

SUS, vinte anos: um pouco do antes, para maior sucesso no a seguir

*O progresso social que a ditadura não impediu,
a Democracia tem obrigação de consolidar e aperfeiçoar.*
José Carlos Seixas¹

Nas ditaduras, qualquer que sejam suas origens, – militar, de “partido político-ideológico”, de “seita religiosa”, de “carismático salvador da pátria”, de “herança genética”, de “sindicalismo operário” ou de “sindicalismo capitalista” – e mais, qualquer que sejam as justas razões que lhes deram sustentação para se estabelecerem, elas sempre redundam em grandes males, pois seus dirigentes se atribuem plenos poderes, e daí, em pouco tempo, se convencem de que detêm o pleno saber. E daí, em mais ou menos tempo, passam a ter decisões e a executar pessoas e medidas arbitrárias e prepotentes, pondo tudo e a todos a perder e sofrer (menos para uma pequena elite de dirigentes).

Nas ditaduras o conhecimento e a compreensão dos problemas da sociedade não se processam por meio de um enfrentamento dialético dos contrários, sem violência. A resolução dos problemas não é resultante de sínteses dialéticas em paz, mas da “dialética do terrorismo”, com a destruição do contrário (da antítese). Não se constroi, se destroi. Na história humana sem liberdade, a criatividade definha, o progresso pára, a nação regride, a empulhação preside e o arbítrio e a maldade imperam para a manutenção do poder para poucos e os mesmos (sempre em nome de um “Bem Superior”... para todos!).

Mas o ser humano resiste mesmo em condições de ditadura, em que vivíamos. E onde uma fresta de liberdade existiu, íamos criando e recriando.

A saúde humana, no País e na nossa história, sempre foi, e continuará sendo, um valor importante na nossa vida, na nossa pessoal e, também, menos, um valor para a vida dos outros.

Na nossa cultura, historicamente, entretanto, saúde não era um valor primordial, para cada um e para todos. Era um valor existencial importante, mas nunca fora reconhecido como um “Direito” e um “Direito Social” (isto é, de cada um, e de todos, independentemente de suas condições de gênero, de cor, de raça, de credo, de filiação partidárias, de condições socioeconômicas).

Na nossa cultura, historicamente, a valorização da saúde sempre existiu. Porém, a igualdade essencial entre nós, nesta nação, não vinha sendo suficientemente consciente e capaz de abrigar um forte sentimento de solidariedade e generosidade para impedir que as diferenças existenciais entre nós, irmãos, viessem a ser determinantes na ocorrência de injustas desigualdades que nos têm impedido de usufruir de um satisfatório estado de saúde e de se ter acesso e de desfrutar, em condições de equidade, de ações e dos serviços assistenciais à saúde, de promoção, proteção específica, recuperação ou de readaptação.

As diferenças existenciais (em nossa igualdade essencial) deveriam e devem ser energia motivadora e criadora para superação de diferentes estados de saúde–doença com mais ou menos gravidade e sofrimento, especialmente os estados de enfermidade ou de doenças, determinados socialmente, por injustas ou, mesmo, naturais diferenças pessoais. E mais, estas diferenças existenciais, não poucas vezes, foram, preconceituosamente, usadas para justificar indiferenças aos afligidos e, mesmo, exclusões assistenciais a muitos. Este quadro cultural, de comportamento, dominante, não impedia que evoluíssemos para melhor.

No interregno democrático entre a ditadura Vargas e a ditadura militar de 1964, foi possível um generalizado debate sobre o valor da Saúde e, mais, dos meios para recuperá-la, garanti-la e promovê-la.

Entretanto, no período, não se evoluiu muito quanto à saúde e ao sistema assistencial a ela dirigido, ainda que deste debate tenham participado acadêmicos, cientistas e intelectuais, segmentos sociais “de esquerda”, lideranças sindicais, e, mesmo, segmentos de “direita”, mas, tornaram-nos mais humanos e mais conscientes.

