

Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil

Gastão Wagner de Sousa Campos

Referência: Campos, Gastão WS. Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil. In; Coletânea 25 anos do SUS; org: Frizzon, Maria Lúcia & Costa, Ana. Brasil, CEBES; 2014.

Clarice Lispector inventou a expressão “ex-possível”, com sentido diferente de “impossível” (Moser, 2009). “Ex-possível” indicaria um fenômeno plausível no passado, mas que o descuido humano sistemático haveria esvaziado de suas possibilidades de vir a ser.

A primeira hipótese triste desse ensaio é que o Sistema Único de Saúde (SUS) transformou-se, com o tempo, em um “ex-possível”. De tanto maltrato aos trabalhadores de saúde, de tanto subfinanciamento, de tanto sobrepor política de interesses às necessidades de saúde, de tanto descuido com o direito à saúde, grande parte dos brasileiros descreditou do suposto dever – sempre a acontecer no futuro – de uma política pública abrangente e generosa. Passaram a apostar em cada um salvar-se no emaranhado incompreensível de ofertas públicas, semipúblicas e quase privadas do imenso mercado de assistência à saúde.

A primeira hipótese, portanto, supõe que o SUS, apesar do conquistado ao longo de 24 anos, vem sendo desidratado em virtude de suas próprias contradições e insuficiências. Estudos avaliativos têm evidenciado que nossa política de saúde teve impacto positivo sobre a mortalidade infantil; protegeu o País da epidemia de AIDS, além de cuidar dos portadores e doentes; e ampliou o acesso a medicamentos e a atendimentos de urgência (Gragnolati, M.; Lindelow, M.; Couttolenc, B., 2013). Apesar destes avanços, a cronicidade do subfinanciamento, da inadequada política de pessoal e dos descabros de gestão e de planejamento têm comprometido a consolidação e mesmo a sustentabilidade do sistema público de saúde.

Acredito, e há estudos empíricos apoiando essa crença, que a noção de direito à saúde ganhou a consciência nacional. As pessoas se imaginam com direito a aceder à assistência médica – quem sabe, também à psicológica, à farmacêutica, em reabilitação e, até mesmo, em Saúde Pública? Vacinas, coleta de lixo, saneamento, água, quase tudo isto foi incorporado no imaginário da maioria dos brasileiros como necessidade básica.

A mesma unanimidade, contudo, não se verifica quando se trata de identificar os meios indispensáveis para alcançar esse abstrato direito à saúde. E é exatamente nesse ponto, segundo minha intuição, que a sustentabilidade e a viabilidade do SUS derrapam.

Quantos brasileiros confiam na Estratégia de Saúde da Família como um meio seguro para garantir ou facilitar a concretude do direito à

vida? Quantos conhecem esse projeto, sabem de sua existência? Quantos o compreendem? Quantos atribuem à limitação de recursos e à incompetência gerencial as dificuldades da atenção primária? Quantos apostam na possibilidade de qualificação dos hospitais públicos e os querem integrados em rede de serviço?

Valeria investigar: a quem a população imagina queixar-se quando o SUS não funciona? Aos prefeitos, governadores ou a presidenta? Aos vereadores, aos deputados ou aos ilustríssimos senadores? Quem sabe, em agonia, busquem alguma igreja? Algum seguro privado? Ou organizem a solidariedade familiar: vender o carro e endividar-se para pagar por algum procedimento considerado necessário e não disponível no tempo adequado?

A segunda hipótese desesperada, portanto, é a de que o SUS está sendo derrotado no simbólico, no “coração e na mente” dos brasileiros. Nós, brasileiros, fomos nos desesperando com o emperramento dos serviços públicos, com sua baixa sustentabilidade – programas “exitosos” no SUS costumam ter vida curta (alguns anos) e, logo, são degradados pela falta de continuidade administrativa, pelo descuido, por falta de pessoal etc. Neste contexto, a tendência é a busca por soluções particulares, há um esvaziamento dos movimentos sociais de defesa do SUS.

