

Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde ¹

Health Policies and Crisis of The Welfare State: repercussions and possibilities for the Unified Health System ¹

Maria Raquel Gomes Maia Pires

Doutora em Política Social/UnB. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem/UFG. Pesquisadora Associada Adjunta do Núcleo de Promoção da Saúde e Projetos Inclusivos/Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares/Universidade de Brasília (Nes-prom/Ceam/UnB).

E-mail: maiap@uol.com.br

Pedro Demo

Professor Titular do Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília.

E-mail: pedrodemo@uol.com.br

¹ Artigo produzido a partir dos estudos e análises realizados em tese de doutorado de Pires (2004).

Resumo

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), orientada por princípios universalistas e solidários, pode ser vislumbrada sob a influência das tensões entre mercado e cidadania no contexto de redemocratização que o país viveu, ambientado nas lutas políticas que balançaram o país na elaboração da Constituição de 1988, na crise econômica que caracterizou a *década perdida* e no arrefecimento do Estado desenvolvimentista. Trata-se de um estudo teórico, que parte da premissa que o cenário econômico mundial transnacionalizado, com a conseqüente exigência de flexibilização das garantias sociais que o capital financeiro vem impondo aos Estados de bem-estar, traz repercussões estruturais para países em desenvolvimento ou periféricos, como o Brasil, pon-do em risco a implementação dos princípios e diretrizes do SUS. Objetiva-se: a- Analisar a conformação das políticas sociais no capitalismo e o delineamento da crise do Estado de Bem-Estar social; b- Contextualizar as políticas de saúde do Brasil nas atuais transformações do capitalismo e redefinição do papel do Estado, analisando as repercussões para a implementação do SUS; e c- Apontar possibilidades para o enfrentamento da implementação do SUS no contexto em foco por meio da politicidade do cuidado -gestão da ajuda-poder para a (re)construção da autonomia de sujeitos. Diante das ambigüidades de um sistema de saúde que se pretende equânime, numa conjuntura ditada pela mercantilização do direito à saúde, aposta-se em propostas e experiências de enfrentamento que fortaleçam o controle democrático da sociedade civil sobre a implementação das políticas públicas.

Palavras-chave: Políticas de Saúde; SUS; Estado de Bem-estar social.

Abstract

The institutionalization of the Unified Health System (SUS), guided by principles of universalism and solidarity, can be viewed under the influences of the tensions between market forces and citizenship in the re-democratization context that the country experienced, adapted in the political conflicts during the elaboration of the 1988 Constitution, in the economic crisis that has characterized *the lost decade* and in the decreasing role of the State as development motor. The article is a theoretical study, and has as premise the fact that the world economical trans nationalized scenario, with consequent flexible social warranties imposed by financial capital in the welfare States, has structural repercussions for developing countries , like Brazil, putting at risk the implementation of the principles and guidelines of SUS. It aims to: a - To analyze the resignation of social policies in capitalism and the sketching of the crisis of the Welfare State ; b - To put in context of the health policy in Brazil the current transformations of the capitalism and redefinition of the role of the State , analyzing the repercussions for the implementation of SUS; c - And to point possibilities for the facing of the problems regarding the implementation of SUS through the health care policy (handling of help-power for the (re) construction of the autonomy of subjects). Face the ambiguities of a system of health that aims equity, in a conjuncture dictated by market forces, the proposal is to strengthen the democratic control of the civil society on the implementation of public policies.

Keywords: Health Policy; Unified Health System of Brazil; Welfare State.

