

social é condição *sine qua non* para a cidadania e para um futuro suportável. O Brasil melhorará muito quando ministros, secretários, gestores forem julgados pelo impacto de sua política e programas específicos. Este é um desafio que o SUS deverá compartilhar com o país; nosso limite como nação é também, agora, um limite para a saúde.

Governantes e demais segmentos sociais tiveram extrema dificuldade para enfrentar este dilema entre clientelismo e desempenho eficaz dos programas. Frequentemente, sequer conseguimos nomear a falência do método tradicional de gestão das organizações estatais, quando menos temos conseguido interpretá-la ou indicar caminhos para superá-la. Pois bem, o professor Nelson, com sua polidez e delicadeza habitual, faz referência à impotência dos gestores em lidar com esse quadro, bem como com impasses no financiamento e na política de pessoal do SUS. Entra governo e sai governo e os impasses prosseguem intocados. Precisáramos de estadistas para lidar com a complexidade desse polígono perverso de forças sociais. No entanto, este mesmo contexto produz e assegura viabilidade, principalmente, a gestores plásticos, camelões, gente que, no governo, esquece o que escreveu, o que pregou, anteriormente, quando vinculados à sociedade civil. As exceções confirmam este modo de produção de “dirigentes”. Como superar esse paradoxo? O dicionário Aurélio define estadista como “*peessoa de atuação notável nos negócios políticos e na administração de um país*”.

Valendo-me do conceito de co-produção social dos modos de ser, talvez pudéssemos compensar esta “debilidade constitucional” dos governantes com um razoável grau de controle social. O SUS vem experimentando este remédio. Análises indicam, contudo, que a pressão não tem sido suficiente^{3,4}. Foi eficaz para nos levar até a “encruzilhada” descrita pelo professor Nelson, ou seja, chegamos ao SUS realmente existente, o que não é pouco, ao contrário. No entanto, de que novos recursos, de que antigas ou novas maneiras de fazer política, deveríamos nos socorrer para escolhermos o melhor caminho? O professor indica estarmos em um processo de privatização branca do SUS, um pouco como o que se passou com a educação pública, nos últimos vinte anos, no Brasil. Afinal, em 2007 o financiamento privado em assistência à saúde ultrapassou o estatal!

Pergunta alerta: o primeiro passo em um dos sentidos da “encruzilhada” já não haveria sido dado? Será?

Referências

1. de Gaulejac V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Idéias & Letras; 2007.
2. Ferlie E, Asburner L, Fitzgerald L, Pettigrew A. *A nova administração pública em ação*. Brasília: Universidade de Brasília/ENAP; 1999.
3. Morita I, Guimarães J, Di Muzio B. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde soc*. 2006; 15(1):49-57.
4. Guizardi FL, Pinheiro R, De Mattos RA, Santana AD, Da Matta G, Gomes MCPA. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis* 2004; 14(1):15-39.

Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades

Health care policies and health reform today: limitations and possibilities

*Amélia Cohn*²

O competente texto que dá o mote para esses comentários, de autoria de um dos mais respeitados e incansáveis militantes da Reforma Sanitária Brasileira, alerta para encruzilhadas em que se encontram as políticas de saúde frente aos preceitos constitucionais de 1988, e para a necessidade de novas buscas e escolhas de rumos.

O autor aponta, com esse objetivo em mente, dezesseis núcleos de questões, que apresentam um eixo central de preocupação: até que ponto os inquestionáveis avanços conquistados nesses vinte anos de existência do SUS guardam obediência aos preceitos constitucionais, e até que ponto o percurso desse período enfrentou obstáculos estruturais para a implementação das suas diretrizes.

Vale destacar, então, algumas dimensões de que trata o autor, sem a pretensão de esgotá-las, dadas sua amplitude e complexidade, e dada a restrição de espaço.

² Docente do Mestrado de Saúde Coletiva, Unisantos. amelcohn@uol.com.br

Em primeiro lugar, de que lugar e para quem fala o movimento sanitário hoje? Retomando suas raízes, o movimento sanitário foi liderado por um conjunto de intelectuais, profissionais de saúde, militantes sindicalistas e de movimentos sociais, para além de setores da Igreja progressista, que à época, como hoje, representavam os setores de ponta organizados da sociedade, tendo como ambiente a luta pela redemocratização da saúde. Em consequência, o movimento sanitário fala e milita de um lugar social que se pode classificar como restrito a um grupo relativamente privilegiado da sociedade, falando pelos desapropriados da cidadania. Em consequência, seu alvo principal de atuação sempre esteve mais voltado para o Estado e a reorganização institucional do sistema de saúde brasileiro do que para a sociedade, falando junto com ela.