Este descrédito na capacidade de um sistema público garantir direitos sociais é também decorrente da conformação sócio-histórica da sociedade brasileira. Ao longo dos últimos 50 anos, consolidou-se o capitalismo no Brasil, não necessariamente um capitalismo brasileiro, mas constituiu-se um mercado financeiro exuberante, com imensa área de serviços, expansão da agroindústria e da produção industrial. É verdade que pouco se investiu em políticas públicas e em infraestrutura, mas cresceu o mercado interno. Em virtude da recente política econômica influenciada pelo desenvolvimentismo houve expansão do mercado interno. Particularmente, nos últimos dez anos, ocorreu uma inclusão de milhões na lógica do consumo de bens duráveis e de serviços (Campolina; Silveira, 2013).

O capitalismo brasileiro contemporâneo promoveu também uma imensa expansão do complexo médico e industrial (Temporão, 2007), que, valendo-se do senso comum difundido pela mídia e da propagan⁴⁷

Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil

da direta, tem buscado associar o direito à saúde ao consumo de medicamentos e à filiação a cooperativas, empresas e seguradoras privadas.

Esse sistema, sempre mais ou menos influenciado pelo referencial liberal, construiu dois modos principais de conformação dos sujeitos, duas modalidades de subjetivação que ajudaram a desconstruir a ainda débil cultura de direitos e de cidadania entre a população. O neoliberalismo tratou de armar um discurso e de criar instituições que favorecessem a constituição de sujeitos empreendedores e de sujeitos consumidores.

Modos de conformação é uma expressão que configura um conceito aqui utilizado para indicar a incidência do “social” sobre o modo de ser das pessoas. Para constituir estes modos de conformação do sujeito, o capitalismo tem desenvolvido, ao mesmo tempo, e sempre em busca de consolidar a sua própria hegemonia, mais de um discurso, mais de uma forma de controle social, mais de uma episteme, mais de uma racionalidade. Gerando, em decorrência disso, mais de um estilo de vida, mais de uma mentalidade, mais de uma modalidade de subjetividade, sempre visando educar e conformar as distintas classes e agrupamentos das sociedades modernas. O capitalismo é um regime contraditório, com modos disjuntivos de socialização, tanto pela convivência com a luta de classe, com regimes republicanos ou com monarquias constitucionais onde a possibilidade do contraditório costuma ocorrer, quanto também por motivos inerentes à sua própria lógica de funcionamento.

As teses sobre a sociedade do controle (Foucault, 2008) ou sobre o “homem unidimensional” (Marcuse, 1969), segundo minha análise, precisam ser confrontadas com investigações históricas que busquem compreender como e por que, mesmo dentro destas estruturas totalitárias, se desenvolvem pensamento crítico e práticas em desacordo com o dominante. Uma destas possibilidades de resistência foi apontada pelo marxismo, que indicava a luta de classes como sendo uma maneira de variação das experiências existenciais das pessoas sobre o capitalismo e, portanto, um modo pelo quais as pessoas constituiriam racionalidades, práticas e instituições dissidentes da lógica de mercado. Ou seja, dentro de toda sociedade capitalista existe a possibilidade de haver modos de conformação de sujeitos anticapitalistas; sujeitos a favor da solidariedade, do direito; sujeitos tendentes a valorizar o 48

Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil

espírito comunitário e coletivo. A luta contra a ditadura, no Brasil, teve um caráter de busca da democracia, mas também de direitos sociais. O SUS é produto desta capacidade de setores da sociedade de se desgarrarem da hegemonia da lógica de mercado e de construírem utopias concretas, como foi o caso do direito à saúde.

No entanto, ao longo dos últimos 50 anos, houve também outras linhas de institucionalização e de conformação de modos de ser e de pensar que favoreceram a heterogeneidade dos sujeitos e que interessam à reprodução do mercado e da sociedade capitalista.

Desde o final dos anos 1980, o capitalismo estimulou o espírito empreendedor de seus cidadãos como antídoto ao protecionismo dos direitos sociais por meio de políticas públicas e da intervenção do Estado. Ao invés de estado de bem-estar, luta individual insana para vencer, para garantir recursos para si mesmo e para a própria família. Um modo de conformação voltado para formar sujeitos empreendedores, o investidor individualista com liberdade para negociar e explorar o trabalho alheio, o trabalhador “livre” da amarra de direitos trabalhistas e lançado ao mercado para aumentar seu “capital humano”. Uma mentalidade liberal com horror a qualquer forma de controle coletivo, inclusive aquele realizado pelo Estado ou pelas leis. Em grande medida, uma reatualização do discurso de Adam Smith (1988).