Introdução

A conformação das políticas sociais no Estado capitalista, permeada por disputas entre representantes do capital e do trabalho na esfera das relações produtivas, tem retornado com singular destaque em tempos de globalização e capitalismo financeiro. O debate em torno da crise do Estado de Bem-Estar e a conseqüente repercussão para a cidadania têm se colocado como questão importante para enfrentamentos das extremas desigualdades sociais conformadas na contemporaneidade. Particularmente para os países periféricos, como o Brasil, tal discussão figura de forma complexa, uma vez que o retardo no processo de industrialização e redemocratização, num contexto de globalização excludente e predatória, tem trazido sérias restrições para a cidadania. Esse artigo analisa os dilemas que as políticas de saúde do Brasil, e em especial a implementação dos princípios democráticos do SUS, têm de enfrentar frente à crise do Estado de Bem-Estar social e (re)configuração da fase atual do capitalismo global. Parte-se da premissa que o cenário econômico mundial transnacionalizado, com a conseqüente exigência de flexibilização das garantias sociais que o capital financeiro vem impondo aos Estados-nações, traz sérias repercussões estruturais para países em desenvolvimento ou periféricos, como o Brasil, pondo em risco a implementação dos princípios e diretrizes do SUS.

O primeiro tópico analisa a conformação das políticas sociais no capitalismo e o delineamento da crise do Estado de Bem-Estar, procurando contextualizar as principais questões hoje colocadas na (re)definição do papel dos Estados-nações frente à globalização econômica. O segundo procura contextualizar as políticas de saúde do Brasil nas atuais transformações do capitalismo e o papel do Estado, analisando as repercussões e possibilidades para a implementação do Sistema Único de Saúde. Por último, apontam-se essas possibilidades no contexto em foco a partir da cidadania oportunizada por meio da politicidade do cuidado (Pires, 2004), entendida como gestão da ajuda-poder para (re)construção da autonomia de sujeitos.

Conformação das Políticas Sociais e Crise do Estado de Bem-Estar Social

A implementação das políticas de saúde do Brasil, orientada por princípios universalistas, equânimes e democráticos após a institucionalização do Sistema Único de Saúde, insere-se no escopo da discussão sobre conformação das políticas sociais no capitalismo. As contradições inerentes ao conflito entre capital e trabalho, as múltiplas correlações de forças e as determinações estruturais que permeiam a luta política constituem elementos centrais para a análise das políticas sociais. Este é um campo onde se torna necessário considerar a conjuntura em que são produzidas as relações sociais produtivas, tendo em vista sua intrínseca dinamicidade. Longe do extremismo recorrente em considerar as políticas sociais como expedientes da acumulação capitalista, ou como direito redistributivo conquistado pelos trabalhadores, cabe reafirmar que é na totalidade desses processos que as realidades sociais e econômicas se fundem. As políticas sociais sintetizam a contradição entre modo e relações de produção nas sociedades capitalistas, conformando-se historicamente a partir das correlações de forças estabelecidas na arena política (Faleiros, 2000; Behring, 2002).

De maneira abreviada, as políticas sociais como síntese do conflito entre capital e trabalho nos países centrais², a partir do pós Segunda Guerra mundial, operacionalizam-se a partir da *concepção e praxis* do capitalismo monopolista de Estado, e se viabilizam pelas políticas *keynesianas* (crescente intervenção do Estado nas esferas de produção e reprodução das relações sociais capitalistas em prol da cidadania), coincidente com o pós-guerra europeu, que ajudou a conformar o Estado de Bem-Estar Social³. Este se estende até a década de 70 (crise do petróleo e conseqüente esgotamento do Estado social), chegando a fase atual do capitalismo, denominado avançado, financeiro ou tardio (Behring, 2002), marcado pela reestruturação

produtiva, transnacionalização dos mercados e desregulamentação das garantias sociais. Para entender a discussão sobre *crise* do Estado de Bem-Estar, cabe um aprofundamento sobre a conformação das políticas sociais no estado capitalista, tendo como palco privilegiado a arena política do Estado, tensa em disputas entre o mercado e a sociedade organizada (cidadania).

