



O SUS em São Paulo: breve contexto

Luiza Sterman Heimann*

Ao ser convidada para contribuir com um texto no Boletim do Instituto de Saúde (BIS) comemorativo dos 35 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), prontamente aceitei, sentindo-me honrada com a oportunidade de tratar de um tema tão vasto e complexo como o SUS e seus 35 anos – tempo que quase totaliza minha vida profissional como médica sanitária das Secretarias de Saúde do estado e do município de São Paulo.

Optei por compartilhar com os leitores alguns momentos dessa história que considero relevantes para o nascimento, crescimento e desenvolvimento do SUS em São Paulo, bem como meus desejos para seu futuro.

Está no DNA do SUS-SP a marca de tecnologias inovadoras, aqui entendidas como saberes e práticas que provocaram mudanças. No campo acadêmico, em particular na área da Saúde Pública, destaco pelo menos dois modelos de explicação da saúde e doença, cujos fundamentos irão sustentar práticas políticas, técnicas e administrativas distintas: o chamado modelo médico-preventista, que busca alterações anatomofisiopatológicas para diagnosticar, evitar, tratar e curar doenças e doentes, e o modelo de determinação social do processo saúde/doença, que busca identificar condições econômicas, ambientais (físico/natural e social), culturais e biológicas para solucionar problemas de saúde de indivíduos, grupos e sociedades.

No âmbito internacional, um intenso trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS), sobretudo de seu braço latino-americano, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), difundiu as ideias de saúde como um “bem-estar biopsicossocial”, tendo como meta “saúde para todos no ano 2000”.

Em São Paulo, no fim da década de 1960, por meio de uma ampla reforma administrativa do aparato estatal, foi criada a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), tendo à frente o professor Dr. Walter Leser. Em sua formulação, nas escolas médicas, essa proposta teve apoio dos Departamentos de Medicina Preventiva, também chamados de Medicina Social ou Medicina Geral e Comunitária, por meio de seus cursos de graduação e pós-graduação, bem como da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Com seus Centros de Saúde Escola, todos experimentavam novos modelos de atenção e gestão em saúde.

Assim, a SES-SP passou a contar, entre outras estruturas, com a Coordenadoria de Serviços de Saúde da Comunidade, composta por uma rede de serviços ambulatoriais (os antigos postos de saúde e os serviços de laboratório do Instituto Adolfo Lutz das unidades sanitárias), organizados em distritos sanitários e regiões com bases territoriais definidas; com a Coordenadoria de Serviços Hospitalares, formada pelos antigos hospitais especializados, como os de tuberculose, hanseníase e outros que passaram a ter perfil de hospital geral; e com a Coordenadoria de Saúde Mental, constituída por serviços ambulatoriais e hospitalares (antigos manicômios) de saúde mental,

* Graduação em medicina pela FCMSCSP (1973), mestrado em saúde pública pela Harvard University (1978) e em medicina preventiva pela FMUSP (1984). Médica sanitária do estado de São Paulo desde 1976, atuou na Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC/SES-SP) até 1983, quando se transferiu para o Instituto de Saúde, concentrando suas pesquisas em equidade, descentralização, regionalização e avaliação de sistema de saúde. Dirigiu o IS em dois períodos, entre junho de 1985 e junho de 1987 e entre 2008 e 2023.

além da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados, composta basicamente pelos Institutos de Pesquisa (Instituto de Saúde, Butantan, Adolfo Lutz, Pasteur, Dante Pazzanese, Lauro de Souza Lima e Clemente Ferreira).

Para dar vida a essa reforma, criou-se a carreira de sanitarista, para conduzir os trabalhos tanto na rede de serviços de saúde quanto nas instâncias de gestão locais (distritos), regionais (departamentos) e central da SES-SP.

Uma situação marcante com que me deparei na direção de um Centro de Saúde III, na região leste da cidade de São Paulo, foi quebrar a resistência dos funcionários em mudar o processo de trabalho centrado no atendimento à demanda espontânea (os usuários do antigo posto de saúde para vacinação e consultas médicas de pediatria, obstetrícia e odontologia) para ações programáticas definidas segundo o perfil epidemiológico.

Na época, um dos problemas prioritários da SES-SP era a redução da alta taxa de mortalidade infantil. Só consegui quebrar essa resistência quando, após um tempo atendendo crianças, as mães pediam aos funcionários para passar seus filhos em consulta só comigo. Intrigados, vieram me procurar para saber o porquê dessa situação. O que eu fazia de diferente dos outros pediatras do centro?

Assim, consegui demonstrar que, para além da prática médica de queixa/conduita, baseada em exames de apoio diagnóstico e tratamento medicamentoso, muitas vezes só de alívio sintomático, o paciente adoece de acordo com suas condições de vida, o que exige um olhar diferenciado, apesar de terem as mesmas alterações anatomofisiopatológicas.

