
**GESTÃO E SUBJETIVIDADE NO SUS: O ENFRENTAMENTO DE
IMPASSES EM TEMPOS NEOLIBERAIS**
*GESTIÓN Y SUBJETIVIDAD EN EL SUS: EL ENFRENTAMIENTO DE LOS
PUNTOS MUERTOS EN TIEMPOS NEOLIBERALES*
*MANAGEMENT AND SUBJECTIVITY IN SUS: FACING DILEMMAS IN
NEOLIBERAL TIMES*

João Leite Ferreira Neto e José Newton Garcia de Araújo
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil

RESUMO

O objetivo deste artigo é analisar processos de gestão e subjetividade no SUS, com base no reconhecimento da existência de dois modelos distintos. O primeiro é o preconizado pela Reforma Sanitária; o segundo, de corte neoliberal, é assumido pelo setor privado, mas afeta o contexto da saúde pública, dificultando seus avanços. O neoliberalismo é discutido como estratégia de governo dos homens, possuindo uma política de subjetivação individualista. São analisadas as propostas do movimento sanitário de gestão democrática e subjetividade solidária e seus impasses. Conclui-se que as saídas não se darão exclusivamente a partir de arranjos macropolíticos e devem incluir a construção efetiva de modos de gestão e de subjetividade que permitam aos indivíduos e aos coletivos reinventarem-se de forma crítica e solidária.

Palavras-chave: gestão em saúde; subjetividade; neoliberalismo; saúde pública; Sistema Único de Saúde.

RESUMEN

En este estudio se abordan los temas de gestión y subjetividad en el SUS. Se discuten los puntos muertos del proyecto de la reforma sanitaria que fue implementado en la década de 1990 dentro de un fuerte contexto neoliberal. Se ha trabajado en la revisión de la literatura y en los documentos gubernamentales. El neoliberalismo se discute como una estrategia de gobierno de los hombres, que trae en su interior una política de subjetivación individualista. Se abordan las propuestas del movimiento sanitario de gestión democrática y subjetividad solidaria. Se analizan los puntos muertos vividos en el SUS como resultado de esa doble influencia y se concluye que las salidas no se van a obtener exclusivamente a partir de acuerdos macropolíticos, puesto que implican la construcción efectiva de modos de gestión y de subjetividad que permitan que los individuos y los colectivos se reinventen de forma crítica y solidaria.

Palabras clave: gestión en salud; subjetividad; neoliberalismo; salud pública; SUS.

ABSTRACT

This paper aims to analyze processes of management and subjectivity in the Brazilian health system (SUS), based on the assumption that there are two distinct models. The first is that recommended by Health Reform, the second, of neoliberal design, is assumed by the private sector, but it affects the public health context, hindering progress in that scenario. Neoliberalism is discussed as a men government strategy, which has a policy of individualistic subjectivation. The propositions of the health movement of democratic government and solidarity subjectivity are analyzed. We conclude that the solutions will not be performed exclusively from macropolitical arrangements, because they must involve the construction of effective management and subjectivity methods that allows individuals and collectives to reinvent themselves in a critical and supportive way.

Keywords: health management; subjectivity; neoliberalism; public health; Brazilian national health system.

A Reforma Sanitária no Brasil, concretizada através do Sistema Único de Saúde – SUS, pode ser entendida como um projeto o qual traz, em seu bojo, mais do que uma política de reforma setorial na área da saúde, mas visa promover “uma reforma geral, tendo como horizonte uma reforma dos modos de vida” (Paim, 2008, p. 38). Apesar de este autor reconhecer que o SUS é hoje um projeto compartilhado apenas por parte dos atores envolvidos no movimento sanitário brasileiro, sua hipótese merece ser retomada, face aos atuais impasses vividos pelo setor da saúde pública do país. À época da Assembleia Nacional Constituinte, uma das vertentes do movimento sanitário pretendia que o SUS fosse a única instituição a prestar os serviços de saúde no país, de modo que o setor privado - hospitais, clínicas e demais serviços - fosse estatizado. Essa proposta não prevaleceu nos embates e a decisão final, na Constituição de 1988, definiu que o setor privado operasse apenas de modo complementar ao sistema público. No entanto, o que se verificou, desde então, foi que, embora a implementação do SUS e o aumento da oferta de seus serviços à população, a participação do setor privado na atenção à saúde não diminuiu. Pelo contrário, tal setor ganhou nova força, em expansão desordenada e ainda em curso, com o mercado dos planos de saúde.

O objetivo do presente artigo é analisar processos de gestão e subjetividade no SUS, a partir do reconhecimento da existência de dois modelos distintos. O primeiro é o preconizado pela Reforma Sanitária; o segundo, de contorno neoliberal, é assumido pelo setor privado, mas repercute no contexto da saúde pública no Brasil, dificultando seus avanços. Nossa hipótese é de que a forte presença do ideário neoliberal na cultura contemporânea, associado à nossa histórica desigualdade social, acarreta impasses para a implementação plena do SUS no Brasil. Trata-se de um ensaio crítico sobre o referido problema. Sua estratégia metodológica busca explicitar os fundamentos do projeto político neoliberal, em seu viés de subjetivação, ao mesmo tempo competitivo e individualizante, analisando sua penetração em nossos modos de vida e escolhas políticas no campo da saúde. Contrapomos a essa tendência o projeto de gestão democrática que anima o SUS. Os autores alinham-se às intenções do movimento democrático, mas buscam evidenciar impasses presentes em tal processo. O texto ancora-se em revisão não sistemática de literatura, privilegiando os estudos mais recentes e localizando os pesquisadores de maior destaque na temática e recorre a documentos governamentais em saúde. Discute o neoliberalismo à luz das contribuições de Foucault (2008) e realiza a discussão acerca dos distintos modelos de saúde, referenciado ao número especial

sobre Gestão Pública e setor privado organizado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 2011.

