

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 repoliticizar 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

da só pode ser de natureza política, o que induz a sugestão da explicitação de que as buscas e escolhas, antes de serem de rumos, são essencialmente políticas. Este acento, além de mais condizente com a perspectiva do autor, traduz com mais fidelidade a tensão implícita em todo o texto sobre a questão do desenvolvimento das políticas de saúde por diferentes governos da esfera federal após a promulgação da Constituição Federal em 1988, bem como o sutil desalento do autor, agora sim, com o rumo que se mantém ao longo destes anos.

O início do texto consagrado aos avanços do SUS faz supor mais uma peça no estilo triunfalista tão em voga em correntes expressivas do movimento sanitário brasileiro nas décadas de 1980 e 1990, mas os tópicos seguintes posicionam o debate no terreno da crítica fraterna, condizente com uma visão de correntes do pensamento sanitário brasileiro de que só uma postura crítica comprometida com os princípios da universalidade e da solidariedade social pode contribuir efetivamente para o enorme desafio posto pela construção do SUS.

O artigo acerta ao eleger os temas do financiamento e da gestão como importantes na atualidade para a estruturação do SUS. Ao mesmo tempo, corrobora a auspiciosa tendência do deslocamento do modelo assistencial como central nas abordagens do sistema público de saúde brasileiro, confinando-o ao seu devido lugar de dependência à composição do sistema de financiamento e às modalidades de gestão implementadas, estes por sua vez, fortemente influenciados pelos arranjos sociais e econômicos derivados das relações entre economia e saúde, com destaque para a natureza das articulações entre os dois segmentos e o grau da regulação exercido pelo Estado sobre o Complexo Produtivo da Saúde¹.

Em relação ao modelo de gestão, centro de intensos debates no cenário do controle social do SUS e que freqüentemente opõe gestores e os segmentos de trabalhadores e usuários, o autor se mostra cauteloso, mais questionando do que indicando encaminhamentos como faz em relação ao financiamento. Aqui cabe apontar a necessidade de pelo menos delimitar o campo de debates em bases a se respeitar a argumentação factual e a produção de conhecimentos sobre o tema, especialmente os estudos empíricos sobre algumas das novas modalidades de gestão em nosso meio, bem como se considerar as tendências verificadas inclusive em países com tradição em sistemas universais de saúde, da busca de procedimentos e instrumentos privados de ges-

tão e administração compatíveis com sua utilização na esfera pública em prol da melhoria na eficácia social dos serviços públicos. É preciso lembrar que movimento inverso a este ocorreu no início do século passado com a incorporação do planejamento centralizado vigente na União Soviética ao processo de construção de empresas capitalistas multinacionais.

Outro tópico relevante a destacar é o apontamento da vinculação da construção do SUS ao tema da Reforma do Estado. Ainda que a abordagem oferecida passe ao largo da evidente questão da superação do modelo burocrático de gestão por outro que atenda as transformações exigidas do Estado moderno pelo advento da terceira revolução tecnológica e da sociedade informacional, a questão da Reforma do Estado como colocada pelo autor é bastante instigante por ultrapassar a dimensão meramente administrativa e situar-se na esfera da política, isto é, como sugere o texto, no (re)compromisso do Estado com a sociedade brasileira, cujo desdobramento faz pensar na necessidade de um novo processo constituinte ou mecanismo assemelhado para alicerçar a institucionalidade deste novo compromisso.

Certamente em decorrência do espaço reservado a um artigo e pela estratégia de abordagem do assunto, outro segmento relevante da temática vinculada à efetivação de um sistema universal de saúde em nosso meio está ausente do texto. Trata-se de temas como a repercussão do federalismo brasileiro² na descentralização e na regionalização do sistema de saúde, a lógica da relação público/privado engendrada no sistema de saúde³ – e por decorrência suas repercussões para o sistema supletivo de saúde – e o esmaecimento, nos aparelhos de Estado da Saúde (Ministério e Secretarias), da linha divisória entre atividades típicas de um Sistema de Saúde e as funções inerentes ao Estado no setor saúde, como, por exemplo, as de regulamentação e fiscalização desempenhadas por meio de ações das vigilâncias sanitária e de portos e aeroportos. Esta agenda temática não se constitui em impossibilidade, mas antes em desafios para a criatividade de gestores e formuladores de políticas para produzir arranjos capazes de superar ou contornar impasses e obstáculos à efetivação do SUS⁴. Um expressivo exemplo nesta direção é representado pela instituição das Comissões Bipartites e Tripartites e a adoção do procedimento da pactuação como mecanismo de negociação entre as esferas de governo que compõe o SUS. Esta providência aparentemente simples constitui-se um passo extremamente criativo à questão bastante complexa re-