A atual conjuntura é marcada por profundas crises do capital, com fortes repercussões para as políticas sociais. O cenário de *crise* delinea uma *força revolucionária* própria da história e compleição do capitalismo, como pontua Harvey (1989). Num palco de insegurança e flexibilidade premente, o lucro precisa ser buscado e reinventado a todo instante, numa autêntica *'destruição criativa'*. A capacidade de inovar e de se recompor diante dos impasses é própria do capitalismo, que precisa extirpar ao máximo a força criativa do trabalho para acumular riquezas e poder. Apesar de a realidade social advinda do capitalismo avançado (transnacionalização do capital e reconfiguração das relações de trabalho) estar mais próxima dos países centrais, ainda que com repercussões cada vez mais imediatas para as nações periféricas ou do *"terceiro mundo"*, como o Brasil, é importante assinalar que o caráter central da discussão - o conflito entre capital e trabalho (com suas especificidades regionais lá e cá) - continua imperando como principal contradição da sociedade capitalista. Portanto, as políticas sociais no capitalismo, consideradas aqui sob o prisma da conformação das relações entre capital e trabalho, precisam ser contemporizadas a partir desse conflito essencial e fundante.

As transformações político-econômicas do capitalismo no final do século XX, incluindo a transição do fordismo - paradigma de industrialização hegemônico da era moderna caracterizada pela intensificação da produtividade do trabalhador com foco na especialização e implantação de linhas de montagem para a *acumulação flexível*, tendência pós-moderna de con-

2 Adota-se terminologia proposta por alguns autores, como Santos (1997), por meio da qual *países centrais* se refere às nações ricas (Europa central e América do Norte) integrantes das grandes cúpulas de decisões internacionais. Já a denominação países periféricos, como o Brasil, é referente aos países pobres, também chamados 'em desenvolvimento', 'do terceiro mundo', semidesenvolvidos, enfim, todos os que estão na periferia das grandes decisões mundiais.

3 Para o que aqui interessa, Welfare State, Estado Social e Estado de Bem-Estar Social são considerados termos para se referir a certa priorização dos direitos sociais sobre o capital, mediados pelo Estado-nação tipicamente moderno (Santos, 1997; Harvey, 1989; Demo, 2002a,b).

figuração dos processos de produção marcados pela diversificação dos produtos, intensa inovação destrutiva e pulverização dos centros de produção com o objetivo de acelerar o retorno do capital - são analisadas densamente por Harvey (1989). Para ele, a modernidade coincide com o pleno processo de industrialização, com a padronização (de modos de produzir, de costumes, regras, leis e ordens), com a produção em série, com a divisão social e técnica do trabalho, com o *welfare state* e com a hegemonia do pensamento cartesiano influenciando os padrões, relações e comportamentos da sociedade. A era moderna leva adiante, até onde pode, o projeto iluminista e a concepção *fordista*. As mudanças e crises que estão ocorrendo no seio do capitalismo, especificamente as alterações das relações de produção no espaço e no tempo, vêm transformando a *modernidade fordista* em *pós-modernidade flexível*, ambas fundadas na mesma lógica de acumulação. Nesse diálogo, o caminho para a *condição pós-moderna* pode ser apreendido pela dificuldade que o fordismo e o keynesianismo encontraram para conter as contradições inerentes ao capitalismo.

De forma abreviada, Harvey (1989:135) pondera: “*Na superfície, essas dificuldades podem ser melhor apreendidas por uma palavra: rigidez*”. Rigidez dos investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo, dos sistemas de produção em massa, dos mercados, na alocação e nos contratos de trabalho (especialmente do setor monopolista). As tentativas para superar tais problemas encontravam ‘*rigidez*’ na resistência dos trabalhadores, expressa principalmente pelas ondas de greves do período de 1968 a 1972. Os problemas fiscais do Estado vão comprometendo cada vez mais a manutenção das políticas sociais universais, e o único instrumento de resposta flexível à crise encontrado foi a monetarização da economia, aumentando a onda inflacionária que reduziria a expansão dos direitos sociais do pós-guerra. O autor vai descrevendo, com muita lucidez, a crise da rigidez fordista e das estratégias *keynesianas* implementadas pelo Estado para manter o capital monopolista, até chegar no que ele denomina *acumulação flexível*, que “[...] caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e comercial” (Id.1989:140).

