

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: CONSTRUÇÕES, CONTRADIÇÕES E AVANÇOS*

BRAZIL HEALTH POLICIES: HISTORICAL TRENDS, CONTRADICTIONS AND ADVANCES

Roseli Esquerdo Lopes¹

LOPES, R.E. Políticas de saúde no Brasil: construções, contradições e avanços. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.23-33, jan./dez., 2001.

RESUMO: Neste trabalho descrevemos a trajetória histórica das políticas de saúde no Brasil e, em particular, apresentamos uma análise dos significados, contradições e alcances do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa análise é feita a partir das formulações constantes do trabalho de Offe e Lenhardt e Ronge, em 1984, destacando-se o referencial concernente às políticas públicas do Estado Capitalista. Trata-se de compreender a dinâmica instalada na área da saúde pelo acúmulo histórico e estado atual do conjunto de instituições políticas a ela relacionadas, inclusive as estruturas jurídicas vigentes e sua construção. Aplicamos os conceitos do referencial estabelecido à problemática concreta da assistência à saúde no Brasil, buscando, por exemplo, estabelecer a diferença entre as restrições sistemáticas e não aleatórias aos espaços de possibilidades de eventos na área da saúde - antes e depois da "abertura democrática" no Brasil e da Constituição de 1988. Concluímos que: por um lado, o arcabouço constitucional do SUS representa um avanço necessário, mas não suficiente para a consolidação do direito social na saúde; por outro lado, é e tem sido possível, seja através da pressão direta dos movimentos populares e outras forças, seja pela busca da utilização dos espaços criados pelo SUS, por governos comprometidos com a atenção à saúde individual e coletiva, avançar em direção à saúde como um direito de cidadania no Brasil.

DESCRIPTORIOS: Política de saúde/tendências. SUS (BR). Brasil. Direito à saúde.

* Parte deste texto foi apresentado no VII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Porto Alegre, 2001 e compõe, com modificações, o Capítulo 2 de nossa tese de doutoramento: *Cidadania, Políticas Públicas e Terapia Ocupacional*. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 1999. 2v.

¹ Doutora em Educação, Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Endereço para correspondência: Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar. Rodovia Washington Luiz, Km 235. Caixa Postal 676 - São Carlos, - SP. CEP: 13.565-905. relopes@power.ufscar.br

Do direito à filantropia à saúde como direito de cidadania

O início do século XX, no Brasil, deu-se sob capitalismo ‘democrático’, que não garantia institucionalmente, naquele momento, os direitos sociais enquanto elementos de cidadania⁽¹⁾ – este é, à época, um traço comum aos regimes capitalistas, inclusive àqueles das economias centrais²⁵. Durante as duas primeiras décadas deste século, o conjunto da população, incluídas aí as classes assalariadas urbanas, dependeram, do ponto de vista de amparo social, da filantropia. As prestações de serviços de saúde e o amparo aos alijados do mercado de trabalho eram portanto concessões caritativas. A integração do cidadão nas relações de troca, que gerava o processo de acumulação, se dava, nessas épocas liberais anteriores às crises de instabilidade do capitalismo, dentro de uma economia voltada para a exportação de produtos agrícolas. Conseqüentemente, as garantias à saúde necessárias ao êxito da acumulação resumiam-se a “*uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e à erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação*” (MENDES, 1996, p.58)²⁹.

A partir dos anos 20, com o peso crescente dos trabalhadores urbanos, definidos cada vez mais, em função do processo de especialização e subespecialização do trabalho, em segmentos profissionais distintos, começaram a surgir, organizadas inicialmente por empresas, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que consistiam em um seguro para trabalhadores do setor privado, garantindo pensões, aposentadorias e assistência médica a filiados e dependentes, financiados através de contribuição compulsória estipulada contratualmente. É importante assinalar que as CAPs resultaram de iniciativa do Estado (Decreto 4682, de 24 de janeiro de 1923), preocupado em disciplinar, controlar e garantir a reprodução do trabalho em setores essenciais à economia brasileira.

Na década de 30 as CAPs foram sendo unificadas paulatinamente em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), congregando os

trabalhadores de empresas de mesma categoria profissional - marítimos, comerciários, bancários, industriários, etc. Isto aconteceu a reboque das profundas crises do capital que marcaram o fim da década anterior e que obrigaram os teóricos do Estado capitalista a reformular as teses liberais do “laissez faire”, introduzindo mecanismos de controle, gerenciados pelo Estado, de forma a minimizar as possibilidades de catástrofes econômicas como a de 1929. Tratava-se de seguro social institucionalizado, à semelhança de outros que surgiram, à época e com finalidades análogas, tanto nas economias centrais quanto nas periféricas^{14,19,20}. Este seguro social não se circunscrevia apenas a aposentadorias e pensões; a garantia da inserção dos proprietários da força de trabalho nas relações de troca passava também por sua eventual recapacitação através da oferta de serviços médicos, já existente nas estruturas das CAPs^{9,28}.

Estes fenômenos, característicos do que denomina-se cidadania regulada⁽²⁾³⁷, respondiam portanto tanto aos interesses do capital, em crise, com a intervenção do Estado no sentido de cumprir a determinação funcional⁽³⁾ de zelar pelos interesses comuns daquele, quanto às demandas do trabalho, em particular de seus setores mais organizados, dentro da lógica de auto-preservação da acumulação. E geraram, no imaginário brasileiro, a noção de assistência médica (de melhor qualidade) como um direito derivado do contrato de trabalho, em contrapartida à contribuição de caráter obrigatório; diferentemente da assistência médica de natureza pública e filantrópica, a ser oferecida à população carente, fora do mercado formal de trabalho.