Em síntese, todos passamos a nos situar mais e melhor quanto à saúde e seus sistemas assistenciais, porém, entendendo e ressaltando isto simplesmente como valores a serem respeitados e promovidos, numa expectativa de desenvolvimento e universalização de atendimento ainda muito atrelado e dependente do processo de desenvolvimento econômico-financeiro do país e das pessoas. Não havíamos nos situado quanto a valorização da saúde como uma preocupação e empenho específico; saúde não só como decorrência, mas a saúde capaz de servir como promotora do desenvolvimento econômico-financeiro e sociocultural.

¹ Médico sanitário, Professor doutor da Faculdade de Saúde Pública e Assessor Técnico do Secretário Luiz Roberto Barradas Barata na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O sonho da universalização do atendimento passou a ser uma aspiração mais objetiva e buscada, porém, só possível (e até mesmo desejável) se através de uma expansão de toda a economia do país, quando, então, todos os cidadãos poderiam estar vinculados a diferentes institutos de previdência social e, assim, podendo usufruir de uma assistência à saúde, previdenciária.

Como toda ditadura, a iniciada em 1964, tinha, e em alguns aspectos da vida nacional até mesmo permitia espaços (creio que menos por descuidos e mais para o surgimento de ações sociais compensatórias às suas diferentes medidas coercitivas e restritivas), frestas de liberdade para contestações e debates sociopolíticos e até mesmo econômicos, frestas que, gradativamente, bem aproveitadas, propiciaram a reabertura democrática e avanços sociais significantes.

Segmentos sociais já estimulados a pensar a Saúde no Brasil antes de 1964, restringidos na amplitude de seus enfrentamentos dialéticos e públicos, aproveitaram as frestas de liberdade e foram se ressitando quanto à saúde e seus sistemas produtivos de saúde, diretos e indiretos, individuais e coletivos.

Os segmentos sociais mais organizados e de maior poder para negociar ou fazer pressão foram revalorizando a sua saúde e de seus familiares a partir de vínculos com os seus contextos de trabalho e de produção de bens materiais ou de serviços. Deixaram à margem convicções e empenho para um aprimoramento de suas grandes estruturas prestadoras de serviços de saúde como institutos de previdência (de categorias ou unificados, como IAPI, IAPE, IAPB, ou, então federal como INAMPS, entre outros). Assim, os trabalhadores dos grandes sindicatos ou por exemplo, a categoria dos servidores públicos em geral e das categorias jurídicas (de São Paulo em especial), não só preferiram deixar de contribuir para seus grandes institutos como criaram mecanismos renováveis de atendimento diversificado e diferenciado de assistência médica-hospitalar, com contribuições empresariais e mesmo pessoais, só para o atendimento de seus segmentos sociais bem específicos.

Ao tempo em que se empenharam muito, e fizeram bem, para melhores condições de atendimento às suas necessidades de saúde–doença, não mantiveram a preocupação com o compartilhamento de contribuições dos mais ricos com os mais pobres, para tornar possível a **universalidade com equidade**.

Alguns veem nisto só um retrocesso, egoístico. Não vejo assim, demonstra sinais de evolução sociocultural importante no campo da saúde.

As elites, mais poderosas, inclusive financeiras, se apropriam de uma consciência crítica importante: os diferentes estádios ou graus de saúde–doença das pessoas não são, na maioria, determinados pelas próprias pessoas. Não são resultantes, no mais das vezes, de infortúnios imprevisíveis. E mais, a superação de graves males da saúde não são custáveis pessoalmente, mesmo para segmentos sociais muito ricos. E mais, as atividades diagnósticas e terapêuticas de grande elenco de males não são compatíveis com capacidade técnica-científica e capitalização tecnológica de profissionais isolados. Há necessidade, sempre, do desenvolvimento de atividades empresariais, sejam elas estatais, privadas ou estatais–privadas.