A flexibilização do capital acarretou profundas mudanças na economia mundial, implicando em novas divisões internacionais do trabalho e transnacionalização dos mercados. Nesse contexto, a industrialização acelerada em alguns países dependentes, como o Brasil, explica-se pelo deslocamento de centros de produção das empresas multinacionais para países com salários e preços de matérias-primas mais baixos, diminuindo os custos da produção. A transferência da produção para países *semicolônias ou semi-industrializados* dependentes é descrita de forma elucidativa por Harvey, quando se refere à mudança da *economia de escala*, de produção em massa, próprias do fordismo, para a *economia de escopo*, de custos reduzidos, focalizada na demanda de consumo e sem estoques, inerente à acumulação flexível. A economia de escopo possibilita a pulverização da produção em diversos *locus* espalhados pelo mundo, que podem utilizar desde fábricas pequenas até a economia doméstica como centros de produção flexíveis. As repercussões sociais advindas da ‘*acumulação flexível*’ são enormes, aprofundando as desigualdades sociais tanto em países centrais como (e principalmente) em países periféricos. Níveis crescentes de desemprego estrutural, rápida destruição e reconstrução das habilidades, defasagem nos salários reais e retrocesso do poder sindical são alguns exemplos citados. Por trás desses fatores, solapam outras sérias conseqüências que têm colocado cada vez mais em cheque o capitalismo em sua fase atual. Basta ver, por exemplo, a constante crise econômica pela qual têm passado os países periféricos, ou as mazelas sociais, tão cotidianas que parecem até naturalizadas.

As três características básicas do modo de produção capitalista, segundo Harvey, são: orientação para o crescimento econômico, exploração do trabalho vivo na produção e dinamicidade orgânica inerente ao capital. O argumento de que a pós-modernidade opera sobre a exploração da *mais-valia* se fundamenta, justamente, na percepção de que, apesar de profundamente transformado, a *acumulação flexível* continua utilizando os elementos do capitalismo para gerar lucros. Ou seja, o controle sobre o trabalho (alienação), principal contradição do capital, permanece central para a versão atual do modo de produção capitalista. Como conseqüência mais imediata da usurpação da força produtiva humana, tem-se a exploração da *mais-valia*.

lia, que, se no fordismo se dá preponderantemente sobre a força física do trabalhador, na *acumulação flexível* se relativiza, ocorrendo mais sobre o conhecimento (Marx, 1963). A flexibilidade das relações de produção, a precarização dos vínculos empregatícios, os contratos temporários, o automatismo e outras tantas transformações que o trabalho tem sofrido, alargando ainda mais os fossos de pobreza e miséria, decorrem também da mudança na forma de acumulação do capital. De certa forma, a despeito dos repetidos erros nas previsões de Marx, devidamente revisitados por diversos autores (Offe, 1991; Hardt/Negri, 2002; Santos, 1997; Holloway, 2003), pode-se dizer que a discussão sobre mais-valia permanece atual e relevante.

A mais grave repercussão da *acumulação flexível* ou do *capitalismo software* para as relações de produção é que, enquanto o capital se transfere instantaneamente para se reproduzir, o trabalho tende a permanecer arraigado e preso ao lugar, ao local. Da mesma forma, a política como campo de correlação de forças e disputas estratégicas de poder vem perdendo significativa centralidade em seu poder regulatório sobre o mercado. Enquanto a política (por meio do Estado) tende a dominar cada vez mais o 'local', o capital domina cada vez mais o espaço, fluido e fugaz (Harvey, 1989; Bauman, 2001). Neste cenário de vôo do capital frente ao rastrear do trabalho, a política, potencialmente controversa e conflituosa, precisaria aprender a conviver com a incerteza, transformando-a em fomento para mais política, para mais confronto potencialmente reordenador de desigualdades. A busca permanente, frenética, intensiva e reconstrutiva da política como caminho para subjugar a volatilidade do capital em favor de uma sociedade igualitária: eis a utopia (no sentido de realizável) a ser reinventada.

