

O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde

Brazilian National Health System
between liberal and public systems traditions

Gastão Wagner de Sousa Campos ¹

Abstract *This essay analyses some historical elements of the Brazilian National Health System, trying to understand the historical effects of two traditions in healthcare: the liberal and the national public way to organize healthcare. Some social actors are also studied, particularly the Brazilian sanitary reform social movement.*

Key words *Healthcare policies, National Health System, Sanitary reform*

Resumo *Este ensaio analisa elementos da história do SUS, buscando compreender os efeitos de duas fortes tradições sobre o modo para organizar o cuidado em saúde: a liberal-privatista e a dos sistemas nacionais e públicos de saúde. Procura caracterizar também a atuação de alguns atores sociais, com destaque para o movimento sanitário.*

Palavras-chave *Política de saúde, Sistema Único de Saúde, Reforma sanitária*

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM/UNICAMP. Rua Américo de Campos 93, Cidade Universitária. 13083-040 Campinas SP. gastaowagner@mpc.com.br

Introdução: O SUS e o movimento sanitário

Começo este ensaio com uma pergunta. Como decifrar a polissemia política do sistema de saúde brasileiro realmente existente e, a partir desta compreensão, reconstruir o bloco histórico em defesa do SUS?

Há certo consenso entre estudiosos de que o Sistema Único de Saúde tem representado uma política favorável à construção da justiça social e do bem-estar entre os brasileiros. Estes mesmos autores também apontam para problemas e impasses desta política: o SUS seria uma reforma incompleta, já que sua implantação vem ocorrendo de maneira heterogênea, pois há desigualdade no atendimento às necessidades e na utilização de serviços de saúde, há problemas de financiamento, da gestão do sistema e do trabalho em saúde, entre outros^{1, 2}.

Como teria sido possível a constituição de uma política pública de saúde de caráter universal, fortemente assentada em organizações estatais, e que vem articulando uma ampla rede de atenção à saúde, em um contexto histórico desfavorável? Vale assinalar que os últimos trinta anos foram marcados por uma crise global do sistema de bem-estar e do socialismo real e ainda pela hegemonia, teórica e prática, do que se convencionou denominar de neoliberalismo ou de capitalismo mundializado. Sendo assim, como haveria sido possível uma reforma de caráter social no país? Haveria o movimento sanitário e de outros segmentos da sociedade civil desempenhado um papel potente o suficiente para enfraquecer as pressões favoráveis às contra-reformas conservadoras e à dinâmica dos interesses privados e corporativos?

E ainda outra pergunta sobre o presente e o futuro: a continuidade da reforma sanitária e de sua expressão mais relevante, o SUS, dependeria da constituição de um autor social com capacidade para articular um poderoso consenso sobre a necessidade de levar-se a cabo a radical implantação de um sistema nacional de saúde, o SUS? Como compor trabalhadores de saúde, segmentos populares e das camadas médias, com partidos políticos e gestores, possibilitando a eclosão e o fortalecimento de movimentos sociais com forte poder de indução sobre o Estado brasileiro?

Admitindo, em tese, a importância estratégica de pressões sociais para a continuidade da reforma sanitária, caberia ainda outra questão sobre a possibilidade desta construção; ou seja: Para superar os atuais impasses à construção do SUS e do bem-estar no Brasil seria, portanto, possí-

vel a reinvenção de um movimento sanitário capaz de sustentar tanto a institucionalidade do já em parte realizado – o SUS –, quanto de avançar rumo à distribuição de renda e democratização da vida social e do estado brasileiro? Compreender para intervir. O objetivo deste ensaio é refletir sobre as relações entre o Estado brasileiro, o processo de reforma sanitária e os sujeitos coletivos – atores sociais – que co-construíram esta história. Esse é também o método de investigação que permitiu a construção deste ensaio.

SUS: que história foi essa?

É possível destacar alguns fenômenos históricos relevantes ao se tentar compreender o período da reforma sanitária. Um deles já foi citado; trata-se de que ela ocorreu concomitante a uma crise das políticas públicas em países capitalistas e à derrocada do comunismo. Entretanto, durante esta mesma época, no Brasil logrou-se a construção de uma política de saúde ampliada, fortemente marcada pelo surgimento do SUS². Ao mesmo tempo, observaram-se também importantes mudanças nas condições de vida e de saúde da população no mundo e no Brasil. Apesar da ampliação do acesso aos serviços de saúde assegurada pela expansão do SUS ao longo dos últimos vinte anos, observaram-se também fatores condicionantes negativos ao bem-estar social e à saúde em particular. No Brasil, há desigualdade social persistente, em função da perversa distribuição de renda e da precariedade da maioria das políticas públicas. Este quadro de desigualdade é crônico, ainda que a recente reorganização produtiva e o padrão de crescimento econômico adotado tenham contribuído para manter a desigualdade, senão para aumentá-la³. Soma-se a este fator a urbanização degradada e a ascensão da violência como um componente estrutural da sociabilidade brasileira⁴. Para agravar este contexto, julgo que poderíamos afirmar que o Estado brasileiro, em geral, apresenta baixa capacidade de gestão tanto da infra-estrutura quanto das políticas sociais.

