser realizado no domicílio, especialmente considerando a condição de usuários/as que apresentam maior dependência de cuidados. A possibilidade de o óbito acontecer no espaço do lar sem que haja um suporte presente e sistemático de equipes e serviços em condições de atender tal situação, acolher e orientar a família no tempo necessário igualmente se coloca como barreira para que essas pessoas possam permanecer no domicílio, quando esta é uma possibilidade e um desejo desses/as sujeitos/as.

Portanto, nota-se o quanto todo o processo de cuidado em saúde, desde a prevenção e a promoção, passando pelo acesso ao diagnóstico, chegando ao tratamento de saúde mediante uma doença grave é atravessado por uma diversidade de aspectos que são expressões da desproteção social, do próprio modelo de gestão do SUS e seu desmonte. Tudo isso acaba repercutindo na precarização dos serviços e exigindo da população estratégias de resistência e construção de outros caminhos para que tenham acesso à saúde como um direito. Ainda assim, é imprescindível ressaltar que o SUS é um grande avanço na perspectiva da saúde como direito e que é fundamental sua defesa intransigente pautada no modelo de reforma sanitária construído na sua origem.

## Referências

- ANTUNES, Ricardo. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ANTUNES, Ricardo; FILGUEIRAS, Vitor. Plataformas digitais, Uberização do trabalho e regulação no Capitalismo contemporâneo. *Contracampo*, Niterói, v. 39, n. 1, p. 27-43, 2020.

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 123, p. 407-427, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>. Acesso em: 11 out. 2024.

BATISTA JUNIOR, Francisco. Gestão do SUS: o que fazer? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ: Rede Sirius, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 11 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.681, de 7 de maio de 2024*. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [...]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2024/prt3681\\_22\\_05\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html). Acesso em: 11 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 11 out. 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta et al. (org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. *Ser Social - Estado, Democracia e Saúde*, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630). Acesso em: 27 dez. 2021.

CHELONI, Geovana de Alcântara; ASSIS, Isabelle Martins de; MAYWALD, Victória. Viva o SUS: idas e vindas do sistema! Crise Capitalista, Pandemia e Movimentos Sociais (Revista). In: CABRAL, Maria do Socorro Reis; ASSIS, Isabelle Martins de; CHELONI, Geovana de Alcântara (org.). *Núcleo de Qualidade de Vida e Saúde do Curso de Serviço Social da PUC-SP*. São Paulo: Is. n.1, 2021. p. 36-49.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais. *Humanidades & Inovação*, Palmas, v. 8, n. 35, p. 15-24, 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5338>. Acesso em: 11 out. 2024.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – CMS/POA. *Município recebe notificação para que cumpra TAC*. Porto Alegre, out. 2019. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=338&p\\_secao=8](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=338&p_secao=8). Acesso em: 11 out. 2024.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – CMS/POA. *Nota pública do CMS sobre o fechamento da Unidade de Saúde Tronco*. Porto Alegre, jul. 2020a. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=395&p\\_secao=8](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=395&p_secao=8). Acesso em: 11 out. 2024.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – CMS/POA. *Nota Pública do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre sobre o Projeto de Lei Complementar N° 026/21 do Executivo Municipal*. Porto Alegre, set. 2022. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=576&p\\_secao=8](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=576&p_secao=8). Acesso em: 11 out. 2024.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – CMS/POA. *Prefeito Melo segue terceirizando a Saúde de Porto Alegre*. Porto Alegre, 2019. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=3&p\\_secao=2526](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=3&p_secao=2526). Acesso em: 11 out. 2024.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – CMS/POA. *Vitória garante proteção do SUS em Porto Alegre, município terá 90 dias para cumprir TAC*. Porto Alegre, ago. 2020b. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=401&p\\_secao=8](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=401&p_secao=8). Acesso em: 11 out. 2024.

