

SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social

ROBERTO GOUVEIA e JOSÉ JOÃO PALMA

Para entender o SUS

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, sempre é bom lembrar, surgiu como conquista depois de um longo processo de acúmulo e de lutas que, desde os anos 70, vem envolvendo movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, que também se constituíram no mesmo período. Entre esses últimos, com importantes repercussões nas práticas de saúde, encontram-se o movimento feminista, a luta antimanicomial e o novo sindicalismo, além de inúmeras organizações não-governamentais, e outras entidades da sociedade civil que passaram a se destacar na luta pela democracia e por direitos de cidadania, como no caso dos portadores do HIV.

O SUS, queremos aqui demonstrar, tem raízes históricas nas lutas sociais dos anos 70 e 80 junto à emergência de todo um conjunto de novos sujeitos sociais que viriam a marcar a cena do período, gerando importantes transformações que se fazem ainda presentes nos nossos dias. No estado de São Paulo, que tomaremos aqui como recorte, desenvolveram-se algumas das mais importantes lutas do período, local onde encontraríamos entre esses novos personagens (1) donas de casa de bairros da periferia, militantes de comunidades de base da igreja católica, das oposições sindicais e de entidades populares. A esse contingente passaram a se somar jovens médicos sanitaristas, junto a outros trabalhadores em saúde, que então assumiram a direção das unidades de saúde nesses bairros, passando a impulsionar a organização popular e as lutas por saúde e melhores condições de vida (2).

Movimentos que passaram a animar a sociedade civil e as universidades – o despertar do movimento estudantil, que passou a tomar as ruas em protestos contra o regime militar – somados ao nascimento do novo sindicalismo, iluminado pelas emblemáticas greves do período. Movimen-

tos que abririam um novo período histórico no Brasil e também estimulariam o pensamento crítico em saúde, que se desenvolvia especialmente junto aos departamentos de medicina preventiva e saúde pública (3). Ao mesmo tempo, em diversos outros espaços, elaboravam-se propostas de reorientação da assistência médica e da saúde pública, que resultariam em políticas de extensão de serviços de atenção primária e mudanças na própria organização do trabalho, mediante busca de integração da assistência médica individual às ações de saúde pública, em bases epidemiológicas. Tal fato viria a configurar, em São Paulo, um novo modelo tecnológico de atenção – a programação em saúde (4).

Nas mudanças que foram implementadas se faziam presentes, dos mais diversos modos, os movimentos sociais. Estes viriam ainda a participar ativamente da constituição de novos campos de conhecimento e de práticas até então inexistentes – como a *saúde da mulher*, a *saúde mental* ou a *saúde do trabalhador* – frutos de processos nos quais tiveram (e ainda têm) um papel decisivo o movimento feminista, a luta antimanicomial e a luta sindical, exemplos de um fenômeno mais amplo de participação da sociedade civil na formulação de propostas para a saúde, abrindo novas possibilidades, para além da medicina.

O SUS, institucionalizado na Constituição Federal, nas Leis Orgânicas Federais 8080/8140 e no Código de Saúde do Estado de São Paulo, tem como princípios a *universalidade* do atendimento, a *equidade* das ações, a *descentralização* dos serviços e a *participação social* em seu controle. Esta última, especialmente por meio dos Conselhos de Saúde (em níveis nacional, estadual e municipal), com caráter deliberativo e composição que privilegia as entidades e os movimentos da sociedade civil, os quais têm garantidas por lei 50% de suas vagas, sendo a outra metade dividida entre representantes dos trabalhadores (25%) e dos prestadores de serviços (25%), encontrando-se nesta fração os governos, os setores filantrópico e privado lucrativo.

Desde os anos 70 foram sendo instituídos no processo inúmeros fóruns de articulação, destacando-se em São Paulo, além dos *Conselhos Populares de Saúde* (autônomos e independentes do estado, eleitos diretamente pela população nos bairros e regiões), a *Plenária Estadual de Saúde* (que reúne entidades e movimentos ligados ao setor popular), as *Plenárias Municipais*, a *União dos Movimentos de Saúde* (criada mais recentemente na Capital), o *Cosems* e o *Conasems* (Conselhos Estadual e Nacional dos Secretários Municipais de Saúde), além de inúmeras entidades de usuários, setores profissionais, portadores de necessidades especiais, pastorais e movimentos

religiosos, ONGs e centrais sindicais – que também se expressam, como vimos, junto aos Conselhos Municipais, Estadual e Nacional de Saúde.

O processo, em seu conjunto, tem apontado para uma importante reorganização dos serviços, possibilitado interessantes experiências em nível municipal, com forte impacto nos indicadores de saúde – não apenas pela vigorosa extensão de assistência médico-individual ocorrida em todo o país, mas também por nova qualidade nas ações voltadas ao coletivo-social. Tais experiências continuam a se espalhar por todo o país, ainda que em meio às dificuldades postas pela crônica falta de recursos e pela crise social que produz ainda mais doenças e aumenta em muito a demanda pelos serviços de saúde.