Neste clima de múltiplos cenários e perspectivas, a conformação das políticas sociais nas sociedades capitalistas ocorre em meio a intensas disputas com a mediação do Estado, campo de disputa ideológica e econômica, mas não se restringe a ele, nem se classifica unicamente na esfera estatal. O que melhor caracteriza as políticas sociais é menos sua origem e concepção do que sua proposição em enfrentar as desigualdades sociais visando o interesse público comum. Partindo de algumas análises teóricas relevan-

tes ao estudo das políticas sociais (Poulantzas, 1985; Offe, 1984; Faleiros, 2000; Vasconcelos, 1988; Laurell, 2002), visualiza-se que a *correlação de forças entre os atores* assume centralidade definidora especial, em se tratando de luta e conquista por direitos sociais. Para os propósitos deste estudo e a partir dessas referências marxistas, a conformação das políticas sociais no capitalismo pode ser visualizada a partir das seguintes premissas: a- O Estado capitalista é permeado por contradições, constituindo-se em campo de correlação de forças; b- As concepções ortodoxas da dinâmica das sociedades civis (classistas e reducionistas) devem ser substituídas por visões que ampliem o espectro das múltiplas determinações e segmentações dos setores sociais, em sintonia com as atuais críticas ao marxismo; c- As políticas sociais são fenômenos histórico-estruturais; d- A arena de conflitos via Estado é político-ideológica e econômica e, portanto, propensa às distintas forças sociais que lhe permeiam; e- A análise das políticas sociais no capitalismo atual não pode se restringir à abordagem marxista, exigindo perspectivas que incluam dimensões mais amplas da cidadania, não restritas apenas à categoria classista.

Reparando bem, pode-se dizer que, a despeito da ostensiva presença da sociedade civil na esfera pública de decisão em muitos contextos, a correlação de forças entre mercado e bem-comum tem ocorrido com uma forte predominância do capital nas ações legitimadoras do interesse público, seja por meio do Estado interventor keynesiano, seja em cenários liberais, onde as liberdades individuais estimuladas pelo mercado ganham maior relevância. Tal fato não poderia ser de total estranhamento, sendo o Estado, ao final das contas, capitalista (Demo, 2002b,c). Nos países centrais, onde se destacaram experiências contrárias, ou seja, onde predominou a cidadania sobre o lucro, tal condição atingiu seu ápice e perdeu por um período curto de tempo (cerca de 30 anos, supondo o período entre 1945, pós-guerra, e 1973, crise do petróleo) e coincidiu com o *welfare state*. Para Demo (2002a,b), o *welfare state* representou a face mais humana à qual o capitalismo conseguiu chegar, tendo começado a ruir a partir do momento em que a acumulação começou a estremecer, com a

falência fiscal do Estado capitalista, desencadeada pela crise do petróleo⁴.

As ambivalências e crise do Estado social moderno foram analisadas por Offe (1991), que parte das críticas feitas por teóricos da direita e da esquerda para esboçar contradições e semelhanças em ambos. Ao final, coloca algumas perspectivas dessa crise à sociedade contemporânea, a partir das estruturas de conflito existentes entre mercado, sociedade e Estado. Para o autor, o Estado de bem-estar configurou-se como ‘*fórmula de paz*’ para as economias capitalistas desenvolvidas, que assumiu a obrigação de propiciar assistência e apoio aos cidadãos, com base em direitos legitimamente assegurados. O reconhecimento do papel formal dos sindicatos, tanto nas negociações coletivas quanto na vontade política, parece ter sido o principal trunfo utilizado. Nesse entendimento, o Estado de bem-estar teria representado um abrandamento do conflito entre capital e trabalho e uma solução política para as contradições sociais do pós-guerra europeu, tendo perdurado até meados da década de 70. Offe (1991) argumenta que o mesmo modelo que instituiu um elevado grau de harmonia e paz nas sociedades européias pós-guerra passou a ser fonte de contradições e de antagonismos, denunciando disruptividades latentes. A crítica da esquerda socialista ao Estado de bem-estar estaria centrada na sua ineficiência e ineficácia, no caráter repressivo e na falsa concepção de realidade que cria na classe operária. Comparando-as com as colocações da direita, Offe encontra três pontos em comum: 1- O Estado social não é tido como mudança promissora e válida para as economias políticas avançadas; 2- O Estado social realiza tarefas essenciais e insubstituíveis, tanto para o processo de acumulação, quanto para o bem-estar; e 3- O Estado social, apesar de atacado pela direita e pela esquerda, não pode ser substituído facilmente por

