

O Sistema Único de Saúde: a síndrome da dualidade

AMÉLIA COHN

é socióloga, professora do Departamento de Medicina Preventiva da FM-USP e pesquisadora do Cedec.

AMÉLIA COHN

J á na década de 50 é publicada a célebre obra de Jacques Lambert intitulada *Os Dois Brasis*, apontando para a característica de nosso país de ser uma sociedade crivada pela então tida como uma absoluta dicotomia entre o Brasil moderno e o Brasil atrasado. Tal obra pertencia à escola de pensamento vinculada à concepção de que a modernização da sociedade brasileira estava se processando através de enclaves modernos (os núcleos urbanos, sobretudo do Sudeste do país) numa sociedade atrasada, e que esses enclaves pela ausência de uma articulação com os setores mais atrasados da sociedade não conseguiam se espriar e produzir efeitos em cascata de modernização daquelas áreas atrasadas. Em resumo, tratava-se de apontar como, imperando a lógica então vigente de se pensar o desenvolvimento do país, vale dizer da modernização da sociedade brasileira, a clivagem entre o atrasado e o moderno (entre o urbano e o rural, portanto) não seria superada.

Já as décadas de 50, 60 e 70 caracterizaram-se pela produção de uma vasta literatura sobre a questão do desenvolvimento brasileiro que apontava na direção de mostrar que essa aparente dicotomia entre o atrasado e o moderno na realidade consistia numa articulação entre ambas tendo como lógica imperante exatamente o fato de que o atraso exatamente sustentava e permitia o moderno, sendo este promovido à custa daquele. São os estudos sobre desenvolvimento e subdesenvolvimento, a maior parte deles inspirados na concepção cepalina de desenvolvimento, caracterizada sobretudo pela ênfase dada ao Estado como agente por excelência modernizador da sociedade. Corresponde, portanto, ao período em que impera a concepção de Estado desenvolvimentista, valendo destacar que o que se buscava era quebrar o “círculo virtuoso da pobreza”, transformando-o num círculo virtuoso.

Todos os estudos, porém, independentemente das escolas de pensamento a que se filiam, apontam e denunciam as enormes desigualdades sociais que imperam historicamente no país, atribuída sua origem à herança do Brasil colônia e da economia extrativista-escravagista dos ciclos econômicos, e seus determinantes selando o destino do posterior desenvolvimento econômico do país, marcado pelos enclaves econômicos e sociais. A depender da época e das crises cíclicas de nossa economia, enfatizava-se a discrepância regional, entre o urbano e o rural, e/ou entre ricos e pobres. No entanto, um traço comum e permanente dessa literatura ao longo da história reside exatamente na onipresença, embora sempre analisada de diferentes ângulos, dessa discrepância de várias ordens e naturezas presente em nossa sociedade.

Daí não ser de estranhar, uma vez que foi exatamente inspirado nessa literatura, o título deste artigo. Trata-se, aqui, de se pensar se a proposta do Sistema Único de Saúde efetivamente vem seguindo as diretrizes que constitucionalmente lhe conferiram determinadas características. Dentre estas, a da universalidade e a da equidade de todo cidadão ao acesso à atenção à saúde, concebida como um direito de cidadania e um dever do Estado.

Em consequência, o que se irá buscar verificar nas seções que seguem é até que ponto a implementação do Sistema Único de Saúde vem obedecendo aos preceitos constitucionais, o que nesse caso significa instituir a equidade e a universalidade do direito à saúde superando ou pelo menos apontando para a superação das dualidades que marcam nossa realidade.

ALGUMAS DAS HERANÇAS QUE O SUS CARREGA

Como o propósito aqui não é o de desenhar um balanço quantitativo do que vem sendo feito no que diz respeito ao SUS, mas apresentar alguns elementos que permitam compreender em que direção a sua implementação se orienta, faz-se necessário resgatar não a história propriamente da sua formulação, mas sim as principais concepções que a orientaram.

