

DILEMAS E PERSPECTIVAS DO SUS NO ESTADO DO PIAUÍ: UMA CONVERSA COM CONSELHEIROS

JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA(*)

Este artigo é a "forma acadêmica" de uma conferência proferida na VII Plenária Estadual de Saúde, realizada em Teresina para a escolha dos representantes dos usuários que tomarão assento no Conselho Estadual de Saúde, no biênio 1995-1997, tendo como tema os dilemas e as perspectivas da implantação do Sistema Único de Saúde no Piauí. Os dilemas e perspectivas são colocados como tópicos relacionados à realidade vivenciada no processo de institucionalização do SUS no Estado do Piauí. Identifica-se os dilemas no plano mais geral da conjuntura brasileira atual, no processo que ocorre na realidade do Estado e no âmbito do controle social. Procura-se articular os níveis mais gerais da problemática com as particularidades de cada processo vivenciado, definindo alguns limites e visualizando as perspectivas de mudança, apontando diretrizes para o que fazer nos espaços dos Conselhos de Saúde.

Discutir os dilemas e perspectivas do SUS no Piauí não é tarefa fácil. Em primeiro lugar porque esta discussão implica em sua visualização no plano dos problemas políticos, que abarcam amplos temas que vêm sendo analisados sob vários ângulos. No Brasil, a presente política de saúde, tem sido analisada em estudos que compreendem desde os determinantes mais globais de sua formulação (Fleury, 1992), à evidência de elementos que emergem no processo de institucionalização, impondo uma direcionalidade à política proposta. (Merhy, 1992; Luz, 1991).

Tal amplitude ocorre, sobretudo, porque no caso do SUS, os temas centralizam-se em torno de três grandes questões sociais: a descentralização do poder institucional em saúde, a reorganização científica e tecnológica dos saberes e práticas

sanitárias e a redirecionalidade do poder político através da participação popular.

Em segundo lugar, por que ao ser direcionada para o Piauí, estado transversalizado por um *padrão oligárquico de dominação*⁽¹⁾, pode tomar a forma aparente de uma discussão sobre o óbvio esperado como conseqüência *inevitável* de relações políticas que se pautam sob este padrão, ou a forma de uma idealização sem capacidade de consubstanciar-se em prática na vida de uma população historicamente excluída.

Sendo assim, a discussão é colocada numa perspectiva em que a temática, em seus aspectos gerais, permite a visualização dos dilemas; entretanto, as perspectivas são colocadas a partir de como esses dilemas tomam formas singulares na realidade piauiense.

(*) MÉDICO. PROFESSOR ADJUNTO DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA COMUNITÁRIA DA UFPI, DOUTORANDO EM SAÚDE COLETIVA/UNICAMP

(1) Expressão utilizada em meu trabalho de tese, onde amplia-se a definição de Estado Oligárquico utilizada por E. Merhy (1987). Dessa forma, o padrão oligárquico de dominação além das características de dominação econômica e política, reflete um estado de dependência do poder dominante que é vivenciada nas relações cotidianas que se apresentam para a população: no trabalho, no lazer, na utilização dos equipamentos sociais, nas relações organizacionais.

Os Dilemas

O primeiro dilema é aquele que encontra-se no nível mais geral da problemática, de onde emerge a questão: *quanto se faz para materializar uma política social no interior de um projeto neoliberal?*

Se, na conjuntura de definição da política do SUS, o clima de democratização *contaminou* e serviu de ponto de identificação para grande parte da população brasileira e profissionais, na conjuntura atual a efetivação dessa política revela um direcionamento oposto àquele definido como princípios na Constituição Brasileira de 1988. Tal constatação decorre do movimento existente na condução do projeto político brasileiro no nível parlamentar, onde o *direito à saúde* definido como universal, passa a ser regulado por leis ordinárias que condicionam o exercício deste direito, ou seja, selecionam quais segmentos sociais serão beneficiários, limitando assim a universalidade a características particulares de cada conjuntura política.

O editorial⁽²⁾ do Boletim da ABRASCO em seu número 55, de março de 1995, comenta que a alteração do artigo 196, permite restringir a universalidade às proposições empresariais, levando ao fim da gratuidade do atendimento, mantendo a desigualdade e a fragmentação do sistema de saúde, tal e qual a temos vivido desde a institucionalização da saúde pública como política no País.

A este aspecto legal, acrescente-se os aspectos estratégicos do Governo de provocar distensões entre parcelas sociais dominadas, como por exemplo, as que ocorreram no caso da recente greve dos petroleiros, onde o Governo teria participado de operações que colocaram os grevistas como inimigos públicos, retirando do

mercado os estoques reguladores de combustíveis existentes nas empresas, o que, aliado às informações divulgadas pela mídia, contribuiu decisivamente para a instalação do quase pânico na população usuária.

