

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

A reforma sanitária brasileira após 20 anos do sus: reflexões.

Amélia Cohn y Rosa Maria Ferreiro Pinto.

Cita:

Amélia Cohn y Rosa Maria Ferreiro Pinto (2009). *A reforma sanitária brasileira após 20 anos do sus: reflexões*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1494>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

A reforma sanitária brasileira após 20 anos do sus: reflexões

Dra. Amélia Cohn

Mestrado em Saúde Coletiva/Unisantos

amelcohn@uol.com.br

Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto

Mestrado em Saúde Coletiva/Unisantos

rmferreiro@uol.com.br

Esta apresentação traz reflexões sobre os desafios que os 20 anos de implantação do SUS e as diretrizes constitucionais na área da saúde significam para a reflexão acadêmica e para os gestores da área da saúde no Brasil. Traz como se apresentavam as principais questões naquela época e como elas são tratadas hoje. Termina com a tese sobre a necessidade de se voltar a articular os projetos setoriais a um projeto maior sobre a sociedade, sob pena de se transformar as propostas originais para a saúde em meras propostas de caráter gerencial, sob pena de se perder no horizonte a concepção de seguridade social que inspirou a institucionalidade da saúde na Constituição brasileira de 1988.

Houve muitos avanços nesses 20 anos, como testemunham dados epidemiológicos, sobre distribuição de infraestrutura de serviços, de cobertura, de acesso, etc. Mas esses avanços não foram lineares nem uniformes, como mostram dados referentes à equidade, à integralidade do acesso, à regulação do setor privado da saúde, ao financiamento.

No entanto, não basta creditar esses avanços e retrocessos à simples natureza dos processos históricos, se não quisermos nos condenar ao conforto das vitórias passadas. Há que enfrentá-las de forma crítica na busca de suplantar os limites e dificuldades que esses mesmos processos nos impõem para que se avance na própria implementação dos princípios e diretrizes do SUS, agora *aggiornados* à ‘nova’ realidade.

São esses inquestionáveis avanços da saúde que nos impõem a tarefa de se formular um novo projeto para o setor que saia das amarras da implementação do SUS e reconquiste a dimensão emancipatória do setor da saúde e da seguridade social numa conjuntura de profundas mudanças no perfil de atuação do Estado na área social e que tendem a borrar as fronteiras entre as dimensões pública e privada da vida social, bem como dos setores público estatal e privado de produção de serviços.

Isso constitui um grande desafio para o campo da Saúde Coletiva enquanto uma área de conhecimento eminentemente aplicada, porque se trata de conciliar, no campo analítico, a dimensão técnica articulada à dimensão política dessa realidade multifacetada que é a saúde, indo a contrapelo da tendência das análises subjetivistas e individualistas, marcas do pós-moderno, e por que não afirmá-lo, mais condizentes com os ventos do mercado.

*

A Constituição de 1988 é um marco na história da democracia brasileira, em particular no que diz respeito aos direitos sociais. A partir daí, no caso da saúde, contava-se com um marco legal que desenhava o organograma institucional do sistema de saúde brasileiro, com seus princípios e diretrizes, e que viria a ser construído a partir de então.

Mas o desafio residia exatamente aí: muito embora embriões de experiências de descentralização da saúde, de novas modalidades de repasses de recursos entre os entes federados para financiamento do sistema já viessem sendo experimentados desde o início daquela década, as propostas que compunham o SUS estavam sobretudo genericamente no papel e nas mentes dos

sanitaristas, e tratava-se, a partir de então, de colocá-las em prática numa realidade sócio-econômica e institucional extremamente diversificada.

Desde então muito se tem avançado nesses 20 anos, como testemunham os dados epidemiológicos, sobre distribuição de infraestrutura de serviços, de cobertura, de acesso, dentre vários outros. No entanto, esses avanços não foram lineares, nem tampouco uniformes, como mostram igualmente outros dados, como aqueles referentes à equidade, à integralidade do acesso, à regulação do setor privado da saúde, ao financiamento, dentre igualmente tantos outros.

Não basta, porém, creditar esses avanços e retrocessos à simples natureza dos processos históricos, se não quisermos nos condenar ao conforto das vitórias passadas e delas viver. Há que sobre elas se debruçar de forma crítica na busca de suplantar os limites e dificuldades que esses mesmos processos nos impõem para que se avance na própria implementação dos princípios e diretrizes do SUS, agora *aggiornados* à ‘nova’ realidade de vinte anos depois.