Esse modo de conformação de mentalidade e de comportamento, originalmente, serviu como uma luva para a conformação do sujeito empresário, entretanto, pouco tinha a dizer ao operário, ao assalariado e/ou ao pequeno produtor que deveriam adaptar-se à disciplina, acostumar-se a obedecer ao chefe, a viver em organizações (empresas) com centralização de poder. A vida repetida e disciplinada; a ética do trabalho; o trabalho parcelar, sem sentido para além do salário, treino para o adiamento do prazer, para a espera da aposentadoria. O capitalismo precisou formar um exército de “colaboradores” disciplinados, educados e conformados; o sujeito da disciplina, o sujeito conforme as instituições. Entretanto, o neoliberalismo estendeu o discurso do sujeito empreendedor para toda a sociedade, tratando de implementar “reformas” que desconstruíram as instituições voltadas para assegurar direitos sociais e proteger o interesse público.⁴⁹

Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil

Contudo, a necessidade de realização das mercadorias produzidas mediante a expansão dos mercados internos exigiu a constituição de outro estilo de sujeito: o sujeito do hedonismo, do consumismo, da fruição do prazer de alimentar-se, de viajar, de exercício da sexualidade, de vestir-se conforme a moda; a estetização da vida cotidiana, um estilo voltado não somente para a aristocracia, mas para grande parte da humanidade (Marcuse, 1997).

Esses dois modos de conformação de sujeitos no regime capitalista neoliberal – o sujeito empreendedor e o sujeito do consumo – debilitaram a noção de sujeito do direito e de cidadania no Brasil contemporâneo. Como não houve política habitacional decente nas últimas décadas, o acesso à casa própria, por exemplo, realizou-se, para a maioria, mediante a prática sistemática da autoconstrução, da ocupação de terrenos, da construção de bairros sem planejamento coletivo e recursos urbanos básicos. A competição pelo lugar no mercado de trabalho também estimulou a dedicação fanática à empresa e o trabalho sem limite de horário etc.

Nesse contexto, o direito à saúde passou a confundir-se com o acesso aos procedimentos médicos e a medicamentos. O direito à saúde tendeu a confundir-se com um tipo de acesso que tanto pode se realizar por serviços públicos como pela aquisição direta ou indireta de seguro privado por cada pessoa.

A terceira hipótese desesperada é a de que não há no horizonte nenhum projeto político que se proponha explicitamente a enfrentar o conjunto de impasses crônicos que limitam e restringem a plena constituição do SUS e do direito à saúde. Os projetos governamentais, e mesmo aqueles de vários movimentos sociais, são focais e parciais; em geral, abandonam a pretensão de construção integral e ampla do SUS. As exceções a esse hábito têm sido algumas resoluções de tradicionais entidades da reforma sanitária – particularmente, Cebes e Abrasco – que ainda ousam analisar com destemor e sugerir caminhos alternativos para os impasses estruturais, de financiamento e dos modelos de organização e de cuidado do SUS.

Há, portanto, vários obstáculos à plena constituição do SUS.⁵⁰

Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil

Serão tantas as transformações ainda por fazer, que poderemos afirmar a necessidade de reconstruir-se um amplo movimento de reforma sanitária capaz de reinventar o SUS Brasil, uma utopia possível. Um projeto que somente adquirirá concretude se for construído por amplo movimento da social em defesa da democracia e da justiça social.

Por isso, este ensaio é somente um ensaio, baseado em evidências, mas também na intuição política do autor. Minha intuição precisará ser criticada, repensada para que haja a constituição de um projeto coletivo que intua sobre nossas possibilidades de futuro. Pergunto aos céticos (em alguma medida, inclusive, a mim mesmo): lograremos, apesar de todos os pesares, compor um bloco político que, na medida em que se constitua, vá construindo um projeto sistêmico de transformação do “SUS realmente existente” em um SUS Brasil? Um bloco policlassista, com diversos grupos de interesses, trabalhadores da saúde, sociedade civil, intelectuais, estudantes, professores, gestores, partidos e agrupamentos políticos?

