



Políticas de Saúde no Brasil ou Recusando o Apartheid Sanitário

Jairnilson Silva Paim¹

Afirmar sem ser cúmplice, criticar sem desertar. Esta é uma das frases que serviu de frontispício para o texto de Elizabeth Barros sobre política de saúde no Brasil (Barros, 1996). Creio que ela expressa, sinteticamente, o sentimento e a posição de muitos dos que lutaram por uma Reforma Sanitária e que buscam, na militância e no estudo da História bem como da sociedade brasileira, as razões dos seus impasses e, ao mesmo tempo, a energia para não desertar.

O artigo que ora comentamos traz explícita uma recusa às *certezas absolutizadas* pela ideologia neoliberal, cujas políticas desastrosas passam a ser administradas, também no Brasil, pela social-democracia. Os próprios organismos financeiros internacionais que receitaram as políticas de ajuste macro-econômico já começam a reconhecer os seus efeitos perversos. Ora, se é incompatível o “ajuste com face humana”, tal como denuncia o índice de desenvolvimento humano (IDH), por que o governo insiste em tais políticas?

A indignação contida nessa pergunta não chega a esconder a sua ingenuidade. Mais do que ideologia e transformação produtiva, a globalização engendra e maneja um volume incomensurável de capital financeiro que pode migrar de um país para outro num simples toque de uma tecla do computador. As políticas econômicas e sociais do Estado Nacional passam a ser secundárias na condução

do sistema. Aliás, a própria idéia de Estado Nacional torna-se uma ficção na medida em que é reduzido drasticamente o espaço de governabilidade de suas instituições. Conseqüentemente, uma política esperta de ajustar-se à “nova ordem” e, simultaneamente, ampliar o grau de autonomia relativa da ação estatal, além de contraditória tende a ser ineficaz. No caso do atual governo brasileiro, esta fórmula é exercitada apenas na sua primeira metade. Na realidade, não é perceptível o empenho no sentido de garantir a autonomia relativa do Estado face às classes sociais em luta, muito menos diante dos interesses imediatos do capital daqueles que definem as regras do jogo mundial. Portanto, não vejo possibilidades de construção, nos marcos desse governo, de uma nova política social, sobretudo se forem consideradas as suas bases atuais de sustentação política no Congresso e na sociedade.

Uma sociedade que sempre dispôs de uma cidadania restrita e regulada — tudo para a Casa Grande e nada para a Senzala — e que não chegou a conhecer o *Welfare State*, enfrenta sérias dificuldades ao cobrar do governo uma reorientação da sua política social. As conquistas estabelecidas na Constituição de 1988, quando não ridicularizadas pelas elites e pela mídia, são visualizadas através de um “SUS que não deu certo”. Não chegamos a ver uma crise do Estado de Bem-estar simplesmente porque nunca o tivemos. O que sempre conhecemos foi um “estado de mal-estar”, com a competência de postergar e excluir a maioria dos brasileiros, seja nos

¹ Instituto de Saúde Coletiva, UFBa, Salvador, Bahia.

ciclos de crescimento ou de recessão, dos bens e serviços produzidos pela economia. Portanto, não tenho grandes ilusões quanto ao Estado brasileiro e à sua burocracia, sejam eles fracos ou fortes. Mas concordo, em linhas gerais, com a idéia de Barros de que “no contexto de concentração de capital e renda — com a crescente dispensa de capital humano para a produção da riqueza social, que se agudiza neste ciclo de desenvolvimento capitalista — o Estado parece despontar como a única instância capaz de mediar um processo redistributivo que assegure ao cidadão as condições básicas de sobrevivência e imponha limites ao processo de exclusão” (Barros, 1996).

Defender o Estado Nacional e a sua verdadeira publicização — transparência e controle público dos seus aparelhos e da sua burocracia — representa uma posição contrária à “globalização”, por um lado, e à “localização”, por outro, presentes nas estratégias das agências financeiras internacionais que visam a “achatar” o Estado utilizando a simpática retórica da descentralização. As propostas de *focalização* patrocinadas pelo Banco Mundial, utilizando *pacotes básicos* para os pobres, têm uma tradução para o setor saúde que não pode ser negligenciada, sob pena de constatarmos que esforços genuínos para a democratização da saúde, tais como o uso da epidemiologia no planejamento e na gestão, e o desenvolvimento de sistemas locais de saúde (SILOS), como estratégias de reorientação de sistemas de saúde (Mendes, 1990; Paim, 1993), sejam transformados em fundamentos e argumentos para o *apartheid sanitário*. A política de tornar os programas especiais de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde (Brasil, s/d) em carros-chefe do “novo modelo assistencial” do SUS não deixa de ser preocupante.