Nos últimos trinta anos, aconteceram importantes transformações em ciência e tecnologia aplicadas à saúde, dando origem a um fenômeno em que aspectos relevantes da atenção à saúde foram incorporados às condições básicas de sobrevivência. Para milhões de seres humanos, o acesso a alguma forma de tratamento – pessoas com AIDS, diabetes, vários tipos de câncer – é condição essencial para manutenção da própria

vida. Ao mesmo tempo, o consumismo aliado ao exercício de uma clínica restrita tem ampliado a medicalização social⁵. Inclusive com a medicalização de conflitos subjetivos e sociais.

Este contexto complexo produziu uma síntese sanitária paradoxal, com resultados negativos revelados pela persistência ou até pelo agravamento de problemas crônicos, concomitante à alteração positiva de importantes indicadores do estado de saúde. Assim, entre 1980 e 2003, houve, no Brasil, elevação média de 8,8 anos na esperança de vida ao nascer; os homens ganharam 7,9 anos e as mulheres, 9,5. No mesmo período, ocorreu uma queda de 60,2% na mortalidade infantil⁶. Houve ainda diminuição importante na mortalidade por doenças infecciosas e avanço das cardiovasculares, do câncer, distúrbios da subjetividade, aumento da mortalidade por causas internas, com destaque para a violência. No enfrentamento de epidemias, houve avanço na cobertura vacinal, com importante diminuição de casos daquelas doenças suscetíveis à prevenção por vacinação, ocorreu relativo controle da epidemia de AIDS, mas o mesmo não pôde ser constatado em relação à tuberculose, leishmaniose e malária⁷.

Por último, observou-se a constituição de um pensamento crítico e de uma prática sanitária⁸ que se propôs a reconstruir os paradigmas dominantes na medicina e na saúde pública. No Brasil, este movimento sanitário tem demonstrado relativa autonomia do Estado e da racionalidade econômica e ideológica dominante.

Que relações haveria entre estes fenômenos sociais? Como funcionaram no caso brasileiro? Que produtos síntese resultaram em decorrência do seu entrelaçamento? Como os sujeitos coletivos reagiram a estes fluxos históricos sociais? Como foram co-produzidos, enfim?

Regulando o foco, diante da variedade de possibilidades de análise que o diagrama de vetores acima sugere, estarei obrigado a privilegiar o objeto deste ensaio; a saber, caracterizar a importância que os atores sociais tiveram na co-constituição de políticas de saúde no Brasil. E, com base nessa experiência, especular sobre a possibilidade de articular-se um novo consenso, ainda mais amplo do que aquele que permitiu a criação do SUS.

Em trabalhos anteriores sobre política de saúde no Brasil, identifiquei dois grandes projetos sanitários para o país, além da miríade de combinações existentes entre eles. Refiro-me às tradições polares dos sistemas nacionais de saúde e da velha alternativa liberal-privatista⁹. Vale assinalar que são dois conceitos abstratos, indicativos de

projetos políticos articulados a partir de valores e de interesses distintos. Tenho-os utilizado como recurso metodológico para identificar o modo como funcionam e são co-produzidos os sistemas de saúde, bem como os modelos de atenção. No concreto, sempre encontraremos algum de seus compósitos, misturas, mesclas híbridadas, ainda que seja possível assinalar que na Inglaterra, ou em Portugal e Cuba predominam a racionalidade dos sistemas nacionais e públicos; e nos Estados Unidos, a liberal-privatista.

Os atores sociais que os bancam costumam ser distintos. Em geral, o modo liberal-privatista é apoiado pelos prestadores privados, tendo nos médicos, entre outros profissionais, o seu principal intelectual orgânico, particularmente quando se trata de definir as formas concretas de organização da atenção e da oferta de serviços. É evidente que partidos e políticos de tendência conservadora, bem como economistas, administradores e jornalistas, tendentes a defender o mercado como ordenador das relações sociais, costumam aderir a este projeto. Já a tradição dos sistemas nacionais foi construída em articulação com a luta dos trabalhadores em prol de políticas públicas ou do socialismo, particularmente em países europeus durante o século passado. Como estas duas tradições vêm se encarnando, no concreto, no processo brasileiro de construção e um sistema de saúde?

Insisto que a descrição de dois modos polares para a produção do cuidado em saúde realiza-se mediante o recurso da abstração, já que no concreto os discursos e práticas estão misturados, compondo elementos originários da tradição dos sistemas públicos com outras pró-mercado, o que produz uma tensão permanente entre estatização e privatização da atenção e da gestão à saúde¹⁰.