Assim, em que pesem todas as dificuldades, o SUS constitui hoje a mais importante e avançada política social em curso no país. E seu caráter público, universal, igualitário e participativo é um interessante exemplo – em tempos de desmonte do setor público – de uma proposta democrática e popular de reforma do Estado.

O SUS no contexto neoliberal

Foi com surpresa que muitos receberam a destacada entrevista de George Alleyne, então diretor da OPS – Organização Panamericana de Saúde, ao jornal *Folha de S. Paulo* (14 dez. 1998). Nela, o dirigente propunha que o governo brasileiro, em meio à crise, abandonasse os atuais princípios constitucionais com relação à saúde e passasse a garantir apenas uma “cesta básica” (*sic*) de doenças e procedimentos, composta por vacinas, atenção primária e saneamento, além do fim da “gratuidade” dos serviços. Para além disso, o mercado de planos e seguros... Muitos talvez não tenham percebido que essa proposta neoliberal, longe de inovadora, repete aquilo que vem sendo defendido há mais de uma década pelo Banco Mundial – e por outras agências de cooperação internacional – propondo, explicitamente para o Brasil, o fim da saúde como direito, e de seu caráter público, universal e igualitário. Tal direito seria substituído por determinados procedimentos simplificados e de baixo custo, os demais destinados aos que pudessem pagar. Como válvula de escape, restariam os pronto-socorros e as Santas Casas, a exemplo dos velhos tempos em que havia pacientes de primeira, segunda e terceira classe (5).

A tese afronta, de uma só vez, quatro dos princípios constitucionais básicos do SUS: contra a *universalidade*, uma política focalista; contra a *integralidade*, uma “cesta básica”; contra a *igualdade*, o favor e a porta do fundo de alguns hospitais; contra o *controle público*, as leis do mercado...

Do nosso ponto de vista, a proposta só reforça a importância do SUS como política social que caminha na contramão dos atuais processos ideológicos, políticos e econômicos de exclusão social.

Outras propostas privatistas decorrem, em maior ou menor grau, desta mesma matriz, e delas trataremos aqui sumariamente. Nesse sentido, merecem destaque o *Plano de Assistência à Saúde* (PAS), da Prefeitura do Município de São Paulo; a proposta original das *organizações sociais*, fortemente modificada na sua versão estadual quando passou pelo legislativo paulista, e que trataremos em separado, assim como o papel que vem sendo desempenhado pela ampla maioria das *Fundações de Apoio Privadas*.

Assim, quanto às *Fundações Privadas*, nota-se sua vigorosa extensão por quase toda a administração indireta da Secretaria de Estado da Saúde, a exemplo do Hospital das Clínicas de São Paulo, levando à privatização crescente dos serviços por elas intermediados, especialmente mediante contratos com empresas de medicina de grupo e seguros de saúde. Tais organizações, além de passarem a utilizar instalações e equipamentos públicos, ocupam vagas e procedimentos antes destinados à população em geral, criando mecanismos de discriminação contra pacientes do SUS, a exemplo de filas-duplas (com as do setor privado tendo mais rápido atendimento), agendamentos mais agilizados e, mesmo, oferta diferenciada de qualidade de serviços, como vem ocorrendo com grande parte do setor filantrópico conveniado. Em ambos os casos tais procedimentos contrapõem-se aos princípios éticos – e legais – da universalidade e do atendimento equânime. No caso das Fundações Privadas de Apoio, sem entrarmos aqui no mérito da destinação dos seus recursos, que se multiplicam com taxas de *overhead* e ganhos com especulação, inclusive em empreendimentos imobiliários de luxo, escapam ao controle público e nada mais têm a ver com o fim para que foram criadas.

Quanto ao PAS – Plano de Atendimento à Saúde, apesar de seu visível apodrecimento, é necessária uma crítica que compreenda os motivos de seu sucesso inicial. É importante lembrar que a proposta só se tornou possível após três anos de deliberado sucateamento e desmonte da rede de serviços, na gestão do prefeito Paulo Salim Maluf, seguidos, de um só golpe, pelo violento afastamento da grande maioria dos trabalhadores até então na rede, junto a uma rápida e vultosa injeção de recursos – especialmente em pinturas, móveis e reformas – com grande impacto visual e excepcional intervenção da mídia, que apoiou o processo, criando um contraste imediato – e real – entre a situação anterior (de quase colapso) com a nova (salas pintadas e serviços reabertos). Os *cooperados* passaram a rece-

ber salários acima do mercado (outro contraste, agora com o arrocho salarial da administração direta), e seus diretores recebendo *pró-labores* próprios de altos executivos. A falta de qualquer transparência ou controle público permitiu farta corrupção, com uso de dinheiro público, que vem sendo investigada em dezenas de processos pelo Ministério Público Estadual, além ter aberto grande espaço para o clientelismo político.

