

A combinação de projetos políticos distintos na atenção básica à saúde: impactos político-sociais e a desconstrução do SUS

I¹ Hugo Fanton da Silva, ² Ivan França Junior I

Resumen: Esta pesquisa tem por objetivo analisar implicações políticas e sociais da combinação entre gestões pública e privada na atenção básica à saúde, buscando explicitar combinações e tensões entre um projeto democratizante de saúde e um projeto neoliberal que isenta o Estado de responsabilidade na efetivação de direitos. Optamos por estudar tais conflitos a partir da situação de Heliópolis, favela de São Paulo. Para construção do material empírico, foram utilizados instrumentos e técnicas próprios do método etnográfico. Em Heliópolis, como no restante do país, a Reforma Sanitária é atravessada por distintos projetos político-econômicos, na medida em que houve uma ampliação da assistência médica supletiva e implantação distorcida do SUS, com práticas privatistas e privilégio da lógica da produtividade. As políticas macroeconômica e da Reforma do Estado levaram à “implementação tortuosa do SUS”, em contexto de “confluência perversa” entre distintos projetos políticos. Alguns dos potenciais transformadores dessa realidade estão nos processos políticos e em relações sociais conformados por modos de vida erigidos sobre laços sociais de solidariedade, que se inserem em uma dinâmica entre determinações político-econômicas e afirmação da autonomia. Isto coloca ao movimento da Reforma Sanitária a necessidade premente de recuperar sua dimensão instituinte para transformar o sistema instituído.

► **Palabras clave:** reforma dos serviços de saúde; participação social; atenção primária à saúde.

¹ Ciência Política, Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, Brasil. Endereço eletrônico: hfanton@gmail.com

² Faculdade de Saúde Pública, Universidade do São Paulo. São Paulo-SP, Brasil. Endereço eletrônico: ifjunior@usp.br

Recebido em: 07/07/2014
Aprovado em: 23/05/2015

Introdução

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi historicamente construída por ações políticas de transformação democratizante do Estado, da sociedade e da relação entre Estado e sociedade, em que o sistema de saúde é proposto enquanto uma das respostas sociais necessárias à melhoria das condições de saúde da população. A organização dos serviços se insere em um amplo processo de reconhecimento e conformação da saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido, o processo da RSB envolve um conjunto de práticas democratizantes que “integram a totalidade social”, sendo não apenas técnicas ou sistêmicas, mas sociais, “com dimensões econômicas, ideológicas, políticas, culturais e simbólicas” (PAIM, 2008, p. 171).

O sistema de saúde se institui enquanto parte de um projeto de reforma social, tendo por base uma noção de direito à saúde que implica, dentre outros fatores, na garantia de trabalho, alimentação, moradia, transporte, lazer e “participação da população na organização, gestão e controle dos serviços”, além de acesso universal e igualitário em todos os níveis (BRASIL, 1986, p. 382-383).

Foi pela articulação contínua, mas desigual, entre as dimensões sócio-comunitária, legislativo-parlamentar e técnico-institucional da saúde enquanto direito que o Movimento Sanitário, tecido politicamente durante os anos 1970-80 com intencionalidade de resgate da dívida social do país nessa área, formulou uma proposta de reorganização institucional para a efetivação do direito em oposição às práticas privatistas então vigentes (PAIM, 2008). No entanto, o processo de reforma sanitária que teve continuidade na conjuntura pós-88 se inseriu em um contexto mais amplo de reforma neoliberal do Estado brasileiro e desigual distribuição de recursos e poder nos seus órgãos administrativos, o que traz implicações para o conjunto de suas práticas sociais, técnicas e sistêmicas (PAIM, 2008; FLEURY; LOBATO, 2009; FLEURY, 2009; 1997). Assim, temos por objetivo, nesta pesquisa, analisar implicações políticas e sociais resultantes da combinação entre as gestões pública e privada na atenção básica à saúde, buscando explicitar as tensões entre o projeto da RSB e a implantação de um programa neoliberal no decorrer dos anos 1990 e 2000, que isenta o Estado de responsabilidade na efetivação de direitos.

Referencial teórico e método

Esta pesquisa se situa historicamente no interior do *processo* de Reforma Sanitária, em diálogo com um campo teórico que reflete as contradições do “êxito da reforma”, resultantes da “superação deste caráter de movimento vindo da sociedade civil como crítica ao Estado”, em direção a sua concretização pela institucionalidade estatal, especificamente secretarias municipais e estaduais de Saúde, promotores públicos e “burocracia reformadora” (FLEURY, 2009, p. 749).

Com a crescente centralidade na formulação normativa (típica da via técnico-institucional), e na prática procedimental decorrente, assegurou-se “à burocracia central a preservação de poder”, ainda que com tensões decorrentes de seu exercício compartilhado entre entes federados e esferas administrativas. Mantém-se a desigual distribuição financeira em favorecimento de “grupos corporativos, impedindo que os ideais da reforma se concretizem e garantam a centralidade do usuário cidadão” (FLEURY, 2009, p. 749).

A luta pela efetivação do direito à saúde também se insere em um contexto de disputa política por recursos públicos do orçamento estatal, sequestrado para “o pagamento de juros e amortização da dívida pública” (SALVADOR, 2010, p. 610) e destinado à “valorização exclusiva do setor econômico mais desenvolvido” (GOZZI, 2007, p. 404). Com isso se dá uma “busca irrestrita de mobilidade global por parte do capital para a qual a flexibilização e as políticas liberalizantes são imperativas”, pois o mercado financeiro impõe aos grupos industriais “novas normas de rentabilidade e exigências de redução de custos salariais, aumento de produtividade e flexibilidade nas relações de trabalho”, condições de competitividade em contexto de reprodução do capital pelo capital (SALVADOR, 2010, p. 610-11). Decorre disso e das características “regressivas” da tributação o subfinanciamento da seguridade social, que segue pressionada pelo “ajuste nas contas públicas” e privatização dos serviços.