Em meu mestrado, investiguei a influência que os médicos tiveram na constituição da política de saúde brasileira no período imediatamente anterior ao SUS. A expansão do acesso não dependeu apenas ou principalmente do movimento médico, já que sindicatos, partidos políticos e movimentos de opinião pressionaram o governo com tal finalidade. Os médicos, por meio de suas entidades e intelectuais orgânicos, foram influentes principalmente na eleição dos modos pelos quais se ordenaria esta expansão. No caso, seu discurso a favor da medicina liberal ou autônoma interferiu no desenho do modelo predominante naquela expansão: contratação de serviços privados de hospitais, clínicas e de profissionais semi-autônomos. Esta modalidade de política permitiu uma

curiosa, para a época, combinação entre intervenção do Estado e expansão dos negócios para médicos, prestadores privados e empresários do ramo saúde¹¹. Denominei a esta alternativa de política liberal-privatista, para distingui-la tanto do modelo liberal tradicional, quanto da alternativa socialista central aos sistemas nacionais. Nesta modalidade, o Estado mantinha suas tradicionais atribuições com a saúde pública, mas também entrava como agência financiadora e ainda com algum poder de regular o nascente mercado da atenção médico-hospitalar. O Estado, bem como bancos e empresas de seguros particulares, funcionariam como intermediários entre a maioria dos clientes e os profissionais e serviços privados de saúde¹². Este é o modo de organização do cuidado ainda vigente nos Estados Unidos. A expansão do acesso depende do crescimento da renda da população ou do seguro privado e estatal/previdenciário. Neste cenário, tende a predominar o paradigma biomédico e a lógica dele decorrente para pensar o desenho da atenção à saúde. Observe-se que os médicos não são o único ator social do bloco político-ideológico liberal-privatista. Na prática, articulam-se com partidos políticos, prestadores privados e intelectuais de várias origens. O SUS haveria contraposto outros modos para pensar o processo saúde/doença/intervenção ao paradigma biomédico? Em que medida o realizou? Em que programas ou em que setores do sistema?

Até a inauguração do SUS, a expansão do acesso ao cuidado médico-sanitário no Brasil vinha ocorrendo sem que se invocasse qualquer forma de socialização da atenção. O Estado, por meio da Previdência Social – institutos por categoria profissional, depois unificados no MS/INAMPS –, servia como um grande seguro estatal, que mais dinamizava o mercado da saúde do que o substituía^{10, 12}. A lógica da compra de serviços a consultórios, hospitais privados e filantrópicos baseava-se na contabilidade de procedimentos realizados, funcionando o Estado como intermediário entre prestadores privados e o consumidor. Observava-se a preservação da centralidade da remuneração por procedimento diagnóstico ou terapêutico presente na racionalidade do modelo liberal. Apesar da intermediação do Estado, conservou-se, naquele modelo, o estímulo econômico à produção de atos sanitários.

Neste desenho, cabe ao Estado um papel de regulação de caráter genérico: estabelecer contratos ou convênios com prestadores, negociar preço e fiscalizar a adequação entre custos e procedimentos realizados. Ao usuário fica a respon-

sabilidade em buscar, entre os conveniados, o tipo de atenção que imagina necessário ou que lhe foi indicada por algum outro profissional. O SUS haveria modificado este modo de funcionamento? Em que extensão e em que aspectos?

A partir dos anos oitenta, no Brasil, criou-se uma relação singular entre o nascente movimento sanitário e o Estado/governo. De uma maneira análoga ao papel que o ator social, movimento médico, teve no desenho da modalidade de política liberal-privatizante, creio que o movimento sanitário foi um dos fatores determinantes para a criação e implantação do SUS, bem como para a constituição de um novo pensamento sobre saúde. Foram seus integrantes, ativistas, intelectuais e as entidades que o compunham, quem elaborou, em traços gerais, a política, diretrizes e, até mesmo, o modelo operacional do SUS^{8, 13}.

Desde o período anterior ao SUS, também se desenvolveram no país serviços estatais de atenção à saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Butantã, escolas de Saúde Pública, universidades e hospitais públicos, departamento de preventiva, serviços próprios dos Institutos de Previdência e depois do INAMPS, além de uma rede de centros de saúde, em geral de gestão estadual ou do Ministério da Saúde (Fundação SESP); todos funcionavam com corpo de servidores públicos e modalidades de gestão típicas de Estado. Este segmento, em minha opinião, assegurou umas das bases sobre a qual se desenvolveria o projeto de organizar-se um sistema nacional de saúde no Brasil. Grande parte dos ativistas do movimento sanitário era profissionais, pesquisadores, docentes ou estudantes destas organizações. Estes atores sociais tiveram papel relevante não somente na elaboração do projeto político do que seria o SUS, como também em constituir um “bloco sanitário” com setores populares, sindicais, políticos profissionais e com o poder executivo.