Um extenso percurso de pesquisas a respeito de tal problema foi feito por Menicucci (2007, 2011), a quem recorreremos neste texto. Todavia, nosso estudo traz um recorte específico, que não é central na obra da mencionada autora. Visamos discutir os presentes impasses do SUS, que se impõem não somente no campo econômico, mas também na configuração de outros modos de subjetivação, distintos daqueles gestados no campo das lutas atuais da reforma sanitária.

Por que realçamos aqui a questão das distintas experiências de subjetividade? Esse tema foi relegado, no início do movimento sanitário, como se os modos de vida inerentes à cultura alienante das massas fossem apenas um aspecto superestrutural determinado pela força da infraestrutura econômica. No entanto, a discussão desse tema tem sofrido claras mudanças, desde a década de 1990, na Saúde Coletiva (Ferreira Neto, Kind, Pereira, Rezende, & Fernandes, 2011).

A noção de subjetividade no presente trabalho é entendida como emergência histórica de processos não determinados pelo social, mas em conexão com os processos sociais. Como aponta Gonzáles Rey (2004), os processos sociais e subjetivos não possuem relações de causalidade, mas guardam certa interdependência. Esse enfoque nem sempre compôs o arsenal da psicologia. Segundo Farr, na virada do século XIX, era frequente o interesse nas ciências humanas e sociais sobre a relação entre o individual e o social; contudo, “sabia-se o suficiente para separar os dois objetos de estudo, mas não o bastante para demonstrar como eles estavam inter-relacionados” (Farr, 1999, p. 61). Apenas mais recentemente essas discussões emergiram de forma mais incisiva, em diálogo com contribuições da filosofia e das ciências sociais, e é em consonância com elas que desenvolvemos nossos argumentos.

Façamos parênteses aqui para perguntar: por que este tema interessa aos psicólogos? Sabemos que o SUS é hoje o maior empregador de psicólogos no Brasil e, paulatinamente, tem se tornado tema tanto de pesquisas, quanto de disciplinas, nos cursos de graduação em Psicologia. Entretanto, ainda há um espaço bastante reduzido ao debate sobre a gestão do SUS. O presente estudo foi desenvolvido no decorrer de uma disciplina organizada e ministrada pelos autores, no Programa de Pós-Graduação em que trabalham. Nosso desejo é que essa discussão, que foi desenvolvida junto a alunos pós-graduandos, possa ser expandida, produzindo outras interlocuções em nossa área.

Retomemos a discussão inicial da implementação do SUS. Esta se deu, de fato, na década de 1990, quando o país iniciou uma abertura econômica, sob forte influência do neoliberalismo, que ascendia no cenário internacional capitaneado, principalmente, pela liderança dos governos Thatcher, no Reino Unido, e Reagan, nos Estados Unidos (Anderson, 2000). A conjuntura nacional e internacional não se mostrava favorável aos projetos tutelados pelo Estado. Ao mesmo tempo, as forças sociais que se congregaram na Constituinte para a aprovação do sistema de saúde já se dispersavam, em função de interesses que analisaremos adiante. Apesar de as Leis Orgânicas da Saúde (leis n. 8.080 e 8.142), que regulamentavam o texto constitucional, terem sido aprovadas em 1990, em grande parte por pressão do movimento sanitário, vários setores dentro e fora do governo eram contrários à sua implantação, retardando o início de sua operacionalização em dois anos (Menicucci, 2007).

Já nesse momento, a unidade do movimento sanitário começava a se fragmentar, devido às suas diferenças internas. Assim, diversos atores sociais importantes, que lutaram pela reforma sanitária, passaram a ter outra agenda de demandas. Este foi o caso dos sindicatos que, gradativamente, incorporaram em suas lutas a demanda de assistência médica privada, segundo o modelo dos planos de saúde. Do mesmo modo, variados setores do funcionalismo público, inclusive as universidades, mantiveram serviços próprios de assistência à saúde. Isso significava a alocação do dinheiro público na saúde, mas fora do SUS. O Estado brasileiro, mediante renúncia fiscal, com o abatimento do imposto de renda de pessoas físicas e pessoas jurídicas, aqui se incluindo entidades filantrópicas e a indústria farmacêutica, deixa de recolher um total de oito bilhões e setecentos milhões de reais por ano (Carvalho, 2011). Assim, constatamos que vários segmentos, de início, alinhados à defesa de um sistema público e universal de saúde, passaram a utilizar a assistência “suplementar” subsidiada por dinheiro público.

Apesar da reforma sanitária brasileira ter uma clara inspiração solidarista e universalista, esses “valores não estavam generalizados tanto na elite governante como na sociedade organizada” (Menicucci, 2007, p. 308). Com efeito, não somente as elites, mas o próprio funcionalismo público, parte dele militante da reforma sanitária, veem com naturalidade a segmentação da assistência à saúde. Em síntese, após lutas com alianças mais amplas, na década de 1980, o processo de implementação do SUS, na década seguinte, encontrou obstáculos em diferentes forças sociais, embora essas portassem

bandeiras ideológicas ou corporativas distintas. Assim, a influência neoliberal, privatista e individualizante, passa a disputar espaço com uma política de saúde de cunho universal e solidário.

Este é o eixo analítico que gostaríamos de delinear no presente estudo, de modo a evitar uma discussão genérica. Para tanto, precisamos entender o projeto neoliberal em seu escopo mais amplo, pois ele avança da política econômica - e esse ponto nos interessa de modo especial - para uma política de subjetivação. Esta é uma condição para entendermos alguns dos impasses vividos na implementação do SUS.