Estabeleceu-se, pois, o conceito de que o Estado é responsável pelas medidas coletivas de saúde, a serem financiadas com recursos orçamentários da União, enquanto a assistência médica individual é prerrogativa daqueles que, sendo assalariados, a ela fazem juz, uma vez que contribuem para a previdência com uma parcela de seus vencimentos. A saúde não é portanto um direito de cidadania, a ser usufruído por todo brasileiro e garantido pelo Estado; não é sequer um direito do trabalhador – o que se criou foi um conceito muito mais

⁽¹⁾ Cidadania, entendida como o conteúdo de pertença igualitária de uma dada comunidade política, é medida pelos direitos e deveres que a constituem e pelo conjunto de instituições que é compatível com a eficácia social e política desses direitos e deveres comuns (MARSHAL, 1967)²⁵.

⁽²⁾ “um conceito de cidadania cujas raízes encontram-se (...) em um sistema de estratificação ocupacional e que, ademais, (...) é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo de direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade” (Santos, 1994, p. 68, grifo nosso)³⁷.

⁽³⁾ Segundo Offe e Ronge (1984)³⁴, os Estados capitalistas democráticos podem ser entendidos como formas institucionais de poder público que, em sua relação com a produção material, se caracterizam basicamente por três determinações funcionais: privatização da produção; dependência estrutural do processo de acumulação e legitimação democrática.

restritivo, o da assistência médica, vista como um retorno devido, no caso dos inseridos no mercado formal, ou uma dívida piedosa, caso contrário. A assistência médica – e a garantia da saúde em geral – eram vistos como pertinentes à esfera privada e não à pública.

A partir da segunda metade da década de 40, com o advento do populismo, o controle da Previdência Social passou a ser objeto de disputa entre o Estado, de um lado, que queria continuar a utilizá-la como instrumento de cooptação, clientelismo e fonte de recursos para investimento em setores básicos da economia e os trabalhadores, de outro lado, que, politizando a questão, reivindicavam a gestão daquilo que era, afinal, sustentado por suas contribuições⁹.

Nos anos 50, com a aceleração da industrialização do país e sob o paradigma do modelo desenvolvimentista, desloca-se o pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gera-se uma massa operária que deveria ser atendida com outros objetivos pelo sistema de saúde. O importante, então, já não é *“sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva”* (MENDES, 1996, p.59)²⁹. O sistema previdenciário expandiu-se quantitativamente, tanto no conjunto de usuários a serem atendidos quanto na soma de recursos envolvidos; frente à ampliação e diversificação desse universo, gerou-se demanda crescente pelo estabelecimento de normas globais únicas que o parametrizassem.

Em 1960 foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, sob pressão dos trabalhadores, uniformizando-se os benefícios prestados; a Previdência Social passava a ser a responsável pela assistência aos agravos da saúde individual de seus beneficiários.

Após o golpe militar de 1964, ainda sob o impacto do enorme desbalance na correlação de forças entre capital e trabalho então gerado, sob um Estado agora sem a componente de legitimação democrática, e até mesmo em função disso, ocorreu a unificação da Previdência Social: foi criado, em 1966, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), cujo controle passou a ser integralmente do Estado, aliados, nas circunstâncias, trabalhadores, empregadores e demais componentes da sociedade civil, de mais a mais igualmente afastados de todos os outros âmbitos do cenário político pela ditadura. Foi a expressão concreta do modelo médico-assistencial privatista, que neste momento histórico se consolida institucionalmente^{11,29}.

Quase uma década depois, em 1975, aprova-se a Lei 6229/75, que, dispondo sobre o Sistema Nacional de Saúde, deu desenho jurídico-formal a esse modelo, selando as dicotomias já existentes entre atenção médica

curativa e medidas de caráter coletivo e entre serviços públicos e privados de saúde, dando contornos específicos às tarefas correlatas ao Ministério da Previdência e Assistência Social (criado em 1974) e ao Ministério da Saúde (que data de 1953), que passava agora a responsabilizar-se também pela assistência médica individual.

Esses desdobramentos estavam alinhados a uma política mais geral vigente, que apontava para a abertura de espaços para a entrada da iniciativa privada nas áreas de saúde e educação, criando, com a eliminação, por quase duas décadas, da componente democrática do capitalismo brasileiro, um novo perfil para a composição estrutural de nossas instituições políticas (sustentada pelos aparatos legais então construídos), coerente com um aprofundamento da desigualdade social e com o crescimento da massa de excluídos, cujas consequências eram reprimidas pela força bruta. Esse Estado, que assim resolvia os conflitos anti-capitalistas, pôde, compreensivelmente, administrar com tranquilidade os interesses globais do capital, face ao grau menor de contradições internas presentes num ‘status quo’ em que a correlação capital-trabalho era brutalmente desfavorável a este último. Assim é que, concomitantemente a um movimento global que empurrava cada vez mais brasileiros para a miséria, de outra parte gerava-se o chamado “milagre brasileiro”, construído, entre diversos fatores, a partir do processo de industrialização e aumento de produtividade associado à apropriação maciça de mais-valia. Em outras palavras: à medida que aumentava o “exército de reserva” e, portanto, a população excluída do mercado formal de trabalho, abria-se espaço para a privatização em geral, saúde incluída.