Alguns de seus integrantes, armados com os conceitos de medicina comunitária¹⁴, educação popular e atenção primária à saúde, priorizaram intervenções locais. Desenvolveram a estratégia de aproximar-se da base social do país, sindicatos, organizações de bairro e de comunidades urbanas e rurais¹⁵. Caberia uma investigação mais aprofundada sobre os motivos que levaram estes segmentos profissionais a realizar aquela “ida à periferia”, um verdadeiro deslocamento em direção ao povo. Na saúde, trataram de implementar projetos de saúde comunitária na atenção básica, experimentando modelos de participação comunitária. Desta vertente, originou-se uma

das diretrizes originais e inovadoras do SUS em relação a outros sistemas nacionais de saúde: a gestão participativa com controle social do governo pela sociedade civil.

O movimento sanitário articulou-se também para o “lado” e para “cima”. Ainda durante os anos oitenta, participantes do movimento aproximaram-se de políticos, deputados constituintes e de gestores públicos, influenciando-os quanto à legislação e ao ordenamento legal do sistema. Com esta estratégia, o movimento conseguiu envolver partidos políticos e autoridades governamentais com importantes aspectos do projeto de reforma sanitária¹⁶. Outros integrantes do movimento, ao combinar o trabalho com a militância, realizaram importante ação institucional, praticando uma espécie de “entrismo” tanto no aparelho estatal que seria embrião do futuro SUS, com em partidos tradicionais e outras organizações sociais.

Vale a pena considerar que, em alguma medida (haveria que se investigar melhor), a motivação de amplo segmento do movimento sanitário era política, e o trabalho na saúde era utilizado como uma tática para enfrentamento contra a ditadura, de onde, é provável, ganhou relevância o lema que ajuntava “saúde e democracia”¹⁷. Vários entre estes ativistas professavam credos esquerdistas, de variados matizes, que em comum valiam-se do trabalho sanitário como uma preparação para a revolução social e política. Buscavam além de curar e de prevenir enfermidades, também a conscientização e a politização dos populares e dos trabalhadores de saúde. Considero, contudo, que com o passar do tempo, esse movimento, com forte componente “instrumental” – muitos o pensavam como um “meio” para fazer política junto ao povo e dentro de instituições –, encontrou-se com outros sujeitos sociais, gente da universidade, de organismos internacionais, dos serviços de saúde, e operou-se uma síntese, teórica-prática, que constituiria o arcabouço do SUS. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituinte, em 1988, podem ser considerados o cadinho que unificou todas estas tendências.

Nestas duas décadas de luta pelo SUS, observa-se uma tensão permanente entre o projeto do SUS e o derrotado (valeria interrogar-se sobre esta afirmação) projeto liberal-privatista¹⁰. Esta vitória da concepção pública sobre o modelo de mercado ocorreu em um contexto em que o neoliberalismo era econômica, cultural e politicamente dominante. Uma vez aprovada a legislação que sustentava o SUS, a oposição liberal-con-

servadora não abaixou sua bandeira e retirou-se tímida para seu canto, observando ordeiramente a gloriosa implementação do SUS pelas forças da reforma sanitária. Nada disto; ao contrário. Pergunto-me se seus intelectuais orgânicos leram Trotsky alguma vez e dele extraíram o conceito de “revolução permanente” para orientar sua estratégia de resistência? Comento isto porque perdida a luta geral – O SUS passou a lei – trataram de armar mil outros cenários de confrontos. A resistência ao SUS deslocou-se da discussão de princípios, em torno de grandes diretrizes, para elementos pragmáticos da implantação do acesso universal a uma rede “integral” de assistência, procurando, contudo, sempre, buscar meios para atendê-los segundo seus interesses corporativos e valores capitalistas de mercado. Resistência permanente a cada programa, a cada projeto e cada modelo de gestão ou de atenção sugerido segundo a tradição vocalizada pela reforma sanitária¹⁰. A convivência na democracia é variada e múltipla: a derrota de atores sociais e de seus projetos é situacional e costuma não os eliminar do cenário político e institucional. Assim os interesses e valores derrotados sempre retornam, sempre, ainda que travestidos com a moda conveniente em cada conjuntura.

Entre as diretrizes do SUS, as duas que lograram alcançar maior legitimidade foram exatamente a do acesso universal e da atenção integral a todo e qualquer tipo de procedimento considerado necessário para intervir sobre o processo saúde e doença. Estas duas diretrizes, em tese, são compatíveis tanto com o desenho socializante da tradição européia dos sistemas nacionais, quanto com a tradição norte-americana, liberal-privatista.

Em termos hipotéticos, há diferentes modos para se assegurar atenção universal e integral aos brasileiros. Em síntese: no Brasil, o concreto real resultante de toda esta história de conflitos é a existência de um SUS esgarçado, de um reforma sanitária incompleta. Vale ressaltar que esse conflito deu-se entre estes dois blocos sanitários, entre grupos de interesse restritos. A maioria da sociedade vem assistindo a esta peleja com grande distanciamento e indiferença. Talvez pudéssemos repetir que a maioria da sociedade acompanha esta peleja “bestificada” (expressão utilizada de modo irônico para caracterizar a relativa indiferença com que o povo acompanhou a luta pelo SUS; a utilização original desse termo referia-se à polêmica entre monarquistas e republicanos quando da proclamação da república no Brasil).