Nesse sentido, diante do esgotamento exatamente devido ao seu sucesso, mas também pela sua insuficiência constatada nesses 20 anos, da Reforma Sanitária original, há que se enfrentar com galhardia essas insuficiências hoje relegadas, na maior parte dos casos, ao tabu de um buraco negro.

Lembramos a propósito uma questão apresentada por Paim¹: “*se na ditadura era preciso coragem para tal exercício* [apontar as questões que então comprometiam a exequibilidade do Plano Nacional de Saúde/1967], *na democracia trata-se de um imperativo ético-político*” (Paim, 2006.p. 388). Refere-se o autor aos planos nacionais de saúde de 1967 e de 2004 – Um Pacto pela Saúde no Brasil; no entanto, é esse pacto pela saúde que hoje cristaliza da forma mais explícita o “conteúdo atual da reforma sanitária”. Em decorrência, a tarefa que se impõe para a nossa comunidade é a de pelo menos apontar as insuficiências da Reforma Sanitária dos anos 70, 80 e parte dos 90 para, a partir desse quadro, retomar o que foi uma de suas principais características: sua capacidade propositiva, que surpreendeu os demais setores quando da Assembléia Nacional Constituinte, com sua proposta organizacional para a saúde: o SUS.

Mas por que a necessidade de se enfrentar a tarefa de pensar criticamente essa experiência desses 20 anos de SUS e da Reforma Sanitária?

Em primeiro lugar, pela frequência na literatura sobre o tema da presença do termo *implementação do SUS*. Resta a questão: o SUS proposto há 20 anos pode continuar prevalecendo enquanto proposta hoje? A resposta obviamente é negativa. Mas diante disso, o que se coloca? Limitar-se-á a discussão à laudação das conquistas alcançadas nesse período e à condenação dos constrangimentos para a viabilização do “bom SUS”, tal como originalmente pensado ou intuído?

Em segundo lugar, porque como apontam Viana e Dal Poz ², no caso dos sistemas de saúde deve-se distinguir dois tipos de reforma: a do tipo *big bang* e a incremental. E qualificam os autores a reforma de 1988 como do tipo *big bang* porque introduziu mudanças significativas no modo de operação do sistema, com o princípio do universalismo para as ações de saúde; com a descentralização municipalizante; com um novo formato organizativo para os serviços de saúde sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, originando-se daí o novo modelo de um sistema nacional de saúde descentralizado, com novas formas de gestão.

Resta a questão, no caso, de se perguntar se isso é sinônimo de reforma sanitária tal como proposta há 20 anos, pois essas mudanças trazem consigo conseqüências concretas e graves para os sujeitos – nós – envolvidos com a prática teórica e concreta da defesa dos preceitos do SUS, e, portanto, da Reforma Sanitária. E eis algumas delas:

- a partir da década de 90, e mais acentuadamente nos anos recentes, verifica-se um deslocamento na produção, acadêmica e não acadêmica, das grandes questões envolvidas na proposta original da Reforma Sanitária – democracia, papel do Estado, dimensões estruturais do processo saúde/doença, projeto nacional de nação – para estudos de caráter pragmático e tecnicista. Não se trata aqui de atribuir juízos de valor a um e outro, mas tão somente de apontar a perda do caráter reflexivo da produção do campo, subsumida pela visão tecnicista da implantação, ou implementação do SUS.

- em decorrência, verifica-se uma tendência a se tomar como sinônimos conceitos com conteúdos distintos, tais como:

- *Universalização*: confundido como simples expansão de oferta
- *Acesso e acessibilidade*: ambos confundidos como oferta de serviços

- *Acesso*: também confundido como cobertura e oferta de serviços
- *Gestão*: confundido como gerência de serviços, enquanto aquele se refere ao conteúdo da gerência, e esta à dimensão administrativa propriamente dita
- *Controle social e participação social*: sem diferenciar controle da sociedade e promoção e fortalecimento de novos espaços públicos para a criação de novos sujeitos sociais.

Ou então, o que é extremamente freqüente na área, a criação de novos conceitos, alguns deles de extrema infelicidade, e que vai de encontro a todo o ideário da Reforma Sanitária e aos preceitos constitucionais da saúde e do SUS, tal como o tão utilizado na bibliografia atual – técnica e acadêmica: o conceito de *SUS dependente*. Ora, esse conceito remete exatamente à exclusão social, uma vez que se refere àqueles sujeitos sociais que não têm acesso à atenção à saúde que não seja por meio dos serviços públicos de saúde, quando o SUS se propõe a ser universal e equânime.