A primeira delas, e que merece destaque, diz respeito à concepção propriamente política da reforma sanitária brasileira (1), sobretudo no que se refere ao entendimento que ela expressava em termos do papel da saúde no processo mais amplo de reforma social e do Estado. Neste ponto, cabe registrar que a concepção de Estado que inspirava o movimento sanitário era exatamente aquela do modelo do Estado desenvolvimentista. Em consequência, reformar o sistema de saúde consistia em reformar o Estado, tomando-se este como o grande agente modernizador da sociedade brasileira. Em termos da tradução política desse processo, o que se tem é, liderado pelo Partido Comunista Brasileiro, uma dinâmica concomitante de ao mesmo tempo que se formulava um arcabouço institucional para a saúde, que acabou redundando na proposta do SUS, implementava-se a estratégia de “ocupação de espaços estratégicos no interior do aparelho de Estado” como mecanismo de se fazer avançar a implementação dos passos iniciais que dariam condições para viabilizá-lo.

Dentre esses passos destacam-se no

mínimo três. O primeiro deles, o de se fazer avançar a descentralização da saúde, para o que havia como condição necessária deparar uma das cabeças do(s) sistema(s) de saúde então vigente(s): aquela que tinha como suporte o maior volume de recursos para se financiar a assistência médica, e que consistia no sistema previdenciário dessa assistência, vale dizer, os extintos INPS e Inamps. Como corolário, na década de 80, assiste-se a uma progressiva descentralização da prestação dos serviços de saúde para estados e municípios, sobretudo no que diz respeito à assistência médica previdenciária (2).

Decorrente daquela primeira concepção, os militantes da reforma sanitária entendiam que o poder local – leia-se o município – possibilitaria um maior controle da sociedade sobre as políticas de saúde, fazendo com que estas se tornassem mais adequadas às reais necessidades de saúde da população, e o Estado mais permeável às demandas sociais. No entanto, e isso terá repercussões posteriormente, como se verá, tendo em vista a adesão ao modelo do Estado desenvolvimentista, a ênfase dada ao processo de descentralização consistia em conceber e defender mecanismos de descentralização com ênfase somente no poder Executivo, deixando-se para segundo plano os demais poderes e o tão onipresente nos discursos da época “controle social”. E, de fato, os estudos sobre descentralização e *good governance* na área da saúde efetivamente concentram suas atenções às iniciativas dos governos locais, concebidos estes como restritos ao Executivo local.

Reside nisso uma das inúmeras tensões do processo de construção do SUS no Brasil, que consiste em ao mesmo tempo que se faz a defesa da descentralização como o mecanismo por excelência de democratização da saúde, entende-se esta como de iniciativa pertinente fundamentalmente do Executivo, em que pese a ênfase sempre dada no exercício do que a grande maioria dos reformistas sanitários denominava de “controle social”. Em consequência, concebiam-se – e em parte até hoje se concebe –

1 Sobre o movimento da reforma sanitária brasileira, ver: Escorel; Elias; Cohn.

2 A literatura a respeito é bastante vasta e trata da questão das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (Suds).

o local (e portanto a descentralização) como sinônimo de democratização; e, em contrapartida, o nacional como sinônimo das perversões do sistema de saúde então vigente, e portanto do autoritário.

Ao mesmo tempo, durante a década de 80, culminando na Constituição de 88, o que caracteriza um segundo passo, conceberam-se os Conselhos de Saúde como canais privilegiados de participação social, vale dizer, do exercício do controle social. As Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) contavam com conselhos nacionais e até locais e distritais, bem como o SUS conta hoje com os conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais, e em vários casos com os dos serviços de saúde. De qualquer forma, porém, era o nível local aquele considerado como o *locus* por excelência da participação social, e portanto da democratização da saúde. À época, e a bem dizer até os dias atuais, são poucos os estudos e documentos sobre as políticas de saúde no Brasil que alertam para o perigo de se tomar como sinônimos descentralização e democratização da saúde e, embora mostrem que a descentralização traz consigo elementos que favorecem a democratização da saúde, mostram também que ela não a garante.

Uma terceira dimensão vai no sentido de enfrentar exatamente as desigualdades sociais brasileiras, no que diz respeito tanto a indicadores socioeconômicos de distribuição de equipamentos públicos e privados de produção de serviços de saúde, como ao perfil de saúde da população, e que cabe ao Estado, via SUS, responder. Neste caso, ganha destaque na implementação do SUS o desafio da mudança de modelo de atenção, o que significa transformá-lo de um modelo de atenção médica, isto é, de um modelo de prestação de serviços essencialmente de assistência médica, para um modelo de atenção integral à saúde. E, claro está, com severas repercussões sobre a lógica de financiamento e pagamento da prestação de serviços de saúde à população.