Neoliberalismo: mercado e subjetividade

Michel Foucault, em seu curso *Nascimento da biopolítica* (2008), desenvolve uma genealogia do neoliberalismo do pós-guerra na Alemanha e nos Estados Unidos. Suas análises apontam para uma política de “economização” de todo o corpo social, a *Vitalpolitik* (política da vida) e da generalização da “forma mercado” como princípio de inteligibilidade das relações sociais e dos comportamentos individuais.

O neoliberalismo tem suas raízes no liberalismo do século XVIII, uma tecnologia de governo dos homens, cujo princípio era “governar o menos possível” (Foucault, 2008, p. 40), ou seja, retirar a presença dos governos, tanto quanto possível, na economia e no conjunto da vida social, tese também conhecida como “estado mínimo”. Esse novo regime busca sua legitimidade numa ideologia utilitarista, ou seja, limitando a critérios de pura utilidade a intervenção governamental. Assim, o foco dessa intervenção não se restringe aos sujeitos e às coisas, mas aos interesses. O governo só se interessa pelos interesses (Foucault, 2008, p. 62). O que está em jogo na governamentalidade liberal é a eficácia da gestão macropolítica, associada ao exercício de uma microfísica dos poderes, junto à multiplicidade dos homens e à multiplicidade de seus interesses.

Foucault considera haver entre o liberalismo do século XVIII e o neoliberalismo da segunda metade do século XX convergências e diferenças. Ambas são “artes de governo dos homens”, que exercem uma gestão macropolítica através da capilaridade de dispositivos micropolíticos, tendo como foco estabelecer um novo “regime de verdade”, isto é, o mercado. Em outras palavras, é a verdade do mercado moderno que importa na governamentalidade liberal. “O mercado é que vai fazer que o governo, agora, para poder ser um bom governo, funcione com base

na verdade” (Foucault, 2008, p. 45). Em síntese, o neoliberalismo traz significativas inflexões na relação com o mercado, inaugurada pelo liberalismo.

O princípio do neoliberalismo não é mais uma postura *laissez-faire* em relação ao mercado, como pregava o liberalismo que o antecedeu. Doravante o mercado não será mais tomado como lugar de trocas de mercadorias, mas lugar em que o imperativo é a concorrência. Assim, para se garantir a concorrência, a política do *laissez-faire* deve dar lugar a uma permanente vigilância e uma pronta intervenção, por parte do Estado, na economia. Lembremos o caso da recente e ainda atual crise do capitalismo mundial e a prontidão dos estados nacionais em oferecerem socorro ao sistema financeiro. Há aqui um paradoxo, pois o discurso neoliberal prega o “estado mínimo”, mas reclama a presença do estado na regulação das condições concorrenciais de mercado que ele mesmo perverteu.

O projeto neoliberal amplia, em muito, o alcance obtido pelo liberalismo. Em vez de buscar apenas o livre mercado, ele visa regular o exercício do poder político sobre o conjunto da sociedade, com base nos princípios da economia de mercado. E aqui a noção de empresa toma um lugar central nos trabalhos dos teóricos neoliberais.

Trata-se de generalizar, difundindo-as e multiplicando-as na medida do possível, as formas “empresa”, que não devem, justamente, ser concentradas na forma ... das grandes empresas ... É essa multiplicação da forma “empresa” no interior do corpo social, que constitui, a meu ver, o escopo da política neoliberal. Trata-se de fazer do mercado, da concorrência e, por conseguinte, da empresa, o que poderíamos chamar de poder enformador da sociedade. (Foucault, 2008, p. 203)

Temos assim a “forma empresa” como um princípio organizador da vida social, não apenas no campo econômico, mas também no interior do corpo social, nos modos de vida coletivos, familiares e individuais. A abordagem foucaultiana se desenvolve numa perspectiva de “análise dos micropoderes” (p. 258). Trata-se de um método de investigação que opera numa escala ampla, e em detalhes, desvelando o alcance micropolítico do governo dos homens, no bojo do projeto neoliberal.

Tal dimensão micropolítica fica mais evidente no neoliberalismo americano, em sua generalização da economia de mercado como princípio de inteligibilidade “das relações sociais e dos comportamentos individuais” (p. 334). Tomemos como exemplo a lógica da oferta e da procura ou do custo-benefício. Ela se torna “um modelo da existência, uma

forma de relação do indivíduo consigo mesmo, com o tempo, com seu círculo, com o futuro, com o grupo, com a família” (Foucault, 2008, p. 332).

Um conceito-chave do enfoque neoliberal, associado à dimensão do indivíduo como empresa, é o de capital humano. Forjada por Theodore Schultz, professor de Economia da Universidade de Chicago e prêmio Nobel de Economia em 1979, esta noção designa capacidades e conhecimentos alojados nos homens, decorrentes de investimentos em educação, saúde e migração, em busca de melhores empregos, entre outros aspectos (Schultz, 1973). Segundo o referido economista, a tradicional classificação tripartida dos fatores de produção - terra, trabalho e capital - apresenta limitações para a análise do crescimento econômico moderno. Investimentos educacionais, formais e não formais, concorrem para a formação desse capital, incluindo o tempo que os pais consagram aos filhos, além do conjunto dos estímulos culturais recebidos por uma criança. A vida da criança pode ser calculada e quantificada em termos de possibilidades de investimento em capital humano. Assim, a renda nos Estados Unidos aumenta “a um índice muito mais alto que o quantitativo combinado de terra, homens-hora e o acervo de capital reproduzível utilizado para a geração de renda” (Schultz, 1973, p. 38). Para este autor, por muito tempo deu-se peso demasiado ao capital não humano, desconsiderando-se as capacitações humanas como parte intrínseca do capital.