Trata-se, enfim, da evidência de que a Reforma Sanitária nos tempos atuais comparece na agenda pública fundamentalmente às custas de uma esterilização desses conceitos anteriormente tão prechos de conteúdo emancipatório. Inquieta, portanto, o fato de que o processo de implantação do SUS, nesse período, induziu – com todos os seus méritos reconhecidos – os militantes da área a abdicarem da Reforma Sanitária enquanto um projeto emancipatório.

Há ainda um segundo grupo de conseqüências: com a crescente tecnificação das propostas e análises correntes, embora a democratização da saúde seja um termo presente e constante na literatura, verifica-se um processo efetivo de despolitização da participação social e o relegar ao esquecimento alguns temas àquela época centrais, tais como:

- O conteúdo da universalização. Há que se indagar: universalizar para quê, em termos de qual eficácia social (conteúdo) social?
- A regulação do setor, quando se verifica que ela vem se dando segundo a fórmula da regulação do setor privado da saúde pela própria lógica desse setor, e não pela lógica dos preceitos do SUS; isso quando não se constata a própria ausência dessa regulação.
- Ignora-se uma dimensão particularmente importante por dizer respeito à tessitura da rede das relações sociais propriamente ditas e à relação Estado/sociedade: a relação público/privado não somente no que diz respeito à produção e regulação dos serviços de saúde, mas sobretudo no que diz respeito às esferas pública e privada da vida social.

Reforma sanitária hoje e a seguridade social

O tema da Reforma Sanitária vem perdendo visibilidade na literatura do campo da Saúde Coletiva, a não ser em alguns espaços, como o CEBES, na muito oportuna republicação dos números iniciais da coleção da revista *Saúde em Debate*, trazendo a público o debate original que construiu e conformou o ideário desse movimento. Retomar a questão hoje significa deslindar e localizar os fios que foram sendo deixados ao longo da caminhada, para retomá-los e a área passar a construir uma postura propositiva e não tecnicista ou reativa para o setor. Claro está que o propósito aqui é de tão somente deslindar alguns desses fios, até porque proposições de processos e projetos são construções coletivas.

O que se coloca, nesses termos, como questão de fundo, é se atualmente o problema de se pensar novos rumos para a saúde e a retomada das vitórias de 1988 e da experiência da Reforma Sanitária de então significa pensar uma “reforma da reforma” ou uma “contra reforma”? A primeira alternativa significaria a condenação à não inovação, e à tendência atual à tecnificação da política, como aponta Nogueira³. A segunda significaria resgatar a dimensão da política e do conteúdo social da saúde como objeto de ações emancipatórias *versus* a tendência atual de tecnificação da política.

Em ambos os casos, há que se levar em conta vários fatores de caráter estrutural e institucional, e saber discriminá-los. Em primeiro lugar, do ponto de vista institucional, a saúde é um dos componentes de um sistema de proteção social híbrido, tanto do ponto de vista da universalização dos direitos quanto do ponto de vista do seu financiamento. Do ponto de vista do financiamento, ela conta com várias fontes, de natureza distinta, tais como impostos, contribuições e fundos patrimoniais. Em segundo lugar, do ponto de vista da oferta de serviços, ela se configura como uma oferta fragmentada, segmentando a clientela, em que pese o discurso mais recente dos avanços da atenção básica e da “cobertura” (entendida como acesso), promovendo uma segmentação do público-alvo.

Do ponto de vista da implantação desse sistema de proteção social, calcado na concepção de seguridade social, num ambiente mundial de desmonte dos Estados de Bem Estar Social, o que se verificou nessas décadas pós-constituição foi uma fratura dessa concepção e uma segmentação de seus três componentes – previdência social, saúde e assistência social – abrindo caminho para

retrocessos nos processos de avanços experimentados por esses segmentos. E neste caso, talvez o que pese mais seja o fato de a previdência social, segundo maior orçamento do país, ser o objeto do desejo tanto do Estado quanto do mercado.

Do ponto de vista mais estrutural, há pelo menos três fatores que devem ser destacados. De um lado, a propalada crise do Estado, quando na realidade o que está em questão é muito mais uma indefinição atual – pela ausência de projetos mais amplos para a sociedade, e em consequência para a saúde – sobre o papel do Estado. Em contraposição, a ausência de um debate e de um questionamento – a não ser pela crise econômica atual – sobre a crise do mercado.