Foi em decorrência dessa conjuntura que se agudizou o ‘apartheid social’ também na área da saúde. Os carentes, via de regra sem vínculo empregatício próprio ou de seus familiares, eram orientados para o setor público ou filantrópico. Ou seja, o Estado mantinha o controle sobre as condições objetivas de permanência dos proprietários da força de trabalho fora do mercado e sobre os correspondentes processos quantitativos de proletarianização e desproletarianização, condições essas compatíveis com o (baixíssimo) nível de cidadania vigente – a eles era reservada uma atenção de pior qualidade, permitindo inclusive um enxugamento dos gastos públicos. A inclusão e manutenção daqueles proprietários da força de trabalho que efetivamente a negociavam no mercado passaram a se dar por intermédio de sistemas de amparo que os encaminhavam para o setor privado de prestação de serviços médicos, via Previdência Social. Isto propiciou não somente o enraizamento definitivo desse setor, como sua

pronunciada capitalização no período, fruto da intervenção estatal, através de políticas públicas de terceirização da atenção médica que, ao destinarem parte significativa dos recursos disponíveis ao setor privado, permitiram um processo de acumulação que se deu quase que à margem dos riscos do mercado^{7,16,27,36}.

Iniciou-se, nos anos 80, o processo de redemocratização do país, com a reconquista de alguma cidadania política. A partir desse marco, tiveram origem uma série de transformações que passaram a alterar profundamente a estrutura e a dinâmica político-econômico-social no país.

A reforma sanitária que se desenvolveu no Brasil, dentro desse processo de abertura e sob pressão dos movimentos populares e da sociedade civil, dentre outros fatores, teve que se defrontar com dificuldades multifacetadas, muitas das quais, por sua natureza, só poderão ser superadas – se é que serão – a longo prazo. Duas questões despontam preliminarmente: a herança histórica objetivamente existente, à época, na área da saúde e as novas condições político-econômicas globais que então se desenhavam, nacional e internacionalmente.

Com relação à questão inicial, resgatar aquela herança, como resultado do panorama traçado acima, é fundamental para que possamos avaliar as origens da crise da saúde no Brasil, as limitações estruturais e dinâmicas impostas pelo quadro histórico, e portanto a extensão possível das diretrizes e reformas sanitárias que, com o processo de abertura e seus múltiplos atores, acabou resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destacamos, dentro dessa primeira questão, três tópicos que nos parecem essenciais.

Primeiro, firmou-se, como consequência do processo descrito, uma conceituação de saúde que tende a reduzi-la à medicalização, ou seja, à visão que identifica a saúde com o combate às patologias, relegando a um segundo plano a discussão das condições estruturais mais gerais necessárias à obtenção e manutenção da saúde. Em decorrência, foram sobrevalorizados a profissionalização médica e respectivo poder, com todas as desvantagens inerentes ao corporativismo a ele relacionado, bem como a demanda cada vez mais acentuada por serviços médicos - cuja oferta não corresponde necessariamente a uma proporcional melhoria da saúde da população. A incorporação tecnológica descontrolada, dentro de um esquema de oferta de serviços dominado pela iniciativa privada, ocorreu de forma enviesada, deformada pela lógica do lucro, seja dos fornecedores de equipamentos e insumos, seja dos prestadores de atenção médica. Portanto, além da distorção da compreensão do que seja

saúde pelo imaginário popular, produziu-se um outro desvio: o de que a medicalização é tão mais eficiente quanto mais exames médicos, remédios e aparelhos de última geração estiverem disponíveis. Esta perspectiva implica em demanda crescente por serviços médicos e sofisticação tecnológica, cujo custo rapidamente ascendente não se traduz de fato em correspondente melhoria das condições de saúde. Em função desse modelo de atenção predominante moldou-se todo um sistema de formação e alocação de recursos humanos para a saúde^{4,10,24}.

O segundo tópico refere-se à trajetória da oferta de serviços médicos oferecidos aos trabalhadores, através da Previdência Social, vistos como via de acesso à saúde: no Brasil do século XX, ao menos até o fim da década de 70, estes são encarados como contrapartida devida às contribuições retiradas de seus salários, dentro de uma concepção de cidadania regulada. A saúde não é, assim, um direito de todos e um dever do Estado.

O terceiro tópico diz respeito à transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo em nosso país^{9,29,30}: a redução das taxas de mortalidade infantil, aliada a uma expectativa de vida maior (embora fortemente diferenciada regionalmente), tem gerado uma transformação significativa no perfil etário da população. Em consequência, a par das questões de saúde decorrentes da concentração de renda e da ampliação da população abaixo da linha de pobreza, tais como as infecções comuns, a desnutrição, as doenças típicas resultantes da falta de saneamento básico, começaram a ganhar importância o câncer, as disfunções do aparelho circulatório e outras, características de uma outra faixa etária, agora percentualmente maior. O desenvolvimento industrial gerou um crescente adensamento populacional nas regiões urbanas e uma forte polarização e desigualdade regionais no que se refere à qualidade da vida e às doenças ocupacionais e do trabalho, deteriorando, ao mesmo tempo, o meio ambiente. Criam-se, assim, demandas por ações de saúde preventivas, de caráter coletivo e, também, ações de atenção de alta complexidade tecnológica.

Apontamos acima para diversas problemáticas de fundo estrutural, presentes no sistema de saúde vigente em nosso país à época: um sistema construído a partir da visão reducionista do conceito de saúde, enquanto eliminação da doença através da prestação de serviços médicos; um sistema discriminatório e não universalista, destinando serviços de qualidade inferior à população como um todo e dispensando um outro tratamento àqueles inseridos no mercado de trabalho; um sistema com ênfase privatista, em que a lógica do

lucro e não as necessidades concretas da população formam o eixo principal diretor das ações; um sistema em que, particularmente, toda uma rede física pré-existente tem que ser considerada como realidade concreta; uma herança de recursos humanos compatíveis com o sistema, continuamente acrescidos de mais profissionais, com formação oriunda de um sistema educacional também fortemente privatizado; conseqüentemente, um corporativismo profissional, tendente a resistir a mudanças que alterem as inserções cristalizadas e, principalmente, um corporativismo empresarial, no que concerne à ocupação de nichos de mercado referentes a equipamentos e correspondente tecnologia, seja esta ou não necessária, nos quantitativos existentes, ao melhor equacionamento da saúde, do ponto de vista da construção da cidadania plena para todos.

Por outro lado, do ponto de vista político e institucional, para além de superar a visão de saúde restritiva e não universalista impregnada no sistema e no imaginário da população, tornava-se necessário (mas não suficiente) aprovar um novo arcabouço de leis e instituições, para viabilizar a possibilidade teórica de reforma – daí à sua efetiva implementação concreta vai uma grande distância. Esta última observação é especialmente importante: o caráter classista do Estado capitalista reside, do ponto de vista adotado neste trabalho, na estrutura de suas instituições políticas; portanto, visto que seja essencial para qualquer reforma a alteração destas, essa mudança implica apenas no câmbio do novo conjunto de ações e eventos, situados dentro do universo de possibilidades redimensionado pelas novas seletividades e respectivos filtros⁽⁴⁾³²: quais deles (ações e eventos) de fato ocorrerão é algo que só será definido pela correlação de forças entre capital e trabalho a ser estabelecida, o que depende de inúmeros fatores, dentre os quais a contínua mobilização popular e da sociedade civil.

Essas eram as condições objetivas, no tocante especificamente à saúde.

Com relação à segunda questão que acima explicitamos – isto é, quanto às novas condições político-econômicas globais, diversas eram as causas, interna e externamente, que permeavam a “abertura” controlada do país a uma nova ordem, através de uma

transição dominada por forças de corte nitidamente conservador. No plano internacional, a crise do capital no primeiro mundo implicava num cenário de redução de liquidez, com reflexos nas economias dos países ditos “em desenvolvimento”, como o Brasil, já pressionado por sua dívida externa, que havia crescido rapidamente. Dentro de nossas fronteiras, por outro lado, o quadro externo desfavorável era acirrado pela crise fiscal do Estado, pelo esgotamento do crescimento econômico e pelo agravamento das tensões internas geradas por um grau cada vez mais insuportável de concentração de renda, que elevava o potencial de conflitos sociais a níveis perigosos. Portanto, a gradual descompressão política que reintroduziria a componente democrática no capitalismo brasileiro teve suas origens tanto no acúmulo de contradições internas quanto num quadro de crise global do capital e foi administrada de forma a garantir a permanência e a preservação dos interesses da acumulação.

No Brasil do início dos anos 80, portanto, a partir dos anacronismos na área da saúde, acumulados nas décadas anteriores e da nova conjuntura político-econômica, havia espaço objetivo para um movimento por uma reforma sanitária. Os novos horizontes trouxeram à cena política novos atores e diferenciados projetos. A par do extraordinário fortalecimento dos movimentos sociais, alguns já em curso desde a década de 70^{12,13,21} revigorou-se também o sindicalismo: ambos puderam afinal eclodir publicamente, após décadas de repressão. A crise e os sucessivos escândalos na Previdência Social – foco de fantástica corrupção, clientelismo político, desvio de recursos públicos para outras finalidades e má administração – e o aumento do contingente de excluídos que só tinham acesso a serviços de saúde de segunda categoria ou à filantropia, eram razões mais que suficientes para que as forças sociais que discutiam a questão saúde se estruturassem para debatê-la em processo que, a partir de conferências municipais e depois estaduais, culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que, realizada em 1986, congregou delegados de todo o país^{6,15,38}.

As teses centrais da VIII Conferência Nacional de Saúde, no sentido da universalização do atendimento à saúde, da descentralização administrativa, da participação comunitária e da redefinição paradigmática

⁽⁴⁾ O conceito de **seletividade**, que configura o poder discriminatório do coletivo de instituições políticas do Estado em relação ao conjunto de ocorrências sócio-político-econômicas, é aqui entendido como uma **configuração de regras de exclusão institucionalizadas**, regras que, sancionadas pelas instituições políticas daquele Estado, operam uma **restrição sistemática e não aleatória dos espaços de possibilidades dos eventos**, excluindo assim desses espaços um subconjunto criteriosamente definido de eventos (os **não-eventos**), via **processos de seleção**, os quais também são designados pelo termo **filtros**. Os principais filtros ou mecanismos de seleção são: estruturais, ideológicos, processo e repressão (OFFE, 1984)³².

da atuação do Estado na área, visando a construção da cidadania e a garantia da saúde – para além da atenção médica – como um direito de cada brasileiro e um dever do Estado, constituídas em seu relatório final³, tornaram-se poderosos instrumentos de pressão em dois eventos de grande significado, um no Executivo e outro no Legislativo.

Em 1987, o governo implantou o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que reforçou uma tendência já prenunciada a partir da vigência do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS, 1983), de aumento de repasses financeiros da União para estados e municípios^{5,6,26}.

Em 1988, a Constituição Brasileira referendou a nova lógica, criando o SUS¹, regulamentado pelas Leis 8080 e 8142, de 1990², e organizado segundo as diretrizes apontadas pela VIII Conferência, o que sem dúvida constituiu uma extraordinária mudança; ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, incorporava princípios e práticas correntes, preservando o espaço de atuação da iniciativa privada no setor.

Não há, ao nosso ver, como negar que os textos constitucionais e infra-constitucionais representaram um enorme avanço, desde a ótica do movimento social organizado; não se pode, em contrapartida, superdimensionar esse resultado, que, além de não garantir em absoluto a consecução das transformações que potencialmente comportava, mantinha a idéia de um sistema plural de atendimento à saúde, no qual estava também assegurado o campo de ação para a continuidade da acumulação no setor, a partir da ocupação dos nichos de oferta de serviços comercialmente rentáveis. Não é por outra razão que o Congresso Nacional, de um lado sob pressão popular, mas de outro integrado por maioria conservadora, aprovou os textos em questão.

O Sistema Único de Saúde

A partir de 1987, com a criação do SUDS e, posteriormente, com a criação do SUS, iniciou-se um processo em que, se de uma parte estendia-se o atendimento médico, enquanto direito de cidadania, àqueles fora do mercado de trabalho, antes relegados à caridade estatal ou à filantropia, de outra rebaixava-se o nível deste atendimento, se comparado ao oferecido

anteriormente aos usuários da Previdência Social, isto é, aos assalariados²⁹.

Este fato foi consequência evidente de uma série de fatores.

Em primeiro lugar, a crise do Estado brasileiro e a das economias centrais, bem como as políticas públicas de caráter neoliberal, implicaram em uma redução progressiva do aporte de verbas públicas federais à saúde⁽⁵⁾. Simultaneamente, a nova base populacional que potencialmente poderia utilizar o sistema excedia em 60 milhões de pessoas²⁹ o número anterior de usuários. A qualidade dos serviços públicos, portanto, caiu. Em consequência, gerou-se uma forte demanda por serviços de melhor nível, que pudessem ser disponibilizados aos assalariados, em especial os possuidores de mão-de-obra especializada. O movimento resultante foi a privatização dos serviços de saúde rentáveis, do ponto de vista mercadológico: a diminuição do aporte de recursos orçamentários ao setor público implicou numa redução proporcional dos valores pagos por serviços privados, afastando os produtores mais capitalizados, que se descredenciaram, total ou parcialmente, passando a suprir a recém criada demanda através do sistema de saúde supletivo^{(6)7,29}. Isto é o que Faveret Filho e Oliveira (1989)¹⁸ chamam de “universalização excludente”: com a deterioração real do montante pago pelo Estado, apenas os prestadores de serviços tecnologicamente mais atrasados permaneceram credenciados. Em consequência, a utilização dos serviços do SUS pelos usuários portadores de mão-de-obra de pouca qualificação e pelos segmentos da população não integrados economicamente tornou-se progressivamente maior, em termos percentuais.

O quadro que emerge desses fatos explica porque puderam ser aprovados os novos textos constitucionais e infra-constitucionais por legisladores em sua maioria conservadores.

Há inegáveis ganhos teóricos na conquista de um reconhecimento legal, juridicamente consagrado, do direito à saúde como um elemento de cidadania^{17,19}.

O mesmo se pode dizer dos mecanismos de descentralização implantados, com a redução dos desvios de recursos, do seu uso clientelístico, como

⁽⁵⁾ Conforme análise de Médici, entre 1989 e 1993 ocorreu uma forte redução do gasto público com saúde no Brasil. Os gastos públicos ‘per capita’ com saúde no Brasil caíram de US\$ 95,60 em 1989 para US\$ 62,70 em 1992; foram de US\$ 65,39 em 1993 e US\$ 93,00 em 1994 (Médici, 1995)²⁶. De acordo com Mendes (1996)²⁹, os gastos foram, sucessivamente, de US\$ 11,3 bilhões em 1989, US\$ 9,4 bilhões em 1990, US\$ 7,8 bilhões em 1992 e US\$ 7,5 bilhões em 1993 - uma queda de mais de 33% em apenas 4 anos.

⁽⁶⁾ Os seguintes números ilustram essa tendência: apenas nos dois anos posteriores à criação SUDS - 1987/1989 - o número de usuários do sistema de atenção supletiva cresceu 7.200.000 (Gouvea apud Mendes, 1996, p.81)²⁹, ou 8.740.000 (Foster Higgins apud Elias, 1996b, p.71)¹⁶; em 1994, atingiu 34.400.000, patamar em que houve uma certa estabilização. O faturamento do sistema passou de US\$ 2,4 bilhões em 1989 para US\$ 6,4 bilhões em 1993 (TORLONI FILHO apud MENDES, 1996, p.81)²⁹.

moeda de troca política; e também do cada vez mais presente controle democrático destes recursos pela comunidade, através dos Conselhos Estaduais, Municipais, Distritais e Locais de Saúde, cuja criação foi possível a partir do SUS e tem sido implementada concretamente ao longo dos últimos anos. Todo espaço de poder está sujeito a tentativas de manipulação por partidos políticos, corporações e interesses pessoais; contudo, embora distorções como essas possam ter ocorrido e possam vir a ocorrer, inegável também é que esses Conselhos têm tido papel primordial, enquanto locus privilegiado de construção da cidadania social^{8,21,35}.

Uma outra forma de avaliar a importância do SUS é imaginar um cenário em que este não existisse: nesse caso, estaria mantida uma discriminação social sancionada pelo Estado, na área da saúde; ou seja, um sistema de atendimento para os cidadãos de primeira linha, isto é, os que trocam sua força de trabalho no mercado, versus um atendimento *formalmente de segunda categoria* para os demais, para os excluídos. A criação do SUS, portanto, teve o grande mérito de haver rompido aquela discriminação, *juridicamente admitida*. Desse ponto de vista, foi sem dúvida um passo de significado marcante: ganharam com ele, de forma inequívoca, os 60 milhões de brasileiros que antes só tinham acesso à saúde como um favor do Estado ou das instituições beneficentes e, de forma mais geral, todos aqueles que lutam pela diminuição do grau de iniquidade social no Brasil.

A par disso tudo, não obstante, os números mostram que o Estado e suas políticas neoliberalizantes da última década, apesar e simultaneamente à criação do SUS, promoveram, em função das crises nacionais e internacionais do capital e em alinhamento com os movimentos do primeiro mundo, uma redução substancial de verbas para a saúde. Ou seja, apesar da enorme expansão do número de usuários, pela via da universalização dos serviços, a verba disponível diminuiu, provocando um declínio na qualidade dos mesmos. Em outras palavras, acabou-se a discriminação estatalmente avalizada, no sistema de saúde; mas, com a “universalização excludente”, manteve-se a discriminação real.

Seria teoricamente possível propor uma interpretação do quadro atual na saúde que o classificasse como um continuísmo da situação anterior: saúde encarada como atendimento médico, na prática; proprietários da força de trabalho que de fato a negociam no mercado recebendo serviços de melhor

qualidade do que o conjunto da população; medicina privada obtendo os lucros que sempre obteve; Estado investindo insatisfatoriamente na saúde, como sempre investiu.

Pretendemos, porém, oferecer a seguir uma outra avaliação desse quadro.

SUS, um avanço, necessário e ainda um desafio

Aquilo que há de continuísmo é, de um lado, resultado da trajetória histórica da correlação de forças entre capital e trabalho na última década e, de outro, uma característica da própria natureza classista de dominação inerente a todo Estado capitalista³¹. Consideramos, contudo, que, durante os anos 80, houve uma mudança qualitativa na estrutura das instituições políticas do Estado brasileiro, face à necessidade de incorporar a legitimação democrática, enquanto determinação funcional, às outras duas que tipificam qualquer capitalismo: a privatização da produção e a dependência do processo de acumulação.

Na área da saúde, particularmente, essa mudança qualitativa se expressou através de inovações sócio-políticas⁽⁷⁾ de âmbito nacional, que resultaram desses desdobramentos, face à legitimação democrática, dada a impossibilidade de manter a credibilidade estatal (a ser agora referendada – ou não – nas urnas), anteriormente minada por inúmeros escândalos e fracassos, sem mudar a forma de gerar, financiar e distribuir as prestações de serviços sociais. Era necessário, portanto, para mudar a estrutura das instituições políticas do Estado, alterar, também qualitativamente, as seletividades do aparelho estatal (definidas como “*configurações de regras de exclusão institucionalizadas*”³² – e, como resultado, os correspondentes filtros.

Nossa tese é a de que na área da saúde houve uma modificação qualitativa da estrutura das instituições políticas do Estado, e portanto de suas seletividades, vistas como o poder discriminatório do coletivo dessas instituições em relação ao conjunto de ocorrências sócio-político-econômicas.

Para estabelecer a diferença entre as restrições sistemáticas e não aleatórias aos espaços de possibilidades de eventos na área da saúde – antes e depois da abertura democrática no Brasil – vamos analisar as distinções entre a operação dos diferentes filtros numa época e em outra.

(7) Mudanças adotadas na forma de gerar, financiar e distribuir as prestações de serviços sociais pelos gestores do Estado, conciliando as exigências admitidas e as necessidades humanas já sancionadas com os requisitos de reprodução do capital (OFFE; LENHARDT, 1984)³¹.

Com relação ao filtro repressão, seu abrandamento é a marca registrada de qualquer processo de democratização. Eventos antes selecionados negativamente passam depois a não ser reprimidos. Esta diferença está nas origens do fortalecimento dos mecanismos de pressão que, agora mais diretos e visíveis, engendraram as outras transformações, isto é, as transformações das estruturas das instituições políticas na área da saúde propriamente dita.

Em função dessas transformações, a alteração sofrida pelos filtros estruturais é talvez a mais agudamente significativa. A instituição, primeiro do SUDS (mudança de estrutura político-administrativas) e depois do SUS pelo texto constitucional (mudança de estrutura jurídico-legal) consiste em uma forte guinada desse mecanismos de seleção. É possível discutir, a partir da nova estrutura existente, a possibilidade de acesso universal e igualitário à saúde; antes, não, pois o arcabouço político-administrativo-jurídico-legal determinava a existência de dois distintos tipos de atenção à saúde a serem prestados: aos assalariados e aos demais. Em particular, por exemplo, é possível depois – e não antes – debater qual o orçamento necessário para facultar aquele acesso de todos à saúde (definida na Constituição de forma ampla, sem reduzi-la a medicalização), cuja garantia é vista agora como um dever do Estado para com cada brasileiro¹.

Os filtros ideológicos também passaram por descontinuidades de grande monta. A cidadania social, enquanto conceito ideológico, é um não-evento, nos anos pré-década de 80. Havia sido cristalizada, como paradigmaticamente indiscutível, a concepção de cidadania regulada, sendo o atendimento à saúde parte do pagamento (não um direito inalienável do cidadão) do assalariado, subproduto da troca de sua mercadoria (a força de trabalho) no mercado. Dos anos 80 em diante, a cidadania social, em específico no tocante à saúde, foi progressivamente colocada em foco e finalmente ratificada institucionalmente nos textos constitucionais.

Os filtros de processo, após a promulgação da Constituição e textos regulatórios infra-constitucionais posteriores, sofreram igualmente mudanças. Assim é que a descentralização, aliada à possibilidade de controle comunitário via criação dos Conselhos, em todos os níveis, abriu horizontes processuais antes inexistentes⁽⁸⁾.

As transformações que culminaram com a incorporação da legitimação democrática, enquanto nova determinação funcional do Estado, no Brasil da década de 80, não podem, contudo, diminuir a visibilidade e importância das outras duas determinações: a privatização da produção e a dependência estrutural do processo de acumulação.

Em outras palavras, em primeiro lugar está garantida, pela própria natureza do Estado, a atuação do mercado na área da saúde, o que se fará nos espaços economicamente rentáveis capazes de gerar acumulação. Em segundo lugar, o câmbio do universo de eventos possíveis é uma condição necessária para potenciais avanços, do ponto de vista da conquista da cidadania social – e portanto, enquanto tal, uma vitória de enorme significado para os defensores dessa perspectiva. Em terceiro lugar, essa condição não é de forma nenhuma suficiente: absolutamente nada é garantido, por sua existência, além da ampliação de espaços de possibilidades que a caracteriza. Esta ampliação não implica em negação da lógica capitalista pré-existente e nem em cerceamento das práticas e dinâmicas envolvidas no 'status-quo' anteriormente em vigor. O fator que determinará, portanto, o 'ponto de operação' do sistema de saúde na nova situação será, essencialmente, a correlação de forças entre os diversos atores que se movem na cena político-econômico-social.

O continuísmo do perfil do Brasil concreto, na área da saúde, em particular, poderia ter sido ditado como consequência obrigatória da permanência estrutural das seletividades do Estado; mas, mudando estas, como foi o caso, alargando-se o horizonte do abstratamente permitido, o grau de mudanças objetivas que se viabilizarão neste novo cenário será grandemente influenciado pela correlação de forças a que nos referimos.

Em conjunturas em que a defesa oficial dos excluídos ou os discursos estatais do "tudo pelo social" se aliam a políticas institucionais neoliberais, com enxugamentos de gastos públicos nas áreas sociais, ao mesmo tempo em que proliferam subsídios ao sistema financeiro e a outros proprietários dos meios de produção, o resultado dessa correlação de forças tem gerado um quadro que reflete uma continuidade das ações públicas e privadas na saúde, não obstante as perspectivas reais de mudanças construídas na década passada^{22,23}.

Apesar de toda essa situação, que é resultante de

⁽⁸⁾ Nada garante, a priori, que os resultados – em termos de redução do clientelismo, fiscalização das verbas e sua utilização em prol dos princípios de cidadania social, etc., – sejam necessariamente satisfatórios; mas há eventos, como o controle popular sobre os recursos disponíveis e a discussão coletiva de prioridades, que não estão excluídos do universo de possibilidades pelo próprio processo de construção desse universo, como anteriormente.

um processo histórico, que em breves traços alinhavamos acima e de uma “abertura” democrática conservadora, procuramos demonstrar a importância da implantação das inovações sócio-políticas que alteraram estruturalmente as instituições políticas do Estado Brasileiro, na área da saúde.

É possível hoje, por conseguinte, em termos de um projeto de médio e longo prazos, pensar em propor uma nova agenda para a saúde que, ao racionalizar o Sistema Único de Saúde, busque inseri-lo em um novo paradigma sanitário. Uma proposta que, utilizando plenamente os novos espaços filtrados, a partir do fortalecimento das lutas pela cidadania e portanto da geração de um outro contexto político, apesar das determinações do Estado capitalista e exercitada radicalmente sua componente de legitimação democrática, pudesse contemplar:

- a) na esfera pública, a garantia de que os princípios do SUS realmente se concretizem, com a universalização do acesso à saúde a todos os brasileiros, o que implica também na articulação de lutas pela conquista da cidadania nos mais diversos âmbitos, como direito a salários dignos e a igual acesso universal à habitação, transporte, alimentação, educação, esporte e lazer compatíveis com condições saudáveis de vida; na área da saúde propriamente dita, será essencial garantir a descentralização, com repasse de recursos suficiente e delegação de poderes para

os níveis estaduais e municipais que permitam a formulação e execução de políticas de saúde de qualidade – sob controle da sociedade civil organizada – só assim será possível travar a batalha pela superação das atuais intermediações político-clientelísticas, pela ruptura dos anéis burocráticos, mecanismos patrimonialistas e vícios corporativos que entravam a publicização do espaço estatal; ainda na área da saúde – na realidade na interface entre esta e a da educação – será fundamental a tarefa de formação e reciclagem de recursos humanos para que as tarefas que o SUS demanda possam ser cumpridas;

- b) na esfera privada, o controle público do espaço privado contratado com o SUS, pela via da utilização de instrumentos de direito administrativo pela cidadania e do espaço privado da atenção supletiva, que deverá ser submetido à regulação estatal; a efetiva submissão da iniciativa privada na saúde às regras do mercado, com a eliminação de subsídios cruzados e de renúncias fiscais.

Independentemente, porém, de transformações sistemáticas e ganhos duradouros a se construir processualmente, é, e tem sido, certamente possível, seja através de pressão direta dos movimentos populares e outras forças, seja pela busca da utilização, por governos comprometidos com as lutas desses movimentos, dos espaços criados pelas novas seletividades do Estado, avançar em direção a essa agenda para a saúde.

LOPES, R.E. Brazil health policies: historical trends, contradictions and advances. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.23-33, jan./dez., 2001.

ABSTRACT: In this work we describe the historical trajectory of health policies in Brazil. In particular, we discuss the ‘SUS’ (Unified Health System); we present an analysis of its meanings, contradictions and scope. This analysis is worked out having in mind the theoretical formulations developed by Offe, Lenhardt and Ronge, especially those concerning political policies in the Capitalist State. Our goal here is to understand the existing dynamics in the health area, as a result both of the historical and current trends of the related political institutions, including those of a juridical nature, now in vigor, and the way they were constructed. We apply the so established abstract referential to the concrete realm of health assistance policies in Brazil, searching, for instance, to determine the difference between the systematic and non-random restrictions to the spaces of possibilities of events in the health area - before and after the “abertura democrática” (a period in which the democratic order was restored) in Brazil and the 1988’s Constitution. We conclude that, on one hand, the constitutional core of SUS represents a necessary breakthrough, which is not however sufficient for the consolidation of social rights in the health area; on the other hand, it is and it has been possible - under direct pressure of popular movements and other forces or through the use of spaces now available as the result of the SUS by governments committed to policies of individual and collective health care - to progress towards guaranteeing health as a citizenship right.

KEYWORDS: Health policy/trends. SUS (BR). Brazil. Health rights.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. *Constituição: República Federativa do Brasil*. Brasília: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8080 de 19/09/1990 e mensagem presidencial ao senado federal com as razões dos vetos. *Saúde em Debate*, n.30, p.15-20, dez. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p.
- CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova* (São Paulo) CEDEC, n.19, p.123-40, 1989.
- COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A.C., org. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1995a. p.225-44.
- COHN, A. Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: EIBENSCHUTZ, C., org. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995b. p. 315-27.
- COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A., ELIAS, P.M. *Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1996. p.11-55.
- COHN, A., ELIAS, P.M. *Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1996.
- COHN, A. et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1991.
- COSTA, N.R. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. *Rev. Admin. Pública*. (Rio de Janeiro), v.28, n.4, p.5-17, out/dez. 1994.
- COSTA, N.R. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da reforma sanitária. In: COSTA, N.R. et al., org. *Demandas populares e políticas públicas de saúde*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989. v.1, p.45-65.
- DRAIBE, S.M. Qualidade de vida e reformas de programas sociais: o Brasil no cenário latino-americano. *Lua Nova* (São Paulo) CEDEC, n.31, p.5-46, 1993.
- ELIAS, P.M. *Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político-institucional*. São Paulo, 1996a. 345p. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- ELIAS, P.M. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: CONH, A., ELIAS, P.M. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1996b. p.57-117.
- ESCOREL, S. Elementos para análise da configuração do padrão brasileiro de proteção social - o Brasil tem um Welfare State? *Cadernos Fiocruz*, Série Estudos, n. 1, Política, Planejamento e Gestão em Saúde, 1993.
- FAVARET FILHO, P., OLIVEIRA, P.J. *A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/IEI, 1989.
- FLEURY, S. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- GINSBURG, N. *Divisions of welfare: a critical introduction to comparative social policy*. London: Sage Publications, 1992.
- JACOBI, P.R. *Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde - São Paulo, 1974-84*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- LAURELL, A.C. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.
- LOPES, R.E. Neoliberalismo e políticas de saúde no Brasil. *Cidadania Textos - GEMDEC/UNICAMP* (Campinas), v.1, n.6, p.1-20, 1995.
- MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde: um bem público. *Saúde em Debate* (Londrina) CEBES, n.48, p.54-7, set. 1995.
- MARSHALL, T.H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MÉDICI, A.C. Necessidades de financiamento do setor saúde no Brasil em 1995. *Saúde em Debate* (Londrina) CEBES, n.48, p.69-76, set. 1995.
- MÉDICI, A.C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Rev. Admin. Pública* (Rio de Janeiro), v.26, n.2, p.79-115, abr./jun. 1992.
- MENDES, E.V., org. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3.ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1995.
- MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MONTEIRO, C.A., org. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- OFFE, C. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

32. OFFE, C. Dominação de classe e sistema político. Sobre a seletividade das instituições políticas. In: Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. p.139-77.
33. OFFE, C.; LENHARDT, G. Teoria do Estado e política social. In: Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. p.9-53.
34. OFFE, C.; RONGE, V. Teses sobre a fundamentação do conceito de "Estado Capitalista" e sobre a pesquisa política de orientação materialista. In: Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. p.121-37.
35. PIMENTA, A.L. Políticas públicas e movimentos sociais: estratégias e formas de luta. In: OPAS. *Saúde e revisão constitucional: controle social e formas organizacionais do SUS*. Brasília: OPAS, 1993. p.11-6. (Série Direito e Saúde, n. 2)
36. RODRIGUES NETO, E. O SUS e o setor privado: vamos moralizar essas relações. *Saúde em Debate* (Londrina) CEBES, n.49-50, p.9-10, dez/95 mar. 1996.
37. SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 3.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
38. TEIXEIRA, S.M.F. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.