ferente à autonomia e às salvaguardas legais e constitucionais próprias dos arranjos federativos, aqui estendidas aos municípios e, em decorrência da qual no SUS não se estabelece hierarquia entre as esferas de governo e assim as instâncias gestoras devem se articular horizontalmente sem haver precedência da União sobre os estados e destes sobre os municípios. No entanto, o mesmo não ocorre com os dois outros temas. A relação público/privado certamente se constitui na principal chave para se entender por completo os arranjos produzidos no sistema de saúde, extremamente lesivos aos objetivos da universalização da saúde como direito social. Esta questão central, ainda insuficientemente estudada na produção acadêmica brasileira, também se encontra negligenciada por grande parcela dos gestores nas três esferas de governo. Causa no mínimo perplexidade como um sistema universal de saúde, como proposto para o SUS, possa passar solenemente ao largo dos 20% de brasileiros cobertos por operadoras de seguros e planos de saúde. Situação análoga ocorre com o tema da linha divisória entre a atuação do SUS e as funções inerentes ao Estado. Saliente-se que as funções constitucionais para a atuação do Estado não se limitam apenas as de assistência à saúde e nesta muito menos ao SUS. Abrange um conjunto de atividades necessárias a que o Estado possa desempenhar as atribuições constitucionais e legais em relação à saúde dos cidadãos e não apenas dos usuários do SUS.

Entretanto, é preciso assinalar que o SUS é criado aliando-se a melhor tradição de proteção social ao consagrar a saúde como direito de todos e dever do Estado. Nestes termos, representa um enorme desafio, qual seja a construção de um sistema de saúde universal em um país da periferia do capitalismo com as características do Brasil, isto é, grande extensão territorial, populoso, com carência de recursos financeiros, marcado por grande heterogeneidade regional, desigualdade e exclusão social. Desta forma, não menos importante é também colocar em foco a disponibilidade dos meios para se efetivar no cotidiano dos cidadãos os direitos assegurados pela Constituição para o acesso aos serviços de saúde, o que implica indagar sobre a adequação e a capacidade instalada da rede física, a disponibilidade de profissionais capacitados e de quadros burocráticos no aparelho de Estado, a disponibilidade de equipamentos e suprimentos adequados às ações e assistência à saúde, entre outros.

A breve apreciação do sistema de saúde à luz dos princípios presentes na Constituição, con-

frontado com a sua efetivação no cotidiano da população, nos revela um quadro de complexidade e indefinição a lembrar a situação de um copo ocupado em sua metade. A depender da perspectiva do analista, ele está meio cheio ou meio vazio. Mas, é preciso considerar a relativa jovialidade deste novo sistema de saúde frente aos desafios de natureza diversa a serem enfrentados. Decorridos apenas dezenove anos desde sua criação, além das situações específicas da área da saúde, cuja face mais complicada é a enorme penetração da lógica empresarial e mercantil no setor saúde, convive também com um Estado que apresenta uma trajetória de ação que mais reproduz do que minimiza as desigualdades sociais, frente a um tipo de sociedade que, de certa forma, aceita e naturaliza esta ação estatal, principalmente quando dirigida aos setores com pior condição econômica e social. Assim, a despeito dos avanços na ampliação da cobertura populacional, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde ainda tem um longo caminho para se efetivar enquanto tal. Contudo, não constitui exagero reconhecer que os principais pontos positivos no desempenho do sistema de saúde são a melhoria da cobertura, principalmente na atenção primária e na terciária. Sobra como desafios a melhoria da gestão, do acesso e da qualidade dos serviços prestados.

Os encaminhamentos necessários para o sistema de saúde não são medidas fáceis e nem de aplicação no curto prazo. Demanda do Estado a elaboração de um projeto para o setor saúde a ser discutido com todos os setores interessados e implementado por vários governos.

Em linhas gerais, tal projeto deverá tratar do aproveitamento da capacidade instalada no país para o atendimento a saúde, de modo a tornar o sistema virtuoso socialmente, isto é, combatendo o apartheid social hoje instalado, representado por um financiamento quase integralmente público diante da apropriação privada no acesso aos equipamentos e serviços de saúde. Para se enfrentar com eficácia esta enorme distorção social, será necessário desmercantilizar o acesso à saúde, aumentando o investimento público direto e indireto na qualificação da rede assistencial, adotar mecanismos de gestão capazes de responder aos desafios impostos ao setor saúde, incentivar formas não mercantis de produção privada de serviços de saúde (como as cooperativas, a filantropia, o trabalho profissional individual) e incrementar a participação do Estado como o maior comprador de serviços fazendo valer as prerrogativas dela decorrentes.