Em segundo lugar, nas análises e reflexões, bem como nas propostas de formulação de políticas e programas de saúde, a não diferenciação – e em consequência a não integração entre elas – entre as várias dimensões que caracterizam o Estado no setor: o de ser simultaneamente um Estado produtor de serviços, provedor do direito à saúde, e regulador dos serviços (públicos e privados) e produtos de saúde. Como consequência, tem-se um esvaziamento da dimensão da política a favor da dimensão técnica na formulação e implementação dessas mesmas políticas e programas, privilegiando-se a dimensão da gerência em detrimento da dimensão da gestão, a dimensão da relação custo/efetividade em detrimento da dimensão da eficácia social, e das metas de cobertura em detrimento da dimensão do acesso e da acessibilidade aos serviços e produtos de saúde.

A isso somam-se a baixa capacidade regulatória do Estado e sua baixa capacidade de promover a integração inter e intra setorial na gestão da área social, e mais que isso, a incapacidade de articular a dimensão econômica e social das políticas sociais. Mais grave que isso, mesmo com o destaque atual do discurso do desenvolvimento com dimensão social, a enorme dificuldade de se reconhecer investimentos na área social como geradores de dinâmicas econômicas virtuosas, quer do ponto de vista de geração de empregos, quer do ponto de vista de geração de novos circuitos econômicos que não aqueles circunscritos ao grande capital, em particular ao capital financeiro.

Em decorrência, o Brasil, tido na América Latina como um baluarte e exemplo de reforma bem sucedida na área da saúde, configura-se hoje como uma experiência peculiar: o setor abraça a proposta tão cara às agências multilaterais de fomento ao desenvolvimento – a atenção básica – mas pelo seu avesso. De fato, são dois os grandes fatos tidos como novos do período mais recente, dos anos 90 e 2000: a estratégia saúde da família e a terceirização da gerência dos serviços de saúde. No primeiro caso, ela nos vem travestida de uma estratégia de mudança do modelo

hospitalocêntrico de atenção à saúde, desconhecendo-se a composição público/privado dos equipamentos de saúde no país, e mesmo a distribuição altamente desigual dos equipamentos públicos de saúde, sobretudo quando se levam em conta os equipamentos de maior complexidade. No segundo caso, parte-se do princípio que essas novas organizações gestoras dos serviços contarão com uma capacidade regulatória do Estado que impedirão que transplatem – em nome da racionalidade do custo/efetividade – a racionalidade própria do mercado para o interior dos serviços públicos estatais de saúde. Registre-se, aqui, o próprio fenômeno na atualidade de mudanças da natureza pública das instituições estatais de serviços de saúde, quer pela onda de criação de fundações, quer pela terceirização da gerência (denominada como gestão) desses serviços para organizações “públicas” de direito privado, sem fins lucrativos.

Essa lógica, por sua vez, dissemina-se como um efeito dominó por outras dimensões tão caras das propostas originais a Reforma Sanitária dos anos 70 e 80. Tomemos uma delas, como exemplo: a descentralização. Textos daquela época apontavam a descentralização como fator de democratização da saúde, de facilitador da maior adequação entre as políticas de saúde e as necessidades reais de saúde da população, pela maior proximidade entre ambos, bem como, e talvez principalmente, como fator que possibilitaria maior exercício da participação social, e em consequência, da democratização da saúde. À medida que se avança pela década de 90 começa a se introduzir na literatura o tema da descentralização e do pacto federativo brasileiro. Atualmente, o que prevalece é a descentralização vista da ótica funcional e organizacional, que se não são dimensões menos importantes, não podem no entanto borrar uma vez mais a dimensão da consolidação da esfera pública na implantação do SUS, sob pena de seu preceito maior – a saúde como um direito – ser comprometido.

Nesse ponto três questões de fundo devem ser apontadas. Uma delas diz respeito à focalização como estratégia de universalização, materializada na ESF. Há que se definir e propor quê focalização e quê universalização, com qual conteúdo social, e não apenas na sua dimensão enquanto cobertura. Outra diz respeito ao controle público, talvez a herança mais marcada pela experiência do passado na área, nem sempre a favor da proposta de inovação. Evidenciam-se nos estudos a respeito, apesar de alguns dos achados da análise que acompanha este texto, vícios nos processos de representação, falta de rotatividade dos representantes da sociedade, e a proeminência do Executivo na dinâmica do funcionamento dos Conselhos de Saúde.