Talvez resida nessa última dimensão o desafio mais complexo das heranças que a

implantação do SUS teria que se propor a enfrentar. Isso porque ela não só implica reverter a lógica de repasse de recursos entre as esferas de governo para a prestação de serviços de saúde, como também construir um novo modelo de atenção – agora tendo como parâmetro fundamental a saúde e não mais a doença – para o qual os equipamentos de saúde públicos e privados conveniados com o SUS disponíveis não são adequados, nem os profissionais de saúde da rede pública tecnicamente preparados para tanto.

Daí a ênfase que vem sendo dada, sobretudo a partir da segunda metade da década de 90, a questões como a da universalização da atenção primária através dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF), sobretudo nas regiões mais pobres do país, com destaque para a Região Nordeste e, no seu interior, o Ceará, em que pese o fato de serem programas nacionais. Da mesma forma, ganha destaque a questão da humanização do atendimento à saúde, associada à da sua integralidade, o que basicamente significa garantir a equidade no acesso da população aos serviços de saúde segundo suas necessidades. Mas como isso significa, na sua essência, enfrentar exatamente os vieses estruturais do sistema de saúde “anterior” e promover uma reforma do Estado, fica a questão de até que ponto o SUS, ao trazer consigo essas heranças, não estaria fadado a se configurar como uma mera readaptação atualizada aos constrangimentos econômicos e sociais de nossa realidade do que propriamente a uma mudança radical da lógica que vinha até então prevalecendo.

A IMPLANTAÇÃO DO SUS: UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO

Uma análise mais acurada das políticas sociais no Brasil, numa perspectiva histórica, traz à tona uma de suas características, talvez a mais perversa delas: independentemente dos regimes políticos e dos gover-

nos, na sua essência traduzem-se em políticas não de combate às desigualdades sociais, mas de reprodução dessas desigualdades. E isso ocorre exatamente pelo fato de a área social não ter enfrentado, de forma consequente, inclusive nos tempos atuais, a reestruturação de sua lógica de financiamento e de atuação.

Dentre essas características que se pode denominar de estruturais, e agora referindo-se exclusivamente à área da saúde, destaca-se a lógica de seu financiamento: ainda herdeira da concepção desenvolvimentista de Estado, mas noutra conjuntura em que o desenvolvimento econômico não possibilita oportunidades e mecanismos de mobilidade social ascendente via trabalho, recursos para o setor são dependentes da lógica macroeconômica das políticas governamentais. Dessa forma, recursos adicionais, sobretudo para este setor eminentemente “gastador”, tal como no passado são dependentes de taxações extras, como a CPMF, Cofins, para não mencionar tantos outros. Nesse sentido, talvez a PEC/96, recém-aprovada e sancionada, represente no futuro a oportunidade de a saúde contar com uma fonte estável e regular de recursos, restando somente a outra questão: mecanismos que garantam que os repasses federais para as demais esferas de governo sejam efetivamente realizados também de forma regular e estável (o que implica que os estados também o façam).

Em consequência, a descentralização da saúde, ditada pela lógica de seu financiamento, por sua vez ditada pela lógica macroeconômica, vem se dando de forma não só vertical, do nível nacional para o estadual e o municipal, como estreitamente regulada e normatizada por aquele, uma vez que é a esfera federal aquela que detém e controla os recursos financeiros para o setor. Estabelece-se assim uma contradição, em que do ponto jurídico-legal e de seu arcabouço institucional, tal como definido constitucionalmente, o SUS é definido como um sistema único e descentralizado de saúde, quando na verdade vem se configurando como um sistema único desconcentrado de saúde, na medida em

que a autonomia das esferas de governo sobretudo municipais está restrita e rigidamente controlada pelo nível central.

