

sobretudo no interior das equipes e destas com a população. Este processo, contudo, tem se mostrado bastante complexo, requisitando muitas vezes determinadas capacidades cognitivas e subjetivas das equipes, que podem não se sentirem preparadas para tal empreitada. É deste reconhecimento que Gastão Campos propõe o Apoio Institucional<sup>4,6</sup>, função/tarefa com o propósito de ajudar as equipes a se constituírem em novas relações de poder, mais democráticas, conformadoras de novos modos de subjetivação, o que permitiria a ampliação de sua capacidade operativa, ela mesma afirmativa de uma nova grupalidade.

O apoio se apresenta como uma ferramenta de grande valor para a realização das mudanças necessárias do SUS e abre uma agenda importante no campo da educação, haja vista a escassez relativa de profissionais qualificados para o seu exercício.

Por fim, uma idéia original do autor são as **Organizações do SUS**, com vistas à construção efetiva de uma rede do SUS. O que outrora se apresentaria como uma proposição conservadora, no atual estágio da gestão pública, se afirma como alternativa importante para se ampliar o grau de responsabilidade das organizações na produção de saúde.

Trata-se, sem dúvida, de uma proposta corajosa: diminuir o peso dos governos na gestão do SUS. Franca Basaglia<sup>7</sup> já havia dito que era necessário dar **menos poder às instituições e mais poder real às pessoas** e Gastão arremata: e às instituições menos poder dos governos, cujas lógicas nem sempre correspondem à defesa do interesse público. Contudo, como ele bem posiciona, é necessário superar modelos de gestão que apostam na transferência de responsabilidades públicas para organizações sociais, nem sempre desprendidas centralmente de interesses corporativos ou institucionais.

Gastão propõe, então, a construção de novas modalidades de gestão para serviços próprios, que combinam autonomia e integração à rede por contratos de gestão, regulados e submetidos ao controle público, mediante, entre outros, a ação de conselhos gestores, **êthos** de novos processos de contratualização. Além disto, propõe a indicação de direções executivas constituídas por um mix de critérios e seleção pública, mecanismo eficiente para a minimização da ação de loteamento privado de espaços públicos. Esta nova modalidade de gestão para serviços próprios, articulada a uma nova relação entre gestores e prestadores privados de serviços, é uma aposta radical na construção de uma rede de atenção efetivamente

do SUS, pois como ele próprio afirma, o “tempo para adiar a efetiva criação da rede do SUS a cargo de cada município e de cada estado acabou”. O SUS não suporta mais (des)responsabilidades.

A combinação dos elementos apontados por Gastão Campos para a produção de movimentos de mudanças e avanços no SUS é, sem dúvida, uma tarefa complexa, mas decisiva para se fazer avançar a política pública de saúde, espaço de defesa da vida.

## Referências

1. Campos GWS. *Reforma da Reforma - repensando a saúde*. São Paulo: CEBES/HUCITEC; 1992.
2. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 60.
3. Campos GWS. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(4): 863-870.
4. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. São Paulo: Hucitec; 2000.
5. Organização Pan-Americana de Saúde. Prêmio da OPAS para Administração, 2004. [Acessado 2006 Ago 04]. Disponível em : <http://www.paho.org/Portuguese/GOV/CD/cd45-21-p.pdf>.
6. Campos GWS, organizador. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
7. Basaglia FO. *Mario Tommasini: vida e feitos de um democrata radical*. São Paulo: Hucitec; 1993.

## O autor responde

### The author replies

Esse artigo publicado na *Ciência & Saúde Coletiva* - “Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?” – teve a marca da interlocução. Eu o construí em diálogo com múltiplas perspectivas. Primeiro, expus seus rudimentos em um encontro organizado pelo CONASS, em março de 2006, no Rio de Janeiro. Logo em seguida, dirigentes da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde convidaram-me a expor minhas teses em uma reunião em que também participaram outras entidades. Sofri todas estas influências antes de escrevê-lo. Eu parti da percepção de que o SUS, uma política pública supostamente voltada para distribuir renda e produzir bem-estar, enfrentava uma série de impasses. Alguns desses

obstáculos resultavam de dificuldades ou equívocos em sua implantação, mas outra parte desses impasses também refletia insuficiências e vazios do próprio corpo doutrinário do SUS. Pensando de modo prático, tentei transformar esses impasses em desafios que demandavam a construção de novas estratégias. Resumindo, eu afirmo que as dificuldades do SUS teriam várias origens, todas ligadas à baixa capacidade do SUS ganhar corações e mentes do povo brasileiro, mesmo quando vários de seus programas tivessem tido um impacto positivo na vida de amplos contingentes populacionais.