uma alternativa conservadora ou progressista. Delimita ainda que os resultados potenciais alternativos à contradição do Estado social estariam tendentes: i- Ao mercado; ii- À acomodação pacífica entre instituições corporativas; iii- À luta política oriunda dos movimentos sociais. No frígido da luta, questiona: a mudança, ao depender das forças políticas do mercado e da sociedade no aparelho político do Estado (enquanto processo decisório mediador), ocorrerá do Estado para a sociedade ou da sociedade para o Estado?

Numa atualização polêmica do marxismo, poder-se-ia interpretar em Holloway (2003) uma tentativa de resposta ao questionamento de Offe (1991), mesmo que não intencional e noutros tempos, embora próximos. Pretendendo-se revolucionário, o autor argumenta que se deve ir ‘*além do Estado*’, ou que se deve ‘*mudar o mundo sem tomar o poder*’⁵. A concepção de poder defendida é dúbia, ora dando a entender que seria necessário acabar com ele - “*A única maneira de se imaginar agora a revolução é como dissolução de poder, não como sua conquista*” (id, 2003: 37) -, ora propondo uma versão negativa e emancipatória do poder, que denomina *anti-poder*: “*O anti-poder, então, não é um contra-poder, mas algo muito mais radical: é a dissolução do poder-sobre, a emancipação do poder-fazer*” (2003:61). Não cabe neste estudo resolver essa argumentação ambígua (mesmo porque a provocação maior dessa produção reside em seu caráter inconclusivo), mas realçar a polêmica desenvolvida em Holloway sobre a noção de poder, destacando-lhe a perspectiva emancipatória.

As análises marxistas sobre capitalismo, poder e Estado destacadas até aqui fundamentam a idéia de que a conformação das políticas sociais em sociedades desiguais é marcada por profunda correlação de forças e potencialidades disruptivas, tendendo a intensificar assimetrias de poder em favor do capital. Porém, por latência subversiva inerente às próprias

4 A explicação para a crise do *welfare state* tem sido objeto de diversos debates teóricos, pondo em relevo a redefinição do papel do Estado frente às transformações do capitalismo em escala planetária. Para Toledo (2002), o Estado de Bem-Estar pode ser identificado ora como investidor econômico, ora como regulador da economia e dos conflitos, ou como benfeitor que procura conciliar crescimento econômico com cidadania. A crise teria várias explicações: a- crise fiscal, decorrente dos excessivos gastos públicos em detrimento das receitas do Estado; b- inflação das demandas e das proteções dos trabalhadores, que teria ocasionado restrição dos investimentos e da acumulação; e c- como consequência do taylorismo-fordismo em nível dos processos de trabalho, afetando a produtividade, desemprego, crise fiscal e de legitimidade do próprio Estado em direção ao neoliberalismo. De modo geral, o déficit fiscal advindo da crise do petróleo, geradora de desequilíbrios nos balanços de pagamento, inflação e baixo crescimento econômico, aparece como causa principal em muitos autores (Dupas, 2001; Harvey, 1989; Santos, 1997).