Nesse período mais recente, da década de 90, as Normas Operacionais Básicas (3), de iniciativa do Ministério da Saúde, expressam de forma límpida esse fenômeno. Destinavam-se a regulamentar as modalidades de descentralização através da classificação da inserção dos municípios em distintos graus de autonomia frente ao governo central quanto à responsabilidade municipal – e consequente autonomia – na gestão de seu sistema local de saúde. E de fato, em dezembro de 2000, segundo dados do próprio Ministério da Saúde, 99% dos municípios brasileiros já estavam inscritos nesse novo modelo, enquanto somente 8 dos 27 estados estavam habilitados e mais 6 em processo de análise de suas solicitações pelo ministério (4).

De fato, um balanço das modalidades de habilitação dos municípios por estado, segundo dados oficiais de dezembro de 2000, aponta para duas tendências que confirmam a análise anterior. Segundo a NOB/SUS 01/96, há duas modalidades de habilitação: a Plena de Atenção Básica e a Plena do Sistema Municipal. Como o próprio nome esclarece, a primeira significa que o município ganha autonomia somente e tão-somente para gerir seu sistema de atenção básica, vale dizer, a atenção de primeira linha, sem ingerência sobre os demais equipamentos de prestação de serviços de saúde de maior complexidade, como o sistema hospitalar, por exemplo. Já a segunda significa que sob responsabilidade do município abrange a gestão de todo o sistema local de saúde, incluindo aí a relação que estabelecerá com o setor privado (lucrativo e não-lucrativo) de prestação de serviços.

Diante dessas normas, verifica-se que exatamente nos estados das regiões mais pobres do país o percentual dos municípios habilitados na modalidade gestão plena da atenção básica atinge um valor muito maior do que nos demais casos. Peguemos dois exemplos extremos: Piauí comparece com 100% dos seus municípios habilitados, sen-

3 As Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB 01/93 e NOB 01/96), como o próprio nome traduz, regulamentam competências dos municípios em termos de graus diferenciais de sua autonomia frente à esfera federal de governo para a gestão dos sistemas locais de saúde, sempre porém estreitamente acompanhadas das respectivas modalidades de financiamento para diferentes ações de saúde, além de instituir a obrigatoriedade da existência formal de Conselhos e Fundos Municipais de Saúde. A partir dessa lógica, municípios e estados solicitavam sua habilitação junto ao Ministério da Saúde na modalidade desejada, o que era referendado ou não por esta instância.

4 Interessante notar, neste ponto, primeiro a maior resistência de adesão dos estados frente aos municípios. Segundo, o fato de os municípios de maior porte, e portanto com melhores condições, dadas a disponibilidade e a complexidade de equipamentos aí existentes, terem apresentado relativa maior resistência a se habilitar segundo o jogo das NOBs do que aqueles com escassos recursos disponíveis, para os quais a habilitação representava a única oportunidade de contar com recursos federais para o atendimento à saúde de seus municípios.

do 99,55% deles na modalidade plena de atenção básica e somente 0,45 na modalidade plena do sistema municipal; já para São Paulo os percentuais são 99,7%, 74,42% e 24,65%, respectivamente.

Esses dados refletem portanto uma segunda característica do processo recente de implantação do SUS, e que agora tem a ver mais especificamente com o período que compreende a segunda metade dos anos 90, e mais particularmente a partir do final dessa década até o momento atual. Reside ela na ênfase em, num extremo, universalizar o acesso da população, sobretudo a pobre e indigente das regiões mais pobres do país, à atenção básica, e no outro buscar regular o setor privado prestador de serviços de saúde, isto é, o Sistema Supletivo de Assistência Médica. Vejamos como isso se dá.

Em primeiro lugar, verifica-se que a regulação por parte do governo central do processo de descentralização em direção aos municípios dá-se através dos instrumentos das Normas Operacionais, acima referidas, orientadas em torno de três políticas específicas voltadas para a atenção básica: o PSF, o PACS e o PAB (Piso de Atenção Básica). Com a combinação desses três programas busca-se estender a universalização do acesso da população às ações básicas de primeira linha, cada uma delas contando com linhas de financiamento específicas dentro do Ministério da Saúde, sendo que somente o PAB tem como critério de cálculo para repasse de recursos ao município o número de habitantes, constando portanto de um valor *per capita* uniforme para todo o território nacional.

