

Carvalho EA. *Virado do avesso*. São Paulo: Selecta Editorial, 2005 136p.

Eduardo Costa
Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz

Desde o título, Edgard Carvalho nos informa o destino da jornada. Em decorrência de um atropelamento muito traumático, ocorrido um ano antes, o antropólogo, sociólogo, pensador da complexidade nos presenteia com sua mais visceral manifestação, em que anos de docência, tradução de obras muito significativas, pesquisas e publicações serviram de fundo para a expressão do homem Edgard, em sua fragilidade e força. Nutrido pelas mais expressivas reflexões contemporâneas, em especial aquelas nas obras de Oliver Sacks e Michel Serres, Edgard discorre sobre as experiências deste corpo-objeto-de-cuidados e do corpo-sujeito que vai se reapropriando.

Seu teor não toca apenas o âmago de um ser que sofre, mas as entranhas do sistema de saúde e seus executores, desvelando as feridas presentes na estrutura que se pretende asseguradora de estabilidade e bem-estar.

O paradigma simplificador encontra seu mais caro reduto nas instâncias médicas, norteadas pelos dogmas cartesianos, e percebemos nas palavras do autor os efeitos destas concepções na abordagem de seu corpo esfacelado.

Assistimos às ações e reações diante do acaso, transformador do sujeito em objeto, do *homo erectus*, que perde seu *status* de líder para tornar-se um mero comandado: “um resquício de *sapiens sapiens-demens*, de quem foram retiradas a sabedoria e a loucura” (p. 25).

Podemos avançar um pouco mais nesta compreensão de como o adoecer, a perda da unidade psicossomática, é complexa em suas conseqüências, assim como em suas causas, construindo um olhar

Heimann LS, Ibanhes LC & Barboza R, organizadores. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2005, 242p.

Cecília Paiva Neto Cavalcanti
Escola de Serviço Social, UFRJ

A construção do Sistema Único de Saúde conduzida pelo movimento da Reforma Sanitária visava romper com o modelo até então vigente de atenção à saúde médico-assistencial de caráter curativo, discriminatório, subordinado à lógica mercantilista e que privilegiava o produtor privado em detrimento da rede própria. Quase dezesseis anos após a promulgação das leis 8.080 e 8.142 que viriam a constituir, ordenar e organizar o SUS, o quadro da saúde no Brasil não é muito diferente daquele que o movimento buscava superar.

A rendição aos preceitos neoliberais na década de 1990 levou à adoção de um projeto nacional em

mais “poliocular”, como diria Edgar Morin (um dos principais autores traduzidos por Carvalho e seu amigo pessoal), e onde conseguimos perceber, com mais nitidez, as múltiplas faces do processo de adoecimento e cura, em que as interações e retro-interações entre equipe de saúde, paciente, familiares e amigos, constituem a rede conformadora de cura ou de padecimento e morte.

Uma obra como esta possui grande relevância no âmbito da saúde coletiva, em dupla função: denuncia a complexidade e a pluralidade do fenômeno saúde/doença e explicita as representações subjetivas do paciente sobre a rede profissional e as políticas públicas, em seus desfechos e eficácia.

Sublinha movimentos não tão recentes – o que demonstra as dificuldades de transformação desta realidade – de humanização e revisão da relação dos profissionais de saúde com seus pacientes, identificando, reiteradamente, os benefícios de re-incluir fatores extirpados da lógica positivista, como o lugar do afeto e do desejo nos processos de recuperação e cura.

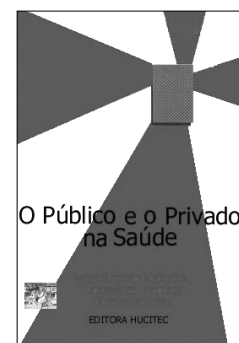
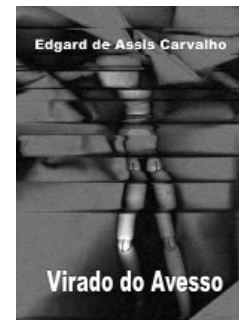
A despeito do retrato cruel que nos apresenta, no qual explicita, com clareza ofuscante, a intrincada trama dos vínculos financeiros que determinam os limites da reparação para cada indivíduo, Edgard demonstra, nas passagens em que narra sua lenta recuperação, o que está para além das condutas objetivas e objetivizantes, no resgate do pertencimento e da confiança.

Edgar Carvalho mergulha fundo, como na metáfora de Serres, utilizando o princípio de Arquimedes, onde *qualquer corpo verdadeiramente submerso na vida autêntica abre-se para a descoberta de si mesmo, aparelha-se para o sobrevôo do possível e do impossível, do necessário e do contingente, do contexto e do intertexto* (p. 111).