Na saúde, são expressões desse processo as múltiplas articulações entre o público e o privado, tais como a dupla porta de entrada nos hospitais do SUS; os subsídios à produção tecnológica privada e aos serviços de alta complexidade; o consumo de insumos; as organizações sociais da saúde (OSS); e as fundações hospitalares, dentre outros mecanismos que consolidaram uma realidade muito

distante da preconizada pelo projeto de Reforma Sanitária. A articulação entre o público e o privado, que nos anos 1970 estava explícita na política de atenção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e no modelo econômico baseado no Estado planejado para apoiar o setor privado, ganha hoje expressão no sistema híbrido mantenedor do papel do Estado de transferir recursos para setores privados, que, por sua vez, canaliza interesses para o interior de um sistema supostamente público (FLEURY, 2011).

Esses setores foram centrais no processo de reforma do Estado brasileiro no decorrer dos anos 1990, passando a integrar a gestão social por meio das “empresas parceiras”, que se responsabilizam pela oferta de serviços públicos. Instituições como o Banco Mundial (BM) se consolidaram mundialmente, como formuladoras de políticas na área social (MACIOCCO; STEFANINI, 2007; FIORI, 1997). Na saúde, ganhou centralidade a política de transferência da gestão de serviços às OSS, “entidades públicas não-estatais, submetidas a contratos de gestão”, constituídas como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, conforme previsto pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) nos anos 1995-2002 (BARBOSA; ELIAS, 2010; IBAÑEZ et al., 2001).

Também a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), ao longo dos anos 1990 e 2000, se inseriu no âmbito dessas políticas (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 16-7), em projeto de implementação que, na cidade de São Paulo, tem por característica a contratação de “associações privadas” parceiras. Nessa proposta, “os recursos humanos não são contratados como funcionários públicos, mas podem sê-lo por associações da comunidade” (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 29). Tal modelo se combina à proposta de alterar “as práticas convencionais da assistência, baseando-se na vigilância à saúde, na territorialização/adscrição da clientela, na atenção integral à saúde e no trabalho multiprofissional” (BOLZE et al., 2010, p. 407). A gestão da saúde pelas OSS se repetiu, a partir de 2005, com a instalação das AMAs (assistência médica ambulatorial), que são “acopladas nas unidades básicas de saúde”, em gestão “compartilhada” entre “parceiros públicos ou privados”.

Assim, houve no processo da RSB durante os anos 1990 e 2000 uma “confluência perversa” entre o projeto político democratizante e participativo preconizado pela RSB e o modelo neoliberal que tem prevalecido na gestão do sistema. Uma

perversidade colocada “no fato de que, apontando para direções opostas e até antagônicas, ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva”. Cabe às “organizações sociais” executar políticas públicas, com os poderes de decisão “reservados ao chamado ‘núcleo estratégico do Estado’” (DAGNINO, 2004, p. 102-3). Tais “redefinições neoliberais” reduzem os significados da participação e da cidadania a entendimentos “estritamente individualistas”, de modo que “tornar-se cidadão passa a significar a integração individual ao mercado, como consumidor e como produtor” (DAGNINO, 2004, p. 106).

O debate teórico acerca dessa temática tem perpassado um campo plural, que contrapõe modelos de administração pública, como a gerencial e a societal, problematizando a organização administrativa do Estado e a abertura das instituições à participação, como em Paes de Paula (2005) e Bresser-Pereira (2005). No entanto, apesar da importância do tema, há relativamente poucos estudos qualitativos que se debruçam sobre as implicações políticas e sociais dessa combinação entre as gestões pública e privada na atenção básica à saúde, e que tenham por base a implantação da política de saúde em determinado território. Aqueles que o fizeram, como Elias (2004) e Pinto (2009), pouco refletem sobre as contradições da relação entre os interesses públicos e privados na gestão da política de saúde, e enfatizam a suposta necessidade de superar a política salarial da administração pública e de contratação de médicos, mas sem debater as consequências da elevação dos custos administrativos e do abandono, por parte das empresas parceiras, de mecanismos de licitação para o uso dos recursos públicos e na contratação do pessoal para postos de trabalho no setor público, como bem aponta Puccini (2008).

Assim, para contribuir com esse debate, optamos por estudar tais conflitos a partir da situação de Heliópolis, favela situada na cidade de São Paulo, que possuía, de acordo com o censo demográfico de 2010, cerca de 65 mil habitantes,¹ concentrados em uma área de 1,2 milhão de metros quadrados. Há grande concentração populacional e verticalização das moradias (SAMPAIO; PEREIRA, 2003, p. 174), que compõem a paisagem com pequenos estabelecimentos comerciais. De acordo com a Secretaria de Habitação do Município de São Paulo, em 2009, 83% dos domicílios possuíam abastecimento de água e 62% tinham rede de esgoto. A rede elétrica abrangia 94% das casas e 57% do espaço público. Em 2009, existiam 18.080 imóveis e a renda média familiar era de R\$ 479,48.