Foi assim que passamos a conhecer nossa área de abrangência e a implementar ações programadas de promoção e proteção da saúde, bem como tratamento e recuperação de doentes.

Acompanhando as mudanças na política pública de saúde brasileira, a SES-SP passou então a implantar as Ações Integradas de Saúde, cujo objetivo era incorporar a assistência médica previdenciária nos centros de saúde, rumo à universalização e à integralidade da

atenção. Posteriormente, também foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que avançou na organização de um sistema de serviços de atenção hierarquizado e de base territorial.

Já o setor privado foi incorporado a esse movimento por meio do setor econômico-financeiro (os planos e seguros de saúde) ou pelo setor privado prestador de serviços (hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios e outros serviços). Assim, a população de São Paulo passou a ser portadora do direito à saúde por meio de políticas públicas, que impactaram direta ou indiretamente em suas condições de vida e saúde, e consumidora de produtos e serviços oferecidos no mercado para seu bem-estar.

Contudo, ao nos defrontarmos com lógicas tão distintas de atenção à saúde, quais seriam os sentidos do termo “único” no sistema público de saúde brasileiro?

Avançando na consolidação do estado de direito em uma democracia participativa

O SUS nasceu com a nova Carta Magna de 1988, que reconstituiu o Estado democrático de direito no Brasil após longo período de ditadura militar. As forças sociais que atuaram na redemocratização do país, em particular as da área da saúde, como o movimento pela reforma sanitária brasileira, o movimento popular de saúde, o movimento sindical, as associações de classe, os partidos políticos, entre outros, tinham como bandeira comum que “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Mas de qual saúde estamos falando?

Na Constituição Federal, em seu Art. 196, Seção II, saúde é um direito garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. Da mesma forma, o SUS-SP foi inserido na Constituição Estadual e nas Leis Orgânicas Municipais.

Ainda sob a euforia da democratização, avançou-se em São Paulo a descentralização do SUS. Isso só foi possível à medida que decisões políticas, técnicas e administrativas permitiram a necessária

desconcentração de recursos humanos, materiais e financeiros do Governo Federal para os governos estaduais, e destes para os municípios.

Após a regulamentação do SUS pelas Leis 8.080 e 8.142, o novo sistema de saúde passou a contar com instâncias intergestoras de decisão: a Comissão Intergestores Tripartite (gestores federal, estaduais e municipais) e Bipartite (gestores estaduais e municipais) em igualdade de poder, bem como os conselhos de saúde nacional, estaduais, municipais e locais, com representação paritária de gestores, trabalhadores e sociedade civil.

Para se ter uma ideia de como a administração pública era centralizada e como deveria se adequar a esse novo momento histórico, cito como exemplos fatos que presenciei, como o de um município de grande porte, em que o secretário de Saúde solicitou ao prefeito autorização para compra de algodão para os serviços de saúde, e o de um município de pequeno porte, onde foi criada uma área própria da administração para a saúde, pois esse setor recebia mais recursos de transferência do SUS do que era arrecadado por todo o município.

Com a capilarização do sistema público de saúde, sua maior visibilidade pela realização de ações de assistência médica (consultas, exames, dispensação de medicamentos), entra em cena a relação público-privada desse setor, a qual deixará marcas importantes no crescimento e desenvolvimento do SUS-SP.

Isso porque o campo de prestação de serviços privados de saúde se organiza não por um conjunto de serviços articulados por princípios, como é o caso do SUS, mas é classificado pelas diferentes formas de pagamento utilizadas pelos consumidores.

Quando o pagamento pelos serviços prestados é feito diretamente ao profissional, é chamado de particular. Quando mediado pelo setor financeiro, é intitulado plano e/ou seguro-saúde. E quando mediado por uma organização de prestação de serviços, é denominado de serviços privados de saúde, filantrópicos ou não.

Assim, saúde e doença são transformadas em mercadorias, bem como seus meios diagnósticos

(exames) e de tratamento (medicamentos e outros). Todavia, vale ressaltar que, de acordo com a Constituição de 1988, o setor privado de serviços de saúde deve atuar de maneira complementar ao SUS. Isso significa que, mediante contratos ou convênios, o sistema público pode comprar serviços do setor privado para atender às suas necessidades.

Inicialmente, o SUS-SP passou a comprar leitos e exames laboratoriais complementares para diagnósticos e tratamentos clínicos. Com o avanço do desenvolvimento socioeconômico no país e melhora das condições de vida da população, criaram-se, na área da saúde, condições propícias para o fortalecimento de forças políticas que reivindicavam uma mudança constitucional, excluindo o dever do Estado de prover esse direito social.