Um dos elementos singulares sobre a criação e implantação do SUS e a consolidação de um novo pensamento sobre saúde, refere-se, exatamente, à grande influência que um segmento específico da sociedade civil – no caso, o Movimento Sanitário – teve sobre esse processo. Foram seus integrantes, intelectuais e entidades que elaboraram, em traços gerais, a política, as diretrizes e, até mesmo, o modelo operacional do SUS.

Ressalta-se que a base material sobre a qual se apoiaram esses sujeitos foi a existência de uma razoável rede de organizações públicas com existência prévia a do SUS. Refiro-me à Fundação Oswaldo Cruz, ao Instituto Butantã, à rede de laboratórios estaduais, às universidades públicas – particularmente, as escolas de Saúde Pública e departamentos de preventiva em medicina e enfermagem, de pediatria e de psicologia social -, e ainda redes de atenção básica em estados, como em São Paulo, e no Ministério da Saúde (Fundação Nacional de Saúde). Grande parte dos ativistas desse movimento era de profissionais, pesquisadores, docentes ou estudantes de alguma dessas organizações. Ainda durante os anos 1980, o Movimento Sanitário aproximou-se de deputados constituintes e de gestores públicos, influenciando-os quanto à legislação e ao ordenamento legal do sistema.⁵¹

Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil

Por que motivos subjetivos esse segmento da classe média se meteu em fazer política, atuando para além de suas obrigações institucionais e dos seus interesses corporativos? Seria possível, no terceiro milênio, assistirmos à ressurreição modificada desse espírito de importar-se com o outro, com o destino coletivo? Ocorreu uma ida à periferia, um deslocar-se de profissionais de classe média em direção ao povo. Havia objetivos políticos, a conquista da democracia, de direitos sociais, mas havia também uma preocupação com a saúde: construir a rede básica, experimentar modelos de gestão democrática e de participação comunitária.

O Movimento Sanitário conseguiu elaborar um sofisticado projeto de mudanças para as políticas públicas de saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituinte, em 1987/88, podem ser consideradas como o cadinho que unificou todas estas tendências.

A partir dos anos 1990, tratou-se de dar realidade ao projeto já então transformado em lei. Grande parte da cultura organizacional e sanitária do SUS foi importada de países socialistas ou daqueles com políticas sociais de bem-estar, entre eles os sistemas nacionais de saúde da Inglaterra, de Cuba, do Canadá, da Itália, da Espanha e de Portugal. Todos influenciaram a construção do SUS. Exigiu-se, então, uma postura prática, pragmática e que implicava em uma aproximação do Movimento Sanitário com gestores do futuro Sistema. Ainda durante os anos 1990, houve a necessidade de se debruçar sobre a regulamentação desse novo Sistema: imaginar um desenho organizacional, redes de atenção preventiva e clínica; criar responsabilidade sanitária e distribuição de unidades com base territorial; hierarquizar a oferta com ênfase na Atenção Básica concomitante à redefinição do papel dos hospitais. Mais um desafio foi viabilizar e regularizar as fontes e linhas para financiamento do Sistema.

Outra vertente do Movimento Sanitário valorizou a crítica teórica, buscando não somente extensão de cobertura assistencial, como também recompor os paradigmas tradicionais da medicina e da saúde pública. Desse esforço surgiu a área de Saúde Coletiva. Uma característica singular de nosso sistema é a de ter desenvolvido uma extensa crítica ao modo tradicional de fazer-se gestão e atenção em saúde. Dessa crítica surgiram propostas concretas inovadoras, transformadas em política oficial.⁵²

Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil

Apesar do contexto social desfavorável aos movimentos sociais, no caso da saúde brasileira, verificou-se que o próprio funcionamento do SUS, ao gerar empregos, salários e lugar institucional para que milhares de profissionais construíssem sentido e significado para suas vidas, permitiu, a um importante contingente de pessoas, combinar trabalho regular com militância social. Alguns projetos e programas do SUS têm operado como se fossem imensas “ONGs sem fronteiras”, que atraem idealistas e convertem desencantados, assegurando-lhes tanto a sobrevivência material quanto convivência social. Durante os últimos 20 anos, os programas de DST/AIDS e de Saúde Mental, os movimentos de Promoção e Humanização da Saúde, bem como os setores de Saúde da Família, Vigilância e Saúde Ambiental transformaram-se em espaços de ativismo social, tanto para setores da sociedade civil quanto para profissionais. Essa combinação tem, inclusive, atenuado, em alguma medida e em algumas ocasiões, o corporativismo estreito tão típico ao sindicalismo brasileiro.