Nas frestas de liberdade, alguns grupos sociais tomaram outro caminho:

Mais ligados a segmentos sociais excluídos da atenção e descrentes de um progresso econômico-financeiro espetacular e com amplas e imediatas redistribuições das riquezas do país, estes diferentes grupos sociais foram se associando e atuando, buscando valorizar saúde como um bem maior. Foram inicialmente promovendo inclusões de novos grupamentos sociais no sistema estatal de saúde existente, por força de suas necessidades, independentemente de suas capacidades e suas efetivas contribuições pessoais ao sistema. E, nisto, estiveram, até mesmo associados a segmentos governamentais da ditadura, dando inclusão a trabalhadores rurais, a empregadas domésticas, entre outros.

A Saúde vai, de um Valor importante para a existência, se transformando em um “Direito”, e num “Direito Social” imprescindível para cada um e a todos neste país.

Os segmentos sociais interessados nesta mudança, já anteriormente à ditadura de 64, foram constituídos por intelectuais, acadêmicos, estudiosos do setor saúde, políticos socialistas (desde os socialistas democratas até os ainda crédulos na importância de substituir a ditadura militar pela do Estado, com um partido único e em nome de uma “ditadura do proletariado”) e, também, por alguns democratas liberais e, mesmo, populistas, interessados na promoção do Bem Comum, tendo ainda que se mencionar um segmento constituído por antigos burocratas da Administração Pública Estatal, idealistas e estudiosos, vinculados às primeiras experiências brasileiras de socialização “getulistas” da saúde. A todos estes segmentos foram se juntando outros e mais pessoas.

Porém, foram muito importantes, nas mudanças de rumo na nossa saúde, a agregação de um grande número de cidadãos integrados a movimentos comunitários reivindicatórios por melhorias sociais nas periferias dos grandes centros urbanos, especialmente na metrópole paulistana. Movimentos comunitários estimulados e liderados por dois tipos de jovens “profissionais” até então ausentes daqueles territórios: jovens profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros, com destaque para médicos sanitaristas) e, também, jovens

padres e irmãs, geralmente vinculados ao movimento de “opção preferencial pelos pobres” da Igreja Católica. Convivendo com a pobreza excludente até de serviços sociais públicos – como escolas, unidades de saúde, creches ... – bem como de habitações populares e saneamento básico dignos. Estes personagens sentiram o quanto de sofrimento, mortes precoces e incapacidades permanentes existiam e poder-se-ia superar, bem antes de se obter o pleno desenvolvimento econômico-financeiro da Nação.

E foram todos estes segmentos sociais, com a agregação de milhões de pessoas das comunidades (mas que nunca configuraram uma maioria absoluta de toda população) é que tornou-se possível uma ruptura radical, no âmbito da cultura brasileira em saúde, determinando, na Constituinte de 1988, a institucionalização da saúde, mais do que como valor, como um “Direito”, e um “Direito Social” (diferença esta que só tem sentido e pode redundar em mudanças significantes em um Estado Democrático de Direito) perfeitamente explicitado quanto ao campo das necessidades de saúde a serem atendidas:

– necessidades de PROMOÇÃO, de PROTEÇÃO ESPECÍFICA, de DIAGNÓSTICO e PRONTO TRATAMENTO de enfermidades ou doenças, de LIMITAÇÃO de INCAPACIDADES, e de READAPTAÇÃO de incapacidades permanentes. Necessidades de saúde–doença de seres humanos, portanto, seres biológicos gregários, com necessidades de saúde física, psíquica e social. Ficou, assim, configurado o primeiro postulado ético do Direito à Saúde – o direito ao atendimento integral – o direito à integralidade da assistência e das demais atividades ambientais da Atenção do Setor Saúde.

Mas o Direito Social à Saúde foi mais completamente explícito: ele se exercitará através de um acesso universal, de cada um e de todos, às ações e serviços de atendimento de necessidades de saúde–doença das pessoas. Configurando o segundo postulado ético do Direito à Saúde – o direito universal às ações e serviços de saúde; direito de todos e de qualquer um necessitado (o que não significa a não ser por razões éticas de risco iminente de morte, acesso de qualquer um, em qualquer estabelecimento de saúde, de qualquer lugar, no momento que bem entender).