Isto reforça o pensamento de que o Governo para efetivar as bases de sustentação de seu projeto político, lança mão tanto de explicitações legais (como as propostas de mudança no texto constitucional), quanto de intervenções efetivas e diretas (o caso da greve).

Em momentos conjunturais como esse, a dimensão política de democracia fica

QUANTO SE FAZ PARA MATERIALIZAR UMA POLÍTICA SOCIAL NO INTERIOR DE UM PROJETO NEOLIBERAL?

limitada entre os princípios que o Governo anuncia em seus projetos e as formas objetivas com que são implantados.

Assim, a discussão política, necessária à construção de um projeto de intervenção social, toma como ponto de partida as justificativas que impedem a transformação das intenções em gestos, gerando uma polaridade entre os que estão ao lado das justificativas dos princípios democráticos e aqueles que estão ao lado das

justificativas sobre o impedimento da realização dos objetivos.

Esta polaridade no setor saúde é percebida por meio da aparente incompatibilidade entre a representação de um modelo assistencial universal, acessível, integralizado e a viabilidade deste modelo, limitado pelo inadequado desenvolvimento tecnológico apresentado pela rede pública de serviços e a sua incapacidade de organização.

Neste sentido, a construção do modelo assistencial necessário ao SUS, aparece como uma questão entre os princípios ideais e a dureza da realidade brasileira, onde a população visualiza saúde como sinônimo de um atendimento satisfatório, os profissionais têm do sistema uma representação ancorada na livre iniciativa da relação profissional/usuário, enquanto o Governo vai implantando o *seu* projeto de SUS, justificando-se, ora nas dificuldades da expansão da cobertura, ora na ineficiência do setor público.

Tal diferenciação entre os segmentos diretamente envolvidos no setor, (governo, produtores privados, trabalhadores de saúde e usuários) reproduz-se nos serviços de saúde, nos quais a relação entre os profissionais e usuários se estabelece mediante as velhas *concepções* de favores, de *facilitação*, de desrespeito às normas administrativas mais comuns como horários, preenchimento de formulários, etc, tal como é observado na existência de leitos privados nos hospitais públicos, na terceirização de serviços acessórios, na cobrança de *taxas simbólicas* de acesso a exames médicos mais complexos dos setores conveniados, nos rearranjos institucionais onde se redefine clientelas, ações e tecnologias.

O segundo dilema surge no nível mais intermediário do problema, ou seja, o momento da institucionalização do SUS no Piauí. Momento que se desenrola tendo

(2) O Boletim comenta o projeto do Governo enviado ao Congresso Nacional, no qual propõe a inclusão dos termos - nos termos da lei - no texto constitucional que define o dever do Estado.

como pano de fundo o atrelamento da organização dos serviços públicos ao poder político, o qual define o sentido de suas ações.

A reconstituição histórica do setor saúde no território piauiense, aponta a vinculação estreita com o poder dominante desde a época colonial, caracterizando uma dependência orgânica de recursos externos para os investimentos no setor e a utilização do espaço público como instrumento de barganha política entre os segmentos dominantes da sociedade local.

Nestas condições, a organização do sistema de saúde no Estado, necessária à implantação do SUS, deve superar a *naturalização* com que o funcionalismo público introjeta as relações exercidas pelo Governo, sob o padrão oligárquico de dominação, que controla o ingresso, a trajetória, a ascensão funcional, haja vista a inexistência de um plano de cargos, carreiras e salários, a rotatividade de cargos gerenciais e a inexistência de concurso público.

Deve superar também os obstáculos que o Governo do estado ergue diretamente contra a descentralização do poder, tais como: selecionando e definindo canais de comunicação e negociação entre as diversas categorias de profissionais (as que servem de sustentáculo ao poder instituído e as que mostram-se mais aliadas aos movimentos sociais de caráter popular); jogando com a opacidade dos itens e resultados destas negociações e mantendo grande nebulosidade em torno das propostas governamentais.

Os obstáculos indiretos, aqueles que decorrem da burocratização de processos

políticos, tais como o que ocorre com a municipalização da saúde, em que as normas emanadas da Comissão Intergestora Bipartite passam diretamente aos municípios sem a deliberação do Conselho Estadual, forçando-os a recorrerem a empresas privadas de assessoria conduzidas por funcionários públicos, que por participarem das instâncias de poder da Secretaria de Saúde do Estado, criam artificialmente as condições iniciais para o município entrar na condição de gestão incipiente, processo já comumente chamado de *kit municipalização* ⁽³⁾.

A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO, NECESSÁRIA À IMPLANTAÇÃO DO SUS, DEVE SUPERAR A NATURALIZAÇÃO COM QUE O FUNCIONALISMO PÚBLICO INTROJETA AS RELAÇÕES EXERCIDAS PELO GOVERNO, SOB O PADRÃO OLIGÁRQUICO DE DOMINAÇÃO.