A principal associação de moradores é a União de Núcleos, Associações e Sociedades dos Moradores de Heliópolis e São João Clímaco (UNAS). Sua atuação se dá principalmente por projetos financiados pelo poder público ou empresas. Os principais são: Centro de Educação Infantil (CEI); Centro da Criança e Centro do Adolescente; e Centro de Referência da Criança e Adolescente (CRECA). Há também atividades do Movimento Sem Teto e a Rádio Comunitária Heliópolis FM.

Foram feitas 39 visitas à região entre junho e setembro de 2010, para realização de observação participante, entrevistas e redação em diário de campo. A construção do material empírico se deu por diferentes espaços. Neste artigo, usamos parte do conteúdo resultante das 79 entrevistas e da redação em diário de campo: descrições das reuniões do Fórum de Saúde local e do Conselho de Saúde da UBS Sacomã, e 11 entrevistas com moradores e lideranças.

Os nomes dos sujeitos da pesquisa estão mantidos em sigilo (atribuíram-se aleatoriamente nomes fictícios às pessoas para facilitar a leitura), em atenção ao cumprimento das exigências éticas fundamentais, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. A pesquisa obedeceu aos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia; não maleficência; beneficência e justiça. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram semiestruturadas – o próprio entrevistado estrutura seu pensamento, limitado dentro do objetivo do estudo – com plano de entrevista definido a partir da observação participante, quadro teórico e informações prévias sobre o contexto histórico e social do(a) entrevistado(a) (RUQUOY, 1997). Esse material fundamentou a descrição das práticas e relações sociais dos sujeitos da pesquisa, bem como do espaço social que em diferentes momentos ocupam e atribuem significados, para que fossem analisadas com fundamentação no referencial teórico exposto.

A análise dos resultados se deu, em princípio, pela relação entre as falas e práticas individuais, e entre estas e as práticas sociais, muitas delas próprias das institucionalidades locais. Assim, falar e agir foram relacionados, e deste “entrejogo” entre práticas significantes e discursos, pôde-se construir os significados em função das “exigências teóricas postas pela definição do objeto

de pesquisa” (MAGNANI, 1997, p. 138-40). Em um passo seguinte, tais práticas sociais foram relacionadas ao contexto geral em que se inserem, de modo a se apreender a totalidade histórica de que conformam e são conformadas.

Resultados e discussão

O movimento da Reforma Sanitária se organizou inicialmente no Brasil a partir de experiências não institucionalizadas de organização e mobilização por melhorias das condições de saúde, pela atuação de grupos populares por espaços de que o Estado se fazia ausente, passando a dar progressivamente centralidade à conformação de uma institucionalidade que satisfizesse as necessidades sociais (FLEURY; LOBATO, 2009; FLEURY, 2009). Esse processo também é historicamente constitutivo da formação social em Heliópolis.

Entre 1971 e 1972, a Prefeitura de São Paulo transferiu para a região 153 famílias, provenientes de Vila Prudente e Vergueiro, onde seriam realizadas obras de infraestrutura viária. A proposta do poder público era de permanência das pessoas no local por até seis meses, quando receberiam um imóvel definitivo em outra região, o que não aconteceu. A administração municipal faria nova remoção de 60 famílias com destino a Heliópolis na gestão de Olavo Setúbal, em 1978. Um ano antes, o Iapas iniciara a venda de casas e terrenos para funcionários públicos federais e estaduais, uma política que duraria até 1985. Mas foi no entorno de alguns dos alojamentos da prefeitura, do Hospital Heliópolis e de fontes de água que se deu a ocupação por famílias sem moradia vindas de diferentes localidades, a partir do início da década de 1970.

Tadeu, na região desde 1979 e atualmente uma das principais lideranças locais, é migrante nordestino e integrante de uma dessas famílias. Ele conta que, nos primeiros anos em que viveu em Heliópolis, lá havia muitos campos de futebol e matagais. “A gente começou aqui por necessidade. Vim morar aqui, consegui comprar meu barraquinho. Graças a Deus, saí do aluguel”. A auto-organização para melhoria das condições de vida e o contato com trabalhos de pastorais da Igreja Católica levaram os moradores “a se envolver na luta pela terra aqui”.

Do mesmo modo que Tadeu, Lia tornou-se uma liderança política na região, que era controlada por “vários grupos que se chamavam grileiros, que cuidavam desta área se dizendo donos”. Ela conta que os moradores possuíam contrato de aluguel com um grupo restrito de pessoas e eram por elas explorados. “A partir daí,

que me nego a pagar aluguel para eles, é que consigo conversar com os moradores para que todos entendessem que na situação que todos moravam aqui, sem água, luz, esgoto, como que vai pagar aluguel”? Disto decorria a necessidade de se pensar em uma estratégia de união para reivindicar do governo “luz, água para todos”. Mas “a dificuldade era muita”, pela falta de “entendimento” da população local da necessidade de se organizar para “melhorar a qualidade de vida”.

Assim, aqueles moradores de Heliópolis, que iniciaram o processo de mobilização por moradia a partir da resistência a práticas de locação e sublocação, formaram uma comissão de moradores, no início de 1980, e passaram a se articular por núcleos espalhados pelo território. “Não podia ter um presidente, era um colegiado”. Com isso, não havia identificação das lideranças e evitavam-se a prisão ou outras formas de perseguição política. A estratégia foi adotada em contexto de “atuação cada vez mais contraditória dos aparelhos estatais”, devido à pressão de diferentes grupos sociais para a transformação do Estado autoritário em direção à “acentuação do componente de legitimação na relação repressão/legitimação do Estado com as classes populares” do que decorre a “assimetria” e a “heterogeneidade” nas práticas estatais (SANTOS, 1983, p. 54).