O SUS é quase um híbrido entre estas duas tradições. Resta-nos descobrir se tal “híbrido” favorece a saúde da maioria ou ao interesse empresarial e corporativo. Resta-nos averiguar se tal hibridez, ainda quando necessária à sobrevivência do SUS, não lhe retirou potência, não lhe retirou a possibilidade de reproduzir-se enquanto espécie singular.

Meu interesse nesta manobra metodológica é identificar possíveis pontos de desacordo e de conflito entre a tradição dos sistemas públicos de saúde (supostamente encarnada no ator social movimento sanitário) e a ordem liberal-privatista que se manifesta como resistência permanente ao SUS estando dentro do SUS e, ao mesmo tempo, dentro do imaginário dominante dessa nossa época de globalização do capitalismo.

Abstração contra abstração: sobre como um tipo ideal de política de saúde socialista cruzou com estruturas e imaginários originários do mercado

Valeria perguntar: há, de fato, confronto entre as racionalidades conceitual e operativa da tradição dos sistemas públicos *versus* a da atenção com base em mercado (cujo arquétipo ainda é o modelo dos Estados Unidos)?

Grande parcela das diretrizes sanitárias e mesmo do desenho organizacional para assegurar direito à saúde no SUS tem raiz nas experiências européias de bem-estar social. Ainda que pouco enfatizado na ocasião, os intelectuais do movimento sanitário, ao construírem a plataforma política apresentada à VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), não inventaram a roda. Foram buscar referências na experiência de quase cem anos desenvolvida na Inglaterra, Suécia, União Soviética e, mais tarde, em Portugal, Itália, Canadá, Cuba, Austrália, etc.

Desta tradição¹⁸, recolhemos a concepção de constituir-se o direito universal à saúde. E de que este direito seria concretizado por meio de uma política pública, ao estilo bem-estar, executada pelo Estado, mediante a constituição de mecanismos orçamentários de financiamento público. Estas políticas, em países capitalistas, apoiavam-se em sistemas que buscavam proteger a atenção à saúde da racionalidade de mercado. Para diminuir a possibilidade de mercantilização do trabalho em saúde, usava-se nacionalizar e estatizar serviços e a prestação da atenção. Foi assim na Grã-Bretanha, em Portugal e na União Soviética.

Esta diretriz pétrea costuma ser flexibilizada na prática em vários países. Na Inglaterra e no Canadá, por exemplo, a atenção primária à saúde foi organizada de maneira a compor com o interesse e a tradição dos médicos. Em vez de construir-se uma rede de centros de saúde com servidores públicos, optou-se por credenciar médicos autônomos, que em seus consultórios atendem a milhar e pouco de pessoas cadastradas em sua clientela. Ao contrário, a estratégia brasileira de Saúde da Família vincula obrigatoriamente cada família à equipe de um território, e organiza-se segundo rígidos princípios da vigilância sanitária: busca ativa, programas, etc¹⁹. Naqueles países, conservou-se relativa liberdade de escolha dos usuários que poderiam eleger seu médico generalista em listas de profissionais credenciados ao sistema. Esta alternativa conservou o modelo tradicional da clínica liberal, adaptando-o ao novo contexto. Apesar desta concessão à tradição liberal da organização da clínica em consultórios, registrou-se importante oposição política dos médicos à reforma sanitária inglesa²⁰.

No Brasil, a concessão à corporação médica e a outros interesses privados, quando da concepção do SUS, deu-se no setor hospitalar e especializado. Desde a VIII Conferência até o texto legal que deu origem ao SUS, optou-se por não haver nacionalização ou estatização de hospitais privados ou filantrópicos. Para assegurar atenção hospitalar e especializada aos usuários, o SUS manteve a política de compra de serviços, mediante convênios, ao setor privado. Até os dias de hoje, 60% da capacidade hospitalar utilizada pelo SUS são de hospitais filantrópicos ou privados²¹. Este acordo, provavelmente, atenuou a possibilidade, verificada em outras reformas sanitárias, do setor hospitalar e de parte importante da categoria médica opor-se ao SUS. No entanto, este arranjo trouxe problemas para a gestão do sistema. A manutenção da forma privada de propriedade e o importante grau de autonomia conservado por estes serviços contribuíram para a fragmentação do sistema (ainda quando dito “único”), dificultando sua integração ao sistema. Mesmo a forma de compra de serviços não foi ainda totalmente substituída por formas de relação sistêmicas ou globais, como seria o caso de contratos de gestão entre SUS e conveniados.

Este modo de produzir cuidado em saúde também permitiu a reprodução de uma categoria médica com múltiplas inserções de trabalho, em que o assalariamento se mescla com formas intermediárias de autonomia profissional. Neste

particular, enquanto a maioria dos países com sistemas públicos logrou maior controle sobre os serviços hospitalares, admitindo maior autonomia na atenção básica, no Brasil vem acontecendo o contrário: o SUS tem baixa capacidade de gestão da rede hospitalar e é responsável diretamente pela quase totalidade da atenção básica.