Daí a pertinência em identificar distintos projetos e concepções de SUS que disputam o espaço das políticas públicas no Brasil de hoje (Paim, 1996). Assim, existe a proposta

do “SUS democrático”, desenhado a partir do projeto da Reforma Sanitária, implicando uma totalidade de mudanças que transcendem o setorial; o “SUS formal” ou legal, juridicamente estabelecido pela Constituição da República, pelas constituições estaduais, leis orgânicas municipais, legislação ordinária etc.; o “SUS para pobres”, centrado numa medicina simplificada para gente simples, mediante focalização; e o “SUS real”, com direito ao trocadilho, refém da área econômica do governo, do clientelismo e da inércia burocrática, no qual a indefinição é a regra. Acesso universal, integralidade da atenção, descentralização, participação são princípios que representam o SUS legal, como reitera a autora. Não é este, porém, o SUS que os usuários — ou os sujeitos sociais que deveriam defendê-lo — conhecem.

Conseqüentemente, a questão central ainda presente, seja no âmbito setorial, seja nas políticas sociais de um modo geral, é: quais são os atores e forças políticas capazes de sustentarem o “SUS democrático” ou mesmo o “SUS legal”.

Não se faz política sem sujeitos. Não se implementam políticas sem recursos de poder. Esta é uma lacuna identificada no texto, em discussão, aliás de uma ambigüidade cada vez mais intensamente percebida no interior do próprio movimento sanitário. Não podemos ser iluministas, impunemente, a vida toda. Se quisermos formular e *implementar* políticas de saúde efetivamente novas, devemos acionar recursos de poder que tenham origem nos seus destinatários ou elas não serão alternativas, e muito menos novas.

Um último comentário diz respeito à proposta conjunta dos Ministérios da Saúde e da Administração e Reforma do Estado sobre “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS”, duramente criticada por Elizabeth Barros. Preocupa e constrange o fato de o Ministério da Saúde apresentar para a sociedade o Plano de Ação 1995/1999 e o Plano Plurianual

de Governo 1996/1999 (Brasil, s/d), comprometendo-se a implementar o *SUS que está na Lei* e, na calada dos corredores burocráticos, esquartejar o SUS e descaracterizar a concepção e as experiências de construção de distritos sanitários no País. Surpreende mais ainda a informação de que tal reforma começaria pela criação de um Subsistema de Distritos de Saúde em *nível do Ministério*. Ora, onde está a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei que respalda a descentralização das ações e serviços de saúde para estados e municípios (Brasil, 1993) ? Lamentavelmente, o mesmo Ministério que teve uma posição

altiva através do documento apresentado na reunião especial sobre Reforma Setorial em Saúde, promovida pela OPAS, BID e Banco Mundial, ressaltando as especificidades da Reforma Sanitária Brasileira (Brasil, 1995), é o que se subordina aos projetos tecnocráticos do MARE !

Por mais este motivo o artigo da Dra. Barros constitui-se em leitura indispensável para os estudiosos e atores das políticas públicas. O debate de contribuições como esta durante a X Conferência Nacional de Saúde poderá fundamentar escolhas mais conseqüentes.

Referências bibliográficas

BARROS, E. (1996) - Política de Saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo (neste volume).

BRASIL. Ministério da Saúde (1993) - *Descentralização das ações e serviços de saúde. A Ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília, abril, 67 pp.

BRASIL. Ministério da Saúde (1995) - Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil. Documento elaborado para a reunião especial sobre Reforma Sectorial en Salud, promovida pela OPAS, BID e Banco Mundial. s/l, setembro, 19 pp. + anexos, mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde (1995) - *Plano de Ação do Ministério da Saúde - 1995/1999*. s/l, 157 pp.

BRASIL. Ministério da Saúde (s/d) - *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. s/l, 12 pp.

BRASIL. Ministério da Saúde (s/d) - *Programa de Saúde da Família*. s/l, 20 pp.

BRASIL. Ministério da Saúde (s/d) - *Plano Plurianual de Governo - 1996/1999*. s/l, 92 pp.

MENDES, E.V. (1990) - Importancia de los sistemas locales de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud. In: Paganini, J.M. & Capote Mir, R. (orgs.) - Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, métodos, experiencias. *Publicación Científica* No. 519, Washington, 1990.

PAIM, J.S. (1993a) - A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (org.) - *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO.

PAIM, J.S. (1993b) - Descentralización de las Acciones y Servicios de salud en el Brasil y la renovación de la propuesta "Salud para Todos". Conferencia Regional sobre Tendencias Futuras y Renovación de Salud para Todos. Montevideo, Uruguay, 9-12 de Junio de 1996 (patrocinado por la Organización Panamericana de Salud y el Ministerio de Salud Publica del Uruguay), 29 pp, mimeo.