Em seu processo de implantação foram afastados de suas funções originais cerca de 35 mil servidores (88,3% dos existentes), que se negaram a ingressar no esquema, apesar de suas pretensas *vantagens*. Destes, 17.705 *exilaram-se* em outras secretarias, muitos demitiram-se e os demais foram para espaços remanescentes da Secretaria Municipal de Saúde não-repassados para o PAS (6).

Considerando sua lógica de financiamento, pré-pagamento fixo por população estimada para cada *cooperativa* – onde a *sobra* de recursos é rateada segundo critérios locais, passa a ocorrer a negação de internações e procedimentos mais complexos – e caros – encaminhados para o setor público estadual.

Desse modo, o Plano voltou-se apenas para o atendimento sintomático-*curativo*, rápido e simplificado, fechando serviços caros e complexos, como os centros de excelência que existiam em alguns hospitais, ou na área de saúde mental. Ocorre ainda o *abandono das ações programáticas*, típicas da saúde coletiva, que não fazem sentido nesse modelo (idosos, aids, crônicos, adolescentes, saúde da mulher...), assim como o *abandono das ações sanitárias* próprias da saúde pública, como o controle de vetores (mosquitos etc.), cobertura de focos (meningite, tuberculose, sarampo, entre outros) e inúmeras ações coletivas que até então eram executadas por tais unidades. Assim, é imperativo co-responsabilizar a Prefeitura pela grave situação em que se encontra a saúde, inclusive quanto às epidemias em curso no período (o sarampo e a meningite são exemplos), ou pela perda de controle sobre ratos e mosquitos, responsabilidade de serviços municipais que, fora do PAS, encontram-se sucateados, em meio ao risco de novos surtos e epidemias de doenças que se encontravam controladas.

O Legislativo e os serviços de saúde

O SUS, como vimos, diferentemente de outras políticas sociais, passou por um amplo processo de institucionalização legal, do qual participaram ativamente inúmeros técnicos da área, intelectuais e movimentos, em todo o país. Precedendo o Congresso Nacional Constituinte, realizou-se a

VIII Conferência Nacional de Saúde, ainda em 1986, com participação relativamente ampla da sociedade civil organizada. Pactuaram-se então, não sem contradições e conflitos, a maioria das propostas que viriam a ser inscritas na nova Constituição: a saúde como direito de todos e dever do Estado, articulada às demais políticas sociais, dentro dos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. Não se tratava mais de um seguro destinado ao mercado formal de trabalho, mas de um direito de cidadania, que se ampliava junto à criação da Seguridade Social (7). Por meio de leis orgânicas, institucionalizaram-se os Conselhos de Saúde e construíram-se as bases para o processo de municipalização. Diversos estados já definiram suas próprias leis orgânicas, como ocorreu em São Paulo, mediante o Código de Saúde do Estado (8).

Assim, o Legislativo Estadual, poder historicamente submisso às elites dirigentes e ao Executivo, especialmente desde a ditadura quando foi fechado, cassado e manietado, tem conseguido – ao menos no caso da saúde, por sua maior articulação com os movimentos sociais – desempenhar importante papel na institucionalização de direitos: não apenas fiscalizando e denunciando o Poder Executivo, mas também – e fundamentalmente – legislando, buscando garantir na lei direitos de cidadania que respondem, quase sempre, a lutas sociais.

Exemplos disso são a *Lei da Saúde dos Trabalhadores* (9), que abre os ambientes de trabalho à fiscalização do SUS e dos sindicatos de trabalhadores, além de instituir mecanismos participativos de avaliação e controle das condições de trabalho e meio ambiente; o novo *Código Sanitário do Estado* (10), que substitui uma legislação arcaica, fundada nos desdobramentos do modelo de polícia sanitária da época de Emílio Ribas, consolidada ainda à época do regime militar (11), abrindo novas e interessantes possibilidades de participação da sociedade na elaboração de suas normas técnicas, tornando-se, ao menos potencialmente, em importante instrumento a serviço da qualidade de vida.

Por fim, como exemplo de abertura do Legislativo aos movimentos, lembramos o processo de debates públicos que veio a alterar a proposta de *Organizações Sociais* encaminhada pelo governo do estado. Em sua versão original, todo e qualquer serviço de saúde poderia ser terceirizado (à exceção da fiscalização sanitária) – e poderia passar a vender uma parte de seus leitos e serviços para planos e seguradoras privadas. Tal procedimento é expressamente vedado pelo Código de Saúde do Estado, com todas as implicações que vimos anteriormente e contra o posicionamento dos Conselhos Nacional e Estadual de Saúde, junto a muitas dezenas de entidades e movimentos, dos mais variados setores, que se mobilizaram para sua derrubada.