A nova política pública de saúde implicava ainda uma reforma sanitária. Dependia de realizar-se uma profunda alteração no modo até então vigente para organizar a assistência. Os sistemas nacionais, em decorrência, sugeriram modos alternativos à tradição liberal para organizar o cuidado à saúde. Vem dessa tradição o conceito operacional de “sistema” ou de rede integrada de atenção à saúde. Estes sistemas ou redes de cuidado seriam organizados com base na diretriz da integração sanitária, mais tarde redefinida como integralidade²². No modelo liberal-privatista, a assistência individual ou clínica deveria, de preferência, ser oferecida por prestadores privados, ainda quando houvesse intermediação de seguros saúde ou de sistema de previdência do Estado. Caberia, contudo, ao Estado, e esta tradição remonta ao início da revolução industrial na Europa, responsabilizar-se pelos problemas de saúde com repercussão ou interesse coletivo. Haveria, portanto, uma “medicina administrativa” realizada pelo Estado. Mais tarde esta atividade foi denominada de Saúde Pública²³. O que seria ou não objeto desta intervenção estatal sempre foi definido mais pela política do que pela técnica ou pela racionalidade epidemiológica. Os sistemas nacionais de saúde propuseram-se a romper esta separação do cuidado em dois “sistemas”. Trataram de realizar uma integração, no mesmo sistema, tanto dos programas preventivos, ou seja, da Saúde Pública, quanto da atenção clínica. Houve em decorrência desta diretriz uma expansão da ação estatal. Os sistemas nacionais buscaram superar a dicotomia entre prevenção e clínica.

Na lógica de mercado, cada serviço é um ente autônomo, feudo independente, e cabe ao paciente (ou ao cliente) deslocar-se entre estes serviços para garantir a “integralidade” requerida para seu caso. Na tradição do público, investem-se na constituição de um sistema interligado de serviços, com fluxo regular de regras, pessoas e formas necessárias de comunicação. O planejamento e a gestão desta rede sistêmica de serviços ficavam a cargo do Estado. Intervenção do Estado para assegurar bem-estar, distribuição de renda, equidade e para criar um espaço protegido para o cuidado à saúde. O planejamento e a progra-

mação ocorreriam não com base na demanda de clientes por procedimentos e atos sanitários, mas com base em necessidades de saúde e nas possibilidades tecnológicas e financeiras para enfrentá-las. A remuneração do pessoal de saúde daria-se segundo tradição do serviço público e não necessariamente com base em procedimentos. O financiamento deixaria de basear-se em atos e procedimentos realizados e utilizaria outros critérios de caráter global. Necessidades de saúde e responsabilidade sanitária de cada segmento do sistema deveriam orientar a gestão segundo o modelo público. Aqui, creio, pode-se localizar um dos calcanhares de Aquiles deste poderoso herói da justiça social do século XX, que são os sistemas nacionais de saúde. Nunca ficou muito bem definido o método a ser empregado para se identificar estas necessidades, bem como para ordená-las em ordem de prioridades sociais, sem que se recorresse, em alguma medida, à dinâmica da demanda das pessoas por saúde.

Com base nestes argumentos – planejamento racional de necessidades e ordenação do cuidado segundo esta lógica - os sistemas nacionais trataram de regulamentar o acesso e o fluxo de pessoas no sistema. Inventou-se o conceito operacional de sistema hierarquizado, bem como os de responsabilidade sanitária com base em regiões e na população daquele território. As pessoas não poderiam mais dirigir-se ao serviço ou ao profissional que lhes aprouvesse. Com os conceitos de regionalização, território e população inscrita regulamentaram-se o acesso e o fluxo de usuários pelo sistema. Em cada região, haveria oferta de programas preventivos e clínicos. Com a hierarquização, restringiu-se o acesso a especialistas, hospitais e exames complexos. Isto dependeria de um julgamento prévio. O acesso universal ocorreria pela atenção primária e pronto-socorro^{18, 22}.

Inventou-se a atenção primária à saúde, rede de serviços com recursos preventivos e clínicos que constituiriam a base de sustentação destes sistemas. Recentemente, a OMS/OPAS cunhou a expressão *primary care-based health systems* ao constatar as vantagens, em eficiência e eficácia, dos sistemas de saúde que alcançaram montar rede de equipes de atenção primária com cobertura de pelo menos 80% da população e com capacidade clínica e preventiva para enfrentar problemas de saúde²⁴.

Caberia perguntar-nos em que medida a implantação do SUS vem apoiando-se nesta tradição, ainda quando a modifique em função de características singulares do país, ou em que extensão veio, sob pressão de interesses privados e

corporativos, conservando aspectos estruturais e modos de funcionamento que possuem efeito deletério sobre a saúde da população?