Ivan Batista Coelho em seu comentário (“Os impasses do SUS”) argumenta, com propriedade, que **“não é o sistema como um todo que apresenta dificuldades”**, apontando uma série de campos em que o SUS tem atuado com eficácia e eficiência. Por outro lado, ele chama atenção para o que poderíamos chamar de inconsciente sanitário dos brasileiros, ao reconhecer a existência de um divórcio entre **“o imaginário e desejo popular”** sobre saúde e a **“racionalidade dos gestores e planejadores”** do SUS. Segundo ele, a existência desse imaginário e desse desejo poderia ser comprovada pelo fato de que **“todas as pessoas que têm oportunidade estão sendo assistidas pelo sistema supletivo ou, senão, gostariam de estar”**. Segundo ele, os gestores do SUS teriam dificuldade para lidar com esse imaginário prenhe de dilemas e de paradoxos. Acredito que ele também concordaria que, no duro da batata, estamos construindo um sistema público a meio termo, para valer somente em alguns aspectos e em outros não, já que a maioria, sempre que possível, escaparia dele.

Essa instigante constatação complica ainda mais o cenário de dificuldades que eu vinha traçando, já que a postura excessivamente pragmática diante do SUS não seria exclusiva dos governantes e gestores, mas faria parte do imaginário popular. Com frequência, o para “valer” sanitário e sistêmico tem sido subordinado a outras racionalidades. Por exemplo: nunca foi tentada, de fato, uma política hospitalar que integrasse hospitais públicos ou contratados em uma rede. O conceito de sistema ficou mais no nome SUS do que foi praticado. Os hospitais, no Brasil, têm um funcionamento bastante desconectado e não foram articulados em sistemas locais e regionais. A gestão em rede é mais complexa do que simplesmente operar esquemas de regulação, estratégia necessária, porém insuficiente. A implantação de uma rede de atenção primária que tornasse o acesso equitativo tampouco foi totalmente para valer. Não o foi porque não se acompanhou de uma

política de pessoal compatível com o objetivo do programa e também porque não se “empoderaram”, o suficiente, à equipe e ao médico de saúde da família para que eles pudessem arbitrar sobre acesso a especialistas, exames e hospitais, orientados pela vulnerabilidade dos casos e protocolos compostos em consenso. Assim, ficamos a meio vapor, fazendo algumas coisas essenciais, mas nos esquecendo ou nos descuidando de outras. Política e gestão quase para valer. Recentemente, algumas entidades da reforma sanitária publicaram um documento intitulado **“O SUS pra valer”**, como que dizendo um basta a esse jeitinho nacional perverso de não assumir plenamente a consequência de nossos atos. Esse manifesto menciona o tema financeiro e o descompasso brutal entre direitos previstos e recursos necessários para assegurá-los. O para valer, no caso, seria a adoção de um modo coerente de cuidar da saúde com base em uma política e em um sistema (uma rede de serviços e de trabalhadores) públicos.

No meu artigo, considero ainda a necessidade de ampliar algumas dessas diretrizes originais do SUS. Utilizo o conceito de “ampliar” em seu sentido gramsciano, que significa criticar a tradição, conservando alguns de seus aspectos, mas, sempre, acrescentando-lhe algum conteúdo novo, de tal forma a realizar-se uma reforma da reforma. Procurei não ignorar a crise de legitimidade, de eficácia e de eficiência que se abateu sobre o socialismo real e sobre os sistemas públicos em países capitalistas. Ao não concordar com o caminho da privatização ou com a simples eliminação de serviços públicos, tentei pensar novo arranjo organizacional e nova maneira para o exercício de poder em organizações públicas. O SUS trouxe o conceito de controle social e a determinação de armar-se uma rede de conferências e de conselhos de saúde. Procuro ampliar o sentido do controle social, pensando em co-gestão: gestão compartilhada do sistema, das organizações e da clínica e da vigilância em saúde, inclusive da sanitária. Compartilhar com usuários a elaboração de diagnósticos e da terapêutica adotada. Pensar em descentralizar e em democratizar o poder nas organizações, sejam elas hospitais, centros de vigilância, policlínicas, programas de saúde, etc. A equipe interdisciplinar como unidade básica de poder (equipe de referência). E ainda, aumentar o poder do usuário no cotidiano com clara explicitação de responsabilidade sanitária, vínculo e horizontalização do atendimento. Direito a um acompanhante, em todos os tipos e fases de atenção. Em suma, instituir processos de democratização do SUS e de suas instituições.