No decorrer da década de 1980, os “conflitos de classe se agudizaram” pelo “processo de reconstituição do bloco no poder”, de modo que se abriu a possibilidade de atuação política nos espaços institucionais (SANTOS, 1983, p. 55). O movimento sanitário, por exemplo, é parte de “um rico tecido social emergente” de que faz parte o novo sindicalismo, os movimentos reivindicatórios urbanos e “movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional” (FLEURY, 2009, p. 745). Nesse contexto, em 1987, a comissão de moradores se tornou associação, por indução do Estado, que condicionou o diálogo à institucionalização. Surgiu então a possibilidade de construir novas formas de atuação no momento em que os processos de resistência se intensificaram pela apropriação privada da terra urbana e degradação dos padrões de subsistência das classes sociais menos favorecidas. Isto se expressa quando a moradora Ester diferencia os diferentes momentos históricos de atuação. Nos anos 1980, “era só casa, casa, casa... Em 1990, a gente percebe que só a casa mais já não corresponde”, mas “precisavam lutar por outras coisas”, como equipamentos culturais, de educação e saúde.

Também diz Lia que “as coisas estavam tão vinculadas à questão da saúde e à vida da comunidade, do povo, que quando a gente discutia moradia não

dava para discutir moradia se não falasse de saúde”. Ela explica que a cobrança da responsabilidade do poder público na garantia de moradia digna a todas as pessoas passa a também significar que “a saúde tem que funcionar”.

Durante “um longo tempo”, Lia participou de “um grupo de saúde”, representando Heliópolis em fóruns, tanto regionais quanto municipais. “Em 1988 já participava das manifestações na cidade”. Uma das questões debatidas era “a do saneamento básico”, pois se relacionava ao “que estava afetando mais as nossas crianças na comunidade sobre as doenças que existiam”. O debate surgiu a partir de uma “parceria” com uma “médica muito preocupada, sanitarista, com essa questão da mortalidade infantil”, pois a população local precisava “ter claro o porquê da mortalidade, e quando fazemos um pequeno levantamento, percebemos que uma das questões era o saneamento básico que a gente não tinha”.

As crianças conviviam com a contaminação das próprias fossas, esgoto aberto, e era assim, muitas diarreias, chegou a ter problema de cólera na época. *E a partir de que a gente descobriu, fizemos esse levantamento, fizemos documento e fomos questionar isso ao poder público: olha, acho que é mais fácil trabalhar prevenção que trabalhar doença, e chamamos até a Prefeitura e falamos: o problema é este. E a gente precisa denunciar tudo isso, e começa toda essa luta, não está desvinculada uma coisa da outra. A moradia é a mesma coisa. Por exemplo, há muitos anos quando discute questão das áreas de risco, os barracos em cima dos córregos, famílias convivendo com ratos, problema grave que ainda tem com nossas crianças, a partir de tudo isso, a gente começa a fazer todo esse levantamento, e vai ao poder público dizer que não pode numa cidade como São Paulo uma criança sendo contaminada com xixi de rato. (Lia).*

E a comunidade se valeu da rádio comunitária para esse trabalho. “O levantamento que a gente fazia era discutido na rádio com o povo. Se não fizesse esse trabalho, o povo não ia entender e se unir para lutar por esse direito”. Assim, o conjunto de ações políticas e sociais engendradas pela organização popular, com auxílio de uma profissional da saúde e participação na rádio, levou à construção de necessidades sociais em sua relação com a saúde, e também à articulação e mobilização de sujeitos e coletividades pela efetivação do direito.

A consolidação institucional dos espaços participativos é outro elemento constitutivo da transformação vivida na relação entre Estado e sociedade. A atuação pela melhoria das condições de saúde da população relaciona-se diretamente com as atividades dos conselhos recém-formados, no início dos anos 1990. A participação popular na gestão da política de saúde perpassava não apenas o dia a dia dos serviços, mas a própria definição da organização

territorial da atenção básica. Lia conta, por exemplo, que a construção da UBS Sacomã foi reivindicação atendida no governo Luiza Erundina (1989-1992). A área destinada à construção da unidade estava previamente reservada pelos moradores, pela necessidade de ampliar o atendimento na região.

No entanto, durante as duas gestões que se seguiram (1993 a 1999), o projeto do SUS foi abandonado pela prefeitura, que adotou como política de atenção básica à saúde o Plano de Atendimento à Saúde (PAS). O programa propunha a formação de cooperativas, pelos profissionais de saúde, para a prestação de serviços à população. Depois de ser objeto de uma CPI na Câmara Municipal e de mais de 70 inquéritos na Promotoria de Justiça da Cidadania do Ministério Público Estadual, o PAS foi abandonado com a mudança na gestão da prefeitura em 2000, que retomou a construção do SUS na cidade.

Já a implantação da Estratégia Saúde da Família teve como marco inicial o projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS), iniciado em 1996. As equipes foram submetidas à gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em 2001, com a municipalização do sistema e implantação do PSF por meio de convênios firmados com OSS e outras entidades da sociedade civil, como filantrópicas, associações comunitárias e ONGs.