A idéia que inspira a concepção desses programas consiste exatamente no fato de o perfil de morbimortalidade da população brasileira indicar que grande parte dos problemas de saúde de nossa sociedade pode ser resolvida no atendimento de primeira linha, sobretudo nas regiões brasileiras e nos segmentos mais pobres de nossa sociedade; em consequência, com a implementação dessas ações estar-se-ia racionalizando a demanda da população por serviços de saúde, uma vez que esta seria satisfeita e o problema resolvido antes de o

usuário chegar às unidades básicas de saúde, ou procurar diretamente, nos casos de maior disponibilidade tecnológica de equipamentos de saúde, os serviços de saúde de segunda linha (hospitalares).

Quanto a esses, o processo de descentralização adotado no setor acaba por deixar aos municípios e estados a incumbência pela garantia de montar uma infraestrutura de serviços de saúde de nível secundário, para não falar do terciário no caso dos grandes centros urbanos, ou a responsabilidade por garantir à população de sua abrangência o acesso àqueles níveis de atendimento, seja através de um sistema de referência e contra-referência, o que no geral implica um acerto entre municípios vizinhos ou próximos, ou através de investimentos públicos no setor hospitalar. No entanto, numa realidade em que os municípios, a não ser com raríssimas exceções como o caso do município de São Paulo, não contam com um orçamento próprio que permita fazer esse tipo de investimento, ou ainda, o que é mais frequente, não apresentam as condições concretas de saúde, de densidade populacional, entre outros, que comportem investimentos dessa magnitude. Por outro lado, a crise fiscal dos estados não favorece que invistam no segmento de maior complexidade do setor da saúde, fazendo com que se forme um hiato entre os níveis primário e secundário de atenção à saúde, comprometendo assim a integridade e a universalidade do acesso da população à saúde, um dos preceitos constitucionais do SUS.

Na outra ponta – o Sistema Supletivo de Assistência Médica – a política nacional vem se caracterizando por instituir novos instrumentos de regulação do setor, sobretudo no que diz respeito aos seguros e aos planos de saúde, através da recém-criada Agência Nacional de Saúde (ANS). Neste caso, são traçadas normas que garantam os direitos dos consumidores, recaindo as regulamentações principalmente sobre cobertura de doenças crônicas e de alto custo de atendimento. E, paralelamente, através da Agência de Vigilância Sanitária, vem sendo regulamentado controle dos labora-

tórios fabricantes de medicamentos, com destaque especial para a instituição dos medicamentos genéricos, de mais baixo custo no mercado.

Mas se essas duas linhas mestras de extensão da universalidade do acesso à saúde no nível básico e a regulamentação do nível secundário e terciário de atenção médica trabalham os extremos, por assim dizer, da gradação dos níveis de complexidade da atenção à saúde, elas não vêm sendo suficientes para contemplar o fluxo da população pelos diversos níveis de atenção segundo suas necessidades, uma vez que não vem sendo enfrentado pelas políticas de implantação do SUS exatamente o equilíbrio na integração desses três níveis – primário, secundário e terciário, para não se falar no nível quaternário, que compreende os hospitais de mais alta complexidade e densidade tecnológica, como o Hospital das Clínicas de São Paulo, por exemplo.

Para uma efetiva integração entre esses três níveis de atenção médica, para ficarmos somente até o terciário, seria necessário não só se prever investimentos no setor público estatal hospitalar, e neste caso com grande parte dos recursos provenientes do nível central e investidos no sentido de se enfrentar as crônicas desigualdades existentes na sua distribuição geográfica, mas sobretudo concentrar esforços no sentido de se buscar fundar uma outra forma de relação entre os setores público e privado no atendimento hospitalar, baseada até o momento em contratos sob a forma de convênio.

Isso significa a necessidade de se enfrentar e modificar a relação entre o setor público e o setor privado prestador de serviços hospitalares para a população adscrita ao SUS. Constitucionalmente, o setor privado hospitalar é *complementar* ao SUS, vale dizer, é parte constitutiva dele. No entanto, o Estado – nos três níveis de governo – remunera esses serviços hospitalares por serviços prestados. Isso significa que, por mais que se busque regulamentar esse setor privado produtor de serviços de saúde, continua prevalecendo a lógica da remuneração por produção, gerando assim fortes distorções na própria dinâmica de

funcionamento do SUS. E, por outro lado, igualmente não vem sendo enfrentada uma das heranças mais perversas do SUS: o fato de desde a década de 80, com as Ações Integradas de Saúde, o próprio setor público remunerar o setor público com base na produção, instituindo nessa relação a mesma lógica que tradicionalmente impera na relação setor público/setor privado de serviços de saúde: o pagamento por serviços prestados.