Na saúde há ainda o problema do enfrentamento dos paradigmas científicos hegemônicos e da maneira tradicional de se compreender o processo saúde/doença/intervenção. E, em consequência, as políticas e modelos de atenção daí decorrentes. No caso, não se trataria da busca de um suposto “*modelo de atenção preventivo*”, conforme sugerido. Esta seria uma solução reduzida e não ampliada. O desafio é construir um modelo clínico/preventivo ampliado. O velho tema da integração sanitária, somente que hoje recolocado com maior radicalidade. Como repensar o hospital e o atendimento especializado e a atenção básica e a vigilância à saúde com base na clínica e prevenção ampliadas, na democratização institucional e em sua integração em um sistema (rede com referência territorial e populacional)?

Como apontou Dário Frederico Pasche em seu comentário “A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de Saúde”, a realização desse movimento de reforma da reforma exige dos agentes uma postura aberta ao reconhecimento dos “*problemas de nossas soluções*”. Tratar-se-ia, pois, de apoiados na tradição dos sistemas públicos de saúde, e ainda a partir das diretrizes do SUS, reconstruir diretrizes, estratégias e arranjos organizacionais que, ao mesmo tempo, resgatassem e modificassem o projeto original do próprio SUS. Imaginei que o reconhecimento e o enfrentamento desses problemas de acesso, equidade, éticos e outros, se constituiria, por si só, em uma estratégia para angariar apoio para o SUS. Para aproximar o movimento sanitário da sociedade civil.

A professora Sônia Fleury em seu comentário “A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade” leu meu texto de modo distinto. Para ela “*o artigo em análise não encaminha uma estratégia*”, já que não indicaria um modo de como articular o SUS e a reforma sanitária com a maioria da sociedade civil. Cipriano Maia de Vasconcelos repete, em outra formulação, uma indagação semelhante: “*Por que não conseguimos universalizar essas experiências nem acelerar as mudanças para alterar a realidade sócio-sanitária...?*”. O autor adianta alguns fatores intervenientes nesse impasse ao desenvolvimento do SUS: disputa de interesse materiais e simbólicos em decorrência do contexto de mercado, de conflitos do campo técnico-científico, do ativismo das corporações e agrupamentos políticos. Refere-se ainda à ausência de uma política nacional de pessoal e ao enrijecimento do estado brasileiro que acolheu o SUS, mas impede reformas administrativas e jurídicas necessárias. A professora Sônia Fleury

aponta a importância de retomar-se a luta pela seguridade social, inclusive mediante a realização de uma Conferência Nacional de Seguridade, em encontro intersetorial. Acredito que o desafio estaria em o movimento sanitário, além de repensar o SUS, também envolver-se com a constituição de um movimento social a favor da redistribuição de renda, da democratização do país (reforma macro e micro política) e contra a violência (defesa da vida e luta contra toda forma de redução do outro a objeto quer seja em espaço privado ou público).

Ivan Batista Coelho, ao final de seu comentário, lembra-se do filósofo Sócrates que não gostava de escrever, ao que consta, por preferir expor seus textos diante de interlocutores com quem pudesse dialogar. O costume adotado pela *Ciência & Saúde Coletiva* nessa sessão de debate permite, em alguma medida, refazer o desejo socrático de interlocução. Os comentaristas ampliaram minhas reflexões, no sentido gramsciano, apoiaram-se nelas e as modificaram, as enriqueceram. Com isso, desvelaram o quanto o tema SUS e políticas públicas é delicado, complexo e estratégico para a construção de um país mais justo e democrático.