A gestão da saúde pelas OSS se repetiu com a instalação das AMAs e dos AMEs (Ambulatório Médico de Especialidades), a partir de 2005. Vinculado à UNAS, Pedro trabalhou durante todos esses anos na “articulação do movimento de saúde” na região. Para ele, o “grande problema” a ser enfrentado ainda hoje é o da não implantação do SUS e da Estratégia Saúde da Família. “Tanto o município quanto o estado estão terceirizando a saúde. Isso é um crime, a terceirização. As AMAs e os AMEs, que é do estado, é um absurdo isso” pois resultam em pior atendimento. “E não tem a quem reclamar, porque o pessoal é terceirizado”.

A política de instalação das AMAs pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo se iniciou em 2005, com o objetivo de realizar “atendimento não agendado de pacientes portadores de patologias de baixa e média complexidade nas áreas de clínica médica, pediatria e cirurgia geral ou ginecologia”. As unidades são “implantadas e acopladas nas unidades básicas de saúde, que apresentam condições de adaptação do espaço físico necessário”. De acordo com informações disponibilizadas pela Secretaria, o “objetivo das AMAs é ampliar o acesso de pacientes que necessitam de atendimento imediato, racionalizar,

organizar e estabelecer o fluxo de pacientes para as UBS, ambulatórios de especialidades e hospitais”. A gestão é “compartilhada” entre “parceiros públicos ou privados”, de modo que a parceria transfere a empresas privadas as ditas “organizações sociais”, os serviços públicos sob responsabilidade legal do SUS. Cabe à secretaria garantir os insumos. No processo de contratação, são dispensados os procedimentos licitatórios.

De acordo com Puccini (2008), “a maioria das unidades, 23 delas (76,7%), foi instalada de forma acoplada a uma unidade básica de saúde e raramente houve expansão de área física. Em geral, ocorreu um processo de ocupação de parte da área da unidade”. Quanto à gestão, há “uma situação de duplo comando na direção das unidades AMAs”, compartilhada entre “o detentor formal do cargo público que responde pela unidade à qual a AMA foi acoplada, e o responsável da outra parte, da instituição parceira” que, enquanto responsável “pela contratação do pessoal, organização das escalas e supervisão do seu pessoal”, acaba por exercer “de fato o comando sobre os trabalhadores de saúde e sobre os processos de trabalho das AMAs”. Há casos de até seis empresas privadas coexistindo numa mesma unidade básica, “cada uma delas responsável por parte das atividades, tais como os serviços de vigilância, limpeza, manutenção, patologia clínica, remoção e radiologia”. Há também casos de uso, pelas “empresas parceiras”, dos serviços de “empresas contratadas e pagas pela administração municipal”, como de limpeza (PUCCINI, 2008, p. 2757).

A proposta da terceirização dos serviços estatais do SUS por meio de organizações sociais iniciada no Município de São Paulo com a implementação do PSF, expandida para hospitais municipais e para as unidades AMAs carrega questionamentos legais, técnicos, financeiros e políticos. São polêmicas a natureza jurídico-política adotada e a não-obediência, por parte das empresas privadas parceiras, dos mecanismos formais de licitação no uso dos recursos públicos e na seleção e contratação do pessoal para a ocupação de postos de trabalho no setor público [...]. Apresentando várias inadequações estruturais e operacionais, essas novas unidades se põem a atender as pessoas de modo que os resultados concretos verificados não confirmam uma repercussão positiva para a valorização da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS (PUCCINI, 2008, p. 2764).

Em Heliópolis, a construção da AMA no mesmo prédio da UBS Sacomã não foi dialogada. “Ali é unidade básica, tem todo um agendamento para trabalhar uma prevenção de saúde, aí vem o pronto-atendimento. Tudo no mesmo prédio? É uma contradição muito grande, pois quem desenvolve um trabalho preventivo

acaba abandonando”, explica Lia, enfatizando que a própria inexistência de prontuário na AMA explicita sua inadequação estrutural. Para ela, houve piora no atendimento inclusive da UBS em que está acoplada, mas a mobilização social minorou alguns dos problemas. Um dos questionamentos era a inexistência de ambulância em um serviço de pronto-atendimento. “Falamos não, isso também não pode funcionar, e começamos a reivindicar: enquanto não colocar ambulância aqui, não vai abrir. Então trouxeram a ambulância”.

Questionada sobre o papel dos conselhos diante desse contexto, Lia afirma que é preciso “melhorar bastante”, pois “esse movimento caiu e isso foi uma grande perda para São Paulo”. Para ela, é preciso discutir “muita coisa que não está em prática, principalmente a questão do SUS. Existe proposta melhor do que o SUS? Os brasileiros não sabem o que é SUS”. Atualmente, integrantes da UNAS estão em processo de formação para entender melhor o sistema de saúde. “O município e o estado não abraçam essa causa do SUS e cada vez mais estão privatizando nossa saúde. E isso é questão grave”.

É claro que o privado traz toda aquela beleza, a imaginação, muito bonito para ser apresentado para o convencimento de todos. E no debate a gente percebe as contradições. Porque quando se fala, a estrutura é muito boa do privado. Imagina, tem até palhacinho pra apresentar na sala para os doentes... E foge do foco que é a discussão do SUS. A maior perda que tivemos de 15 anos pra cá foi a sociedade realmente não se organizar para reivindicar esses direitos desse projeto do SUS. Isso foi uma grande perda. Tudo está sendo privatizado e privatizar a saúde é um risco muito grande e não sei como a gente vai sair disso. Não está tão fácil, porque a estrutura do privatizar está muito articulada e muito forte em São Paulo. (Lia).