CORREIA, Maria Valéria Costa. EBSERH: lutas e resistências à lógica mercantil nas Universidades. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). *A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização*. Rio de Janeiro: UERJ: Rede Sirius, 2014. p. 46-52.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ: Rede Sirius, 2011.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: Organizações Sociais (OSs) em questão. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org.). *A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: UERJ: Rede Sirius, 2015. 120 p.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, 2016. Supl. 1, p. 15-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Acesso em: 11 out. 2024.

FARIA, Gabriele. Tecnologias da informação e comunicação nas políticas sociais: opacidade e ilusão democrata. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 137-146, jan./abr. 2022.

FÓRUM EM DEFESA DO SUS/RS. *Basta de Privatização no SUS*. Porto Alegre, jun. 2022a. Facebook: forumsusr. Disponível em: <https://www.facebook.com/share/p/gofUWnGbkDAYstGi/>. Acesso em: 11 out. 2024.

FÓRUM EM DEFESA DO SUS/RS. *Manifesto de Porto Alegre em Defesa do SUS e contra as Terceirizações*. Porto Alegre, jul. 2022b. Facebook: forumsusrs. Disponível em: [https://www.facebook.com/story.php?story\\_fbid=410826931073849&id=100064396373992&rdid=F-FZgUjPTwE3KVsUQ](https://www.facebook.com/story.php?story_fbid=410826931073849&id=100064396373992&rdid=F-FZgUjPTwE3KVsUQ). Acesso em: 11 out. 2024.

FÓRUM EM DEFESA DO SUS/RS. *Manifesto em Defesa do SUS Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, fev. 2021. Facebook: forumsusrs. Disponível em: <https://www.facebook.com/share/p/HUnyhjJ88MbHiEvB/>. Acesso em: 11 out. 2024.

FÓRUM EM DEFESA DO SUS/RS. *Não às demissões do IMESF*. Porto Alegre, dez. 2020. Facebook: forumsusrs. Disponível em: <https://www.facebook.com/share/p/LGYemrByfwBhgnUx/>. Acesso em: 11 out. 2024.

GOODAIR, Benjamin; REEVES, Aaron. The effect of health-care privatisation on the quality of care. *Lancet Public Health*, Oxford, v. 9, p. e199-206, 2024.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. Tradução de E. D. Nunes. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, v. 2, p. 7-25, 1982. Disponível em: [https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod\\_resource/content/1/Conteudo\\_on-line\\_2403\\_u01/pdf/Artigo\\_A\\_SAUDE-DOENCA.pdf](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403_u01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf). Acesso em: 11 out. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *Ser Social*, Brasília, v. 22, n. 46, p. 09-32, 2020. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25260](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260). Acesso em: 12 out. 2024.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. A contrarreforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. *Revista Urutáguá*, Maringá, v. 24, p. 132-146, 2011. Disponível em: <https://www.novaconcursos.com.br/blog/pdf/contrarreforma.pdf>. Acesso em: 11 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. *Atenção Primária à Saúde*. Washington, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 12 out. 2024.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS): a Difícil Construção de um Sistema Universal na Sociedade Brasileira. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedB, 2014.

---

## Renata Dutra Ferrugem

Graduação em Serviço Social pela PUCRS; especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição; mestra em Política Social e Serviço Social pela UFRGS; assistente social no Hospital de Clínicas de Porto Alegre com atuação na internação adulta e no Programa de Cuidados Paliativos.

---

## Dolores Sanches Wünsch

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social (PPGPSSS/UFRGS). Vice-coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho (NEST/UFRGS).

---

## Endereço para correspondência

### RENATA DUTRA FERRUGEM

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana  
Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 401 A  
Santa Cecília, 90035-0003  
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

### DOLORES SANCHES WÜNSCH

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana  
Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 401 A  
Santa Cecília, 90035-0003  
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

*Os textos deste artigo foram revisados por Araceli Pimentel Godinho e submetidos para validação dos autores antes da publicação.*