Singularidade da implantação de um sistema nacional de saúde no Brasil

O movimento sanitário brasileiro não somente adaptou conceitos e diretrizes da tradição socialista ao SUS. Além disto, três novas diretrizes foram acrescentadas a esta tradição: a de criar-se um sistema descentralizado; a da gestão participativa com “controle social” da sociedade sobre o Estado; e, algo fundamental, ainda que não inscrito na lei, a preocupação brasileira em implantar-se um sistema enquanto, ao mesmo tempo, elaborava-se uma crítica teórica e prática do paradigma tradicional da saúde pública e da medicina. Esta terceira marca é bastante característica da reforma sanitária brasileira. Tivemos a preocupação de repensar a concepção sobre saúde e doença e o modo para organizar o cuidado para além do que já fazia parte da tradição dos sistemas nacionais. A gestão com base em necessidades de saúde, a atenção primária, entre outros componentes dessa tradição, todos têm potencial para alterar o modelo de atenção liberal-privatista. No entanto, aqui, insistimos também em reinventar a saúde pública e a clínica, incorporando, no cotidiano, conceitos e práticas originárias da saúde coletiva, da promoção, da determinação social, da reforma psiquiátrica, da política de humanização, construindo uma concepção ampliada sobre a saúde e sobre o próprio trabalho sanitário.

Como a implantação do SUS foi tardia por referência à maioria das reformas sanitárias, pode-se considerar que estas novas diretrizes buscavam superar problemas identificados no funcionamento concreto daqueles sistemas públicos mais antigos.

A doutrina da descentralização no Brasil assumiu a forma da municipalização: cada município seria o gestor único do sistema local. Verificam-se, hoje, alguns problemas decorrentes desta nossa solução. Não refletimos o suficiente sobre a polaridade de efeitos existente entre organizar-se um sistema e ordená-lo de modo descentralizado. A orientação para descentralizar o poder produz efeitos tendentes à dispersão dos pontos da rede; a noção de sistema ou de rede sanitária depende de lograr-se a integração entre estes pontos. Assim, por um lado, a municipalização permitiu avançar na implantação, em cidades que

acumularam condições propícias, experiências ousadas que demonstraram a potência do projeto de reforma, tornando evidente que parte daquelas metas, consideradas utópicas pelo pensamento liberal-privatista, eram factíveis. Ao responder ao desafio de integrar em um único sistema entes federados autônomos – cidades, estados e União –, criaram-se arranjos organizacionais inovadores para a secular tradição dos sistemas públicos e da gestão do Estado brasileiro. Inventaram-se formas de co-gestão como são as comissões tripartite, as bipartites de âmbito estadual e, agora, também regional. Criaram-se ainda os fundos financeiros para repasse transparente e negociado do orçamento²⁵.

Para compatibilizar a dualidade de efeitos produzidos pela gestão, ao mesmo tempo, sistêmica e descentralizada, é fundamental o papel do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado. A eles caberia a coordenação e integração entre os sistemas locais. Apesar da criação desses espaços de gestão participativa, observou-se, contudo, uma baixa capacidade de articulação sistêmica por parte dos estados e da União. O Ministério da Saúde conservou grande parte do modo de gestão da assistência herdado do INAMPS: compra de serviços, cálculo de recursos com base em procedimentos, auditorias; ainda é muito recente a tentativa de introduzir-se a metodologia de contratos ou pactos de gestão entre os entes federados.

Pode-se considerar que a integração em rede, sistêmica, entre os sistemas municipais ainda é baixa; em decorrência, a gestão regional do sistema é bastante precária quando não virtual. O padrão de gestão do SUS tem estimulado a constituição de sistemas municipais autárquicos. Pode-se considerar que hospitais e serviços especializados, em geral, situados em cidades pólo, ainda funcionam isolados, como no modo liberal-privatista, com mecanismos de regulação precários². Além disto, com o amplo grau de autonomia dos estados e municípios, cada gestor pôde optar pela conveniência de aderir ou não ao SUS, cada município ou estado pôde eleger quais aspectos do SUS iriam implementar: se apenas a compra de serviços a hospitais privados, ou uma rede de pronto-atendimentos, ou somente equipes de saúde da família. Estes fatores têm retardado a implantação do SUS, além de acentuarem-se diferenças de acesso regional. Em conseqüência, o direito à saúde dos brasileiros ainda varia conforme seu local de residência^{26, 27}.

O cruzamento do contexto neoliberal desfavorável às políticas públicas com importante grau de indefinição da responsabilidade sanitária de

cada ente federado vem produzindo um processo de municipalização desigual no país, agravado por relativo retraimento da ação das Secretarias de Estados².

Um outro efeito perverso decorrente deste quadro refere-se à péssima política de pessoal desenvolvida até agora. Tenho a opinião de que os municípios não têm capacidade financeira nem de gestão para desenvolverem uma política de pessoal adequada ao SUS. Este tema tem sido como que interdito pela dominância da cultura do ajuste econômico; partilha-se uma sensação de que seria “politicamente incorreto” tratar do tema de modo sistemático e inventivo.