O terceiro ponto vem em destaque porque retoma questão já apontada anteriormente, e que diz respeito ao traço brasileiro de abraçar propostas neoliberais “pelo avesso”: adotar programas

sociais que tenham como base de intervenção a família, fato tão ao gosto das agências multilaterais, exatamente porque no geral se configuram como políticas conservadoras, normativas do comportamento dos “pobres” (daí a nocividade do conceito *SUS dependente*, já que ele é universal), e que invadem a esfera privada da vida social dessas famílias, exercendo sobre elas um controle quase que absoluto por parte do poder público ⁴. É o caso do cadastramento e do acompanhamento do programa Estrat Saúde da Família, em que os agentes comunitários de saúde monitoram as famílias (os domicílios) a partir da legitimidade social que lhes confere o fato de aí residirem, sendo porém naquele momento agentes do Estado; como também é o caso do monitoramento das condicionalidades em saúde e educação do Programa Bolsa Família, do Programa de Assistência Integral à Família, dentre outros.

O quarto ponto diz respeito à necessidade de se distinguir dois tempos distintos quando se propõem projetos para o setor da saúde: o tempo de governo, e o tempo dos projetos de médio e longo prazos, tempos estes que não podem e não devem ser nem estanques nem muito menos conflitantes. Aliás, foi a estratégia utilizada pelo movimento da reforma sanitária dos anos 70 e 80, mas que foi se perdendo ao longo das décadas subseqüentes.

Faz-se portanto necessário retomar a perspectiva crítica da análise sobre os inquestionáveis avanços da Reforma Sanitária, porque são exatamente eles que nos impõem a tarefa de se formular um novo projeto para a saúde que saia das amarras da implementação do SUS – “daquele” SUS então proposto nos anos 80, ainda abstrato e idealizado – e reconquiste a dimensão emancipatória no novo contexto – do setor da saúde, do sistema de saúde atual, e do país – numa conjuntura de profundas mudanças no perfil de atuação do Estado na área social, marcado por políticas e programas sociais com enorme capilaridade social e que tendem por isso a borrar as fronteiras entre as dimensões pública e privada da vida social e dos setores público estatal e privado de produção de serviços.

Há que se resgatar que a Reforma Sanitária brasileira, embora congregasse as forças progressistas e de esquerda da sociedade, no seu interior abraçava um vigoroso debate e embate entre elas, já que traziam consigo propostas e projetos distintos de intervenção na realidade, a partir de recortes políticos (projetos) de distintas propostas partidárias. Já hoje a produção e o debate continuam com a mesma marca de estarem vinculados à intervenção na realidade, mas, no entanto, sem a chama da disputa, no campo progressista ou de esquerda, de projetos distintos, para o setor e para a sociedade. Talvez o que esteja ocorrendo, no âmbito da Reforma Sanitária, nesse sentido, seja a busca da “reforma da reforma”, ou de se perseguir uma “reforma incremental”,

sendo que nesse processo a dimensão da política vem sendo progressivamente subsumida pela dimensão técnico científica, levando, o que parece mais grave, a uma pasteurização da própria dimensão política. E talvez aí a explicação de fundo seja a incapacidade da comunidade do campo sanitário de formular um novo projeto para saúde articulado com um projeto para a sociedade.

Nesse sentido talvez o grande desafio resida em não cair nas armadilhas pós-modernistas dos individualismos e subjetivismos, mas buscar identificar quem são e onde se constroem novas redes de sociabilidade e novas identidades sociais, para tentar deslindar como fazer para que o mundo da vida, na vertente habermasiana, não sucumba ao mundo do sistema, na vertente tecnicista, re-qualificando a dimensão da política de tal modo que se rearticulem as dimensões técnica e social nos projetos para a saúde. E a partir daí se retomar a concepção de seguridade social, perdida ao longo desses 20 anos de experiência do SUS, seja por conta dos constrangimentos macroestruturais, seja por conta das insuficiências próprias da comunidade sanitária, acadêmica e política.

Referências bibliográficas

- ¹ Paim JS. Comentário. O Plano Nacional de Saúde de 1967 e os planos de saúde, hoje: algo em comum? *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(3):386-8.
- ² Viana ALd'A, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2005;15(Supl.):225-64.
- ³ Nogueira MA. *Em defesa da política*. São Paulo: SENAC; 2001.
- ⁴ Cohn A. *Saúde da Família e SUS – consonâncias e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Azougue; 2009.