Para enfrentar as limitações postas à participação social, a UNAS criou um Fórum de Saúde, de que participam sua militância e gestores dos serviços de saúde na região. “Colocamos todos os problemas de reclamação, falta de médico, de pediatra, demora nos atendimentos, a demora que os atendentes têm para fazer a ficha”, explica Marcinha. Há também a atuação pela rádio comunitária, de que locutores, ouvintes e militantes se valem para abordar problemas relacionados à atenção primária e, principalmente, ao atendimento da AMA. No programa “Voz da UNAS”, a questão é tratada constantemente, vez em quando com a presença de Pedro no estúdio. Ele explica a ouvintes, por exemplo, que “na AMA é rápido (a duração da consulta) porque o médico ganha por atendimento, então mal olha na cara da pessoa”. Moradores que participam por telefone ou no estúdio reclamam de falta de atenção, descaso, consultas aligeiradas e falta de acompanhamento.

Isto novamente explicita a inadequação estrutural e organizacional do sistema com a chegada da AMA, pois a população passa a demandar do ambulatório um trabalho próprio de UBS.

No entanto, as dificuldades para mobilização são hoje maiores, pois “do outro lado tem toda uma mídia, entendeu? Meio de comunicação, a TV, que a todo momento está fazendo a propaganda da privatização”, afirma Lia. O enfrentamento é, nesse sentido, dificultado, pois para os grandes meios de comunicação, “pouco importa” a “saúde do pobre”, que fica impossibilitado de conhecer os princípios do SUS. Esse é o trabalho a ser desenvolvido em Heliópolis.

As contradições entre a realidade vivida e a “beleza” e “imaginação” apresentadas pelo privado, propagandeadas pelos grandes meios de comunicação, explicitam-se nas falas dos moradores de Heliópolis, vinculados ou não a UNAS, que expõem constantemente as dificuldades de atendimento na AMA, a falta de profissionais, remédios e insumos básicos, além das dificuldades de diálogo com a administração. É essa a “faca de dois gumes” entre o propagandear uma estrutura que tem “até palhacinho” e os “resultados concretos” vividos no cotidiano de Heliópolis, muito distantes dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Nas palavras de Lia, “privatizar é muito sério”, pois “foge do foco que é a discussão do SUS”.

Em estudo de caso sobre a AMA, Pinto (2009) a descreve como “concebido, elaborado e implementado de forma centralizada, incorporando pouco debate ou sugestões dos níveis regionais” da Secretaria Municipal de Saúde. Coube aos dirigentes das instâncias locorregionais de gestão “encaminhar e acompanhar o processo de implantação das AMAs junto com a instituição ‘parceira’, que também era definida e contratada centralmente”. O supervisor “participou sequer da definição da localização geográfica do serviço planejado” para a Supervisão Técnica em Saúde sob sua responsabilidade (PINTO, 2009, p. 125).

Houve, na região que embasa sua pesquisa, pressão do “movimento popular de saúde”, que influiu “em alguns aspectos mais específicos como, por exemplo, na definição da UBS em que a AMA iria ser implantada”. Além disso, a atuação frente ao poder público contribuiu para alterar o projeto inicial, planejado pela Secretaria Municipal de Saúde, “modificando a proposta de horário de funcionamento de uma AMA implantada na região”. A proposta inicial era de abertura por 12 horas diárias, de segunda a sexta-feira. Após pressão dos moradores locais, a AMA “teve seu horário de funcionamento estendido para

24 horas diárias, incluindo os sábados e os domingos”. E o supervisor regional explica como se deu a mobilização: “na verdade, o que quebrou o elo foi a hora em que o prefeito foi lá, visitar. E a comunidade pegou o prefeito! Eu tenho claro isso. O prefeito chegou e falou: ‘Não, vai ser noturno!’ E, aí, virou noturno” (PINTO, 2009, p. 126).²

A política privatista de saúde possui, desse modo, uma lógica não participativa e de precarização do serviço, expressa na centralidade das decisões e nas inadequações estruturais e organizacionais. Isso se confirma no estudo de caso em Heliópolis, tanto na gestão da AMA Sacomã quanto na UBS, que “acaba abandonando” o desenvolvimento de “um trabalho preventivo”, de modo que a lógica do pronto-atendimento se sobrepõe e perverte a organização sistêmica própria do SUS. Em Heliópolis, a UBS teve ainda horário de atendimento diminuído, o que foi revertido em parte pela pressão popular direta: “se não mudar, não abre a AMA”.

Também no caso estudado por Pinto (2009), é o movimento organizado que, na oportunidade política criada pela visita do prefeito, conquista a ampliação do atendimento (neste caso, 24h). Mas isto não é assimilado como norte da política pública, a despeito do reconhecimento, pelo administrador, de que é uma necessidade. O horário é definido politicamente em termos do mínimo necessário, próprio da lógica privada de administração dos recursos, e apenas a mobilização popular possibilita mudanças, ainda assim em casos específicos e pontuais.

Tal lógica também está relacionada à “verticalização” que caracteriza a orientação do Banco Mundial (BM) para a elaboração de políticas na saúde. A verticalização combina-se, aparentemente de forma contraditória, com a focalização (ou achatamento do Estado), de modo que a centralização do poder (nas mãos do Poder Executivo e da iniciativa privada) ganha a aparência de descentralização com a privatização da gestão dos serviços. O AMA, como exposto, é política focalizada e decidida pelo poder central. Desse modo, “as propostas de focalização patrocinadas pelo Banco Mundial, utilizando pacotes básicos para os pobres”, pode perverter “esforços genuínos para a democratização da saúde tais como o uso da epidemiologia no planejamento e na gestão, e o desenvolvimento de sistemas locais de saúde (SILOS)”, transformando-os em “fundamentos e argumentos para o *apartheid* sanitário” (PAIM, 1996, p. 18).