Dentro ainda das dificuldades do modo de gestão do SUS, outra dificuldade ao avanço da reforma sanitária tem sido a cultura patrimonialista predominante na administração pública brasileira. O movimento sanitário imaginou que a descentralização, as regras de repasse automático aos Fundos de Saúde, bem como o controle social da sociedade sobre o SUS seriam suficientes para afastar a tendência histórica do Estado brasileiro em permitir que as elites se reapropriem de grande parte do orçamento público dirigido a políticas sociais. Por meio da corrupção, do corporativismo, do clientelismo, de programas iníquos, de vários modos, as elites têm dificuldade a efetiva distribuição de renda no país²⁸. A gestão participativa, a co-gestão do SUS, ainda é uma potência pouco explorada, parece que a so-

cidade civil e os trabalhadores têm dificuldade para ocupar este espaço de co-gestão legalmente constituído²⁹.

A influência das Conferências e dos Conselhos de Saúde é relevante, mas não tem sido suficiente para indicar rumos e criar os consensos para que prossiga a reforma sanitária e a implementação do SUS. Se o SUS dependeu do movimento sanitário para constituir-se, pode-se constatar hoje que, tanto a opinião pública, quanto os governantes e, até mesmo, mídia e a intelectualidade não se deram conta da filiação do SUS à tradição de políticas públicas de caráter socialista. O SUS não parece haver ganhado o “coração e mentes” dos brasileiros, nem para desejá-lo e defendê-lo com paixão, ou tampouco para combatê-lo com ódio.

À guisa de conclusão, poder-se-ia afirmar que o SUS tem demonstrado empuxe para constituir-se e para sobreviver, ainda que seus dois principais adversários – o ideário neocapitalista e a tradição degradada dominante na gestão pública brasileira – pareçam cada dia mais fortes e influentes. O caminho para avançar pela reforma sanitária dependeria, a julgar pelo argumento desse ensaio, em se privilegiar, no consenso a ser instaurado, elementos da tradição dos sistemas públicos, procurando, com isto, resolver uma série de ambigüidades discursivas e pragmáticas, que tem permitido ao ideário liberal-privatista sobreviver para além do conveniente e do necessário.

Referências

1. Gerschman S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
2. Vasconcelos CM. *Paradoxos da mudança no SUS* [tese]. Campinas (SP): Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/UNICAMP; 2005.
3. Pochmann M. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. *São Paulo em perspectiva* 2004; 18(2):3-16.
4. Santos M. *A urbanização brasileira*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
5. Nogueira RP. *A saúde pelo avesso*. Natal (RN): Seminare Editora; 2003.
6. Noronha JC, Pereira TR, Viacava F. As condições de saúde dos brasileiros. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/OMS/OPS; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. *Vigilância à Saúde no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Escorel S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
9. Campos GWS. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1991.
10. Bahia L. O SUS e a universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
11. Campos GWS. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Hucitec; 1988.
12. Oliveira JA, Teixeira SMF. *(Im)Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco; 1985.
13. Paim JS. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador(BA): Instituto de Saúde Coletiva; 2002.
14. Donnangelo MCF. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1979.
15. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis* 2004; 14(1):67-83.
16. Rodriguez Neto E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
17. Oliveira JA. Para uma teoria da reforma sanitária: democracia progressiva e políticas sociais. *Revista Saúde em Debate* 1988; 20:11-16.
18. Organização Pan-Americana de Saúde. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines – 1920*. In: Organização Pan-Americana de Saúde. [Publicación Científica 93] . Washington, D.C.: 1964.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa de Saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
20. Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Minayo MCS, Campos GWS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho Y. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 563-614.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Data SUS – Informação em saúde*. [acessado 2007 Out 15]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/saude/arquivos>
22. Novaes HM. *Ações integradas nos sistemas locais de saúde – SILOS*. São Paulo: PROAHSA/Livraria Pioneira e Editora; 1990.
23. Rosen G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec/UNESP; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
24. Pan American Health Organization. *Renewing Primary Health Care in the Americas* Washington, D.C.: PAHO; 2007.
25. Miranda AS. *Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde* [tese]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; 2003.
26. Gerschman S, Viana ALD. *Descentralização e desigualdade regionais em tempos de hegemonia liberal*. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/OMS/OPS; 2005.
27. Ribeiro JM, Costa NR. *Experiência de gestão descentralizada de redes e organizações*. In: Barjas N, Giovani G, organizadores. *Brasil radiografia da saúde*. Campinas (SP): Instituto de Economia da Unicamp; 2001.
28. Savedoff WD. *Transparency and corruption in the health sector: a conceptual framework and ideas for action in Latin American and the Caribbean*. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank; 2007.
29. Santos NR. O desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos e das estratégias para visualização de rumos: a necessidade de acompanhamento. *Rev C S Col* 2007; 12(2):429-436.

Artigo apresentado em 10/8/2007
Aprovado 10/10/2007