Por outro lado, observa-se que, nos últimos 15 anos, o principal protagonismo de defesa de aspectos fundamentais à construção do SUS tem ficado a cargo das associações e conferências de gestores.

O desafio contemporâneo é, portanto, duplo: haveria que se recompor um novo movimento sanitário com um novo projeto de institucionalização da política pública de saúde.

Analisarei alguns dos impasses contemporâneos e os meios para superá-los, informando que isto se trata mais de um estímulo ao debate do que de diretrizes pétreas em que haveria que se confiar cegamente.

Há quase um consenso sobre a necessidade de mais recursos financeiros para o SUS, mas esse entendimento se rompe quando o assunto é o que fazer com qualquer acréscimo de orçamento para a saúde pública. Aqui seria necessária uma mudança de rumo na forma habitual como o movimento sanitário vem lutando por mais recursos para o SUS. Para que o clamor por mais recursos – 8% do Produto Interno Bruto (PIB) para o SUS Brasil! – ganhe legitimidade, me parece fundamental que esse reclame apareça junto com um projeto que especifique, com a máxima precisão possível, onde e como se pretenderia aplicar os novos recursos públicos. A reivindicação de 8% do PIB para a saúde precisa articular-se com 53

Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil

a descrição detalhada de como funcionaria o nosso SUS Brasil. Há, portanto, acredito, para ampliarmos a luta por mais recursos, o desafio de reinvenção do SUS, tanto para reforçar e consolidar o já construído, como também para ousar propor uma reforma institucional radical, que articule e integre mudanças na gestão, no modo de atenção aos usuários e ainda avance na crítica e na reconstrução do saber e das práticas em saúde.

Apesar do caráter inovador de várias medidas de reforma do modelo de gestão já incorporadas ao cotidiano do SUS – gestão participativa, fundos de saúde, colegiados interinstitucionais etc. –, elas não foram potentes para contra-arrestar o patrimonialismo, a privatização e o padrão de iniquidade do Estado brasileiro. Ao contrário de outros países, por razões particulares de nossa história, o crescimento econômico não foi acompanhado de transformações que modernizassem o Estado e o tornassem mais permeável ao controle social (Nogueira, 1998). Na realidade, o modo brasileiro de operar o Estado sempre interessou às classes dominantes, pois este regime de governo teve e continua tendo um triplo efeito de proteção aos seus interesses. Primeiro, por consolidar a tradição de que a Lei e as normas não se aplicam à elite (“aos amigos, tudo; aos inimigos, a Lei”, frase atribuída ao político mineiro Benedito Valadares, que expressa este espírito de “empreendedorismo” das classes dominantes; nem a Lei serviria de limite às pretensões e aos projetos de enriquecimento). Segundo, porque se criou um aparelho estatal e um estilo de governo essencialmente repressivo aos movimentos sociais, que se encarrega de dificultar a organização, o funcionamento e o acesso à mídia por parte de partidos e organizações vinculadas a trabalhadores e outros setores sociais dominados. Quando a força não logra o controle social, usa-se o Estado como estratégia para a cooptação de lideranças e mesmo de amplos setores sociais em oposição ao *status quo*. E, em terceiro lugar, o Estado tem funcionado para facilitar que setores da elite realizem uma apropriação privada de fundos públicos, seja por meio da corrupção ou da privatização de supostas políticas sociais, com supostos objetivos de redistribuição de renda (Souza, 2000).