O BM se consolidou mundialmente como formulador de políticas na área social nos anos 1980 e 90 (MACIOCCO; STEFANINI, 2007), em um contexto de inflexões da política econômica estadunidense (FIORI, 1997) e decorrente decisão, desse país, de atrair recursos financeiros dos mercados internacionais pela valorização do dólar. A esta política se atrelou a difusão dos princípios neoliberais: os ajustes estruturais necessários para que países em desenvolvimento sejam “competitivos” na “nova ordem mundial” (MATOS, 2001). O BM é um dos braços dessa política, pela relação que estabelece entre os empréstimos concedidos e a adoção dos “ajustes estruturais” pelos países devedores. As propostas sociais da instituição atreladas aos empréstimos estimulam a segmentação entre serviços básicos e convencionais, o fortalecimento dos setores não governamentais; focalização dos gastos públicos com políticas compensatórias para os mais pobres (o pacote essencial); e estímulo à criação de seguros (MISOCZKY, 2003; SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

A nova forma de manifestação dessa política é a parceria público-privada (PPP), que a despeito de propagandear a incorporação pelo órgão público das “virtudes do privado” – fundamentalmente a racionalização do uso dos recursos – gera, em diferentes partes do mundo que adotam a política norteadora do BM, organizações de custo administrativo alto, obrigatoriedade de pagamento dos serviços pela população, negligência pelo sistema dos determinantes sociais e econômicos da saúde, estímulo à competição entre serviços (o que implica, para além dos desvios de função, negação do princípio da integralidade) e distribuição de serviços orientada por doenças e intervenções específicas que não necessariamente estão relacionadas às necessidades em saúde das populações, mas são influenciadas por interesses privados, tais como da indústria farmacêutica (MACIOCCO; STEFANINI, 2007).

Essas são formas diversas de canalização dos recursos da seguridade social para a iniciativa privada, em detrimento das classes sociais menos favorecidas. A centralidade das decisões no Poder Executivo, atrelada aos “questionamentos legais, técnicos, financeiros e políticos” acerca das “organizações sociais” que atuam na saúde, acaba por implicar mais exclusão social, expressa pela não participação da população na elaboração e gestão das políticas públicas e piora dos serviços.

Considerações finais

O processo de Reforma Sanitária é hoje atravessado por distintos projetos político-econômicos. A priorização da via legislativo-parlamentar na consolidação do direito à saúde no Brasil resultou na formulação legal de uma concepção ampliada de saúde que, no entanto, não foi acompanhada por amplas alterações das práticas sanitárias vigentes. Apesar de conquistas como o processo de descentralização das decisões pela municipalização e maior acesso à rede de serviços, por exemplo, isso está distante do exposto pelo projeto da RSB, pela persistência do não cumprimento da universalidade, equidade e qualidade no acesso à saúde.

Nos últimos 30 anos, houve ampliação da assistência médica supletiva e implantação distorcida do SUS, com práticas privatistas, privilégio da lógica da produtividade, a chamada “implosão” do conceito de Seguridade Social e persistência do foco restrito a assistência médica e subfinanciamento. As políticas macroeconômica e da Reforma do Estado levaram à “implementação tortuosa do SUS” e resultaram “em mais desajuste social com desemprego, violência e piora das condições de vida e de saúde” (PAIM, 2008, p. 205).

O processo de construção do projeto político de democratização da sociedade brasileira confluiu com o modelo neoliberal gestado no Consenso de Washington, levando à progressiva conformação de um Estado mínimo que se isenta de seu papel na efetivação dos direitos. Assim, as redefinições neoliberais das instituições estatais transformam seu caráter supostamente público numa “confluência perversa” entre distintos projetos políticos (DAGNINO, 2004). Uma perversidade colocada no fato de que, apontando para uma direção antagonica, as práticas privatistas surgem no interior do sistema público, dele dependem, e se valem de um mesmo discurso para se referir a práticas distintas.

Assim, a RSB é atravessada por interesses privados no conjunto de suas práticas, o que se confirma na organização da atenção básica de saúde em Heliópolis e, como aponta Puccinni (2008), na cidade de São Paulo como um todo. Com a redução progressiva do *processo reformista* a um *sistema* conformado por uma estrutura patrimonialista, cartorial e fundada na desigualdade social, há a tendência de se reforçar a seletividade estrutural do Estado capitalista. O discurso jurídico legalista como forma principal de atuação do movimento sanitário é constituído pelo conteúdo de que advém e o determina, em relação dialética: é

reação ao desmonte do arcabouço legal do SUS, e às inadequações econômicas, políticas, sociais, econômicas e jurídicas das atuais formas de organização dos serviços da atenção primária.

Alguns dos potenciais transformadores dessa realidade estão nos processos políticos e em relações sociais conformados por modos de vida erigidos sobre laços sociais de solidariedade, que se inserem em uma dinâmica entre determinações político-econômicas e afirmação da autonomia. É por espaços como uma rádio comunitária e Fórum de Saúde, experiências do movimento social de Heliópolis, formativos dessas relações, que se podem construir as “contrainstituições”, em lutas sociais democratizantes do Estado e da sociedade.