Em segundo lugar, do ponto de vista político, a arena da militância de então consistia no jogo de negociação política parlamentar e junto ao Executivo; neste último caso, lançando-se mão da estratégia de ocupação de espaços estratégicos do aparelho de Estado, algo condizente com a liderança e hegemonia pecebista do movimento. Com isto, a saúde facilmente é reconhecida como direito à assistência médica pela população e, neste caso, sobretudo pela população de baixa renda. Fator este absorvido pelo inconsciente dos reformistas sanitários, a tal ponto de hoje ser corrente a expressão – em si contrária aos preceitos básicos da constituição de 88 – “SUS dependente”.

Em terceiro lugar, a questão do controle público e da capacidade de o Estado regular o subsistema privado de saúde do ponto de vista da preservação do interesse geral, dimensões que apresentam um movimento pendular entre o conservadorismo e avanços progressistas no setor. No primeiro caso, estão os conselhos de saúde, que evidenciam sérios problemas na sua prática enquanto capacidade de representar o interesse geral da população, já que a somatória de interesses particulares não resulta no interesse geral; e no segundo caso, o fato de a regulação do subsistema privado da saúde vir se realizando muito mais do ponto de vista dos direitos dos consumidores privados dos seguros e planos privados de saúde, do que sendo regida pelo interesse público.

Em quarto lugar, a questão das novas formas de gestão dos serviços de saúde públicos estatais, que vêm emergindo e sendo normatizadas sem a evidência de que o Estado disponha de ferramentas e autoridade suficientes para exercer o controle público sobre esses serviços, de

forma a preservar o interesse público sobre a racionalidade privada que essas formas de gestão trazem consigo. O que se vem observando a partir de vários estudos e pesquisas é que se há ganhos com essas novas formas de gestão, em termos de custo/efetividade, está-se andando sobre o fio da navalha em termos da preservação das diretrizes do SUS, já que nelas se transplanta para o interior do serviço público estatal de saúde a racionalidade própria do setor privado; tanto assim é que a ênfase sobre as vantagens dessas novas formas de gestão é atribuída à maior flexibilidade/agilidade administrativa, inclusive da força de trabalho do setor.

Por outro lado, na sociedade, como em qualquer domínio da vida social, existem conflitos e disputas de interesses e de poder, ao quê não são ilesos os movimentos populares e os segmentos sociais. Talvez, neste ponto, um dos maiores avanços verificados nesse período foi a quebra da dicotomia da concepção de que o “bem absoluto e desinteressado” residiria na sociedade, e o “mal” no Estado. Mas isto por sua vez redundou na defesa da busca de parcerias entre Estado e sociedade, parcerias estas nem sempre trazendo consigo claras definições de papéis entre Estado e sociedade, e até mesmo uma dependência desta (sobretudo inúmeras ONGs) com relação àquela.

Finalmente, as questões de natureza estrutural, vale dizer, a política econômica restritiva à expansão do SUS e à construção da integralidade da atenção à saúde, já que este é um setor do governo eminentemente “gastador”, indo assim de encontro à lógica macroestrutural adotada pelas políticas econômicas do período. Se este é um fator inquestionável, por outro lado torna-se questionável se, em havendo mais recursos para a saúde, estes seriam alocados de forma a obedecer aos preceitos da equidade, universalidade e integralidade, tal como reza a Constituição de 1988.

Com isso remete-se à dimensão política do movimento sanitário nesse período, havendo a necessidade de se indagar até que ponto nós, a “comunidade dos reformistas sanitários”, não ficamos demasiadamente restringidos ao nosso círculo estreito delimitado pelas raízes do movimento, revelando-nos incapazes de ampliar o leque de ações, e até mesmo reproduzindo a altivez dos profissionais médicos frente aos nossos companheiros de luta das demais políticas setoriais. Por exemplo, não se foi capaz de ultrapassar a discussão sobre a descentralização da saúde dos seus próprios limites setoriais, indo em busca de uma discussão – e por que não? – disputa mesmo sobre um perfil de descentralização que pu-

desse abranger também a racionalidade e as necessidades de outros setores da área social.