Foucault (2008) sugere que a teoria do capital humano realiza dois movimentos: o primeiro é a entrada da análise econômica em um campo até então inexplorado; o segundo é a criação da possibilidade de se realizar uma interpretação econômica do campo da vida privada, pessoal e familiar. Gaulejac (2007) denuncia que essa expansão do econômico traz a prevalência de uma lógica de gestão para a vida comum, acarretando consequências nocivas. Em suma, eis a questão que queremos privilegiar: o neoliberalismo, como prática de governo dos homens, é portador de uma política de subjetivação baseada na forma-empresa, numa perspectiva economicista. Ele é não apenas um regime político, como também um modo de governo dos modos de vida e dos processos de subjetivação¹.

O sucesso do neoliberalismo, como forma de governo dos homens, tornou-se contundente, mesmo nas gestões governamentais com projetos de cunho social-democrata ou mesmo nas gestões de partidos socialistas (Anderson, 2000).

Numa perspectiva teórica diversa, mas convergente com esse diagnóstico sobre a hegemonia

do projeto neoliberal, Gaulejac (2007) considera que a sociedade hipermoderna está impregnada pelo poder gerencialista. Segundo o autor, “a sociedade se torna uma vasta empresa que integra aqueles que são úteis e rejeita os demais” (p. 177). A eficácia desse modo de governo é tal, que ele convoca não só os trabalhadores, mas também os desempregados, a se tornarem empreendedores.

Na avaliação de Gaulejac, busca-se uma gestão de si mesmo, na qual “cada indivíduo deve tornar-se o gestor de sua vida, fixar-se objetivos, avaliar seus desempenhos, tornar seu tempo rentável” (2007, p. 177). De acordo com o autor, há uma tendência de as políticas públicas sofrerem uma inflexão em tal direção, visando criar, com o cidadão, um relacionamento similar ao das empresas com seus clientes, produzindo esse personagem contemporâneo, o “cidadão-cliente” (p. 276). Assim, o indivíduo hipermoderno, privatizado e permanentemente preocupado com seu capital humano, seu desempenho e rentabilidade é incompatível com o sentido maior da democracia, da “construção de um mundo comum” (p. 281).

Autores contemporâneos como Sennett (1999) e Gaulejac (2007) têm se dedicado a análises de como os processos de gestão acarretam efeitos nocivos nos modos de subjetivação individuais e coletivos, tais como a exacerbação da competitividade nas relações sociais, a “corrosão do caráter”, a prevalência da lógica do custo-benefício e a fragmentação social.

Hibridismos na gestão do SUS

A gestão do SUS é marcada por um hibridismo entre duas formas de governamentalidade. A primeira delas, hegemônica no contexto brasileiro e ocidental, é a gestão neoliberal, com a diretriz de generalização da forma mercado na vida social e na produção de subjetividades gerenciadas. A segunda, contra-hegemônica, herdeira de uma tradição que remonta à construção do Estado de Bem-Estar Social na Europa, é a construção de práticas de gestão democráticas e participativas, com uma produção de subjetividades ativas, críticas, envolvidas e solidárias, perfil este que exploraremos adiante. A primeira experiência nessa direção aconteceu na Inglaterra, através do Plano Beveridge com seus projetos de intervenção social, elaborados durante a Guerra. Esse plano se inseria nos pactos sociais e de segurança, concomitantes à demanda de fazer a guerra. Pela primeira vez, nações que fizeram a Guerra estabeleceram uma espécie de pacto social junto àqueles a quem era pedido participarem da luta, garantindo-lhes um tipo de segurança social.

Com o Plano Beveridge, a saúde se tornou objeto de preocupação para o Estado, sendo assim trazida para o centro da esfera macroeconômica. Foucault sugere que o Plano Beveridge e outros planos de intervenção e pactos sociais dos países europeus constituíam promessas feitas àqueles a quem fora pedido dar a vida na guerra e se configuravam como “certo tipo de organização econômica, de organização social, em que a segurança ... seria assegurada” (Foucault, 2008, p. 298). Mas foram justamente tais políticas sociais, aliadas à política econômica keynesiana e ao crescimento dos programas econômicos e sociais, que se tornaram o alvo de ataques do pensamento neoliberal.

O hibridismo, por vezes perverso, que compõe a experiência brasileira, tem revelado uma série de problemas. Podemos destacar, para fins de análise, o modo ambivalente como o Estado e a sociedade brasileira lidam com a decisão constitucional de construção de um sistema único e universal de saúde. Essa ambivalência tem pelo menos dois aspectos, relativos ao financiamento e à regulação do sistema, cujas consequências são danosas para o SUS.

O primeiro deles, mais conhecido, é o próprio subfinanciamento do SUS. A média de investimento estatal, nos últimos anos, gira em torno de 3,5% do PIB, enquanto que os países europeus, com populações menores, investem acima de 7% do PIB (Silva, 2009). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, o investimento público no Brasil é inferior ao de outros países da América Latina, em condições de desenvolvimento similares ou mesmo inferiores às nossas, como Argentina, Chile, México, Cuba e Colômbia.

Um fato que confirma a escolha política estatal pelo subfinanciamento foi a resistência de diversas gestões federais, através de longas postergações, em regulamentar a Emenda Constitucional 29, que estabelece o piso mínimo de financiamento da saúde nos níveis federal, estadual e municipal. Quando essa emenda foi aprovada em plenário, em dezembro de 2011, foi retirado dela o piso mínimo de 10% da Receita Bruta da União para a Saúde, sendo mantidos apenas os percentuais de receitas de 12% para os estados e 15% para os municípios.