A confluência desse conjunto de fatores acaba por imprimir ao SUS determinadas amarras que impedem que ele, tal como vem sendo implantado, suplante as históricas distorções que marcam o complexo médico-sanitário brasileiro. Isso porque enquanto no nível primário de atenção à saúde a lógica que vem sendo adotada na última década é a de sua universalização, nos níveis secundário e terciário não se verifica a mudança da lógica na relação setor público/setor público, nem setor público/setor privado, sendo que neste caso o excessivo impulso governamental dos últimos anos em criar agências reguladoras acaba por fracionar ainda mais as políticas de saúde.

Registram-se ainda, neste tópico, duas outras características que chamam a atenção. A primeira delas diz respeito ao fato de, como grande parte dos recursos que financiam a saúde provém do nível central, na sua maioria comprometido com o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo setor privado e pelo setor público municipal e estadual, a base de cálculo para o custo das distintas ações e do volume máximo de recursos a serem repassados para estados e municípios estar fundada em séries históricas de produção, o que por sua vez traduz a disponibilidade de equipamentos já existentes em cada estado ou município. Em consequência, deixa-se em aberto algo anteriormente já referido, que diz respeito a investimentos no setor público hospitalar de atenção médica no sentido redistributivo da sua alocação, tanto por critérios geográficos como populacionais, tornando mais equânime o seu acesso pela população, sendo a *equidade* outro dos principais preceitos constitucionais do SUS.

A segunda característica diz respeito ao processo de descentralização da saúde, embora não se restrinja a ela, mas diga também respeito ao pacto federativo instituído pela Constituição de 1988. Neste caso, sobretudo pela lógica de relação que se estabeleceu na saúde entre os níveis de governo, sendo a descentralização regida pela lógica de financiamento e de repasse de recursos do nível central para o estadual e o municipal, o que se tem verificado é uma não-colaboração tanto horizontal como vertical entre as unidades federadas, sendo frequente de fato a competição entre elas, sempre girando em torno de busca de mais recursos, já que o processo de descentralização do SUS vem sendo regido e comandado pelo governo central pela lógica do financiamento e do repasse de recursos para as demais esferas.

Para se enfrentar esta última questão, a Noas busca avançar na normatização dos consórcios municipais, que congregariam municípios limítrofes com distintas disponibilidades de equipamentos de saúde, com câmaras de compensação para os gastos de cada município com os municípios dos demais, e assim por diante. Para um país com tamanha heterogeneidade de extensão, tamanho populacional, recursos financeiros e de equipamentos de saúde, dentre outros, nada mais engenhoso do que a criação de consórcios. Há porém dois fatores que vêm sendo detectados nas diversas tentativas de formação desses consórcios: o primeiro deles diz respeito às distintas lógicas de financiamento do setor da saúde que regem os repasses de recursos; o segundo deles diz respeito a fatores políticos. Quanto ao primeiro, os recursos provenientes do nível central e estadual para o município, no geral e na sua grande maioria, são recursos vinculados a programas específicos, restando pouca autonomia aos municípios para remanejarem, no interior da saúde, os gastos a serem efetivados. Por outro lado, os municípios que não dispõem de hospital e terão que encaminhar sua clientela para outro município, sentem-se perdendo recursos, pois o município que sedia o hospital vai receber recursos com base em servi-

ços prestados, portanto neste caso o município é uma fonte de recursos para o município que dispõe de tal equipamento. É frequente, por exemplo, entre os secretários municipais de Saúde, a queixa de que, quando se encaminha um paciente para um hospital de um outro município, perde-se esse usuário e todo o trabalho que com ele foi feito no sentido da prevenção e proteção à saúde, uma vez que o “hospital não o devolve mais”, inserindo-o numa rotina de múltiplos exames e tratamentos pagos pelo SUS com base nos cálculos de produção.