A este dois postulados éticos do Direito à Saúde se acrescentou ainda um terceiro, a EQUIDADE do Direito, na assistência à saúde. Que não quer dizer igualdade, nem de procedimentos, nem de acesso a lugares, nem de exigências para eventuais contribuições para as ações, mas a exigência de ações diferentes quando se observar a existência e possibilidades diferentes entre os assistidos.

Mas, quem, como e com que desempenhar as ações e serviços para o atendimento a este Direito à saúde. Quando a Constituição explicita Saúde como um DIREITO do cidadão e um DEVER do Estado não está “estatizando” tudo o que diz respeito ao pleno atendimento do DIREITO do cidadão. Está apenas dizendo que num Estado Democrático de Direito, é o Estado, por meio de seus governantes que impedirá que qualquer pessoa ou instituição provoque deliberadamente danos à saúde em qualquer cidadão e, mais, é o poder público estatal que tornará possível que o cidadão brasileiro busque meios e modos para usufruir de bom estado de saúde. E para tanto a Constituição já estabeleceu dois modos básicos:

1) reconhecendo cientificamente que os níveis de saúde–doença das coletividades humanas têm determinantes da Natureza e sociais (decorrentes das atividades humanas no Meio Ambiente), compete ao Estado desenvolver políticas públicas econômicas e sociais que visem redução do risco de doenças e de outros agravos.

2) reconhecendo que o estado de saúde–doença das pessoas, em si, configuram enfermidades ou doenças, e que elas conseguem se proteger ou se recuperar se forem assistidas por serviços de saúde, o Estado, o poder público estatal, tornará possível e regulará – com serviços próprios ou particulares, gratuitos ou remunerados – ações de atenção à saúde para que todos universalmente tenham acesso e usufruam destas ações, com equidade (ou de modo “igualitário”).

E, a Constituição foi mais além, pois mesmo admitindo a pluralidade institucional dos serviços de saúde (estatais, particulares, privados lucrativos e não lucrativos) exige, no seu campo de atuação produtivo, um desenvolvimento de rede pública dispensadora de bens e serviços de saúde, com gestão estatal tripartite, para que todos os cidadãos que não queiram ou não possam usufruir de serviços de saúde privados, possam nela serem assistidos. E daí se constituiu e se opera o SUS. E como o nível de renda de grande parte da população brasileira é muito baixo, tem-se que atender enorme contingente de necessitados de assistência à saúde nesta rede.

E esta é a rede SUS, que instituída, vai se desenvolvendo para que seja possível observar-se o Direito à Saúde, satisfazendo-se as necessidades de todos, ainda com muitas insuficiências e imperfeições.

Nesta hora de comemoração e de renovação de esperanças, quis trazer, à reflexão de todos, que o avanço civilizatório alcançado pela nossa Constituição não foi, e continua não sendo, a simples institucionalização de nossa cultura histórica em SAÚDE (cultura como modo de sentir, pensar e agir da maioria da população). Foi numa conquista democrática obtida com muita luta, mas corre-se riscos de regressão. Há que se lembrar que o “Direito à Saúde” só surgiu objetivamente com a liberdade democrática e só ela permitirá o debate permanente para a sustentação desse direito e seu aperfeiçoamento (não há Estado de Direito em ditaduras). E, de outro

lado, a sustentação da confiança e da continuidade democrática só será possível se os avanços no atendimento das necessidades sociais se efetivarem com a devida extensão e qualidade (facilmente perceptível no âmbito de minorias elitizadas).

Para tanto, permitam-me sugestões:

- a) Redobrado e atualizado esforço de aperfeiçoamento técnico-administrativo dos programas e serviços do SUS.
- b) Redobrado esforço de comunicação social (não enganadora e não apenas de simples informação) – mesmo paga – dos avanços e melhorias alcançadas e disponíveis.
- c) Base financeira compatível com as dimensões dos problemas e possibilidades dos poderes públicos – porém, com recursos vinculados, sem contingenciamentos – de modo a propiciar pelo menos um mínimo de planejamento e programação de curto, médio e longo prazo.
- d) Mobilizações socioeducativas e recreativas para que se realizem mudanças de hábitos de vida, eliminando-se hábitos danosos e incorporando aqueles que promovem saúde e bem-estar.