Essa histórica integração entre Estado e negócios tem impedido a modernização do governo, da burocracia e dos serviços públicos em geral, característica que explica a maior parte da ineficiência e da baixa efetividade das ações estatais. Em vários momentos de nossa história 54

Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil

houve movimentos contra a corrupção e o uso privado da coisa pública, entretanto, estes movimentos não conseguiram alterar a natureza dessa relação promíscua entre Estado e grupos privados. Vários desses embates redundaram apenas na troca dos grupos de interesse no comando do governo e de políticas públicas, não alterando a natureza do Estado brasileiro (Souza, 2000). Como ressaca, em geral, aparecem novas regras burocráticas que somente reforçam a ladainha conservadora sobre uma suposta “natureza emperrada” da ação pública. Na saúde, esse padrão de governo tem impedido a elaboração de planejamento com base em necessidades e problemas de saúde e predominam projetos aprovados por interesses políticos. Os cargos de gestão, inclusive de serviços locais, são tidos como cargos de confiança, predominando a escolha política e sem fundamentação na capacidade sanitária e de gestão.

Pois bem, advogo que o SUS ainda necessita de uma ampla reforma administrativa e organizacional, e que, portanto, as inovações contidas na Lei Orgânica da Saúde e em leis e decretos posteriores não foram suficientes para proteger o SUS do caráter clientelista, privatista e ineficiente do Estado brasileiro.

Uma diferença radical na organização do SUS em relação aos sistemas públicos foi o grau de descentralização adotado no País. Aqui, optamos por considerar o município como núcleo básico organizacional do sistema. O funcionamento sistêmico seria garantido pela atuação integradora das Secretarias de Estado e pelo Ministério da Saúde (MS). O resultado desta opção gerou efeitos paradoxais, tanto propiciando a existência de experiências exitosas em municípios com contexto favorável – o que serviu como efeito demonstrativo de que o modelo SUS era possível e efetivo – quanto também instalando uma fragmentação do sistema, já que cada município tem autonomia para definir sua própria política de gestão e de atenção à saúde. Esta construção municipal do SUS tem gerado iniquidade, desigualdade e comprometido a sustentabilidade do SUS como um todo e mesmo das redes locais (Mendes, 2013).

A essa forma de fragmentação decorrente da dificuldade de integração em rede das políticas, dos programas e dos serviços federal, estaduais e municipais, somou-se ainda uma antiga fragmentação típica da tradicional saúde pública brasileira, que atuava com programas focais, 55

Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil

voltados, cada um, para um tipo de risco ou de enfermidade, e que foi ampliada ao longo da existência do SUS.

Ao SUS restou o desafio de compor um sistema com milhares de modos de governar em cada local e estado, e ainda tentar compor isto com duas centenas de programas sanitários que funcionam com regras e padrões de financiamento e de prestação de contas diferentes. Formava-se uma nova Torre de Babel. Quem, que organismo, que gestor, que conselho teria governabilidade para unificar estes pedaços do Estado com grande grau de autonomia de planejamento, de tomada de decisão e de gestão tão ampliado?

Funcionamento sistêmico depende de coordenação e de forte interligação entre os pontos da rede. No caso, integração entre os vários sistemas municipais de saúde, programas e redes de atenção diferentes, desconectadas e inventadas por cada novo governante em exercício. Isto sem contar a tradição brasileira, típica dos países em que a atenção à saúde é regulada pelo mercado, de funcionamento isolado entre os milhares de serviços e equipes de saúde. O papel de coordenação e de unificação desse mosaico caberia ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde.

Essa doutrina, na prática, não vem produzindo efeitos suficientes para uma adequada governança do SUS. E isto se dá apesar de o SUS, para integrar entes federados autônomos (União, estados e cidades) em um sistema único, tenha criado arranjos organizacionais inovadores para a secular tradição dos serviços públicos brasileiros. Ressalta-se a invenção de novos mecanismos de cogestão entre estes entes federados: a gestão colegiada, que deu origem à Comissão Tripartite de âmbito nacional; às Comissões Bipartites, com governabilidade sobre projetos em cada estado; e, mais recentemente, às Comissões Regionais de Saúde, que reúnem todos os dirigentes municipais de uma macrorregião com delegados do governo estadual. Apesar da criação desses espaços de deliberação participativa, observou-se uma tendência do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado em utilizar mecanismos de repasse financeiro para induzir a adesão dos municípios a determinados programas e prioridades. É ainda muito recente a tentativa de introduzir-se a metodologia dos contratos ou de pactos de gestão entre os entes federados. Apesar destes esforços, contudo, a integração sistêmica ainda é baixa no Brasil.⁵⁶

Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil

Agravou ainda mais a fragmentação do SUS e, portanto, a baixa governança, a privatização direta ou indireta da gestão de serviços e de redes municipais, apresentada como solução conservadora e liberal, supostamente potente para resolver os impasses da administração pública. Com isto, criaram-se, dentro de um mesmo território municipal, agentes gestores com importante grau de poder e autonomia para definir estratégias de cuidado e política de pessoal, entre outras coisas. Vale ressaltar que, desde a constituição do SUS, ao contrário do que ocorreu na implementação de outros sistemas nacionais de saúde, optou-se pela compra de serviços a hospitais e ambulatórios privados e filantrópicos, sob os quais os gestores têm baixa capacidade de controle e quase nenhuma governabilidade. Em decorrência disso, ao longo de toda a história do SUS não se conseguiu integrar estes serviços conveniados e contratados à rede de saúde e tampouco foi possível que adotassem normas e práticas recomendadas pelo sistema.

Bem, com todo esse processo de fragmentação, de privatização e de descentralização comprometeu-se o funcionamento sistêmico e integrado da política de saúde. O processo de municipalização na saúde foi competitivo e não solidário (Mendes, 2013). O SUS, hoje, é um mercado imperfeito, um mosaico ingovernável em que mais de oito mil agentes de produção em saúde, com diferentes modalidades organizacionais – secretarias municipais, estaduais, redes e programas do Ministério da Saúde, milhares de Organizações Sociais, Hospitais Universitários, privados e filantrópicos – e com autonomia relativa para definir suas prioridades, modelos de atenção, de gestão e de política de pessoal, operam com baixo grau de planejamento, com subfinanciamento, sobreposição de papéis e de responsabilidade, compondo um caos de governança impossível.

Duas das consequências nefastas desse processo de fragmentação foram a precariedade das políticas de pessoal e a inadequação das estratégias de gestão no SUS. A fragmentação não é a única causa para a péssima gestão nem para a péssima política de pessoal do SUS, entretanto, neste caos, diluiu-se a responsabilidade de estados e da União, delegando-se aos municípios tarefas impossíveis de serem levadas a cabo ao nível local e de maneira isolada. Produziu-se, com isto, uma cultura da improvisação, de precariedade e de maltrato em relação aos profissionais de saúde e ao cuidado dos usuários. Infelizmente, esse padrão de simplificação, de estratégia da precariedade, estendeu-se também para infraestrutura, equipamentos e modelo de atenção e de cuidado.⁵⁷

Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil

Gostaria de indicar algumas estratégias para o SUS Brasil, para concretizar esse debate em caminhos concretos: uma utopia possível?

O SUS Brasil deveria superar a fragmentação, a privatização, a inadequação da política de pessoal tendo como núcleo organizacional as Regiões de Saúde.

Constituir o SUS Brasil: uma autarquia especial integrada pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Todos os serviços de saúde de caráter público, bem como contratos e convênios de todos os entes federados passariam a esta autarquia especial. Constituir a autarquia com modelo organizacional e de gestão próprio e específico conforme as singularidades e características da área da saúde.

O SUS Brasil seria organizado por Regiões de Saúde. As Regiões de Saúde fariam a gestão de uma rede de atenção integral à saúde. Todos os serviços públicos teriam um modelo organizacional autárquico, que valeria para atenção básica, redes de atenção, organizações sociais, fundações privadas, etc. O fim da privatização e a invenção de um novo modelo público de organização e de gestão!

Todos os profissionais de saúde que trabalhassem no SUS passariam à gestão da autarquia especial por dois caminhos: optariam livremente por integrar as novas carreiras do SUS Brasil ou seriam cedidos por municípios, estados, universidades para o efetivo exercício no SUS Brasil. Seriam criadas carreiras profissionais para o SUS Brasil. Carreiras multiprofissionais organizadas pelas grandes áreas de cuidado do SUS: atenção básica, vigilância à saúde, urgência e emergência, atenção hospitalar e especializada, e outros agregados a serem definidos. O ingresso seria por concurso por estado da Federação (ou talvez por Região de Saúde?), havendo possibilidade de progresso por mérito e mobilidade antes de novos concursos. Os servidores já concursados por entes públicos poderiam optar por ingressar na nova carreira como quadro em extinção.