O segundo fator, de natureza política, diz respeito a duas especificidades do setor da saúde: o fato de ser um setor “gastador” por excelência, no geral conformando-se como uma pasta incômoda nesse sentido para o restante do governo, em qualquer dos níveis de poder, e o fato de grande parte de suas ações ser politicamente “invisível”, dada nossa tradicional cultura política. Nesse sentido, dada a característica da saúde, a competitividade entre as esferas governamentais acaba por ocorrer também em torno da disputa entre ações de maior ou menor visibilidade política. Por exemplo, ações de combate à dengue e medidas voltadas à diminuição das filas nas portas dos serviços trazem consigo distintos dividendos políticos. E isso sem contar as disputas político-partidárias entre governos municipais, estaduais e municipais e ambos com relação ao governo federal.

Por fim, restam dois outros aspectos que ressaltam nesse processo mais recente de implantação do SUS. Um deles diz respeito ao *controle social* e outro diz respeito às *novas formas de gestão dos serviços e dos sistemas locais de saúde*. Quanto ao controle social, assim equivocadamente denominado, uma vez que se trata, na verdade, de *controle público*, este está previsto na existência dos Conselhos de Saúde, seja em cada esfera de governo, como previsto na Constituição, seja nos próprios serviços de saúde, como regulamentado por vários governos municipais. No entanto, o que se vem registrando a partir do acompanhamento da prática desses conselhos é que no geral eles funcionam muito mais como instância

legitimadora das ações e decisões do Executivo do que propriamente instância deliberativa, como previsto em lei. De fato, as iniciativas no caso da definição das políticas, em que pesem os conselhos, recaem quase que unicamente no âmbito do Executivo, referendadas pelos conselhos e pelo Legislativo. Dessa forma, o exercício do controle público sobre as políticas e ações de saúde acaba sendo restrito no mais das vezes ao acesso a informações processadas pelo próprio nível executivo, que acaba definindo as agendas das reuniões dos conselhos.

Já quanto às *novas formas de gestão* dos sistemas locais e serviços de saúde, a sua pluralidade e diversidade chama a atenção. E isso por pelo menos dois motivos básicos: a lógica maior que as inspira e os efeitos que vêm tendo na prática sobre o acesso da população à integralidade da atenção à saúde. No que diz respeito à lógica maior que a inspira, destacam-se a reforma do Estado e a relação custo/efetividade nos serviços públicos estatais.

Reforma do Estado, neste caso significando a reforma administrativa do Estado propriamente dita mais do que o papel do Estado nessa nova conjuntura internacional. Quanto à reforma administrativa do Estado, o que se persegue é a formulação e experimentação de novas formas de gestão que imprimam maior flexibilidade à administração pública direta, tida *per se* como morosa, ineficiente e onerosa. Exemplos de experiências dessas novas formas de gestão não faltam, bem como de sua exequibilidade e eficiência: vão desde os casos das fundações até os dos hospitais geridos por organizações sociais, e o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) no caso do município de São Paulo durante os governos Maluf e Pitta, que ilustra de forma quase caricatural o que possa ser uma experiência malsucedida do ponto de vista de todo e qualquer preceito constitucional do SUS (5).

Tal como o processo de descentralização que vem sendo implantado como forma de viabilização do SUS transformou este país num grande laboratório de experiências exitosas e não-exitosas de efetivação de programas inovadores na área da saúde, o

mesmo vem ocorrendo no que diz respeito às novas formas de gestão dos sistemas locais e/ou de serviços de saúde. No entanto, seja no caso das fundações, seja nos casos da gestão de hospitais públicos estatais geridos por organizações sociais, seja no caso de hospitais públicos estatais que disponibilizam parte de seus leitos para a compra direta de serviços para a demanda privada (direta ou através de seguros e planos de saúde), a polêmica que vêm provocando gira em torno da constitucionalidade ou não dessas iniciativas do ponto de vista do preceito da saúde como direito de todos e dever do Estado diante do fato de que tanto no caso das fundações como no último caso institui-se uma dupla fila de acesso da população àqueles serviços: uma para os “SUS dependentes” e outra para aqueles que têm acesso àqueles serviços via mercado. A racionalidade que fundamenta a defesa dessas novas formas de gestão recai sobre o argumento do “subsídio cruzado”, isto é, no fato de que os recursos adicionais provenientes do atendimento do mercado reforçariam investimentos na infra-estrutura desses estabelecimentos, para além de imprimir maior agilidade e flexibilidade na gestão, em contraposição à administração direta, burocratizada, morosa e ineficiente. Na realidade o que está em jogo é até que ponto essas novas formas de gestão não ferem exatamente os princípios do acesso universal de todo e qualquer cidadão aos serviços de saúde independentemente da sua condição no mercado, princípio norteador dos direitos de cidadania.

