

SUS: projeto político de mais de uma geração, processo social em permanente construção

José da Silva Guedes¹

Ao falarmos em “20 anos do SUS” corremos o risco de simplificar, prejudicar a compreensão e omitir fatos ou fases importantes para a sua materialização plena e o seu aperfeiçoamento. Aos 20 anos decorridos desde 1988 deveremos acrescentar provavelmente outros 20 que se iniciaram na década de 60.

Precisamos ainda nos preparar para, talvez, outros 20 anos de consolidação. Os sanitaristas da nossa geração contabilizam uma luta que já têm pelo menos 40 anos.

Olhando a partir das nossas vivências, em São Paulo, nas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, nos Departamentos de Medicina Social das Escolas Médicas de nosso Estado e na Faculdade de Saúde Pública da USP, começamos a trajetória talvez em 1968 com a implantação da “Reforma Leser” na Secretaria Estadual de Saúde com a criação dos Centros de Saúde Polivalentes, que permitiram discutir de fato e não apenas em documentos da OMS, coisas importantes como assistência primária, responsabilidade territorial, conselhos populares de saúde e carreira de saúde pública.

Vivíamos desde 1964, um período político extremamente difícil, com os militares no poder, com a imprensa censurada, com perseguições e tortura, mas ainda assim desenvolveu-se um vigoroso movimento político social que tinha certamente muitos componentes.

Um desses componentes foi o “Movimento dos Departamentos de Medicina Preventiva” – o “Movimento das Residências de Medicina Preventiva” e as transformações porque passaram as Faculdades de Saúde Pública da USP e de Manguinhos.

A criação dos Centros de Saúde Escola fez parte desse movimento dando grande contribuição para a preparação de uma nova geração de médicos.

Para nós paulistas, as mudanças em nível federal começam a partir de 1974 com o Governo Geisel e a posse da equipe do Ministro Almeida Machado no Ministério da Saúde, que convidou a participar, dentre outros, colegas como João Yunes, José Carlos Seixas, José da Rocha Carvalheiro, Edmundo Juarez, Edmur Pastorello, Nelson Rodrigues dos Santos, além da ida do Sergio Arouca e da equipe da Medicina Preventiva da Unicamp para a Fiocruz.

O restabelecimento das Conferências Nacionais de Saúde, em particular a V (Conferência Nacional de Saúde) em 1975 que discutiu a Lei do Sistema Nacional de Saúde e permitiu iniciar uma mudança qualitativa no processo de participação nas conferências, aceitando pela primeira vez professores das escolas médicas e de saúde pública.

Em 1975, a Faculdade de Saúde Pública da USP, o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde dão início ao chamado “Curso Curto de São Paulo” que em três anos preparou aproximadamente 400 médicos sanitaristas, muitos deles ex-residentes de Medicina Preventiva.

A VI Conferência Nacional de Saúde, em 1977 pôs em discussão a integração das “redes de serviços de saúde”, a grande briga entre os sanitaristas aliados ao Ministério da Saúde contra os “cardeais” da Previdência Social.

A plenária final dessa conferência recusou a proposta do Governo que era de articular duas redes de serviços, mantendo a dicotomia entre saúde pública e assistência médica individual.

A saída para o Governo foi remeter a decisão final para o ano seguinte após o tema ser debatido em cada um dos Estados pelas Secretarias de Saúde e órgãos do INAMPS.

O movimento acadêmico associativo da área da saúde pública avançava paralelamente. Em 1977 tivemos o “1º Congresso Paulista de Saúde Pública” realizado em conjunto com o “24º Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene” – foram realizados em São Paulo e contaram com mais de dois mil participantes (logicamente com a observação muito próxima pelo DOPS).

Em 1976 surgiu o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) que reforçou o debate contribuindo para a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979.

A crise aguda da Previdência, no início dos anos 80, levou à criação do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Dentre os projetos apresentados pelo CONASP (cerca de doze) teve

¹ Médico Doutor pela Universidade de São Paulo e professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

especial relevância o das A.I.S. – Ações Integradas de Saúde que foi implantado em 1983 e que pela primeira vez permitiu convênios entre a Previdência Social e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

É importante frisar que, em 1982, tivemos o retorno da eleição democrática dos governadores e saíram vencedores os líderes dos movimentos democráticos.

Em São Paulo tivemos Franco Montoro como Governador que indicou Mário Covas como Prefeito da capital. Nessa época as mudanças no Governo Federal vão levar Aloísio Sales e logo depois Hésio Cordeiro e equipe para o INAMPS. Já em 1985, Hésio universaliza o pagamento da assistência prestada pelas Santas Casas (“Adeus carteira assinada”).

A ABRASCO passa a ter um importante papel na articulação entre os profissionais de saúde pública atuantes nos serviços e aqueles docentes e pesquisadores nas Escolas Médicas e de Saúde Pública.

A programação de saúde das reuniões anuais da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) nos anos de 84 (36ª) e 85(37ª) foram organizadas pela ABRASCO.

Em 1986 – na 8ª Conferência Nacional de Saúde - a ABRASCO teve um papel político relevante tendo sido o documento de sua Comissão de Política de Saúde: “Pelo Direito Universal à Saúde”, a base das discussões na fase preparatória da Conferência.