Para evitar a burocratização e limitar o predomínio de interesses privados no SUS Brasil, seria ampliado e valorizado o sistema de cogestão e de gestão participativa. O Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Tripartite fariam o planejamento e a gestão do SUS Brasil, valendo-se de gestores do Ministério da Saúde, da Secretaria

Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: o SUS Brasil
Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. O mesmo modelo seria adotado nos estados e nas Regiões de Saúde.

- Ainda para diminuir a interferência política partidária no SUS Brasil, todos os cargos de gestão de serviços e de programas deixariam de ser de livre provimento pelo poder executivo e passariam a depender de seleção interna oferecida aos profissionais do SUS Brasil, mediante processo de seleção pública.
- Seria criada a autoridade sanitária e o corpo técnico para as Regiões de Saúde. O Secretário Regional de Saúde seria indicado pelo Conselho Regional de Saúde, obedecendo os pré-requisitos técnicos, sanitário e a capacidade de gestão dos candidatos.
- Tudo isto, para garantir a devida atenção em saúde aos brasileiros, ampliando o financiamento para 8% do PIB, a ser gasto em investimento prioritário para a expansão da Atenção Básica para 80 a 90% dos brasileiros. E para garantir equipe básica de qualidade com médico, enfermeiro e apoio matricial multiprofissional para o conjunto dos brasileiros. A Atenção Básica não se destina somente a populações pobres, mas trata-se de uma estratégia para resolver 80% dos problemas de saúde, mediante cuidado personalizado e que implique em abordagem clínica e preventiva. Para isto, será necessário melhorar a qualidade da Atenção Básica: melhor infraestrutura e integração com hospitais e serviços especializados e ampliar a liberdade das famílias, garantindo-lhes a possibilidade de escolher a qual equipe se vincular em uma dada região.

Estima-se a necessidade de 200 novos hospitais gerais em regiões carentes. Para construí-los e equipá-los serão necessários R\$ 10 bilhões, e o custeio anual exigirá orçamento semelhante. A recuperação e a reorganização da precária rede já existente custarão outros R\$ 20 bilhões anuais. Haveria ainda que ampliar-se o gasto com a Vigilância em Saúde, controlar epidemias, drogas, violência. Para isto, outros R\$ 5 bilhões/ano. Enfim, vamos tornar possível a utopia do SUS Brasil!59

Referências

CAMPOLINA, B.; SILVEIRA, F. G. A heterogeneidade estrutural e consumo de massas no Brasil. In: CASTRO, I. S. B. de (Org.) *Novas Interpretações desenvolvimentistas*. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado, 2013.

FAORO, R. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. 2ª ed. Porto Alegre, Globo, 1975.

FOUCAULT, M. *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo, Martins Fontes, tradução Eduardo Brandão; 2008.

GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. *Twenty years of health system – Reform in Brazil – An assessment of the SUS*. Washington, DC, The World Bank; 2013.

MARCUSE, H. *Eros & Civilização: Uma interpretação filosófica do pensamento de Freud*. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, tradução Álvaro Cabral; 1969.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Est.Av*, vol. 27, n. 78, 2013, pp. 27-34.

MOSER, B. *Clarice, uma biografia*. São Paulo: Cosac Naify, tradução de José Geraldo Couto, 2009.

NOGUEIRA, M. A. *As possibilidades da Política: ideias para a reforma democrática do Estado*. São Paulo, Editora UNESP; 1998.

SMITH, A. *A Riqueza das Nações: Investigação sobre sua Natureza e suas Causas*. 3ª Ed. São Paulo, Nova Cultural, tradução Luiz João Baraúna, 1988.

SOUZA, J. A. *Modernização Seletiva: uma reinterpretação do dilema brasileiro*. Brasília, Editora Universidade de Brasília; 2000.

TEMPORÃO, J. G. A tensão entre o ideário e a proposta real em construção de uma política de saúde no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, vol. 7, n. 1, 2007, pp. 9-19.