E com isso recai-se, uma vez mais, em algo crucial que o próprio termo “SUS dependente”, tão utilizado entre os técnicos da área da saúde já deixa entrever: o fato de que no geral o acesso à saúde vem sendo concebido, na sua essência, como algo que diz respeito ao cidadão como consumidor dos serviços públicos, mais especificamente estatais, embora o Estado deva ser um provedor de direitos e não necessariamente um produtor de serviços. O que está em jogo neste caso, uma vez mais, é a reincidência tão coincidente com nossa história das políticas sociais no país de que

5 Ver a respeito A. Cohn e P. E. Elias (coords.), 1999.

o acesso a serviços públicos estatais é algo voltado e inerente ao público de baixa renda, isto é, àquele cidadão que não é capaz de por si só, via mercado, satisfazer suas necessidades sociais básicas. Noutros termos, ao cidadão “dependente” do consumo dos serviços públicos. Com isto, não é de espantar, então, que o controle público através dos conselhos venha se traduzindo numa participação limitada a referendar decisões do Executivo no setor.

Por outro lado, ao se negar a racionalidade do setor público da administração direta na prestação de serviços a favor dessas novas formas de gestão, o que se verifica é que essa inovação no geral tende a se basear numa dupla racionalidade de custo/benefício. Uma delas diz respeito aos serviços restringirem ou enfatizarem aquelas ações de saúde menos onerosas quando não deixarem para os serviços de maior densidade tecnológica de outras esferas de governo o atendimento daqueles usuários que necessitem de tratamentos que impliquem ações de maior complexidade e, portanto, de maior custo. Estas, por sua vez, como visto anteriormente, a depender dos casos podem estar fazendo com que esse tipo de usuário represente uma fonte de renda, uma vez que o SUS remunera os hospitais por serviços prestados. Mas podem também significar uma sobrecarga do equipamento diante de uma demanda já desmesurada frente à sua capacidade, ou nos casos em que o Estado ou o município já tenha atingido o

seu teto histórico de repasse de recursos através de pagamento por procedimentos. Cria-se então uma diversidade de situações que não só aumenta a complexidade do quadro de oferta de serviços de saúde à população como coloca novos e insondáveis obstáculos ao acesso da população aos serviços de saúde, numa lógica que suplanta a sua possibilidade de compreensão.

Está-se então atualmente diante de uma situação paradoxal: de um lado, a expansão e a universalização da atenção à saúde no nível primário, através de programas como o do PSF, PACS e PAB, além da extensão da rede pública de unidades básicas de saúde a cargo, na grande maioria dos casos, dos governos municipais; e de outro lado, a promoção de uma seletividade crescente no acesso da população aos serviços de maior complexidade tecnológica, dada a nova lógica que vem sendo implantada na gestão dos serviços públicos estatais de saúde.

Com isso evidencia-se um processo de implantação do SUS sendo regido pela lógica do custo/efetividade, no que diz respeito tanto à gestão dos sistemas locais e dos serviços de saúde quanto à definição de prioridades num contexto de permanente escassez de recursos diante do volume da demanda reprimida, à qual se associa aquela advinda das mazelas sociais produzidas pelo atual modelo econômico de ajuste estrutural e estabilidade econômica de nossa moeda, acentuando ainda mais as desigualdades sociais em nosso país.

BIBLIOGRAFIA

- COHN, A. e ELIAS, P. E. (coords.). *O Público e o Privado na Saúde — o PAS em São Paulo*. São Paulo, Cortez/Cedec, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso*. Brasília, DF, 2001 (mimeo.).
- _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas. *Assistência Hospitalar do SUS — 1995-1999*. Brasília, DF, 2000.
- NASCIMENTO, V. B. “Interdependência e Autonomia na Gestão Pública da Saúde”, in *Lua Nova — Revista de Cultura e Política*, n. 52, São Paulo, Cedec, 2001, pp. 29-70.