

A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde

The necessary reform of the Brazilian National Health Care System: innovations for public health policy sustainability

*Dário Frederico Pasche*³

Gastão Campos não se repete: se aperfeiçoa. Seu artigo é uma agenda completa para se fazer avançar *a e na* Reforma Sanitária Brasileira. Pelo menos desde a primeira edição do *Reforma da Reforma*¹, Gastão vem arriscando-se a criticar e a apresentar alternativas para a nossa reforma sanitária afirmando, entre outros, que corremos o risco de não superarmos os limites da política pública de saúde, caso não formos capazes de enfrentar uma série de problemas que nossas soluções têm trazido².

Além disto, apontava para a necessidade de ação de contraposição aos interesses que historicamente têm colonizado a organização do sistema de saúde, que, de modo geral, compõem os alicerces do modo de produção da atenção adjetivado, então, de neoliberal, dotado de grande capacidade de se reproduzir, superando forças instituintes.

Fazia-se, então, necessário uma reforma da reforma. E que reforma seria esta e qual sua direção? Gastão destacava à época a necessidade de se articular serviços em rede sob a ótica da gestão pública; seria necessário também reinventar os serviços de saúde, democratizando-os e permitindo a expressão dos interesses e necessidades de trabalhadores e usuários, de tal forma que fosse possível recuperá-los, ao mesmo tempo, como produtores de valor de uso e como espaço de produção de novos sujeitos. Lançava a discussão, nesta via, sobre as finalidades das organizações, que não se restringiam à produção de serviços e bens e à sua própria manutenção, agregando a produção de sujeitos, e para a superação, entre outros, da alienação, seria necessário apostar-se na produção de sujeitos mais livres e comprometidos, tarefa para a gestão.

Sua obra *Anti-Taylor*³ abre, a partir destas reflexões, um rico processo de discussão, propondo a combinação entre um novo método de governar as instituições e uma nova geometria para as organizações. Democracia institucional, produção de sujeitos co-responsáveis, acionando e acionados por um dispositivo central: a roda. A partir de então, temas como a gestão do traba-

lho, a reconstrução da clínica e da saúde pública, a ampliação dos coeficientes de vínculo e responsabilização são tratados de forma inédita, questões que o autor desenvolve mais tarde em várias obras, cuja síntese se encontra no livro *Método da Roda*⁴.

Suas incursões como gestor, seu extenso trabalho e produção intelectual o fizeram um sábio-sanitário de raro traço. Não foi sem razão que em 2004 é reconhecido pela OPAS⁵ com o Prêmio Administração “por sua excepcional contribuição para a transformação do modelo de atenção de saúde mediante o aperfeiçoamento de um método de gestão que fomentou a democratização dos serviços”.

Esta intercessão teoria-prática, aposta radical quase ao rompimento da linha tênue entre reflexão-ação, produz em Gastão aguçamento de seu senso criativo, e neste artigo propõe uma agenda política que, sem sombra de dúvidas, tem efeito de ampla reforma ao SUS.

Segundo Gastão Campos, as sete estratégias apresentadas apontam para a superação de impasses e de certo desencantamento e descrédito com o SUS. Juntas combinam movimentos de reforma em três planos distintos, mas intercambiáveis: (1) macro-político; (2) referentes à responsabilização macro-sanitária e (3) responsabilização micro-sanitária.

Em um primeiro plano, aponta para a exigência de **combinação e integração do SUS às demais políticas de proteção social**. A produção teórica no campo da Saúde Coletiva fez reconhecer a saúde como produção histórica, resultando do engendramento de elementos sociais, subjetivos e biológicos na experiência coletiva e individual.

Saúde como produção social e histórica remete à produção de políticas de proteção social, as quais resguardariam os cidadãos das adversidades da organização social, tendentes à produção de injustiças, entre estas iniquidades sanitárias. A saúde entendida como decorrência deste plano impõe ao campo sanitário um deslocamento e abertura em direção à alteridade, admitindo-se que, como campo científico-tecnológico, sua ação é sempre aquém do necessário e sempre limitada, por que interfere de forma decisiva, sobretudo, nos fatos (sanitários) decorrentes do

³ Departamento de Ciências da Saúde/UNIJUI. pasche@unijui.edu.br.

arranjo social e econômico. Reconhecer que a saúde é derivada em grande medida do grau de justiça na distribuição de renda impõe uma nova agenda ao SUS, que deve abrir-se a novos espaços de intervenção e luta.