Esse problema reaparece, com outra faceta, no nível das escolhas privadas. Sabemos, por exemplo, que 70% da população brasileira contam exclusivamente com os serviços do SUS. No entanto, os 30% restantes da população, detentores de mais recursos financeiros, também utilizam os serviços do SUS, como complemento dos serviços privados. Ora, quando se fala em aumento do financiamento

para a saúde, em geral a maioria apoia. No entanto, os usuários do setor privado reagem negativamente, quando se aventa um aumento da carga tributária. Eles reclamam que o retorno do que já pagam não tem a devida qualidade e que, por isso mesmo, são obrigados a buscar a complementação privada. Tal questão indica que, se há uma adesão cognitiva à defesa de nosso sistema público de saúde, esta não é acompanhada por um engajamento efetivo em participar dele.

Um dado que mostra as distorções do sistema é o fato de que a maioria das unidades ambulatoriais é pública (75% em 2005), enquanto a maior parte “dos estabelecimentos com internação, dos leitos e das unidades de serviço de apoio diagnóstico e terapia do país são privados (respectivamente 62,66 e 92%)” (Cordeiro, Conill, Santos, & Bressan, 2011, p. 135). Como consequência, a utilização combinada de serviços públicos e privados, por parte dos 30% mais abastados e influentes da população, é desigual e até mesmo iníqua, em relação aos 70% que dependem exclusivamente do SUS. Estes últimos, mesmo quando bem assistidos na Atenção Básica, enfrentam fortes obstáculos, quando necessitam acessar serviços de tratamento e diagnóstico especializado. Assim, os 30% que possuem planos de saúde não se empenham em mudar as condições da assistência pública, inclusive porque já custeiam os investimentos adicionais nas mensalidades ou no pagamento direto por serviços. Portanto, prevalece aqui a lógica individual e privada do custo-benefício, em detrimento da lógica solidarista, própria de uma política social que se propõe universal. Temos, dessa maneira, uma dura faceta das “artimanhas da exclusão” (Sawaia, 2010), num campo onde elas deveriam estar distantes: a saúde pública.

O segundo aspecto dessa ambivalência, intensificada pelo ambiente neoliberal no qual estamos inseridos, é a dificuldade de se ampliar a regulação do setor suplementar, por parte do setor público. O setor privado de saúde, no Brasil, possui uma tradição de autorregulação e assim permaneceu, mesmo após a criação do SUS. Desse modo, a formulação das políticas públicas em saúde sempre teve como foco preferencial o SUS e seus serviços próprios, deixando-se ao largo o setor suplementar que, segundo a Constituição vigente, deveria participar da saúde apenas em caráter complementar.

As agências reguladoras, no Brasil, surgiram no primeiro mandato do governo Fernando Henrique Cardoso, inspiradas no modelo norte-americano. Sua operacionalização sinalizava que o Estado brasileiro

mudava seu foco de atuação, passando de Estado provedor para Estado regulador (Pó, 2011). Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o objetivo de exercer a regulação do setor de oferta de serviços privados na saúde. Porém, devido a inúmeras limitações, o trabalho da ANS tem buscado apenas a garantia dos direitos do consumidor, e não “um reordenamento da produção privada, segundo a lógica de ‘bens públicos’” (Menicucci, 2011, p. 191).

Tomemos como contraponto a experiência canadense de regulação da saúde. Apesar de o Canadá possuir um sistema público e universal de saúde - o Medicare - que é utilizado por toda a população, assim mesmo dois terços dos canadenses possuem planos privados de saúde. Entretanto, a regulação do sistema de saúde canadense proíbe que os serviços privados ofereçam os mesmos serviços prestados pelo setor público. Fica a cargo da saúde privada apenas aquilo que o Medicare, público, não cobre, como, por exemplo, quartos privados em hospitais, atenção odontológica, tratamentos estéticos, medicamentos. O Medicare cobre os medicamentos apenas para a população pobre, para os idosos e para os pacientes com doenças crônicas. Para evitar que os serviços privados concorram com os públicos, “todas as províncias (há autonomia de gestão para as 13 províncias) consideram ilegal que pacientes ou planos de saúde paguem, privadamente, qualquer serviço médico que é coberto pelo sistema Medicare” (Reid, 2009, p. 137). Por conseguinte, prevalece no Canadá uma regulação na qual o interesse público e coletivo prevalece sobre a iniciativa e a autonomia individual.

Temos, assim, dois modelos de regulação com diferentes escopos. Enquanto no Canadá há uma regulação do setor privado, submetendo-o ao interesse público, no Brasil a regulação tem por eixo o consumidor/cliente individual, intervindo essencialmente no reajuste das mensalidades e no padrão da cobertura, dentro dos limites impostos pelo projeto neoliberal.

Não se trata aqui de advogar a cópia do modelo canadense de regulação, ou qualquer outro. Cada país tem uma história própria e deve encontrar seus próprios caminhos na construção de sua saúde pública. O que pretendemos é assinalar o paradoxo instalado entre o hibridismo de uma gestão pautada em princípios neoliberais, na qual o consumidor é o centro, e um sistema de saúde cujo princípio constitucional aposta na solidariedade, característica essencial das políticas sociais desenhadas, mas não levadas a termo, no Brasil.

Gestão democrática e processos de subjetivação solidários

A Constituição de 1988, que, no início da abertura democrática, definiu os contornos das políticas públicas no Brasil, inclusive a política de saúde, foi marcada pela preocupação em corrigir os equívocos autoritários da ditadura militar. Uma das mudanças instituídas foi a descentralização, visando possibilitar maior participação democrática, mediante a municipalização administrativa das políticas. O SUS foi o campo em que essas intenções democratizantes na gestão pública apresentou maior sucesso, servindo de modelo para outras políticas, tais como a de Assistência Social.

No desenho do SUS, a função de gestão tem uma forte dimensão participativa, pois, além de envolver os gestores municipais, estaduais e federais, congrega, através de mecanismos participativos, como os Conselhos e Conferências de Saúde, o conjunto dos sujeitos envolvidos na produção da saúde, o que inclui os trabalhadores e os usuários do Sistema.

Assim é que foram instituídos os Conselhos de Saúde, organizados nos três níveis da administração (federal, estadual e municipal), objetivando o “controle social” do sistema. Eles têm caráter deliberativo e devem: aprovar o planejamento da saúde e acompanhar sua execução; aprovar e acompanhar o orçamento setorial; avaliar os serviços de saúde; fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros. A composição desses Conselhos é paritária, sendo eles constituídos por 50% de usuários e 50% de trabalhadores, prestadores de serviços e gestores.

As Conferências de Saúde, por sua vez, também ocorrem nos três níveis. Elas são convocadas pelo gestor ou pelo Conselho de Saúde, debatendo e decidindo sobre temas gerais e específicos das políticas de saúde. Os municípios que não possuem conselhos de saúde organizados perdem direito a repasses financeiros para seus fundos municipais de saúde.

Outros dispositivos foram paulatinamente construídos. Destaque-se aqui a Comissão Tripartite, que atua junto ao Ministério da Saúde, também reunindo as três esferas de governo (União, estados e municípios). Tal comissão é, atualmente, “a principal instância de negociação e pactuação de critérios de distribuição de recursos, de planos e de avaliação ... em cada esfera de governo” (Nogueira, 2011, p. 26). Um exemplo de organização coordenada está no documento *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão* (Ministério da Saúde, 2006a), escrito em conjunto pelo Ministério da Saúde, Conselho

Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). O documento contempla o pacto firmado entre as três instâncias gestoras do SUS, em torno de uma unidade de princípios, tendo em vista fortalecer mecanismos de cogestão, de planejamento e de controle social. Ele busca também garantir o acesso da população a um serviço integral e de qualidade, além de redefinir instrumentos de regulação, avaliação e financiamento. É notório o reconhecimento da importância dos secretários estaduais e municipais, considerados como sujeitos sociais centrais, no atual momento em que se buscam avanços na gestão do SUS (Paim, 2008). Além disso, em 2007 foi criada a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), responsável por formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do SUS e fortalecer a participação social.

O Ministério da Saúde tem realizado, gradualmente, dois movimentos paralelos: a unificação do comando nacional da política e a descentralização político-administrativa. (Viana & Machado, 2009). Esse duplo movimento, que foi se ampliando progressivamente, não é isento de tensões, fomentando críticas de ambos os lados. Algumas apontam que, com a descentralização e a consequente autonomia das gestões locais, perde-se a garantia de que os gestores atuem comprometidos com as necessidades dos cidadãos ou que sejam cuidadosos na aplicação do dinheiro público. Ademais, sugerem que há uma proteção excessiva às gestões municipais, em detrimento das instâncias estaduais e regionais. De outro lado, aqueles que defendem maior autonomia municipal acusam a regulação federal de limitar o poder local, moldando uma gestão da saúde “de cima para baixo”, sem a participação dos atores locais.

Podemos perguntar se essas tensões e controvérsias são sintomas de uma gestão que ainda não encontrou seu arranjo desejável ou se, ao contrário, elas sinalizam o que é próprio do jogo democrático: o desentendimento, entendido como o dissenso, o conflito (Rancière, 1996). Se entendermos que a política não é o arranjo do consenso, mas do conflito, podemos considerar tais embates como necessários para fazer avançar a gestão democrática no SUS. Assim, quando se aborda o tema da subjetividade, na política do SUS, não se pretende instaurar uma subjetivação de consenso, uniforme, mas aquela que abre ao necessário exercício político do dissenso. Afinal, a política é o espaço de manifestação da alteridade, do debate entre sujeitos, individuais e coletivos, capazes de ocupar uma posição singularizada.

Cabe frisar, ainda, que a proposta de gestão democrática e participativa não se restringe aos formatos institucionalizados, descritos acima. Se as estratégias já instituídas merecem ser fortalecidas, outras frentes de atuação devem ser abertas. A partir da década de 1990, foi se tornando patente que a mudança dos processos de gestão passava, necessariamente, pela dimensão intersubjetiva das práticas de cuidado em saúde (Campos, 2000). Atualizando várias discussões presentes na literatura, Guizardi e Cavalcanti (2010, p. 634) afirmam que o SUS não é apenas um sistema de saúde que oferece serviços, mas é também um campo de lutas do movimento sanitário, “sobretudo, como terreno de interação e produção de sujeitos em luta por uma nova sociedade”. É nesse terreno que se podem mobilizar sujeitos, na luta pelo SUS. A análise dos autores aponta para a centralidade da cogestão na saúde, entendida como estratégia inovadora de redistribuição de poder entre os diferentes sujeitos envolvidos na promoção de avanços no SUS.

Um dos autores de referência, na discussão da referida temática, é Gastão Wagner de Souza Campos, docente da Universidade de Campinas (UNICAMP), que trabalha em uma linha de pesquisa intitulada “Gestão e Subjetividade” e ocupou a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, no início do primeiro mandato do Governo Lula, em 2003. Ele construiu um modelo intitulado “Cogestão”, que propõe o envolvimento do conjunto dos atores sociais ligados ao SUS, como estratégia de redistribuição de poder. Tal proposta tem sido retomada e debatida por vários pesquisadores e inspirado experiências locais e nacionais. Sua passagem pelo MS acentuou a influência desse ideário em várias políticas desenvolvidas naquele período, com destaque para a Política Nacional de Humanização, que estabelece, como princípio básico, a “indissociabilidade entre atenção e gestão”, ou seja, a associação inseparável entre os modos de cuidar e os modos de gerir, entre a clínica e a política, entre a produção de saúde e a produção de sujeitos (Ministério da Saúde, 2004). A obra em que Campos (2000) detalha a proposta de cogestão possui vários capítulos relativos ao tema sujeito/subjetividade. Essa discussão acompanha também seus trabalhos posteriores (Campos, 2011).

Cabe perguntar: qual subjetividade é almejada, no contexto das políticas de saúde no Brasil? A temática de subjetividade entrou tardiamente nas discussões da saúde coletiva brasileira. Ela começou nos anos 1990 e só foi incrementada, de fato, após 2000 (Ferreira Neto et al., 2011). Desde então, ela tem se tornado central, tanto na literatura sobre saúde pública quanto nos documentos governamentais. Uma boa síntese da

direção almejada está presente na Política Nacional de Promoção da Saúde: “A produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias” (Ministério da Saúde, 2006b, p. 13). Essa noção de subjetividade, conforme Stotz e Araújo (2004), distingue-se da concepção hegemônica do ideário neoliberal, que remete a uma subjetividade atomizada, consumista e individualista. Criar alternativas à política neoliberal de subjetivação e de “governo dos homens” é um trabalho de ações contra-hegemônicas, visando a mudanças concretas nos modos de vida dos sujeitos, com objetivos políticos claramente colocados.

Esse realce ao tema da subjetividade na discussão das políticas de saúde ocorre em outros países. Podemos citar, entre outros, os trabalhos do inglês Rose (2007), dos australianos Petersen e Lupton (1996) e do argentino Menéndez (2009).

A principal estratégia de produção de subjetividade é a aproximação dos atores envolvidos na produção da saúde - gestores, trabalhadores e usuários. Isso implica uma gestão democrática e participativa nas políticas e nos serviços de saúde. Por essa razão, a noção de subjetividade não se restringe à vivência de interioridade psicológica dos indivíduos, ou como categoria exclusiva da Psicologia. Ao contrário, ela envolve, a um só tempo, processos coletivos e individuais que mobilizam e transformam os sujeitos envolvidos. Afinal, ela é um conceito sem território disciplinar único e se insere nos debates interdisciplinares, nas ciências humanas e sociais.

Outra observação: na proposta de cogestão, acima citada, não basta o envolvimento do contingente de usuários e trabalhadores que já transitam mais organicamente pelo SUS. A ampliação desse contingente é necessária, o que implica sua efetiva universalização. Uma pesquisa do IPEA sobre a percepção social dos serviços públicos de saúde, no país, mostra que “os serviços públicos de saúde prestados pelo SUS são mais bem avaliados pelos entrevistados que tiveram experiência com esses serviços” (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2011, p. 8). Tal dado sugere que o entrevistado é levado a refletir sobre sua própria experiência no uso dos serviços. E que a percepção dos não usuários se baseia em informações de várias fontes, entre as quais a mídia, que tende a acentuar os problemas da saúde pública. A seguirmos com essa hipótese, que a mídia tende a fomentar processos de subjetivação sustentados principalmente pelos valores neoliberais, o melhor argumento para rebater a desqualificação reiterada que ela faz do SUS (que tem, sem dúvida, falhas bastante visíveis) seria levar-lhe a vivência

dos sujeitos assistidos na saúde pública. Com efeito, a proximidade e o envolvimento com o SUS confere ao usuário uma compreensão mais ampla e, em certa medida, mais tolerante, das dificuldades existentes. Assim, se o nosso sistema de saúde permanecer voltado apenas para as parcelas carentes da população, dificilmente haverá maior adesão à defesa ampla do SUS. Ficamos diante de um dilema: a universalização da assistência como condição de possibilidade para se obter uma universalização efetiva.

Se olharmos a experiência europeia, veremos que, apesar de práticas privatizantes nos governos de vários países, a saúde pública não foi diretamente atingida, pois ali “a cultura das políticas públicas de saúde ganhou legitimidade e conseguiu se impor ao discurso dominante” (Campos, 2011, p. 278). A diferença é que esses países têm como ponto de partida sistemas de saúde consolidados, avaliados pela população como tendo boa qualidade, enquanto o nosso ainda luta para se consolidar. Para tanto, seria necessária, de um lado, a adesão mais incisiva dos 30% da população que fazem uso do subsistema privado e, de outro lado, de grande parte dos 70% que ainda vê os planos privados de saúde como um sonho de consumo.

Considerações finais

Se o SUS obteve significativas conquistas, ele está, ao mesmo tempo, às voltas com limitações e impasses. A superação do modelo liberal, na atenção à saúde, ainda depende de uma conjunção de forças políticas que encarem a decisão de financiar adequadamente a saúde pública brasileira. Para tanto, a dimensão do financiamento do SUS é condição necessária, mas não suficiente. É essencial a ampliação da gestão participativa e da produção de subjetividades críticas, ativas e solidárias.

A produção dessa subjetividade almejada possui uma interdependência com o fortalecimento do controle social amplo, não apenas nas instâncias formais de participação, mas também no envolvimento direto no cotidiano dos serviços, no contexto de uma gestão democrática.

Este artigo visou analisar algumas implicações das escolhas reais, e não ideais, que a sociedade e o Estado brasileiro têm feito, em relação ao nosso sistema de saúde. Não cabe aqui prever seus futuros desdobramentos. Um dado novo é o aprofundamento da insatisfação com os planos privados de saúde, cuja clientela, a cada dia, leva mais queixas aos serviços de defesa ao consumidor. Além disso, pela primeira vez, em 2011, e novamente em 2012, os médicos desses

planos privados paralisaram os atendimentos, em protesto por sua baixa remuneração e contra o controle exercido pelos planos sobre seus processos de trabalho. Tomar a saúde como mercadoria, conforme preconiza o setor privado, na esteira da ideologia neoliberal, e não como direito de cidadania, como estabelece nossa Constituição, levará a impasses cada vez mais agudos.