E renovado e abastecido por uma ida às profundezas de si mesmo, encerra a narrativa de seu período, confessando: “valeu a pena!” (p. 132).

que a estabilidade monetária e a competitividade externa tornam-se prioritárias e passam a ser perseguidas através da política econômica recessiva e inibidora do crescimento econômico, que se orienta pela manutenção de superávits fiscais comprometidos com os credores da dívida pública, em detrimento do financiamento das políticas sociais. Do ponto de vista político e ideológico é o tema da reforma do Estado que passa a dar a tônica ao processo de equilíbrio fiscal.

Nesse contexto de contenção do gasto público e de reestruturação do Estado, a implantação do SUS passa a ser comprometida por uma orientação divergente que então evoca o mercado como o canal natural de satisfação das necessidades sociais. Com a universalidade restringida pela falta de investimentos que compatibilizassem a oferta com o aumento substancial da demanda, a saúde, tal como ocorre com a educação, e em decorrência da perda da qualidade dos serviços prestados, experimenta um pro-



cesso sutil de privatização levando quem pode a migrar para o mercado. A expansão da assistência suplementar nesse período é elucidativa desse processo.

No tensionamento entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista que se (re)inaugura na década de 1990, a relação que vai se desenhando entre o público e o privado conforma um modelo de atenção à saúde no país fragmentado, segmentado, desigual e orientado pela lógica mercantilista e que traz fortes rebatimentos para a consolidação do SUS de maneira que qualquer análise, balanço ou avaliação sobre os seus rumos hoje tem de considerar e abarcar o setor privado e sua relação com o SUS já que essa condiciona e determina questões centrais como a rede de atenção, sua utilização, o acesso dos usuários aos serviços, os recursos, impactando nos próprios princípios da universalidade, da equidade e da integralidade.

A coletânea *O público e o privado na saúde*, organizado por Luiza Sterman Heimann, Lauro César Ibanhes e Renato Barboza, tem esse mérito de discutir o SUS a partir da relação público-privado, o que possibilita lançar um outro olhar sobre a questão do SUS. Apresentando os resultados da pesquisa sobre os Desafios para a Equidade em Saúde na Região Metropolitana de São Paulo desenvolvida pelo Nisis (Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde), no período de 2002 a 2004, o livro ainda traz sete textos de oito autores de renome, entre eles protagonistas do movimento da Reforma Sanitária.

Dividida em três partes, a coletânea apresenta na primeira, com as análises de Roberto Romano, Emir Sader e Laura Tavares, os fundamentos teórico-conceituais da relação público-privado, discutindo a distinção entre público, privado e estatal e como a relação entre essas três esferas foi conformando a sociedade e o Estado brasileiros abordada a partir de uma incursão histórica que começa nos tempos coloniais, com o texto de Romano, até chegar à reforma do Estado brasileiro ditada pelos preceitos neoliberais, analisada na produção de Tavares.

O debate avança na segunda parte com as contribuições de Gastão Wagner de Souza Campos, Nelson Rodrigues dos Santos, Jairnilson Silva Paim e Mário Scheffer e Lígia Bahia, que vão situar o debate do público-privado na trajetória da política de saúde, resgatando os momentos anterior e posterior à criação do SUS e adentrando na questão da assistência suplementar e seu processo de regulamentação, tecendo o contexto que servirá de cenário para a apresentação dos resultados da pesquisa pela equipe do Nisis e que constitui a terceira parte do livro.

Na coletânea o quadro da saúde no País é retratado sob diversos aspectos como o do financiamento, do investimento, da cobertura, da estrutura e da rede de oferta de serviços tanto do setor público como do privado, possibilitando deflagrar, nessa mistura público-privado, a privatização do público tão recorrente nas práticas históricas de gestão da coisa pública no Brasil.

Santos chama a atenção para a questão do baixo financiamento e como este pode vir a reproduzir o modelo de saúde anterior, centrado não nas necessi-

dades da população, mas na lógica da oferta, já que *quanto mais vai baixando o financiamento, as pressões da sociedade para abocanhar o pouco dinheiro que existe, as pressões dos lobbies da oferta, dos fabricantes ... tem-se mostrado na prática que tem um peso maior de abocanhar as poucas fatias que sobram do baixo financiamento, do que a pressão da população para a Integralidade, a Equidade e da atenção básica que foi aquela desejada desde o começo* (p. 108-9).

De fato e como mencionado acima, a saúde viveu um processo de privatização sutil na década de 1990 de tal forma que as próprias mobilizações sociais, como a de sindicatos e associações profissionais, passam a ter como pauta em suas reivindicações trabalhistas, não a viabilização do SUS e o cumprimento da legislação, sobretudo no que se refere à política de financiamento, e sim a exigência de planos de saúde para suas categorias. O Estado passa a pagar planos de saúde para o funcionalismo público, tornando-se comprador da assistência suplementar e reforçando a desigualdade.