Na Comissão Nacional da Reforma Sanitária e nos trabalhos durante a Assembléia Nacional Constituinte é de grande relevância a participação da ABRASCO ajudando a elaborar o capítulo sobre saúde. Nesse período é criada a Plenária Nacional de Entidades de Saúde.

Desde 1982 e 1988, respectivamente, o CONASS e o CONASEMS são dois novos atores da luta pelo SUS.

O trabalho de integrantes do Movimento da Reforma Sanitária articulado com intelectuais do setor saúde contou com um grupo de congressistas dedicados, que em infindáveis reuniões de negociação conseguiu aprovar o que era o pleito do Movimento Sanitário.

Foi assim que o capítulo da saúde incorporou a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, deu relevância pública para as ações de saúde e criou o SUS com ênfase na descentralização, assistência integral e participação comunitária. Terminava assim a figura do indigente e o INAMPS foi integrado ao sistema público de saúde.

A aprovação no período de 1989 a 1990 da Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) que dispõe sobre as condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde e os papéis atribuídos à União, Estado e Municípios, foi um outro episódio de intensa articulação no Congresso.

Causou perplexidade que uma Lei que alcançara acordo no Congresso fosse atingida por vetos do presidente da República exatamente nos pontos referentes à criação dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Naquele momento era ainda intensa a politização do tema saúde e uma enorme reação da sociedade fez com que fosse aprovada no Congresso a Lei 8.142 de dezembro de 1990, regulando a participação da comunidade no SUS.

A Reforma Sanitária Brasileira decorreu, de um lado, de um trabalho de longo prazo, da negociação conduzida por diferentes atores sociais e, de outro lado, da oportunidade que se abriu com o fim do regime militar que permitiu propor grandes mudanças.

Nossa reforma não foi mais ampla devido à cultura existente, ligada à prática assistencial privatista e ao modelo de saúde suplementar. Após 1991, o SUS vai sofrendo reformas incrementais leves por meio de normas operacionais obtidas por consenso das três esferas de governo ou às vezes na falta de consenso, por “leve pressão” ministerial.

Assim, tivemos as NOB 91, a NOB 92, NOB 93 e NOB 96.

Em 2000, não obstante enormes resistências das forças econômicas contrárias à vinculação de recursos, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, vital para maior aporte de recursos para o SUS, **mas que após 8 anos, ainda não foi regulamentada.**

Em 2001 é aprovada a NOAS 01 que na tentativa de reequilibrar excessos da municipalização, cria os Planos Diretores de Regionalização e Investimentos e introduz a idéia de redes de assistência.

Em 2006 deram-se: o Pacto pela Saúde, um acordo interfederativo, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Esses pactos, além de introduzirem o sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, estendem a discussão sobre a atenção à Saúde para além dos limites setoriais.

Assim, o SUS **criado** pela Constituição Federal de 1988, que teve origem em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 70 vem se recriando permanentemente por reformas acordadas pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

O SUS tem registrado grandes avanços conforme atestam os indicadores de saúde e inúmeras pesquisas de satisfação e cobertura populacional.

“A celebração desses avanços não deve, contudo, restringir-se a ações autolaudatórias porque, se o SUS é uma solução engenhosa, apresenta ainda, muitos desafios a enfrentar. O SUS não deve ser visto como um problema sem solução, mas como uma

solução com problemas.” (BRASIL, 2006).

São vários os desafios para a consolidação do SUS, tais como: a universalização, a necessidade de um modelo de atenção mais adequado, o modelo institucional, a necessidade da melhoria na gestão do trabalho, mas, sobretudo o grande desafio, o que nos estrangula, que é o desafio do financiamento. Nenhum país com proposta de sistema de saúde público e universal (Reino Unido, Suécia, França, Canadá, Itália, por exemplo) tem uma participação do gasto público menor do que 70%.

No Brasil o percentual do gasto público na saúde em relação ao total é de 45%. Nos últimos anos, todo o trabalho organizativo e burocrático necessário levou um grande contingente de gestores da saúde a uma discussão muito mais interna ao setor e muito mais dirigida aos problemas técnicos. Foram sendo reduzidas a articulação e a mobilização dos outros setores.

Quanto mais institucionalizado estiver o processo de tripartite, bipartites, colegiados regionais, maior é o risco de não promover o envolvimento dos parlamentares e dos movimentos sociais que podem ser os grandes aliados do SUS.

No momento não contamos com outras propostas ou mecanismos para ampliar os recursos financeiros destinados à saúde, além da Emenda Constitucional 29.

A regulamentação da EC 29 tem pelo menos dois aspectos importantes:

- 1) corrigir distorções na vinculação dos recursos da União.
- 2) definir de forma precisa o que são ações e serviços de saúde.

O primeiro deve aumentar o aporte de recursos da União e o segundo evitar uma burla por parte de Estados e Municípios. A experiência vivida nesses 8 anos de luta pela regulamentação da EC 29 tem mostrado nossa debilidade no enfrentamento das demais forças e grupos de interesses no Congresso.

“O SUS vem perdendo a batalha de comunicação com a sociedade brasileira” (BRASIL, 2006)

Creio que precisamos convocar novamente a sociedade e lhe mostrar o SUS que temos suas limitações, suas qualidades, e o SUS que achamos que nosso povo merece.

Só uma grande mobilização social que pressione o Congresso é que pode nos levar ao sucesso.

Referência Bibliográfica

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. Disponível em: http://www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf