

O ESTUDO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES E FATOS

Amélia Cohn

O ESTUDO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE na área da Saúde Coletiva ocupou sempre um lugar central, dadas as próprias características dessa área. Dentre elas, a de se constituir simultaneamente num campo de conhecimento e de práticas, envolvendo uma conjugação de perspectivas de análises que possibilite ao mesmo tempo avançar na produção do conhecimento e orientar as ações e a formulação das políticas de saúde. Em conseqüência, elas consistem numa vertente de estudos na área da saúde sempre muito marcada pelas questões e pelos desafios no que diz respeito à saúde que a própria sociedade impõe aos especialistas do tema, acentuando assim uma característica da própria área da Saúde Coletiva, vale dizer, de conjugar, nem sempre em tempos e instâncias distintas, a teoria e a prática.

No entanto, há que se ter claro que isso não implica, em nenhuma hipótese, que os estudos realizados nessa área sejam estudos aleatórios, marcados por distintas vontades individuais e/ou de determinados grupos sobre o que deva ser a organização da sociedade para enfrentar os seus próprios problemas de saúde de que padece, nem muito menos estudos que não devam obedecer, como qualquer campo do conhecimento científico exige, rigorosos procedimentos metodológicos e científicos. Em resumo, não significa que esses estudos e análises sejam fruto da vontade dos sujeitos que os produzem de demonstrar a "sua" verdade, ou "a sua" resposta para aqueles desafios como "a resposta — e única — correta". Desde já, para o que se chama a atenção é que as políticas de saúde consistem num campo de conhecimento da área das ciências humanas, e que como tal estabelece um outro padrão de relação entre o sujeito e o objeto do conhecimento que não aquele próprio das áreas das ciências biológicas e exatas; mas que, apesar disso, ao contrário do que o senso comum interpreta, não

deixa de se caracterizar como um conhecimento igualmente científico, vale dizer, como a produção de um conhecimento que busca estabelecer relações entre fenômenos criteriosamente coletados e selecionados.

Dito isto, vale uma outra advertência: não busque o(a) leitor(a) neste texto respostas conclusivas — ou soluções — para os desafios que a saúde impõe para a nossa sociedade hoje. Ao contrário, o que buscaremos fazer é exatamente apontar a complexidade que o próprio objeto — políticas de saúde — envolve, o que ele traz consigo, e os desafios que o próprio esforço de buscar explicações para os rumos que elas tomaram e vêm tomando no Brasil enfrenta.

Há, na área da Saúde Coletiva, basicamente duas grandes vertentes de análise das políticas de saúde: uma que privilegia a organização dos serviços e do sistema de saúde nos distintos países e no Brasil em particular, e outra que enfatiza o impacto das sucessivas reformulações dos sistemas de saúde de cada país sobre o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde e à satisfação de suas necessidades básicas de saúde. Neste caso, o que está no centro das preocupações dos pesquisadores e dos formuladores de políticas de saúde é se essas reformulações e/ou reformas dos sistemas de saúde estão levando a um maior grau de equidade no acesso da população aos serviços de saúde. Em outras palavras, são estudos que analisam as políticas de saúde da perspectiva de uma de suas implicações básicas, qual seja, a de ela se configurar efetivamente “como um direito de todos e um dever do Estado”, tal como reza a Constituição brasileira de 1988:

Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Estudar as políticas de saúde e a organização dos serviços de saúde que configuram as características do sistema de saúde dos distintos países não é uma tarefa pouco complexa. Ela envolve um conjunto de variáveis dinâmicas, com pesos relativos no conjunto do jogo de quebra-cabeça que caracteriza qualquer sociedade, que é muito mutante a depender das conjunturas econômicas, sociais, políticas e de governos, e ao mesmo tempo apresentam uma lógica intrínseca que se faz necessária descobrir qual vem a ser ela. Por exemplo, como se articulam os interesses das diferentes formas de organização e de obtenção de lucro das

diferentes instituições e complexos hospitalares, como esses interesses se articulam com a indústria de produtos farmacêuticos e hospitalares, como se articulam com o sistema público estatal de saúde, e por aí vai.

Claro que não se pode querer que em poucas páginas se esgotem esses temas, nem que sejam todos eles abordados com igual nível de detalhes. O que buscaremos fazer aqui é, num primeiro momento, apontar o que está por trás de algo aparentemente tão simples como "políticas de saúde", e que definitivamente não se reduz ao estudo das medidas de ações adotadas por distintos governos ao longo do tempo, mas sim buscar apontar exatamente "o que está por trás" disso tudo, e seus efeitos para frente. E, num segundo momento, concentrar a atenção no caso do Brasil, aí sim, mostrando as articulações das políticas de saúde com as dimensões econômicas, políticas e sociais da nossa sociedade nos grandes marcos que caracterizam sua trajetória histórica no País, e que consistem nas raízes dos principais desafios que essa área enfrenta hoje. Enfim, recuperar essa trajetória para elucidar o presente e as possibilidades do futuro do sistema de saúde brasileiro, ou melhor, de a saúde se constituir efetivamente num "direito de todos e dever do Estado".

POLÍTICAS DE SAÚDE: DO QUE SE TRATA?

Que dimensões da vida social estão envolvidas quando se trata da questão das políticas de saúde, e/ou de qualquer política da área social (educação, assistência social, de combate à pobreza, etc.)? Elas são muitas, e as principais delas serão tratadas a seguir. No entanto, há que se iniciar pelo começo: o que se entende por política, para fins de nossos estudos.

Os estudos de natureza política tratam, necessariamente, de duas dimensões fundamentais que envolvem o processo de formulação e implementação das políticas de saúde: a dimensão do exercício do poder, e a dimensão da racionalidade que está envolvida nas propostas de organização, reorganização e de escolha de prioridades ao se eleger uma dentre várias possibilidades para a área da saúde fazer frente às necessidades de saúde da população de cidadãos que está sob a autoridade e a responsabilidade do Estado.

Assim sendo, é na dimensão política de nossas sociedades que se verificam os processos de tomada de decisão e imposição para a sociedade pelo poder do Estado de determinadas diretrizes de ação e organização setorial sobre outras. No geral, as teorias sociais contemporâ-

neas distinguem três tipos principais de poder social, e o sistema social global se apresenta articulado em três subsistemas fundamentais: organização das forças produtivas, organização do consenso e a organização da coação, cabendo sempre ao Estado o monopólio do uso da força. Dessa forma, cabe ao Estado, *locus* por excelência do exercício do poder, gerir a sociedade de forma que preserve a segurança dos cidadãos, portanto a ordem, bem como as condições para que a sociedade se reproduza e se desenvolva de forma que sempre responda da maneira a mais adequada possível ao bem geral e ao interesse público. Em conseqüência, tem-se que, na esfera da política, o exercício sempre presente é o da disputa, dentro de determinadas regras do jogo estabelecidas, acordadas socialmente, e reconhecidas pela sociedade como legítimas, entre interesses particulares de distintos grupos sociais para que sejam estes contemplados pelas decisões políticas, e assim impostos à sociedade; e ainda, que nesse processo se configurem como interesses gerais para a sociedade como um todo, portanto não como o interesse de um determinado grupo específico, mas como um bem público, respondendo ao interesse de todos. É nessa arena da disputa política, portanto, que se dá a constante disputa entre interesses individuais e interesses de grupos, ou de determinados segmentos da sociedade, no geral pautados pela visão (correta do seu ponto de vista) de curto prazo, e os interesses gerais, no geral pautados pela visão (inerente ao Estado) de médio e longo prazos.

Neste ponto é interessante transcrever algumas linhas de Bobbio, do texto acima referido, quando afirma: "Conseqüência direta da monopolização da força no âmbito de um determinado território e relativa a um determinado grupo social, assim hão de ser consideradas algumas características normalmente atribuídas ao poder político e que o diferenciam de toda e qualquer outra forma de poder: a exclusividade, a universalidade e a inclusividade". Por exclusividade entendendo-se a não-permissão, pelos detentores do poder político, de formação de grupos armados independentes; por inclusividade se entendendo a possibilidade de intervir, de modo imperativo, em todas as esferas da atividade dos membros do grupo e encaminhá-la ao fim desejado, por meio de instrumentos de ordenamento jurídico; e por universalidade, entendendo-se a capacidade exclusiva dos detentores do poder político de tomar decisões legítimas e verdadeiramente eficazes para toda a coletividade no que diz respeito à distribuição e destinação dos recursos econômicos e de toda natureza, como por exemplo, de equipamentos e profissionais de saúde.

É necessário, assim, que se tenha em conta que quando se vai tratar das políticas de saúde, o que passa a ser o foco do estudo é o processo de tomada de decisões, por parte do Estado (leia-se, daqueles grupos que detêm o poder naquela conjuntura histórica que está sendo estudada, e constituindo os governos), ante uma série de possibilidades de escolhas alternativas, que representam, cada uma delas, ganhos e perdas para distintos grupos sociais, tendo-se todavia por referência que ao Estado compete, sempre, orientar suas decisões para o bem comum da sociedade.

Mas também há o outro lado da medalha: cada grupo social e/ou econômico pode, por exemplo, defender uma prioridade na área da saúde para que ela se traduza na principal política de um determinado governo; por outro lado, a maior parte da sociedade pode entender que uma outra medida seja prioritária na área da saúde, e não aquela. E ambas não encontram respaldo em estudos de caráter científico, epidemiológicos por exemplo, para que se evidencie serem uma delas ou ambas efetivamente causas de um dos principais indicadores de morbimortalidade na sociedade, ou mesmo numa dada região, ou num determinado município. Evidencia-se aí um "choque" entre a dimensão política — de representação de interesses sejam eles de caráter econômico (prioridade n.º 1), sejam eles de entendimento de determinados grupos sociais do que vem a ser "sua" necessidade de saúde (prioridade n.º 2), e a dimensão técnica (prioridade n.º 3), representada por estudos epidemiológicos, da área da Saúde Coletiva e da área biológica propriamente dita. Vale a ressalva, aqui, que a técnica no geral se configura, nos tempos contemporâneos, como um valioso instrumento no processo de tomada de decisão, mas não substitui — e nem deve fazê-lo, sob pena de sacrificar a democracia (isto é, a convivência harmônica — embora sempre tensa — de diferentes), a dimensão política propriamente dita, e que diz respeito exatamente à tomada de decisão, e portanto a escolhas entre alternativas disponíveis.

Assim, se a grande tensão de fundo, na política, é a disputa entre interesses particulares e interesses gerais, que ocorre numa arena onde os poderes dos distintos grupos são altamente diferenciados quanto à sua capacidade de impor aos demais sua vontade, por outro lado, a outra grande tensão, nos tempos atuais, reside na disputa sempre tensa entre a dimensão técnica e a dimensão política nos processos de tomada de decisão. De fato, no caso do Brasil, vem sendo apontado um crescente distanciamento entre representados e seus representantes na esfera política graças a um avanço da presença da dimensão bu-

rocrático-administrativa do Estado em detrimento da dimensão política propriamente dita nos processos de tomada de decisões e de sua implementação. De fato, no caso específico da saúde, vários estudos sobre a dinâmica e o funcionamento dos Conselhos de Saúde, por exemplo, mostram como as pautas e discussões travadas nesses espaços são marcadas por questões operacionais e orçamentárias, e não por negociações efetivas entre interesses divergentes ou diferenciados, traduzindo assim o que Nogueira aponta quando distingue a “política dos técnicos” da “política dos cidadãos”.

POLÍTICAS DE SAÚDE: ESTADO, SOCIEDADE E MERCADO

As sociedades contemporâneas identificam como o *locus* por excelência dos processos políticos nas sociedades o Estado, com suas instituições, embora não seja este o espaço exclusivo do exercício da política. Mas é esta a instância da sociedade — em seus distintos níveis, federal, estadual e municipal, no caso brasileiro — que detém o monopólio dos instrumentos para a formulação e sobretudo a implementação das políticas de saúde, seja no que diz respeito à definição de prioridades a serem contempladas pelo Estado na área da saúde, à definição das formas de como implementá-las — de que mecanismos e de quais instrumentos lançar mão, que público alvo priorizar, a que fontes de financiamento recorrer.

De fato, o século XX, na área das políticas sociais, foi marcado pela emergência de políticas estatais que configuraram modelos de sistemas de proteção social conhecidos hoje como Estados de Bem-Estar Social (Welfare States). Sob este rótulo são identificados os modelos anglo-saxões, social-democratas, após a Segunda Guerra Mundial, e que traduziam um pacto entre empresários e trabalhadores que teve como resultado um pacto de solidariedade social segundo o qual o excedente de recursos advindo de menores taxas de lucro dos empregadores e de menores salários dos empregados assalariados seria destinado ao financiamento das políticas de aposentadoria, pensões, saúde, educação, etc. Este é um modelo conhecido como universal redistributivista, em que o Estado se configura como o principal e/ou exclusivo, a depender do país, provedor e produtor dos serviços sociais, incluindo os serviços de saúde, que nos interessa aqui diretamente. São estes os modelos que prevaleceram na Suécia, Dinamarca e Inglaterra, tidos como exemplos típicos, e que têm como características principais: o

financiamento advindo dos recursos diretos do orçamento do Estado, o que lhes atribui um caráter acentuadamente redistributivo, porque esses recursos provêm dos impostos que recaem sobre os ganhos dos indivíduos. Como nesses países o imposto é altamente progressivo (quem ganha mais paga relativamente mais do que quem ganha menos), os recursos alocados na área social adquirem uma capacidade de redistribuição maior, já que independentemente das condições socioeconômicas dos distintos indivíduos, todos eles têm o mesmo acesso ao mesmo padrão de serviços de saúde, segundo suas necessidades. Portanto, o padrão do acesso dos indivíduos aos serviços de saúde, nesses países, independe da condição deles no mercado, isto é, independe de eles serem ricos ou pobres. Por outro lado, os serviços de saúde e de assistência médica são produzidos exclusivamente pelo Estado, configurando-se como serviços públicos estatais, e quando há a presença de serviços de assistência médica privados, estes são absolutamente residuais, e estão sob as regras exclusivas do mercado, sem subsídio algum dos recursos estatais.

O segundo modelo de sistema de proteção social é conhecido como meritocrático-corporativista, e o exemplo típico é o próprio caso brasileiro: a extensão dos direitos e dos serviços sociais, dentre eles a saúde, se dá a partir exatamente do oposto do modelo anterior — a partir da situação dos indivíduos no mercado de trabalho. É meritocrático porque os indivíduos só têm acesso à assistência médica, aposentadorias e pensões se contribuem para o sistema de proteção social, ao contrário do caso anterior, em que a contribuição é diretamente para o orçamento da União, que redistribuirá os recursos pelos mais distintos setores sob responsabilidade do Estado, dentre eles a saúde. O mérito neste segundo modelo constitui portanto um tributo vinculado à contribuição individual de cada um, contribuição esta que por sua vez está vinculada a uma situação dos indivíduos no mercado de trabalho: o fato de serem trabalhadores formalmente contratados, e sindicalizados, o que lhes atribui o reconhecimento, pelo Estado, de estarem sob as leis que regulam a relação entre capital e trabalho (política trabalhista, política sindical e política previdenciária).

Nesse modelo no geral o que se verifica é que ele acaba por gerar, ao contrário do modelo anterior, uma segmentação e uma diferenciação dos indivíduos no que diz respeito aos benefícios e serviços a que têm direito, e com isso interpõe barreiras para que construam uma identidade comum na busca de melhores condições de acesso aos serviços sociais básicos, como por exemplo saúde e educação. No geral nas so-

ciedades em que prevalece esse modelo o que se verifica é a presença de um sistema dual de proteção social: um subsistema de serviços sociais para quem tem acesso a renda, e um outro subsistema para quem não tem acesso a nenhum tipo de renda, os pobres. No primeiro, no geral prevalece o Estado como provedor mas não necessariamente produtor de serviços sociais, e de saúde em particular; no segundo, prevalece o Estado como provedor e produtor de serviços sociais e de saúde, contando aqui como principal parceiro os serviços e as instituições filantrópicas.

Há ainda um terceiro modelo, o residual, típico dos Estados Unidos da América. Nele o Estado se ocupa somente dos segmentos sociais mais pobres, que para terem acesso aos serviços e benefícios sociais têm de previamente comprovar sua condição de carente. O restante da sociedade vincula-se a serviços e benefícios cujo acesso é garantido pela contribuição diretamente às instituições privadas do mercado, sejam elas de seguro social, sejam elas de seguro de saúde. Os serviços sociais estão, assim, diretamente vinculados ao Estado que os produz somente para os segmentos da população comprovadamente pobre.

Como se vê, nos três modelos a presença do Estado se faz sentir, e independentemente do tamanho dessa presença e do público alvo a que ela se destina, sempre está imbuída de um caráter minimamente redistributivo; e há casos em que, concomitantemente, também assume um caráter de ação que acaba por reproduzir as desigualdades e diferenças sociais, como no caso extremo do modelo residual. Daí por que se afirmar que, embora todo sistema de proteção social envolva um pacto de solidariedade social, uma vez que envolve distribuição direta ou indireta de recursos e riquezas da sociedade entre os diferentes segmentos sociais, esse pacto de solidariedade nem sempre é virtuoso: ele pode redistribuir de forma perversa os recursos, seja pelo padrão de financiamento das distintas políticas na área social, seja pelo acesso aos serviços sociais que o Estado produz ou provê para a sociedade.

Assim é que as distintas sociedades, ao implementarem esses distintos modelos, que nelas hoje em dia não se verificam de forma pura, mas combinados e misturados, com pesos maiores ou menores dos traços que compõem cada um deles, apresentam uma específica relação entre as funções do Estado, da sociedade e do mercado na área social e da saúde. E de fato, nos dias atuais a grande discussão recai sobre quais devam ser o papel e as funções do Estado, o que cabe à sociedade e o que cabe ao mercado. E esse debate no geral se traduz numa equação "mais mercado e menos Estado", "mais Estado e menos mercado", a depender da escolha feita, mudando o papel da sociedade nessa equação.

Senão vejamos: cabe ao Estado ser provedor, isto é, responsável pelas medidas necessárias que façam com que a sociedade conte com um sistema de saúde que responda às necessidades de saúde de toda a população, regulando a prestação dos serviços públicos e privados de saúde para que a ela seja garantida a sua qualidade, independentemente de quem e para quem eles são produzidos? Ou cabe ao Estado, além de garantir a toda a população o acesso a serviços de saúde com qualidade, produzir esses serviços, e produzi-los de forma exclusiva, ou ofertá-los permitindo também a presença da produção de serviços de saúde pelos subsistemas privado lucrativo e não lucrativo de serviços de saúde? Neste caso, a responsabilidade do Estado reside não só em zelar pela qualidade na prestação desses serviços, como também pelo cumprimento das regras estabelecidas na definição de "quem tem acesso a que tipo de serviços". É nesse ponto, dentre outros, que cabe como função básica do Estado garantir que, independentemente da presença de distintos interesses privados (dos produtores privados de serviços de assistência médica, por exemplo) e da presença de interesses particulares representados pelas diferentes necessidades sentidas pelos diferentes segmentos da população sobre que tipo de serviços de saúde atenderiam melhor suas demandas (hospitais, pronto-socorro, ambulatório, unidades básicas de saúde, por exemplo) atuar (exercer seu papel de regulador, de árbitro) para que os interesses de determinado grupo não prevaleçam sobre os demais de modo que prejudique a lógica maior de atendimento às necessidades de saúde da população em geral, entendido aqui esse conjunto de oferta de serviços de saúde como um bem público.

Assim, da mesma forma que não se pode esperar do mercado que ele supra o papel do Estado, uma vez que este sempre tem, por definição, sua ação voltada para a satisfação do bem público, no sentido da necessidade geral da sociedade, enquanto é da essência do mercado a lógica da satisfação das necessidades privadas dos detentores do capital e/ou dos consumidores individualmente, e que portanto ele seja redistributivo dos bens na sociedade (ao contrário, é no mercado que se geram as diferenças e as desigualdades econômicas e sociais), à sociedade sempre é preservado um papel específico. O primeiro desses papéis, muito em voga na discussão contemporânea, consiste na auto-responsabilização dos indivíduos sobre suas condições de saúde: levar uma vida saudável, se automonitorar na prevenção de determinadas doenças, e até mesmo, nos casos mais radicais das reformas do Estado de vários países, autofinanciar determinados serviços de saúde que consuma, fazendo com isso que os indivíduos e as famílias se responsabi-

lizem, e não mais o Estado como nos modelos acima referidos, pela sua própria saúde.

O segundo deles consiste, também muito presente na discussão contemporânea, em atribuir à sociedade responsabilidades que antes eram do Estado, seja na gestão dos serviços de saúde (contratar para gestão de hospitais públicos estatais, por exemplo, organizações sociais de interesse público (Oscips) ou ONGs (organizações não-governamentais), ambas sem fins lucrativos, e entidades filantrópicas, e/ou fundações públicas, para prestação de serviços de saúde, e demais serviços na área social, introduzindo assim uma lógica no sistema de saúde que não é necessariamente pública, mas tampouco privada no sentido estrito do termo, já que esse tipo de instituições não busca diretamente o lucro.

Mas isso terá suas repercussões, no caso brasileiro, como se verá adiante. Dessa forma, a depender do tamanho, da posição e das funções que cada sociedade em cada momento dado atribui ao Estado, ao mercado e à sociedade, estes terão seus papéis, funções e magnitude de ação articulados com aquela concepção central sobre qual o papel do Estado na área da saúde que aquela sociedade num determinado momento histórico define como sendo a essencial. Daí porque, embora no caso brasileiro ao longo da nossa história se possa verificar uma certa constância na definição desse papel, o perfil de atuação do Estado na saúde mude em distintas conjunturas históricas e políticas ao longo do século XX, e início deste. Isso porque o Estado, como *locus* privilegiado da política, enquanto um conjunto de instituições que organizam as regras do jogo da representação, na esfera política, dos interesses e da capacidade do exercício de poder das distintas forças sociais que compõem a sociedade, nada mais faz do que, nas suas ações, refletir as distintas conjunturas da composição de forças sociais e políticas em cada momento histórico das sociedades, refletindo assim que tipo de pacto de solidariedade social (com maior ou menor grau de solidariedade virtuosa) foram elas capazes de estabelecer. Daí por que se falar de políticas de saúde, e elas terem que ver com três das dimensões básicas da sociedade: o Estado, a sociedade e o mercado.

POLÍTICAS DE SAÚDE: CIDADANIA E JUSTIÇA SOCIAL

Quando a constituição brasileira afirma que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, ela está exatamente reconhecendo que todo indivíduo brasileiro, independentemente de raça, gênero, situação socioeconômica e credo, tem igual direito com relação a todos

os demais de acesso à satisfação de suas necessidades de saúde, entendida a responsabilidade da provisão desses serviços como exclusivamente do Estado. Isso significa duas coisas basilares: 1) que ao Estado cabe a responsabilidade por providenciar as condições e os recursos necessários que garantam a todo cidadão brasileiro o acesso à satisfação de suas necessidades de saúde; 2) que como o direito à saúde é de todos, todos os indivíduos são reconhecidos e legitimados pela sociedade na sua qualidade de cidadãos, isto é, como portadores de direitos e deveres iguais, independentemente das diferenças e desigualdades sociais que os distingam.

De fato, os Estados nacionais modernos são caracterizados pelo reconhecimento, na área social, dos direitos sociais como direitos de cidadania, e como tais, enquanto direitos universais e equânimes de todos os indivíduos que vivem sob proteção daquele Estado, em que pese o fato de serem, no geral, sociedades desiguais, sobretudo aquelas abaixo da linha do Equador. O que caracteriza portanto a cidadania é seu caráter universal, eqüitativo, impessoal, e tendo como contrapartida uma série de deveres, que vão desde cumprir os deveres cívicos até prestar obediência às leis maiores que regem a sociedade. Mas aqui há que se fazer um reparo no que diz respeito à sociedade brasileira. Nossa tradição é a de sempre fazer prevalecer, na esfera societária e na relação da sociedade com o Estado, a nossa condição de indivíduos não enquanto cidadãos, mas enquanto pessoas. O que isso significa? Isso se traduz exatamente no oposto da cidadania: enquanto esta é a garantia de todos ao mesmo padrão de tratamento e ao acesso aos mesmos bens sociais básicos, independentemente dos atributos de cada um, portanto a garantia dos indivíduos aos direitos estabelecidos pela sociedade como universais, nosso costume tradicional é sempre que possível fazer prevalecer nossos atributos pessoais — parentesco, amizade, compadrio, poder econômico, ocupação de posição estratégica em determinadas instituições, etc. — sobre os universais para com isso conseguir privilégios no atendimento do que se busca, seja na rapidez do acesso, seja do benefício a ser alcançado. Isso se resume, em suma, na famosa frase de que tanto gostamos e utilizamos em nossa vida cotidiana: "sabe com quem está falando?". Exatamente porque com ela estamos fazendo prevalecer a nossa condição pessoal (sempre que nos favoreça, claro) sobre a nossa condição comum a todos os demais, isto é, a de ser um cidadão com direitos iguais aos demais.

Por outro lado, nas sociedades capitalistas modernas as políticas sociais assumiram uma dupla função: a par regular a relação entre capi-

tal e trabalho, definindo os limites de ação de cada uma dessas categorias sociais fundamentais da sociedade na busca de seus ganhos e de suas conquistas, garantir à população em geral um patamar mínimo de condições de vida e de reprodução social, sempre definido esse patamar segundo convenções sociais contratadas socialmente. Nesse sentido, as políticas sociais surgem como políticas que compensem de certo modo as desigualdades sociais geradas pelo processo de acumulação capitalista, vale dizer, pelo mercado. Daí porque nos países nórdicos a implantação do Estado de Bem-Estar Social ter enfrentado resistência das classes dominantes: de um lado, porque esse sistema de proteção social fortalecia os assalariados, uma vez que nas suas reivindicações junto aos empregadores a garantia dos direitos sociais básicos lhes tornava independentes da sua situação no mercado, possibilitando-lhes reivindicar aumentos do salário direto e não benefícios indiretos, como seguro-saúde, moradia, educação, etc. Mas, de outro lado, para as classes economicamente dominantes esse sistema de proteção social significava a garantia de disponibilidade de um padrão satisfatório de qualificação da força de trabalho para ser empregada no setor produtivo, representando assim condições satisfatórias para a reprodução social das classes assalariadas num patamar necessário para a garantia do processo de acumulação do capital. Ao mesmo tempo, ao assim funcionar, fazia com que o Estado tivesse disponíveis instrumentos ágeis e eficazes de regular os conflitos sociais em limites minimamente tensos, regulando o padrão de comportamento das classes assalariadas.

Quanto a esse aspecto, Boaventura de S. Santos aponta como nas sociedades modernas o paradigma capitalista de regulação social caracterizava-se pela contradição entre os princípios da emancipação (dos direitos da cidadania), apontando assim para a igualdade e a integração social, e o da regulação, apontando exatamente para a desigualdade e a subordinação/dominação. Mas como ele assinala, ambos eram contraditórios entre si, emergindo dessa contradição exatamente a tensão necessária para que a emancipação das classes subalternas e dominadas ocorresse.

É nesse sentido que as políticas sociais, e portanto também as políticas de saúde, estão comprometidas com promover, quando geridas pelo Estado, a justiça social. Isso porque, como já visto, é por meio delas que o Estado lança mão dos instrumentos que são seu monopólio para redistribuir, segundo critérios e parâmetros negociados socialmente, as riquezas da sociedade, sociedade esta composta, nas realidades capitalistas, por grupos, segmentos e classes sociais altamente desiguais entre

si. No entanto, deve-se ressaltar que o parâmetro da justiça social definido por cada sociedade (ou, seu inverso, qual o grau de desigualdade social que se pode suportar conviver, segundo cada sociedade) está em constante processo de redefinição. Redefinição esta que traduz a composição do jogo de forças políticas e sociais em distintas conjunturas econômicas — umas mais, outras menos favoráveis a gastos do Estado na área social —, e envolve sempre a disputa em torno da origem e do volume dos recursos que serão destinados a financiar a área social, e de em quais tipos de serviços serão feitos aqueles investimentos, e quais os segmentos sociais a serem priorizados.

Mas aqui vale novamente uma observação. Num primeiro momento nos referimos aos recursos alocados na área social como “gasto na área social”; e num segundo como “investimentos na área social”. Esta é outra grande polêmica que ocorre nos tempos atuais sobre o lugar e as funções das políticas sociais e da saúde, e tem que ver com o que já se discutiu anteriormente: os papéis e funções do Estado, da sociedade e do mercado. Os mais conservadores, em favor de mais mercado e mais sociedade e menos Estado na provisão e produção da saúde, entendem que os recursos destinados às políticas de saúde que não sejam para a população extremamente pobre e algumas medidas coletivas historicamente inerentes ao Estado se configuram como gastos; já os defensores da responsabilidade do Estado na garantia da provisão dos serviços de saúde que garantam o direito de todos à saúde como um dever do Estado, entendem esses recursos como investimentos na sociedade, e que como tal retornarão quando a população, tendo suas condições de saúde preservadas ou restabelecidas, volta a contribuir para a geração da riqueza social.

Eis aí um elemento a mais para se pensar a questão da promoção da justiça social por meio de políticas sociais, pois ela não é algo que possa se equiparar à justiça das leis, embora esteja nesta calcada. Se de um lado se trata de fazer cumprir as leis (no caso brasileiro, o direito de todos à saúde como um dever do Estado), de outro se trata de se fazer cumprir na sociedade, por meio das ações do Estado, um parâmetro acordado de justiça social, que em última análise se define pelo acordo sobre “quem tem direito a quê, em quais circunstâncias”. O que procuramos mostrar aqui é exatamente que o direito a saúde, enquanto um direito dos cidadãos, não se presta a esse tipo de questionamento na sua dimensão mais ampla. No entanto, algo bem distinto é, garantido o direito nos preceitos constitucionais e legais, condição fundamental para que ele seja conquistado de fato, fazer com que toda a população

tenha acesso real aos serviços de saúde, e deles se aproprie de forma equitativa segundo suas necessidades. Mais uma vez, como se verá, não é esta a nossa tradição. Em termos teóricos, a promoção da justiça social por meio das políticas sociais e de saúde geridas pelo Estado implica que todos, como afirma um dos principais estudiosos do tema, van Parijs, conquistem a mesma possibilidade de desenvolverem suas capacidades individuais na sociedade, e dela possam participar, como afirma outro grande estudioso do tema, A. Sen, sem sentir vergonha.

POLÍTICAS DE SAÚDE: A RELAÇÃO PÚBLICO/PRIVADO NO SETOR

Como já visto, há duas grandes vertentes de possibilidades de se concretizar o dever do Estado em prover para a sociedade o direito à saúde: o Estado ser provedor e produtor dos serviços de saúde; ou prover esse direito sem exercer o monopólio da produção desses serviços de saúde, permitindo que instituições do setor privado da saúde participem na oferta de serviços, mas sempre vinculadas à lógica da saúde "como um direito de todos e um dever do Estado". Como se verá é esse *mix* público/privado na produção de serviços de saúde que prevalece no sistema de saúde brasileiro.

E é exatamente como ocorrem essa articulação e essa divisão de trabalho entre os subsistemas público estatal e privado de serviços de saúde que vai compor o perfil do sistema nacional de saúde de cada país. Assim, por exemplo, se num determinado país o sistema público de serviços de saúde está voltado somente para a atenção primária, e o sistema privado de serviços de saúde para a atenção hospitalar, de maior complexidade, a tendência é que o perfil do seu sistema de saúde, composto desses dois subsistemas, segmente a população entre ricos e pobres: estes com acesso somente a um sistema público que lhe oferta serviços básicos de saúde, nas unidades básicas de saúde, e outro privado, voltado predominantemente aos que a ele têm acesso pelo mercado, isto é, por meio de pagamento direto ou por meio de pagamento de seguros e planos de saúde.

Daí a importância de se distinguir entre Estado provedor e Estado produtor de serviços de saúde, pois o Estado provedor de serviços de saúde que acolhe a produção de serviços das instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, na oferta da garantia do acesso a eles para toda a população, necessariamente terá de imprimir à parte do setor privado da saúde que presta serviços para o Estado uma lógica de controle e de

regulação, para que ele cumpra tal tarefa, que difere da lógica privada do mercado, uma vez que tem de responder à lógica da satisfação das necessidades de saúde da população. Por outro lado, como este é um setor privado, que enquanto tal depende da sua lucratividade, não cabe ao Estado coibir que na produção desses serviços vinculados ao "dever do Estado" não haja a rentabilidade da produção. Daí a importância, uma vez mais, de o Estado regular as práticas desse segmento privado da produção de serviços de saúde para que naquela articulação entre o segmento público e o privado este não onere aquele, quer selecionando somente a prestação daqueles serviços lucrativos, pouco onerosos, deixando para o Estado a prestação dos serviços onerosos e que por envolverem muito uso de tecnologia geram prejuízos financeiros, quer para não selecionar a população a ser por eles coberta, desconhecendo aqueles segmentos populacionais mais onerosos por consumirem mais serviços de saúde (os mais idosos, por exemplo) ou determinadas patologias e determinados grupos de risco, pelo mesmo motivo.

Em resumo, há sistemas de saúde em que a produção de serviços de saúde é monopólio único do Estado, e atualmente representado pelo caso de Cuba, que não é uma sociedade capitalista. No mundo capitalista, mesmo sistemas de saúde estatais, como era até recentemente o caso da Inglaterra, vêm sofrendo sucessivos processos de reforma que incorporam de forma crescente a prestação de serviços privados no seu sistema de saúde. E no geral essas reformas trazem consigo não só mudanças na composição público/privado no sistema de oferta e de acesso dos diferentes segmentos da população aos serviços de saúde com distintos níveis de complexidade, como vêm acompanhadas de substanciais mudanças na forma de financiamento desse sistema, sobretudo na repartição entre o que passa a ser financiado pelo orçamento geral da sociedade, portanto com recursos públicos, e o que passa a ser financiado com recursos próprios da sociedade, por meio de pagamento direto (integral ou parcial) dos serviços, e de pagamento compulsório de seguros de saúde (públicos ou privados), dentre outros.

A consequência imediata dessas mudanças é de fundamental importância para a garantia ou não da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, portanto da saúde como um direito de cidadania. Isso porque, como já visto, a saúde como um direito implica que ela seja concebida e implementada pelo Estado mediante políticas específicas e/ou afins tendo como público-alvo toda a população, independentemente de qualquer condição social específica dos diferentes segmentos que a compõem. Se a própria política do Estado, por meio de

suas ações, passa a segmentar a população segundo "quem tem direito a que tipo de assistência, em que condições, e com que participação no financiamento", o que se verifica é que a saúde como um direito de cidadania, e portanto como um direito universal e equânime (relativo à equidade, que é distinta da igualdade, uma vez que contempla as diferenças do padrão de necessidades de cada indivíduo e/ou segmento social visando exatamente a igualdade), vê-se atingida, exatamente porque uns terão mais acesso a mais serviços que outros, seja por meio de prioridades que o Estado define, seja por meio de introdução de determinados mecanismos de financiamento pelo mercado; em poucas palavras, introdução de mecanismos denominados como de co-pagamento (o Estado, e portanto a sociedade, paga uma parte e o usuário individualmente se responsabiliza pelo pagamento do restante). E com isso, o próprio Estado passa então a diferenciar a sociedade, no que diz respeito ao acesso à saúde, segundo a capacidade de compra de serviços de saúde de seus membros, e portanto, segundo sua capacidade de consumo, transformando-se então a saúde num bem de consumo como qualquer outro.

O que vem se verificando nos países latino-americanos são reformas dos seus sistemas de saúde que aprofundam ou introduzem exatamente essa diferenciação dos diferentes segmentos da população no acesso aos serviços de saúde. Diante do processo de globalização da economia, em que as economias nacionais perdem autonomia ante a lógica global de acumulação de capital determinada por grandes conglomerados econômicos transnacionais do capital financeiro, e suas conseqüências em impacto social negativo sobre a capacidade de as economias nacionais incorporarem os indivíduos a setores produtivos ou a fontes regulares de renda para sua sobrevivência (é o que se denomina de inclusão social), e diante das restrições econômicas aos orçamentos dos Estados nacionais, o resultado na área social e da saúde é no geral que prevaleça o lema de que "já que o Estado não pode ofertar tudo para todos, ele deve se encarregar daqueles setores socialmente mais desfavorecidos, ou socialmente vulneráveis". Isso vem significando, nas reformas da saúde na América Latina, a instituição de um sistema de saúde fragmentado, que segmenta a população em dois grandes grupos: os segmentos sem renda ou de baixa renda (miseráveis e pobres) para os quais o Estado provê e produz serviços de saúde básicos (são os denominados pacotes básicos de saúde), e aqueles não pobres ou com algum poder de compra, que têm acesso aos serviços de saúde públicos estatais e/ou privados através de co-pagamentos ou de seguros de saúde.

Com isso, segmenta-se a população, fragmenta-se o sistema de saúde, e se consolidam modelos de assistência à saúde caracterizados por diferentes *mixes* de relação entre os subsistemas público e privado de saúde.

Não é pois pouco complexo classificar os sistemas de saúde de cada país, como sendo "público", "privado", "hospitalocêntrico", "focalizado", "universal", "integral", e por aí vai. Isso porque a diversidade da sociedade contemporânea é ampla, como grande é a complexidade de sua conformação, em níveis de desigualdade social e econômica, de diferenças de gênero, de raça, de distâncias geracionais, etc. Com isso, a própria configuração do perfil saúde/doença que as sociedades contemporâneas apresentam torna-se igualmente complexo, não se expressando mais, como há três ou quatro décadas atrás, como "doenças de rico vs. doenças de pobre", o que muitas vezes acabava em propostas de políticas de saúde preventivas para as áreas pobres da população, de saneamento do meio ambiente dos grandes conglomerados urbanos, sendo a atenção de nível primário a que apresentava maior impacto potencial na queda dos indicadores de doença. Atualmente não basta a expansão da cobertura da atenção primária, se não se contemplam também as demais causas de morbimortalidade que prevalecem na sociedade, e que não permitem mais serem caracterizadas como umas correlatas à pobreza e outras à não-pobreza, embora no geral todas as causas vitimem mais os pobres que os não pobres. No Brasil, por exemplo: enquanto ainda se apresenta uma estreita relação entre condições de vida precárias e maiores taxas de mortalidade infantil, a expansão da cobertura do parto hospitalar contribuiu significativamente para que elas se reduzissem, apesar da continuidade daquelas condições de vida precárias dos segmentos populacionais. Sabe-se que a violência vitima muito mais os jovens pobres que os ricos, por exemplo. No entanto, a mortalidade por causas externas é hoje uma das primeiras causas de mortalidade tanto em grandes como em pequenos centros urbanos. Dito de outra forma, não se pode mais, na atualidade, diante da complexidade da realidade social e, em consequência, da complexidade do perfil de morbimortalidade da população, pensar em políticas e programas de saúde para áreas pobres e outros para áreas ricas, pois esses perfis não diferem tão drasticamente hoje como no passado. Resta então saber, no que diz respeito à saúde, o que fica como responsabilidade do Estado, e o que fica como responsabilidade do mercado e da sociedade. Nessa equação de três elementos, é sua composição (o que estamos aqui chamando de *mix*) que vai definir se naquela sociedade

específica, naqueles países, cabe ao Estado, ao mercado ou à sociedade a maior parte da fatia da oferta e do provimento dos serviços de saúde para a população, e a que segmentos da população cada uma dessas instituições se dirige. É esse perfil desse *mix* na composição público/privado que vai definir se os sistemas de saúde nacionais são essencialmente públicos e universais; se são essencialmente privados com um subsistema público estatal voltado para os pobres; ou se são mistos de forma que componha uma articulação entre os serviços públicos estatais, os serviços privados (com ou sem fins lucrativos), e os serviços prestados pela sociedade (por meio de organizações não-governamentais, por exemplo), e que acabam por contemplar de forma diferenciada e segmentada os distintos grupos sociais.

POLÍTICAS DE SAÚDE: CIDADANIA E FOCALIZAÇÃO vs. UNIVERSALIZAÇÃO

Os países latino-americanos são conhecidos pelo grande contingente de pobres que caracteriza suas sociedades, e alguns dentre eles pela extrema desigualdade social que as marca, com especial destaque para o Brasil. Nessas sociedades, e também na nossa, não só a desigualdade atinge níveis espantosos, que se expressa numa brutal concentração de renda (no nosso caso, os 10% mais ricos se apropriam do equivalente de riqueza apropriada pelos 40% mais pobres), como a pobreza adquire uma característica particular: ela não é mais residual, mas sim uma pobreza em massa, configurando assim um desafio distinto do que vinha acontecendo anteriormente à questão da garantia pelo Estado, na área social, dos direitos de cidadania.

Até há pouco tempo o grande debate sobre as reformas das políticas sociais e dos sistemas de proteção social se dava em torno da questão da universalização vs. focalização da cobertura do Estado na garantia dos serviços sociais. Nesse período o embate ocorria entre duas grandes vertentes de compreensão do fenômeno dos direitos sociais na nova conjuntura marcada pelos ditames da globalização: uma primeira que, ao defender a universalização dos direitos sociais, se filiava à continuidade das duras conquistas desses direitos ao longo da história das sociedades capitalistas modernas, independentemente de estas não se caracterizarem mais como sociedades salariais, fazendo-se necessárias outras formas de contratos sociais que garantissem a solidariedade social. E uma segunda que, ao enfatizar que os Estados não têm condições de prover a todos de forma universal e com equidade os direitos

sociais, sua responsabilidade deve recair somente sobre os absolutamente necessitados e incapazes de por conta própria satisfazer suas necessidades sociais básicas. É esta a polêmica entre focalização e universalização. E ela nada mais é do que a retomada, numa nova versão, da clássica polêmica que prevalecia até duas décadas atrás entre políticas voltadas para os direitos sociais e as voltadas para a assistência social; aquelas respondendo a direitos e estas respondendo, por no geral apresentarem forte traço caritativo, à filantropia mesmo quando se tratava de serviços públicos estatais, e não de entidades filantrópicas.

No entanto, embora essa polêmica ainda persista, muito mais como disputa ideológica do que como fundamento, ela de certa forma deixa de fazer sentido hoje em dia. Isso por pelo menos duas razões básicas: não se trata mais tão-somente de, por meio das políticas sociais, suprir os indivíduos, cidadãos portadores de direitos, da satisfação de suas necessidades básicas, mas sim de promover formas de inclusão social desses indivíduos. Noutros termos, o desafio que qualquer política social hoje enfrenta, e as políticas de saúde inclusive, é de como contribuir para que grandes contingentes de nossa sociedade, excluídos do mercado de trabalho e do acesso a fontes regulares de renda para sua subsistência, sejam incluídos e participem da vida social.

Não se trata mais, portanto, de se pensar políticas residuais para segmentos pobres da população. Primeiro, porque estes segmentos atingem, no caso brasileiro, um terço de nossa gente; segundo, porque neste caso, felizmente, o Brasil anda na contramão da história dos demais países latino-americanos: desde 1988 a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido e reconhecido pela constituição brasileira. Daí porque, sobretudo no nosso caso, não ter sentido raciocinar como alternativas opostas e excludentes a universalização e a focalização. Bem certo que as agências financeiras internacionais multilaterais defendem os preceitos neoliberais clássicos do Estado mínimo tanto na área econômica como — e sobretudo — na área social, devendo este se responsabilizar tão-somente por pacotes básicos de serviços para a população extremamente pobre, cabendo aos restantes segmentos da sociedade co-participação no custeio dos serviços que consomem por meio de co-pagamentos.

Mas se de fato é isso que vem acontecendo nas reformas da área da saúde de muitos dos países latino-americanos — um pacote básico de serviços para os contingentes extremamente pobres da população e seguros populares para os que podem co-financiar o consumo dos serviços de saúde, no Brasil isso não vem ocorrendo, em que pese o fato

de um dos principais programas de saúde hoje em desenvolvimento ser o Programa Saúde da Família, que consiste numa proposta de extensão do acesso da população aos serviços primários de saúde, mas respeitando-se os princípios da universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde.

POLÍTICAS DE SAÚDE: O CASO DO BRASIL

As principais características do sistema de saúde brasileiro de hoje têm raízes ainda no início do século passado, e são fruto de uma política do Estado. Não de um Estado nacional, uma vez que este se constituiu no Brasil somente após os anos 1930, nem de uma política propriamente de saúde, mas da ação de um poder central, exercido pelas oligarquias regionais, que instituiu normas de regulação social da relação entre capital e trabalho, isso numa época em que a sociedade e a economia brasileira estavam passando por profundas mudanças. A origem das atuais características que hoje representam sérios desafios para o cumprimento dos preceitos constitucionais de 1988 no que diz respeito à saúde está na legislação previdenciária, que data de 1923, quando são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões. A partir de 1930 elas se transformam em Institutos, agora não mais organizados por empresas, como era o caso das Caixas, mas por segmentos dos assalariados segundo o setor econômico em que estavam inseridos.

Em ambos os casos, os benefícios a que os trabalhadores tinham direito correspondiam a prestações em dinheiro (aposentadoria e pensão) e a assistência médica; e o acesso a eles era vinculado, até 1930, somente à contribuição compulsória do empregado e do empregador, complementada com uma parte de financiamento do Estado, que para tanto criava novos impostos específicos; e a partir de 1930, acrescenta-se o vínculo com a legislação trabalhista, que significava a inserção do trabalhador no mercado formal de trabalho. A assistência médica, portanto, era uma assistência previdenciária, para os segmentos assalariados urbanos da população brasileira, cabendo ao Estado, na área da saúde, as ações tidas então como clássicas da Saúde Pública, de saneamento (no sentido amplo do termo) do ambiente: vacinação, isolamento dos portadores de doenças contagiosas ou "perigosas" para a sociedade, como por exemplo era a doença mental entendida à época. Quanto aos pobres, a estes cabiam os hospitais filantrópicos, as santas casas, ao passo que às classes dominantes estavam reservados os profissionais médicos formados no exterior, e o acesso a tratamentos no exterior.

São dessa época, portanto, várias das características do sistema de saúde brasileiro com as quais o SUS — Sistema Único de Saúde, institucionalizado na Carta Magna de 1988 — teve e ainda está tendo de se defrontar. Enumeremos algumas delas, as mais complexas:

- ♦ um sistema público de saúde dual: um, para os assalariados do mercado formal de trabalho e outro, para os não assalariados; afora o liberal, para aqueles com acesso à assistência médica pelo mercado.

- ♦ uma tradição histórica de políticas de saúde, como as demais políticas sociais, altamente centralizadas e verticalizadas, cabendo ao nível central de governo a definição das prioridades e da execução dos serviços de saúde pelos estados e municípios.

- ♦ uma tradição histórica de a saúde (entendida como assistência médica) ser um direito vinculado ao mercado de trabalho, e nessa condição à previdência social, não se constituindo, assim, na representação desses sujeitos sociais, como um direito do cidadão, mas sim como um direito do trabalhador assalariado com carteira de trabalho assinada, e que para ter esse direito contribui compulsoriamente para a previdência social.

- ♦ um sistema com um setor privado prestador de serviços de saúde que teve suas origens na década de 20 do século passado, e que se constituiu precocemente quando se compara com a história de outros países latino-americanos, como fruto da política previdenciária do Estado. Isso porque a previdência social tinha como regulamento não exceder os gastos com assistência médica para seus filiados além de um certo limite (12% da receita de cada Instituto de Aposentadoria e Pensões); em conseqüência, para prestar assistência médica aos seus filiados os Institutos compravam serviços do setor privado, já que seus recursos não eram suficientes para construir uma infra-estrutura própria ambulatorial, laboratorial e hospitalar. Os hospitais do sistema de previdência social, que se concentraram no Rio de Janeiro — até a década de 1960 sede do governo central — tornam-se progressivamente insuficientes para dar conta da demanda, sobretudo a partir do momento em que o Brasil se desenvolveu economicamente e se industrializou, e com isso provocou aumento acentuado da massa de assalariados urbanos (e seus dependentes) a ser coberta pela assistência médica previdenciária.

- ♦ uma herança, como é de se imaginar, de uma distribuição de equipamentos de saúde — públicos mas sobretudo privados — altamente desigual, concentrando-se nas áreas geográficas que correspondem aos núcleos mais ricos e populosos da sociedade brasileira.

♦ uma herança de um modelo de atenção à saúde comandado pela lógica da assistência médica, vale dizer, um modelo que vem sendo denominado de hospitalocêntrico, com um complexo industrial médico hospitalar altamente sofisticado e lucrativo, invertendo com sua dinâmica de funcionamento a lógica própria de um sistema de saúde integrado, hierarquizado e regionalizado, no qual a porta de entrada do usuário seriam as unidades básicas de saúde.

♦ uma herança de uma divisão e conseqüente dualidade entre órgãos governamentais no que diz respeito à definição e implementação de políticas de saúde no País: no âmbito central e no âmbito estadual de poder, um duplo comando na área da saúde — o da previdência social relativo à prestação de serviços de assistência médica, e o do Ministério da Saúde relativo às ações coletivas de saúde pública. Em decorrência, criou-se acentuada desigualdade no que diz respeito à força política, à visibilidade para o público em geral e à força econômica entre a assistência médica previdenciária e a atenção à saúde vinculada ao Ministério da Saúde: enquanto aquela, vinculada inicialmente ao Ministério da Indústria e Comércio, e a partir de 1970 contando com um ministério somente para a previdência e assistência social, era rica em recursos, uma vez que sua origem era contributiva e não do orçamento público, a segunda, vinculada originalmente às ações de saúde de controle e prevenção contava com poucos recursos, sempre advindos do orçamento da União e dos demais entes da federação.

♦ criam-se então duas grandes clivagens no sistema de saúde brasileiro, e esta constitui outra herança: a primeira delas, oriunda diretamente do sistema previdenciário, que diferenciava as categorias de trabalhadores por sua inserção no mercado de trabalho. Os bancários, por exemplo, por serem uma categoria com salários diferenciados com relação aos demais, a partir de 1933 até a unificação da previdência social em 1967, contavam com uma cobertura de assistência médica sensivelmente superior à das demais categorias de trabalhadores, como os industriários e os marítimos. Já a segunda clivagem diz respeito a mudanças acentuadas na estrutura da demanda e da oferta de serviços de saúde que ocorrem no País a partir da década de 1970, criando-se com isso um sistema de saúde, em particular de assistência médica, composto de dois subsistemas de saúde: um subsistema público e outro privado, diferenciando com isso o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde segundo sua posição no mercado de trabalho e de consumo.

Isso porque a partir da década de 1970 o setor público de serviços de saúde, vinculado ao Ministério da Saúde, passa a ofertar assistência

médica individual à população previdenciária e não previdenciária, para além dos tradicionais programas que ele já desenvolvia, sobretudo na área materno-infantil. É dessa época que a própria previdência social comprava serviços de assistência médica sob responsabilidade do Ministério da Saúde e/ou dos estados e dos municípios, pagando a produção dos serviços estatais para esse público previdenciário por produção, tal como fazia com o setor privado. Assim, uma das inúmeras distorções que o SUS tem de enfrentar, a partir de 1988, quando começa a ser implantado, consiste em redefinir o modelo de financiamento do governo federal para estados e municípios no interior do próprio sistema público de saúde, para que este não se limite aos moldes de convênio com pagamento por produção.

Isso porque caso persistisse aquela modalidade de pagamento como modalidade exclusiva de remuneração entre serviços públicos estatais de saúde de distintas instâncias de governo, o que aconteceria seria reproduzir o que já vinha acontecendo: reafirmar as desigualdades de acesso da população à assistência médica e à atenção à saúde, uma vez que os repasses maiores se dariam exatamente para aquelas áreas e localidades onde se concentra maior volume de equipamentos de saúde, sejam eles públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos.

• finalmente, mas não menos importante, a herança de um setor privado de produção de assistência médica que se constituiu sob as sombras do Estado, isto é, com uma clientela cativa garantida pela política de previdência social, sem com isso ter de disputá-la entre si, e muito menos com o setor público ou mesmo filantrópico. Mais que isso, que para constituir sua infra-estrutura de equipamentos contou com financiamentos estatais que adotavam parâmetros de juros distantes dos ditados pelo mercado, e promoveu uma "especialização" precoce de suas clientelas para cada modalidade de organização privada. Na fase mais acentuada de privatização da saúde, como de resto da educação também, a partir de meados da década de 1960, enquanto as empresas médicas (conhecidas aqui como medicina de grupo) se voltavam para as empresas da área econômica do setor de ponta (à época a indústria automobilística, por exemplo), as cooperativas médicas (mais conhecidas aqui como Unimeds) se voltavam para o interior do País, nas áreas de maior concentração de riqueza, e atuavam estreitamente vinculadas às santas casas.

Daí porque um dos principais desafios atuais do Estado para enfrentar as distorções próprias do mercado (imperfeito) na área da saúde consistir em regular as regras de funcionamento desse setor de modo

que não só não prejudique o consumidor (porque é um mercado imperfeito) como não prejudique os cidadãos em seu conjunto, tomando medidas que sobrecarreguem os serviços públicos do SUS por restringir a cobertura do segurado privado a determinados procedimentos médicos onerosos e que envolvem alta concentração de uso de tecnologia.

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O PERÍODO RECENTE

Os textos indicados ao final dão conta da trajetória das políticas de saúde no Brasil, e desse período mais recente. Por isso que não fizemos aqui uma reconstituição dessa história, mas ressaltamos exatamente os pontos que nos parecem cruciais para serem observados e debatidos quando analisamos as políticas de saúde. No entanto, à guisa de finalização, não podemos deixar de assinalar as principais características e desafios (segundo nossa perspectiva) da conjuntura atual no que diz respeito às políticas de saúde no País.

Na Constituição da República Federativa do Brasil, na seção II — Da Saúde, o artigo 198 reza que as ações e os serviços públicos de saúde constituem uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, que conforma um sistema único de saúde, organizado segundo três diretrizes básicas: descentralização; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Quanto à descentralização, desde meados da década de 1970 ela vinha sendo timidamente implementada num contexto de um Estado altamente centralizado. É a partir da década de 1980 que ela ganha força, sobretudo a partir de 1988, quando passa a ser respaldada pela lei maior da sociedade. No entanto, a descentralização da saúde tem várias especificidades e enfrenta várias circunstâncias institucionais nem sempre favoráveis a ela: a primeira delas, a tradição brasileira de um Estado nacional altamente centralizado, o que por sua vez se associa à tradição de políticas de saúde altamente centralizadas e verticalizadas, cabendo aos municípios a mera execução das prioridades e ações ditas pelo nível central, e em segundo lugar pelo nível estadual. Mas a partir de 1988 os municípios são alçados à condição de entes da federação, caso singular na América Latina, e nessa condição integrando a federação brasileira. Por outro lado, os Fundos de Participação Estadual e Municipal, por meio dos quais o governo federal é obrigado a repassar um porcentual dos recursos que arrecada para esses entes federados, reforçam a autonomia relativa destes ante o governo central.

Mas apesar disso, como o financiamento da saúde em grande medida ainda é de responsabilidade do governo federal, é ele que acaba determinando os parâmetros pelos quais a descentralização da saúde acaba se dando, com a definição das atribuições dos estados e municípios e seu grau de autonomia para ditar suas respectivas políticas de saúde.

Quanto à integralidade, hierarquização e regionalização do sistema de saúde, a regionalização acaba se defrontando com duas questões: o caráter de nossa federação e das formas de financiamento da saúde, que tornam os municípios e os estados competitivos entre si na arrecadação de recursos; e a distribuição altamente desigual dos equipamentos de saúde, mais acentuadamente ainda no que diz respeito aos equipamentos de maior complexidade tecnológica. Assim sendo, uma das principais características das políticas de saúde desse período mais recente (a partir de meados da década passada), e que consiste na expansão da atenção primária à saúde promovida por meio da estratégia do Programa Saúde da Família, não consegue lograr que essa expressiva expansão da cobertura da população nesse nível de atenção venha acompanhada da suficiente retaguarda de cobertura dos outros níveis de atenção (secundário e terciário), uma vez que os investimentos em saúde nesses tipos de equipamento vêm sendo muito tímidos, quase nulos.

No entanto não é de se menosprezar a implantação da estratégia Programa Saúde da Família no que diz respeito a mudanças, se não tanto no modelo de atenção à saúde, pois dados a infra-estrutura de equipamentos existente e os interesses envolvidos e já cristalizados no que diz respeito à indústria médico-hospitalar e aos operadores e provedores do subsistema privado de serviços de saúde ela não se modificará de um dia para outro, mas sim no perfil da lógica de financiamento do setor. Isso porque no caso do PSF o governo federal repassa recursos para estados e municípios a partir de um duplo cálculo: um fixo e um móvel, baseado na cobertura da população. Com isso, o Estado, por meio do mecanismo de financiamento da atenção básica, se utiliza desse instrumento para redistribuir de fato os recursos segundo necessidades de saúde da população, e não segundo produção de serviços de atendimento à população (pagamento por produção). Talvez aí resida uma das maiores relevâncias do PSF.

No que diz respeito à participação da comunidade, ou o denominado controle social, ela vem se dando de forma cada vez mais consolidada nos espaços institucionais previstos em lei, e que são os Conselhos de Saúde, existentes nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

Eles têm caráter deliberativo, isto é, por lei deveriam ditar e determinar as prioridades e as políticas de saúde nas suas respectivas esferas de atuação, e têm representação paritária do Estado e da sociedade civil. No entanto, estudos sobre a dinâmica de funcionamento desses Conselhos de Saúde demonstram que sua efetividade e sua eficácia quanto à sociedade aí exercer a representação de seus interesses e que essa representação diga respeito a conjuntos de interesses mais gerais de grupos e/ou segmentos sociais mais amplos são muito diferenciadas, impedindo que se afirme categoricamente que a existência de per se desses colegiados de fato garanta maior democratização das políticas de saúde. Sem dúvida eles constituem um instrumento valiosíssimo para o exercício da negociação entre Estado e sociedade civil no que diz respeito às diretrizes implementadas pelas políticas de saúde; mas necessariamente não se constituem em espaços efetivos de negociação de diferentes interesses em jogo.

Finalmente, dos fatos e análises aqui arrolados merecem destaque duas observações. A primeira delas, de que não se pode pensar, quando se trata de políticas setoriais, a de saúde no nosso caso específico, em dicotomias e antinomias, uma coisa *vs.* a outra, e muito menos em relações causais únicas e unilaterais. As políticas de saúde, quer na sua formulação, quer na sua implementação, se configuram como processos complexos de jogos de interesses múltiplos existentes na sociedade, de confronto de representações sobre o que vêm a ser as necessidades e as demandas de saúde da população, ou dos seus distintos segmentos socioeconômicos, e particularmente do que vem a ser a qualidade de vida compatível com a manutenção das condições de saúde da população. Nesse processo interagem redes de interesses, de demandas, de representações e de valores permanentemente em disputa, tendo por base sólidos interesses econômicos já configurados ao longo do tempo, quer no interior do próprio setor da saúde, quer no que diz respeito às necessidades de investimento em determinadas áreas sociais tidas como prioritárias em determinados momentos para se levar avante determinados projetos econômicos da sociedade, quer a velha e já conhecida dicotomia que nossa história tanto afirma (falsamente) entre investimento econômico, como aquele produtivo e prioritário, e investimento social, entendido no geral como gasto improdutivo, embora todos falem em saúde e educação como dois setores-chave para o desenvolvimento do País.

A segunda observação é que a realidade atual não permite mais que se pense, tal como a agenda neoliberal pautou o debate, as políti-

cas sociais como divididas de forma estanque entre políticas e programas para pobres e outros para ricos. O mercado da saúde e as políticas de saúde fragmentam e segmentam o sistema de saúde e a população no tocante ao acesso aos serviços de saúde; no entanto, os subsistemas público e privado de serviços de saúde apresentam uma articulação entre eles de tal forma que dividem tarefas e clientela, tornando altamente complexa a relação mútua que estabelecem na garantia da lucratividade dos serviços privados de saúde. No entanto, em sociedades como a brasileira, com um dos mais altos índices de desigualdade social do planeta, o que passa efetivamente a importar é como implantar políticas sociais e de saúde que, ao priorizarem os segmentos socialmente mais vulneráveis num primeiro momento, o façam com a lógica da universalização, da integralidade e da equidade na atenção à saúde. Mas esse não é um processo que se dê como num passe de mágica, nem depende tão-somente da vontade política dos governantes de plantão, mas depende sobretudo de uma sociedade que participe de forma cidadã e responsável para que os direitos sociais se constituam como uma realidade marcada por maior justiça social. Mas atenção: não se trata de substituir o Estado pela sociedade, ou pelo mercado. Ao contrário, como se viu, é o Estado a única instância da sociedade que detém os instrumentos legítimos e competentes para redistribuir de forma efetiva as riquezas socialmente produzidas, dentre elas "a atenção à saúde como um direito de todos e um dever do Estado".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Negri, B. & A. L. D'Á. Viana (org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio — O passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social*. São Paulo: Sobravime-Cealag, 2002.
- Trata-se de uma coletânea de textos que reúne quarenta autores, especialistas e profissionais da área da saúde, que compõe a trajetória do Sistema Único de Saúde no Brasil do início da década de 1990 ao início da atual. Os 27 textos, organizados em sete sessões, abarcam uma gama diversificada dos temas da saúde que desafiam e nutrem o debate atual, abrangendo desde programas específicos até temas como financiamento, descentralização, a relação público-privado na saúde, saúde da família, dentre tantos outros. Os textos primam pela objetividade e pela leitura acessível. Com relação ao tema políticas de saúde, embora ele perpassasse todos os textos, recomenda-se especial atenção aos que compõem as sessões 4, 5 e 6.*

Negri, B. & G. Di Giovanni (org.). *Brasil — radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia/Unicamp, 2001.

Trata-se de coletânea de textos que versam sobre as políticas de saúde com ênfase na dimensão econômica, sobretudo no que diz respeito ao financiamento e à gestão. Relativos ao tema das políticas de saúde, recomenda-se em particular os capítulos das partes 3 e 4.

Gerschman, S. & M. L. W. Vianna (org.). *A miragem da pós-modernidade — democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

Um livro que embora anterior aos demais contribui com seus textos para que se incorpore à explicação sobre as políticas de saúde no Brasil as dimensões da esfera propriamente política da sociedade, bem como discussões mais abrangentes sobre modelos de proteção social, a relação entre políticas sociais e políticas de saúde, e entre políticas sociais e políticas econômicas. São textos com um grau de complexidade um pouco maior do que os que compõem as coletâneas anteriores, mas de compreensão acessível.

Cohn, A. & P. E. Elias. *Saúde no Brasil. Políticas e organização de serviços*. 6.^a ed. São Paulo: Cortez-Cedec, 2005.

Trata-se de um livro pequeno, composto de dois capítulos, cada um de autoria de um autor, escritos de forma bastante didática e resumida. O primeiro capítulo versa sobre as políticas de saúde, sua articulação com a política de previdência social, reconstruindo os grandes marcos que redundaram nas principais características atuais do sistema de saúde brasileiro. O segundo capítulo aprofunda e descreve de forma precisa a dinâmica e os mecanismos do sistema de saúde brasileiro atual. Texto de caráter didático, trazendo informações úteis para cursos de graduação e pós-graduação lato sensu na área da saúde.

Viana, A.L. D'Á.; P. E. Elias & N. Ibañez (org.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

Um livro composto por capítulos redigidos por diferentes autores, e que traz discussões e análises sobre a proteção social e as políticas setoriais pontuando os principais desafios que elas enfrentam na atualidade. São textos no geral de média complexidade de compreensão, mas perfeitamente acessíveis a estudantes de pós-graduação, sem no entanto com isso deixar de ser um precioso instrumento para estudiosos especialistas na área social.