Os recursos públicos assim passam a custear não só o SUS, como a compra de planos privados para segmentos do funcionalismo público. E não pára aí já que os próprios planos de saúde privados são sustentados por recursos públicos como Scheffer e Bahia, ao analisarem o processo de regulamentação da assistência suplementar no Brasil, salientam mencionando os gastos com a cobertura da população excluída pela saúde suplementar, com as isenções tributárias de filantrópicas e cooperativas e a renúncia fiscal. Os autores também atentam para o fato, de a própria Agência Nacional de Saúde (ANS), criada para regulamentar a assistência suplementar, ser mantida ainda com recursos públicos.

O debate em torno da equidade e da universalidade se aprofunda com a polêmica da “fila dupla” no SUS e do ressarcimento levantada nas análises feitas pela equipe do Nisis e no artigo de Scheffer e Bahia.

Com relação à primeira, é denunciada a diferença no acesso e na qualidade do atendimento nas unidades de saúde que, terceirizadas na forma de organizações sociais ou através da capa jurídica de fundação, podem vender seus serviços ao mercado e passam a receber usuários dos planos privados. Essa diferença, conforme chama atenção Scheffer e Bahia, *que deveria ser apenas na hotelaria, estende-se ao agendamento e à resolutividade* (p. 155).

No tocante ao segundo, são apresentadas as dificuldades de fazer cumprir a lei 9.656/98, que estabelece o ressarcimento ao SUS, por parte das operadoras de planos privados, em casos de interações e atendimentos de emergência na rede pública ou a ela conveniada, que é muito recorrente nos atendimentos de média e alta complexidade não cobertos pelas seguradoras. O que demonstra claramente a mercantilização da atenção à saúde pela assistência suplementar que estabelece um vínculo entre contribuição pecuniária e cobertura, reproduzindo a desigualdade entre os próprios usuários dos serviços privados. A equipe do Nisis ainda destaca a questão do acesso aos serviços do SUS por parte dos usuários dos planos privados excluídos da cobertura que, atra-

vés dos profissionais de saúde com duplo vínculo, têm o seu tempo de espera reduzido e não precisam passar pela rede primária para serem encaminhados a esses serviços.

Apesar de ser defendida por alguns como uma fonte de recursos adicional para o SUS e por outros como justa por parte do gasto público, a questão do ressarcimento revela-se incoerente com o próprio princípio da universalidade, já que estabelece um preço pelo serviço utilizado por parte de um segmento da população brasileira que, ainda a ser pago pela iniciativa privada, deveria ser garantido gratuitamente a essa e a todos os demais cidadãos brasileiros. O debate em torno do ressarcimento e de outras questões relacionadas à regulamentação do setor suplementar deve ser conduzido com todo o cuidado para não deslocar o debate em defesa do SUS e implicar um abandono do modelo de saúde para todos como um dever do Estado, sob o risco de continuarmos reforçando a segmentação e a desigualdade na saúde.

Sem pretender esgotar o debate que a coletânea ilumina, o que não faria jus à sua produção que traz tantas questões, entre antigas e novas, para animar e fazer avançar esse debate, um último destaque deve ser dado à questão da integralidade, já que os dados e estudos apresentados apontam para uma divisão do trabalho entre o setor privado e o público, caben-

do a este último o investimento maior na atenção básica e de média e alta complexidade, que o privado não investe por não ser lucrativo ou por implicar custos mais elevados. De acordo com Paim, uma parcela significativa do montante dos recursos públicos gastos com a saúde é apropriada pelo setor privado por conta justamente dos atendimentos na área de média e alta complexidade. Isso implica não só onerar o gasto público, como também acaba por direcionar e estruturar as ações do SUS em função das lacunas do setor privado e privilegiando as ações curativas e, portanto, de acordo com a oferta, e não definida a partir do diagnóstico do perfil epidemiológico da população e na perspectiva da integralidade.

Esta publicação se destina a todos os estudiosos, pesquisadores da área da saúde coletiva e de políticas sociais e formuladores e gestores de políticas públicas comprometidos com o seu processo de democratização, publicização, descentralização e universalização para os quais a coletânea em questão traz importantes e novas contribuições ao discutir o SUS e seus princípios fundantes – a universalidade, a equidade e a integralidade – a partir do prisma da relação público-privado que, como bem já salientava Paim, não tem sido objeto de estudo acadêmico, o que só reforça a relevância da publicação pelo seu pioneirismo.