Dessa forma, o SUS se tornaria não mais um sistema universal, mas um sistema de serviços de saúde pobre para os pobres. Assim, enquanto algumas propostas foram inviabilizadas politicamente, outras surgiram, no ir e vir do crescimento e desenvolvimento do SUS em São Paulo. A compra de serviços pelo SUS foi regulada por uma tabela de preços e por meio de mecanismos e procedimentos padronizados pela administração pública.

Vista pelo mercado como grande compradora, a gestão do sistema público passa a ser objeto dos mecanismos de pressão normalmente utilizados na compra e venda de produtos, em que a propaganda é a alma do negócio.

Ao mesmo tempo que pesquisas mostravam um alto grau de satisfação pela utilização dos serviços do SUS, os meios de comunicação enfatizavam a baixa capacidade e qualificação do SUS para o atendimento da saúde da população. Assim, a alternativa dada foi a compra de planos de saúde, uma vez que uma melhor assistência acaba sendo direcionada para quem pode pagar por planos de saúde, que oferecem melhor cobertura assistencial.

Em entrevistas que realizei com gestores públicos e de serviços contratados/conveniados do SUS em São Paulo, ficaram evidentes os diferentes interesses que permeiam a relação público-privada.

Por exemplo, um secretário municipal de Saúde afirmou que, como profissional formado e qualificado em Economia, não via justificativa para pessoas com boas condições socioeconômicas comprarem planos de saúde, pois, apesar do pagamento mensal do plano, a necessidade do uso de serviços só ocorre eventualmente e, em caso de urgência médica, praticamente só existem serviços do SUS.

Por outro lado, um diretor de hospital contratado pelo SUS afirmou que a diferença entre o público e o privado seria que o público, embora pagasse menos, pagava, enquanto o privado necessitava de meses para pagar, quando o fazia. Uma saída encontrada para os conflitos gerados nessa relação público-privada dos serviços de saúde foi a “judicialização”. Porém, é preciso iluminar essa relação público-privada, pois ela vai muito além de uma simples dicotomia.

Poder regulatório do Estado

Dando um salto no tempo, a pandemia de covid-19 mostrou como a condução do poder regulatório estatal consegue imprimir o andamento do setor privado. Isso porque o Estado é o único regulador em todos os níveis de gestão do SUS, inclusive quanto às parcerias, que não são mera compra de serviços.

Vale destacar que nem o SUS existe sem os prestadores privados, nem o setor privado de saúde existe sem o SUS. Por isso, neste momento em que a SES-SP está pensando numa reestruturação, acredito que seja uma ótima oportunidade para se recriar a carreira de sanitaria do SUS no estado de São Paulo.

Não se trata de uma reivindicação corporativa, mas de uma maneira de atuar na qualificação dos trabalhadores, inclusive na capacidade de comunicação com a sociedade, que precisa ainda entender a

importância do SUS nessa relação complementar entre os setores público e privado.

Nesse sentido, faço aqui um pequeno depoimento pessoal. Meu neto mais velho tem 13 anos de idade e cursa o ensino fundamental. Em uma atividade escolar, ele escolheu um tema para fazer um trabalho de avaliação. Ele gosta muito da área de exatas, entende de informática, mas escolheu como tema o SUS e me entrevistou. Estávamos no fim da pandemia, e logo voltariam as aulas presenciais.

Ao fim da entrevista, perguntei para ele: por que você escolheu esse tema? E ele respondeu: “Sabe, vó, quando a gente começou a falar sobre a pandemia, tinha que andar de máscara e meus colegas só sabiam que o SUS vacinava, mas eu falava pra eles que o SUS não é só vacina. O SUS é mais que vacina, minha vó já esteve internada em um hospital que é SUS”. Durante a entrevista, ele pediu que eu contasse sobre as outras atividades, como é feita a atenção no SUS, que não se resume à vacina.

O depoimento serve para destacar que essa comunicação precisa ser feita também em outras instâncias, para que haja investimento nas carreiras no SUS, na conscientização e compreensão da sociedade sobre a grandiosidade desse sistema, para que avancemos como sociedade na solução de problemas prioritários de maneira coletiva.

Como perspectiva futura, acredito que, mesmo o SUS dependendo de diferentes variantes em nível nacional, ao menos no estado de São Paulo, a SES-SP precisaria criar condições de organizar a articulação dessas diferentes frentes que compõem o sistema. Isso para que o SUS-SP reflita, cada vez mais, o papel constitucional para o qual foi criado e desenvolvido e, em breve, se efetive em suas bases cidadãs de universalidade, equidade e integralidade, abrindo espaço para a tão almejada participação popular.