Outro ponto importante na institucionalização do SUS no Piauí, diz respeito ao controle da gerência das unidades de saúde através da indicação de atores mais comprometidos com o poder político que os nomeou que com a população.

Servindo de espaço e instrumento para fortalecer o poder político instituído, as unidades de saúde passam a funcionar como um contraste vivo aos princípios do SUS: o planejamento é centralizado, normativo, não-participativo; a administração "seleciona", agiliza ou emperra processos da dependência das articulações políticas, as normas de funcionamento são cumpridas por seletos grupos de profissionais e a população efetivamente não participa.

Dessa forma, a constante necessidade de recursos *externos* para o funcionamento da rede pública ⁽⁴⁾ e a precariedade com que a população é atendida, contribuem para que o processo de institucionalização do SUS no Piauí tenha tido como tema central, as discussões a respeito de AIHs e a produtividade dos procedimentos.

O terceiro dilema ocorre no nível do controle social, o Conselho Estadual de Saúde. Entretanto, é a partir desse dilema que é possível vislumbrar as perspectivas de mudar a direção do processo de efetivação da política de saúde no Estado, imprimindo um outro sentido às ações desenvolvidas pelo setor, pois é desvendando os problemas que ocorrem quando a população organizada participa da gestão do SUS, que a atuação dos conselheiros pode ser considerada uma ação política, portanto, transformadora.

As Perspectivas

Sendo assim, os problemas que se tem enfrentado mostram-se de duas formas: os que dizem respeito à constituição dos Conselhos e a identificação da população

(3) Desde o início do ano, profissionais da Secretaria de Saúde que ocupam lugar na Câmara Técnica da Comissão Bipartite (ou seja definem as normas a serem cumpridas pelos Municípios), criaram uma empresa de assessoria que funciona sob a seguinte lógica: o município ao receber as normas de Bipartite procura informações na mesma, onde é aconselhado a procurar a assessoria privada. A assessoria apresenta ao município uma pauta para conferência e conferencistas, um plano de saúde que previamente traz definido como ações: a área materno-infantil, o Programa de Médicos de Família e o PACS. Cobram entre R\$ 2.000,00 a R\$ 4.000,00, preenchem os formulários e o Município dá entrada ao processo de municipalização, para ser julgado pela mesma Comissão Bipartite da qual a assessoria faz parte.

(4) Os recursos advindos do orçamento estadual supre apenas as despesas de custeio, isto é, pessoal e material de consumo.

com estes espaços de controle social, e, os problemas que dizem respeito ao que fazer quando se ocupa estes espaços.

No Piauí, tomando por base a constituição dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, desde a promulgação da Lei 8.142/90, estes, podem ser enquadrados em três variantes: aqueles constituídos pelos dirigentes municipais que *nomeiam*, além de seus representantes, os representantes dos usuários e dos trabalhadores de saúde, não obedecendo ao princípio da paridade entre os segmentos e geralmente ocorrem nos municípios de menor porte. Aqueles constituídos em municípios de porte médio, em que apesar da obediência ao princípio da paridade (entre o segmento de usuários por um lado e trabalhadores e prestadores tomados em conjunto, porém não existe paridade entre os prestadores de serviços e trabalhadores no setor), não apresentam legitimidade em relação às bases de representação. E ainda, uma terceira vertente, que ocorre na capital, em que a paridade e legitimidade são observadas, porém o Conselho apresenta problemas legais⁽⁵⁾.

Além do problema relativo à constituição, os Conselhos de Saúde no Piauí apresentam o problema da identificação: como os segmentos que são representados sentem-se identificados com os Conselhos? Com quem se identificam os usuários e profissionais, representantes nos Conselhos?

A primeira interrogação reflete o nível em que a própria população brasileira encontra sua identificação com o setor saúde, ou seja, no consumo de serviços. Desta forma, as necessidades de saúde

transformadas em demandas e as possibilidades de eficiência por parte dos serviços, encontram seus pontos em comum, na organização de um modelo assistencial que simplifica serviços de saúde à disponibilidade de consultas médicas, e, se possível, de medicamentos.

Neste sentido, é possível por meio de um processo de educação para a cidadania, de promoção da consciência sanitária, da constituição de sujeitos sociais⁽⁶⁾, reconhecer pontos de interação entre as necessidades de saúde emergentes da

**O CONSELHEIRO, AQUELE QUE POR
ESTAR MAIS PRÓXIMO DESSE
OBJETO DESCONHECIDO QUE É A
SAÚDE DA POPULAÇÃO, E QUE
DISCUTE A TEMÁTICA ARTICULADA A
OUTROS PROBLEMAS SOCIAIS, TEM
UM PAPEL FUNDAMENTAL: O DE
CONSTRUIR ESTES PONTOS DE
INTERAÇÃO.**

população e as necessidades que os Conselhos, por força até mesmo da Lei⁽⁷⁾, devem materializar em práticas nos serviços de saúde.