Ao escutá-los (ao lê-los, na verdade), percebi importante refletirmos sobre o movimento sanitário. Parece-me que o movimento sanitário é um intelectual orgânico coletivo, isto é, sujeitos que elaboram visões, interpretações e valores sobre saúde; agindo ainda sobre o contexto sanitário com algum grau de deliberação e de intencionalidade. Nessa acepção, pode-se considerar a existência de um movimento sanitário expandido, composto não somente pelos cientistas e professores e alunos do campo disciplinar da Saúde Coletiva, mas também por vários outros segmentos: o amplo movimento organizado em torno da luta contra DST/AIDS, que vem gerando saberes sanitários (conceitos de aconselhamento, vulnerabilidade, redução de danos, etc.) e arranjos políticos e organizacionais inovadores; o movimento da saúde mental, de reforma psiquiátrica e antimanicomial igualmente produtivo e ativo; o movimento articulado em torno da saúde da família que vem expandindo os espaços onde se discute o SUS, congressos de médicos de família e comunidade, de agentes de saúde, etc.; o movimento de educação popular e vários movimentos de usuários com distintos âmbitos e perspectivas; as associações de gestores municipais e estaduais; todos tendo em comum tomar o SUS como pano de fundo e, ao mesmo tempo, tratando de inventá-lo na prática e em teoria e em valores. O gene-

roso congresso da ABRASCO (o Abrascão) é um espaço coletivo em que esses distintos segmentos se congregam e se potencializam, ainda quando a ABRASCO, associação, não os represente a todos. Talvez essa ampliação seja um dos caminhos para aproximar o movimento da reforma sanitária da sociedade civil e, quem sabe, para conseguir algum grau de co-gestão do SUS entre sociedade civil e Estado e governantes de plantão.

Nesse jogo de espelhos, de reflexos, nesse diálogo, a professora Sônia Fleury me levou para o longínquo ano de 1988, quando escrevi um artigo denominado “A reforma sanitária necessária”. Na ocasião, travamos, a professora e eu, um debate áspero. Daquilo o que desdigo, o que reafirmo, ainda que ampliando, modificando? Desdigo, principalmente, o que não estava escrito, mas era a essência do artigo: refiro-me à postura “*enfant terrible*” com que o elaborei. Denego. Afinal envelheci, e não sou mais “*enfant*”, ainda que tenha conservado certa capacidade básica para me apaixonar e para me indignar. Formas poéticas que preservo, já que são úteis para abandonar, de quando em quando, a racionalidade aborrecida decorrente das evidências e das conveniências. Para mim, ainda, uma forma preventiva de combate à depressão. Mas, o mais importante: aprendi que não se deve fazer política a marteladas. Martelo não é um instrumento digno para se lidar com pessoas. Meu lado “*terrible*” com que tento lidar e evitar. Pessoas: conflito, pressão, compromisso, contrato, diálogo, argumento, sedução, amor, solidariedade, antipatia, distância, tudo isso; martelada, não. Mesmo com as coisas - organizações, saberes, conhecimentos -, usar o martelo somente como cinzel, tentando esculpir alguma coisa a

partir do realmente existente, da matéria prima. Jamais destruir sem tentar construir alguma outra coisa a partir do velho.

Por outro lado, professora, naquele artigo estava a base da “reforma da reforma”: nunca fui contra o SUS, sempre parti dele e da tradição socialista e reformista das políticas públicas. Somente intuía que nossa geração estaria obrigada a reinventar a convivência social muito para além de onde gostaríamos de admitir. Confesso que não pudemos, não soubemos, não quisemos, ficamos devendo a nós mesmos e ao futuro. Enfim...

Tampouco fui contra a municipalização ou descentralização; somente questionava a potência que lhes era atribuída. Não era contrário ao “direito à saúde”, conforme vários esquerdistas o eram. Somente levantava a necessidade de se repensar (reformular) o conhecimento e prática em saúde para lograr, por meio do SUS, aquele direito que tantos almejam. Usar o termo “partido oficial da reforma sanitária” para designar um segmento de gestores e sanitaristas foi pura grosseria de minha parte, tendência a demonizar o interlocutor (sequer adversários éramos) para justificar o próprio fundamentalismo e a dureza das marteladas. Passado de pedras.

Sinto, percebo, creio não haver somente repetido, nos sete pontos, aspectos genéricos extraídos da tradição do SUS. Em cada um deles, tentei uma crítica e uma ampliação. Talvez eu não tenha sido claro ou suficientemente explícito, a confiar nos espelhos, pareceu-me. Como saber, com certeza?

De qualquer forma, obrigado, o que está em tela transcende a nós todos, uma vez que diz respeito à construção de uma sociabilidade menos áspera. Tudo isto!