Em uma conjuntura que favorece a existência de um sistema híbrido de atenção à saúde, mantenedor do papel do Estado de transferir recursos para o setor privado que canaliza interesses para o interior do sistema público, é necessário romper com a centralidade da atuação nos espaços normativos e reverter a desigual distribuição financeira e de poder (FLEURY, 2009, p. 749). Isto coloca ao movimento da Reforma Sanitária a necessidade premente de recuperar sua dimensão instituinte para transformar o sistema instituído.³

Referências

- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010.
- BOLZE, M. G. et al. Vínculos empregatícios de Médicos de Família e Comunidade no Brasil, 2004. *Rev. bras. educ. med.*, v. 34, n. 3, p. 406-411, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em: 27 dez. 2009.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. Réplica: comparação impossível. *RAE Revista de Administração de Empresas*, v. 45, n. 1, jan-mar. 2005.
- DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando. In: MATO, D. (Ed.). *Políticas de Ciudadanía y Sociedad Civil en tiempos de globalización*. Caracas: FaCES, Universidad Central de Venezuela, 2004.
- ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo Perspec.*, v. 18, n. 3, p. 41-46. 2004.
- FIORI, J. L. Globalização, hegemonia e império. In: TAVARES, M. C.; FIORI, J. L. (Org.). *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 87-147.

- FLEURY, S. M. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.
- _____. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. *Saude soc.*, v. 2, n. 1, p. 59-73, 1993.
- _____. *Defesa intransigente do interesse público na saúde*. 2º Simpósio de Política e Saúde: Fórum Virtual. Brasília: Cebes, 2011.
- FLEURY, S. M. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
- FLEURY, S. M.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- GOZZI, G. Estado contemporâneo. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. (Org.). *Dicionário de política*. 13 ed. Brasília: EdUnB, 2007.
- IBAÑEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet.*, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.
- MACIOCCO, G.; STEFANINI, A. From Alma-Ata to the global fund: the history of international health policy. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 7, n. 4, p. 479-486, out-dez. 2007.
- MAGNANI, J. G. C. Em discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencarnar-se nas atuais pesquisas. In: CARDOSO, R. (Org.). *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. São Paulo: Paz e Terra, 1997. p. 127-140.
- MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 377-89, 2001.
- MISOCZKY, M. C. A. O Banco Mundial e a reconfiguração do campo das agências internacionais de saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 75-98, 2003.
- PAES DE PAULA, A. P. Administração brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. *RAE Revista de Administração de Empresas*, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005.
- PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil ou Recusando o Apartheid Sanitário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 18-20, 1996.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba, 2008.
- PINTO, N. R. S. *A Reconstrução do SUS no Município de São Paulo (SP): uma avaliação sobre a incorporação da integralidade na política municipal de saúde*, 2009. 157 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PUCCINI, P. T. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2755-2766, dez. 2008.

RUQUOY, D. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: ALBORELLO, L. et al. *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 1997. p. 84-116.

SALVADOR, E. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 104, p. 605-631, out-dez., 2010.

SAMPAIO, M. R. A.; PEREIRA, P. C. X. Habitação em São Paulo. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 167-183, 2003.

SANTOS, B. S. Os conflitos urbanos no Recife: o caso do “Skylab”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 11, p. 9-60, 1983.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 11-48, 1998.

Notas

¹ A associação de moradores discorda da projeção feita pelo Censo de 2010 do IBGE, por considerar subestimada a área de favela na região. Em suas estimativas, há mais de 120 mil habitantes em Heliópolis.

² Apesar desta descrição que faz da realidade, apoiado em entrevistas, Pinto (2009) negligencia estes pontos na sua discussão e não problematiza a relação entre público e privado na gestão da política de saúde na capital paulista. Ele destaca ainda que “*independentemente dos altos custos para sua manutenção, é uma política que, por suas origens e potencial de diálogo com necessidades e demandas populares não incorporadas na rotina da Atenção Básica brasileira pode, em curto prazo, se expandir para outras regiões do país*” (PINTO, 2009, p. 134 – grifo nosso). Na sequência, afirma que “vale registrar” que os trabalhos das AMAs não são integrados aos das UBS a que estão acopladas, por terem equipes e salários diferenciados e “por não trabalharem com os prontuários sequer dos cidadãos usuários residentes na área de abrangência do serviço” (PINTO, 2009, p. 134).

³ H. F. da Silva e I. França Junior participaram igualmente da formulação dos objetivos e definição do objeto de estudo, produção do material empírico, análise e redação do texto final.

Abstract

The combination of different political projects in primary health care: political and social impacts and the SUS deconstruction

This research aims to analyse political and social implications of the combination of public and private efforts in primary health care, trying to show combinations and tensions between a democratizing health project and a neoliberal project that waives the State's responsibility in enforcing rights. We chose to study these conflicts from the situation of Heliópolis, favela of São Paulo. To construct the empirical material, instruments and techniques from Ethnography were used. In Heliópolis, as in the rest of the country, the Health Reform is crossed by distinct political-economic projects, to the extent that there was an expansion of supplementary healthcare and distorted implementation of the Health System, with practice and privilege of privatizing logic of productivity. The macroeconomic policies and State Reform led to the "tortuous implementation" of the health system, in the context of "perverse confluence" between distinct projects. Some of the potential to transform that are in political processes and social relations shaped by modes of life built on social bonds of solidarity, which are embedded in the dynamics of political-economic determinations and assertion of autonomy. This places the movement of the Health Reform the urgent need to regain the instituting dimension, to transform the system.

► **Palavras chave:** health care reform; social participation; primary health care.