As saídas para tais impasses não se darão apenas a partir de arranjos macropolíticos ou institucionais, mas envolvem também o enfrentamento desse modo de subjetivação neoliberal, que, em certa medida, afeta a todos os cidadãos, inclusive os que criticam o neoliberalismo como projeto político. Entendemos que a luta contra esse modelo, para ser efetiva, deve ocorrer nos níveis macro e micropolíticos, entrelaçando gestão e subjetividade, de modo a permitir aos indivíduos e aos coletivos reinventarem-se de forma crítica e solidária, revendo suas escolhas de políticas públicas. Neste sentido, para que o SUS chegue, na medida do possível, à realização de seu projeto, este deverá estar incluído em uma reforma social, cultural e política mais ampla, na qual haja lugar para a mudança dos modos de vida e dos processos de subjetivação. No entanto, pelas razões anteriormente expostas, fica claro que tal perspectiva não surgirá para nós num horizonte próximo. Recolocar com mais clareza este problema, parece-nos ser uma etapa importante no avanço ou mesmo no redesenho de nosso projeto de saúde pública.

Notas

- ¹ Observe-se que a noção de modos de subjetivação ainda não está presente nos estudos de Foucault em 1979, época do Seminário que abordamos. Ela aparecerá inicialmente no seminário seguinte, intitulado *Subjetividade e verdade* (1980-1981) e terá uma centralidade definitiva no seminário *A hermenêutica do sujeito* (1981-1982), mantendo-se, a partir daí, em toda a produção posterior do autor.

Referências

- Anderson, P. (2000). Balanço do Neoliberalismo. In E. Sader (Org.), *Pós-Neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático* (5ª ed., pp. 9-23). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2011). Modo de coprodução do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. In N. Santos & P. Amarante (Orgs.), *Gestão pública e relação público privado na saúde* (pp. 271-279). Rio de Janeiro: CEBES.
- Carvalho, G. (2011). Avaliação do atual modelo da gestão do SUS quanto ao financiamento público na saúde. In N. Santos & P. Amarante (Orgs.), *Gestão pública e relação público privado na saúde* (pp. 48-67). Rio de Janeiro: CEBES.

- Cordeiro, H., Conill, E., Santos, I., & Bressan, A. (2011). Por uma redução das desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In N. Santos & P. Amarante (Orgs.), *Gestão pública e relação público privado na saúde* (pp. 129-151). Rio de Janeiro: CEBES.
- Farr, R. (1999). *As raízes da psicologia social moderna* (P. Guareschi & P. Maya, Trans.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ferreira Neto, J. L., Kind, L., Pereira, A. B., Rezende, M. C., & Fernandes, M. L. (2011). Usos da noção de subjetividade no campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(5), 831-842.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica* (E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Gaulejac, V. (2007). *A gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social* (I. Storniolo, Trad.). São Paulo: Idéias e Letras.
- González Rey, F. (2004). *O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Guizard, F. & Cavalcanti, F. (2010). A gestão em saúde: nexos entre o cenário institucional e a participação política no SUS. *Interface*, 14(34), 633-645.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. (2011). *Sistema de Indicadores de Percepção Social – Saúde*. Acesso em 01 de agosto, 2012, em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf
- Menéndez, E. (2009). *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva* (D. K. Kraus & M. Zasso, Trans.). São Paulo: Hucitec.
- Menicucci, T. A. (2007). Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In G. Hochman (Org.), *Políticas públicas no Brasil* (pp. 303-325). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Menicucci, T. A. (2011). A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In N. Santos & P. Amarante (Orgs.), *Gestão pública e relação público privado na saúde* (pp. 180-197). Rio de Janeiro: CEBES.
- Ministério da Saúde. (2004). *Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2006a). *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2006b). *Política Nacional de Promoção de Saúde*. Brasília, DF: Autor.
- Nogueira, R. P. (2011). O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In N. Santos & P. Amarante (Orgs.), *Gestão pública e relação público privado na saúde* (pp. 24-47). Rio de Janeiro: CEBES.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Petersen, A. & Lupton, D. (1996). *The new public health: Health and self in the age of risk*. St Leonards, Austrália: Sage.
- Pó, M. V. (2011). Institucionalidade e desafios da regulação na área de saúde no Brasil. In N. Santos & P. Amarante (Orgs.), *Gestão pública e relação público privado na saúde* (pp. 220-243). Rio de Janeiro: CEBES.
- Rancière, J. (1996). *O desentendimento: política e filosofia*. São Paulo: Ed. 34.
- Reid, T. R. (2009). *The healing of America: A global quest for a better, cheaper, and fairer health care*. New York: Penguin Books.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the Twenty-First Century*. New Jersey: Princeton University Press.
- Sawaia, B. (2010). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (10ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Schultz, T. (1973). *O capital humano: investimentos em educação e pesquisa* (M. A. Matos, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1971)
- Sennett, R. (1999). *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo* (M. Santarrita, Trad.). Rio de Janeiro: Record.
- Silva, S. (2009). Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*, 33, 48-56.
- Stotz, E. N. & Araújo, J. W. G. (2004). Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, 13(2), 5-19.
- Viana, A. L. & Machado, C. V. (2009). Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3), 807-817.

Agradecimento

CNPQ/FAPEMIG Edital CHE-PPM-244

Submissão em: 29/01/2013

Revisão em: 30/01/2014

Aceite em: 04/02/2014

João Leite Ferreira Neto é professor do Departamento de Psicologia da PUC Minas. Bolsista de produtividade CNPq. Endereço: Av. Itaú, nº 525 - Bairro Dom Cabral. Belo Horizonte/MG - CEP: 30535012
E-mail: jleite.bhe@terra.com.br

José Newton Garcia de Araújo é professor do Departamento de Psicologia da PUC Minas. Bolsista de produtividade CNPq.
E-mail: jinga@uol.com.br

Como citar:

Ferreira Neto, J. L. & Araújo, J. N. G. (2014). Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 675-684.