Assim, forçosamente, o campo sanitário haveria de reconhecer a necessidade de fomento e articulação com outras políticas sociais, que integradas poderiam ampliar a produção (social) da saúde, o que potencializaria o SUS. Apostar em uma agenda social integrada implica em abrir o campo sanitário ao diálogo com outros segmentos, mas também uma abertura dos demais ao SUS, tarefa ainda subliminarmente desenvolvida no campo social brasileiro.

No que se refere à agenda para o próprio SUS, as estratégias apontadas por Gastão podem ser, grosso modo, dispostas em dois planos articulados: macro e micro-sanitário. Neste primeiro, aponta para questões importantes, entre as quais as **mudanças nas formas de alocação e utilização dos recursos do SUS**, que deveriam ser repassados mediante contratos de gestão, apostando em processos de co-gestão, eles próprios capazes de ampliar a responsabilização dos agentes sanitários. Assim, o volume de recursos públicos investidos em organizações de saúde decorreria de processos de contratualização, cujo efeito seria a produção de modos de relação decorrentes de objetivos e metas pactuados em espaços públicos e não apenas da produção física de serviços definida no atacado.

Isto implicaria modificações substantivas nas relações entre gestores e produtores de serviços, que se consorciariam em um sistema de saúde, compondo interesses de forma mais coletiva. Esta mudança em si provocaria alterações nos **modos de atenção e de gestão**, pois exigiria novos acordos e pactos, derivados de processos de negociação entre sujeitos. Em tese, este movimento poderia contrapor-se a uma característica importante do sistema de saúde brasileiro, que é a combinação de alto grau de autonomia com baixa responsabilidade dos prestadores de serviços, cuja precariedade dos processos regulatórios tende à preservação de interesses privados e corporativos, em detrimento de orientações programáticas do sistema de saúde.

Um sistema de saúde se produz na articulação e coordenação entre serviços de distintas complexidades tecnológicas, os quais constituem redes de atenção com ação complementar. Isto impõe a construção de **processos de regionalização**, dependentes de acordos tecno-políticos entre gestores, mediados por preceitos éticos,

portanto dependentes da participação cidadã. A efetividade das redes de atenção regional, por sua vez, é dependente da performance de sistemas locais de saúde, que têm sua eficácia e eficiência decorrentes, sobretudo, da capacidade de **ação da atenção básica**.

A organização da atenção básica, como bem afirma Gastão Campos, deve atender a realização de três tarefas substantivas, sem as quais não avançaríamos para a ampliação da universalidade do SUS. Realizar ações (a) atinentes à saúde pública, combinadas com a (b) ampliação da eficácia das práticas clínicas (Clínica Ampliada), sustentada em vínculos terapêuticos e responsabilização, com o (c) atendimento de demandas espontâneas, por meio de práticas de acolhimento. Acolhimento compreendido, então, como tecnologia de ação sanitária que só teria sentido e eficácia se articulada à clínica programada e ações sobre o território (vigilância).

Como a performance do sistema depende da atuação da rede básica, seria necessário ampliar de imediato a cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF), que deveria ser modificada, entre outras, em seu modelo de financiamento, hoje estruturado pela modalidade de incentivo. A opção da implantação da ESF facultada aos gestores submete a política da atenção básica ao jogo de interesses loco-regionais, retirando-lhe em alguma medida seu reconhecimento como política estratégica do SUS. Além disto, a excessiva normatização tende a desmerecer e a não reconhecer o espaço local-municipal em sua potência criativa, empobrecendo a ESF desde desenhos uniformizadores.

Contudo, uma questão que se impõe a esta perspectiva de ampliação da atenção básica é como não banalizar a ESF e efetivamente extrair dela seus efeitos mais potentes, sobretudo a ampliação do acesso com qualidade.

Neste ponto, Gastão Campos apresenta um conjunto de idéias que, em síntese, apontam para a definição de responsabilidades sanitárias dos gestores e das equipes; reorganização do trabalho em saúde, com adscrição de população a equipes por meio de contratos de gestão; responsabilização terapêutica em toda rede de cuidados; aposta em novos modos de gestão do trabalho das equipes (co-gestão) através da experimentação de rodas, cujos efeitos são a ampliação da grupalidade e da capacidade de intervenção das equipes.

A ampliação da ESF não se faria, assim, sem um processo de alargamento das responsabilidades dos gestores, reorganizando o trabalho das equipes com a produção de contratos de gestão,

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^{4,6}, 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 Basaglia⁷ 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: Cecílio 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