Nesse processo, o Legislativo assistiu a uma das maiores audiências públicas de sua história, com cerca de 500 participantes, que desnudaram as implicações do projeto privatista do governo, forçando-o a um importante recuo. Hoje, 100% dos leitos continuam públicos e a experiência, antes universal, ficou reduzida aos hospitais que viriam a ser inaugurados. Ou seja, o que seria uma proposta estratégica para a terceirização do conjunto dos serviços de saúde tornou-se um projeto limitado e localizado, garantida a universalidade e equidade do atendimento, ainda que não transparente e com escasso controle público.

Todas essas questões – somadas ao poder dissolvente dos profundos cortes orçamentários e à instabilidade permanente de recursos para o setor – mais a estrutura arcaica, centralizada e pouco flexível da administração direta do Estado – em grande parte sucateada e entregue à própria sorte, como que para provar sua inviabilidade – têm sido extremamente funcionais às propostas privatistas em curso. Estas, muitas vezes tentam se mostrar como uma espécie de *caminho único* frente à crise promovida pelo próprio Estado, mas que se defrontam com uma sociedade civil organizada, que sabe ser portadora de direitos em grande parte conquistados por sua própria trajetória de mobilizações e lutas. E com movimentos sociais, os mais diversos, que não pararam no tempo e também se transformaram, junto às mudanças que imprimiram na sociedade.

A Universidade, por sua vez, teve – e continua tendo – papel relevante nesses processos. Cabe a todos – e a cada um – avançar proativamente no sentido da proposição de alternativas, não apenas para o setor saúde, mas para o conjunto das políticas sociais – construção que se encontra em aberto – parte de uma história viva que se encontra em plena construção.

Notas

1 A esse respeito, veja-se o clássico de Eder Sader, *Quando novos personagens entraram em cena*. São Paulo, Paz e Terra, 1988.

2 Veja-se Pedro Jacobi, *Movimentos sociais e políticas públicas*. São Paulo, Cortez, 1989.

3 Entre os marcos do período, veja-se, entre outros: Maria Cecília Donnangelo & Luiz Pereira. *Saúde e sociedade*, 2^a. ed. São Paulo, Pioneira, 1979; Ricardo Bruno Mendes Gonçalves. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. São Paulo, FM-USP, 1979 (dissertação de mestrado); Paul Singer *et al.* *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro,

- Forense-Universitária, 1981; Emerson Merhy. *O capitalismo e a saúde pública*, 2ª. ed. Campinas, Papirus, 1987; Nilson do Rosário Costa. *Lutas urbanas e controle sanitário*. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1985.
- 4 Veja-se Lilia Blima Schraiber (org.). *Programação em saúde, hoje*. São Paulo, Hucitec, 1996.
- 5 A esse respeito, veja-se: Amélia Cohn. *Mudanças econômicas e políticas no Brasil* e Asa Cristina Laurell. *Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo*. In: Asa C. Laurell (org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo, Cortez/Cedec, 1995. Veja-se também o importante estudo de Nilson do Rosário Costa, *O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil*. In: Nilson do Rosário Costa & José Mendes Ribeiro (orgs.). *Política de saúde e inovação institucional*. Rio de Janeiro, ENSP, 1996.
- 6 Sá, Evelin N.C. et al. *Êxodo forçado de servidores da SMS-SP em decorrência da implantação do PAS*. In: Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo. *PAS: o avesso da saúde*. São Paulo, Simesp, 1997.
- 7 *Constituição da República Federativa do Brasil*, Título VIII, Da Ordem Social, Capítulo II, Da Seguridade Social, Seção II, Da Saúde (artigos 196 a 200); *Lei Federal 8080/90*; *Lei Federal 8142/90*.
- 8 *Código de Saúde do Estado de São Paulo – Lei Complementar 791/95*, de autoria do Deputado Roberto Gouveia (PT-SP).
- 9 *Lei 9505/97*, de autoria do deputado Roberto Gouveia (PT-SP).
- 10 *Id., ib.*
- 11 Sobre as origens e a dinâmica do Código Sanitário, veja-se: José João Palma. *Os trabalhadores em saúde: agentes, práticas e instituições de saúde em São Paulo*. São Paulo, FM-USP, 1996 (dissertação de mestrado) e, do mesmo autor, *O código sanitário vai mudar, seu Edgar*. São Paulo, rede saudebrasil, 1998 (www.ibase.org/~saudebrasil).

Roberto Gouveia, médico sanitário e deputado estadual (PT-SP), é presidente da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa e autor do Código de Saúde do Estado.

José João Palma, médico sanitário e mestre em medicina preventiva pela FM-USP, é assessor de saúde da liderança do PT na Assembleia Legislativa de São Paulo.