Eis algumas das possibilidades para se efetivar no cotidiano da cidadania os preceitos expressos na Constituição Federal, especialmente a saúde como direito, e desta forma firmar o Brasil definitivamente no grupo das nações que garantem aos seus cidadãos sistemas universais de saúde, estes uma grande conquista do século XX que, no campo das políticas sociais, se consagrou como a era da construção dos direitos sociais nos países mais industrializados.

Por fim, cabe uma nota a assinalar o prazer do debate com o autor do texto, uma figura humana comprometida com suas idéias, aberto à crítica e ao debate fraterno mesmo diante das discordâncias, mas acima de tudo comprometido com a idéia política da solidariedade social, expressa na defesa intransigente da universalidade do sistema de saúde como corolário de um dos atributos que mais se orgulha e proclama, a de militante da saúde e, acrescento, referência humana e política no movimento da reforma sanitária brasileira.

Referências

1. Viana AL, Silva HP, Elias PE. Economia política da Saúde: introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate* 2007; 37:7-20.
2. Abrucio FL. *Os laços federativos brasileiros: avanços, obstáculos e dilemas no processo de coordenação inter-governamental* [tese]. São Paulo (SP): Departamento de Ciência Política/Universidade de São Paulo; 2000.
3. Elias PE. *Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político institucional* [tese]. São Paulo (SP): Departamento de Medicina Preventiva/Universidade de São Paulo; 1996.
4. Machado CV. *Direito Universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República; 2007.

O autor responde

The author replies

O fragor e tensão da militância comprometida com a implementação de políticas públicas de direitos sociais em nosso país abre brechas de manifestações fraternas, afetivas e cúmplices que integram, ao lado dos reparos e ensinamentos, o conjunto de estímulos e confirmações de continuidade. Cumplicidades dos comentaristas à parte, registramos o elevado nível dos comentários e

contribuições à temática e impasses que levantamos. Ousamos consolidá-los e aqui expor no viés em que captamos algumas anotações que abordam aspectos de alguns vazios detectados nos comentários, como os limites do movimento da reforma sanitária, a relação público-privado na saúde, a relação do federalismo com a regionalização e a modernização da gestão estatal. Simplesmente anotações e não extensão do artigo.

1. Quanto ao movimento da Reforma Sanitária: o movimento da reforma sanitária iniciado logo após 1975 em nosso país integrou um leque social mais amplo, o das lutas pelas liberdades democráticas e do movimento sindical que se rearticulava na época, acrescidos a seguir dos movimentos sociais que pressionavam a Assembleia Nacional Constituinte. Contudo, reconhecidos avanços na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987/1988), na Constituição (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (1990) foram acompanhados de crescente estreitamento desse leque social, para o âmbito setorial da saúde, na vertente institucional do ensino e da gestão dos serviços e na vertente das entidades da sociedade civil ligadas à saúde. A conquista do princípio constitucional da Participação da Comunidade e da Lei nº 8142/90 que dispôs sobre as conferências e conselhos de saúde convalidava a visão da ampla participação social no movimento da reforma sanitária, e na formulação das políticas e estratégias na saúde. Mas a tendência manteve-se no estreitamento setorial do movimento, em mudanças de aparelhos de Estado na saúde, em negociações junto ao Legislativo, ocupação de espaços no Executivo e graus maiores ou menores de corporativização e/ou partidarização nas conferências e conselhos de saúde. Cremos ser extremamente oportuno o aprofundamento e ampliação deste debate no meio acadêmico, nos conselhos de saúde e nos movimentos sociais.

2. Quanto à relação público-privado e algumas decorrências: sabe-se que a demarcação do que é público e privado e da dinâmica da coexistência entre os interesses e instituições públicas e privadas tem relação com o pacto social entre os diferentes segmentos da sociedade civil e destes com os aparelhos de Estado, que por sua vez tem relação com os valores sociais prevalentes e o grau de consciência coletiva dos direitos sociais, dos rumos do modelo do desenvolvimento, da democratização do Estado e mobilizações decorrentes. Em sociedades nas quais estas questões encontram-se mais avançadas, com nível reconhecidamente mais elevado do processo civilizatório, o pacto social e federado construído e cele-