Em outras palavras, se há que se pensar criticamente sobre esse percurso para perfilar novos avanços daqui para a frente, duas das principais heranças que hoje cobram seu preço para que haja avanços consistem: a) no caráter pouco enraizado e capilarizado do movimento sanitário, que se preocupou mais com o Estado do que com a sociedade; e b) sua tendência a encapsular-se: ao mesmo tempo que porta um discurso sobre a necessária intersectorialidade para se garantir a saúde como um direito, na essência se volta para dentro do setor, e quando com outros setores dialoga, o faz de forma soberana. Neste ponto, há que se dar mão à palmatória; talvez tenhamos sido vítimas de em 1988 sermos o setor que apresentou um projeto o mais acabado no interior da área social, com força política suficiente para fazer valer a proposta do SUS, tendo que se perguntar hoje até que ponto não se ficou em boa medida extasiado com a própria vitória, senão desde então, certamente nos anos mais recentes?

A angústia que o texto do autor transmite não é infundada; realmente as políticas de saúde demandam hoje que se busquem novos rumos e opções, já que é evidente a perda da liderança das propostas setoriais frente não só às limitações de ordem econômica macroestrutural e dos interesses consolidados do subsistema privado, como frente aos demais setores. Se por um lado a assistência social segue as trilhas do SUS, propondo o SUAS, por outro lado há anos vimos patinando no que diz respeito a inovações na orientação das políticas de saúde que ultrapassem as fronteiras da racionalização do já existente, tornando claro que talvez o grande desafio hoje resida na busca de uma reforma **da** reforma sanitária, ultrapassando com isso os limites em que nos encontramos encerrados, ditados pela proposta de uma reforma **na** reforma. Caso contrário, talvez tenhamos que de vez abandonar a busca da “equidade nivelada por cima” e nos contentarmos com a “equidade nivelada por baixo”, para usar expressões do autor. Para tanto talvez um dos horizontes, ou rumos, seja exatamente o de se repolitizar a saúde, buscando novas articulações entre as dimensões técnico-organizacionais e as dimensões políticas, para que as primeiras deixem de subsumir estas últimas, como vem ocorrendo nos últimos anos.

Política pública de saúde no Brasil: as ciladas da sociedade brasileira e a construção da universalidade no sistema de saúde

Public healthcare policy in Brazil: the Brazilian society and the construction of universality in the Brazilian health system

Paulo Eduardo Elias³

O artigo em debate seleciona uma combinação de acontecimentos da política de saúde pós 1988, contendo uma apreciação de conjuntura com os desdobramentos possíveis. Deste modo, percorre um conjunto de temas clássicos aos dilemas das políticas de saúde no Brasil, no entanto modificando as abordagens como majoritariamente vêm sendo tratados em nosso meio. A perspectiva do autor, como em vários textos seus, é claramente vinculada ao ideário político da solidariedade social e se expressa na defesa de princípios consagrados pela universalidade do acesso às ações e serviços de saúde e por consequência na precedência do papel do Estado na formulação e no desenvolvimento das políticas de saúde. A explicitação clara destas idéias, para além do benefício da honestidade intelectual do autor, é especialmente importante no momento em que o ideário da universalidade na saúde vem sendo sofisticadamente corroído, às vezes até mesmo por orientações ideológicas antagônicas, tais como as expressas, de um lado, por posicionamentos em defesa da fragmentação/particularismos no acesso às ações e serviços de saúde e, de outro, pela “constatação”, endossada até mesmo por algumas produções “técnicas” de agências multilaterais, de que a escalada dos custos da assistência a saúde não permitirão a oferta de “tudo para todos”.

A leitura atenta do texto revela sutilezas e sugere desdobramentos políticos não tratados explicitamente no corpo do artigo. Já no título temos a ilustração desses aspectos ao sugerir o SUS como expressão maior da Política Pública de Saúde no Brasil, ao mesmo tempo em que ela é caracterizada como em situação de encruzilhada. Pelo desenvolvimento do texto, esta encruzilha-

³ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. pmelias@usp.br