Assim, o conselheiro, aquele que por estar mais próximo desse objeto desconhecido que é saúde da população, que

discute a temática articulada a outros problemas sociais, tem um papel fundamental, qual seja, o de construir estes pontos de interação. Pontos que não são visíveis *naturalmente*, mas como sugere Campos (1994), prevendo

a necessidade de um trabalho árduo e longo e (antevê) a indispensabilidade de `animadores' e de `apoiaadores' deste processo, que tanto podem ser um governo recém-eleito, como a direção de uma instituição, ou parcelas de trabalhadores da base, ou segmentos politizados de usuários, de qualquer destes ou de outros pontos, ou melhor ainda de todos eles, poderão surgir incentivos e propostas `não-diretivas' para a constituição de experiências de autogoverno...⁽⁸⁾

O trabalhador em saúde, por sua vez, não consegue se desvincular da idéia de que o trabalhador individual é o *dono* de seu trabalho. Muitas vezes fechado em egoísmo competitivo, recusa-se a fazer parte de um processo de trabalho coletivo, conjunto, onde a equipe multidisciplinar não passa de uma utopia, negada cotidianamente pelas relações de poder entre seus membros, cujos desfechos acabam sempre junto do paciente. Como suas práticas são vivenciadas de forma individualizada, sua atuação no fluxo presente dos movimentos sociais permanece de forma corporativa, pautada numa via de mão dupla: ou contra ou a favor do Governo. Em raras exceções os movimentos reivindicativos dos trabalhadores de saúde voltam-se para a construção de algo mais amplo, como a qualidade dos serviços, a satisfação do usuário, o prazer de estar

(5) O Conselho Municipal de Saúde de Teresina está sob júdice, por meio de uma ação movida pelo MOPS (Movimento Popular de Saúde), em virtude dos representantes dos trabalhadores do setor não terem sido escolhidos na Plenária realizada para tal fim, mas através de indicação nominal dos representantes das entidades ao Secretário Municipal de Saúde.

(6) Regina Bodstein apresenta um estudo interessante sobre os serviços de saúde enquanto espaços de constituição de sujeitos sociais. Ver BODSTEIN, R. *Serviços Locais de Saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

(7) Na constituição o conceito de saúde mostra-se objetivado através das condições de moradia, alimentação, trabalho, meio ambiente, posse da terra, educação e lazer.

(8) SOUZA CAMPOS, G.W. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da Saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 46.

realizando-se.

Finalmente, acredito que as perspectivas podem encontrar-se no que fazer ao ocupar o espaço dos Conselhos. Neste sentido, chamo atenção para a construção de vínculos entre o Conselho e a Sociedade, entre trabalhadores e usuários, entre os serviços de saúde e a clientela.

A questão não reside tão somente em ocupar os espaços de negociação e sentar-se à mesa com outros segmentos, mas como participar destas negociações e quais as estratégias que devem ser defendidas direcionadas para o SUS constitucional. Isso implica em pensar nos investimentos que os Conselhos devem fazer para "especializar" seus membros: comissões de orçamento, de planejamento, de avaliação dos serviços, de apoio técnico-científico e tantas quantas forem necessárias. Ser conselheiro é um trabalho que é diferente em relação a qualquer outra atividade conhecida como trabalho, pois exige, no próprio processo de fazer, a direção e o sentido do produto.

É um trabalho permanente de produção de subjetividades por meio da vigilância contínua aos problemas de saúde. Trabalho que se realiza rotineiramente, buscando saídas que não precisam necessariamente estar instituídas (na prática ou no pensamento) nos modelos, na cabeça dos *técnicos de boa vontade* ou mesmo nas diretrizes político-partidárias. Trabalhar com saúde é um trabalho que se reconstrói, à medida em que se descobre que ser humano é diferente de ser máquina e isso, exige uma nova ética diante da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRASCO. **Boletim da Associação de Pós-Graduação em Saúde coletiva.** (55).Ano XIII, jan-mar/95
2. BODSTEIN, R. (org.) . **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
3. CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da Saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994, p.46.
4. FLEURY, S. Estado, poder e democratização da saúde. In: _____(org) **Saúde Coletiva? questionando a onipotência do social.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p.98-104.
5. LUZ, M.T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "transição democrática" - os anos 80. **Saúde em Debate.** V. 32; p.27-32, 1991.
6. MERHY, E. E. **A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas.** HUCITEC; São Paulo, 1992
7. _____ **O capitalismo e a saúde pública.** 2.ed. Campinas-SP: Papyrus, 1987.