5 A principal crítica que pode ser atribuída a Holloway é o fato de ele não explicitar como seria possível mudar o mundo sem tomar o poder. Apesar disso, realiza análise consistente e original sobre o marxismo.

contradições do capitalismo, a mesma força produtiva alijada de subjetividades, que sustenta a acumulação e os lucros, pode subverter domínios, libertando fazeres e utopias próprias da história humana. Com isso se está querendo dizer que, sendo o Estado capitalista mediador do conflito entre capital e trabalho, qualquer mudança em prol do bem-comum que se queira há de vir da parte dos interessados, muito mais que da dos donos dos meios de produção. Ou seja, pelo fortalecimento da cidadania ativa, da qualidade política de saber intervir e pressionar o Estado por direitos (Demo, 2002a,b), ou da politicidade do cuidado como gestão inteligente da ajuda-poder para (re)construção da autonomia de sujeitos (Pires, 2004), discussão em que voltaremos no último tópico desse artigo.

Políticas de Saúde em Cenários de (Re)configuração do capital: o caso do Brasil e a implementação do SUS

Diante do *capitalismo tardio* ou da *acumulação flexível*, significativas mudanças se operam em países periféricos, mesmo que não tenham atingido a plenitude da era *fordista* ou experimentado a cidadania produzida pelo capitalismo monopolista de estado por meio de suas políticas *keynesianas*. Para atrair mais capital, o Estado aumenta suas taxas de juros e se submete às regras fiscais dos grandes bancos credores e do FMI para implementar suas políticas. Nessa enxurrada de pressões, a ordem neoliberal é adotar políticas restritivas, setoriais e focalizadas, enxugar e reduzir os gastos estatais, gerar superávit primário e desregular as relações trabalhistas, com vistas ao aumento dos lucros e dos investimentos. É preciso situar o Brasil nessa discussão, uma vez que, como nação periférica, ele não atingiu a plenitude do processo de industrialização *fordista* e tampouco os brasileiros convivem totalmente com a realidade da acumulação flexível. Aliás, o país convive com elementos que vão do período escravagista colonial - expresso pelo coronelismo autoritário e suas repercussões para a cultura política brasileira, pelo trabalho forçado de crianças e mulheres -, passando pela modernidade *fordista* do capital monopolista, presente na pesada indústria e serviços do país, até centros financeiros bem desenvolvidos, típicos da acumulação flexível,

como em São Paulo. Ou, para refletir sobre a saúde nesse contexto, convive-se ainda com problemas básicos e primários a serem resolvidos, tais como a falta de saneamento básico mínimo para toda população, desnutrição infantil, mortalidade materna e grandes epidemias - há muito já resolvidos pelos países centrais -, passando pela fragilidade nas políticas voltadas à saúde ocupacional, que possam garantir a reprodução da força de trabalho no melhor estilo *keynesiano*, até tecnologias de ponta, que inclui a área de transplantes e reabilitação, com ilhas de excelência no setor público e privado.

Analisar políticas sociais num país com contradições gritantes - longe da condição de Estado de bem-estar social alcançada pelos países centrais, de enormes desigualdades, com fossos de miséria e exclusão social, onde a fome ainda constitui uma agenda prioritária e estratégica no discurso do governo, onde o tráfico de drogas e a violência das grandes metrópoles se institucionalizam com a convivência do poder público e onde centros financeiros e a naturalização da miséria convivem lado a lado - é, no mínimo, complexo. Porém, tendo em vista essa mesma complexidade, não se pode omitir da discussão, seja no plano das subjetividades que movem culturas e sociedade, seja no âmbito das relações políticas e econômicas que conformam os direitos sociais, entendendo que ambas se completam. Por outro lado, é preciso pensar alternativas para as políticas sociais frente aos desafios colocados por tais mudanças, seja porque há muitas lições a serem aprendidas com a evolução do capitalismo nos países centrais, ou porque tais transformações atingem a todos diretamente, com sérias repercussões para o aprofundamento das desigualdades sociais e conseqüente fragilidade da cidadania brasileira.

Na busca de um breve arrazoado sobre a noção de cidadania, Marshall (1967) se tornou clássico pela primeira teoria sociológica acerca do tema. A tipologia introduzida por esse autor entre direitos civis (liberdades individuais, século XVIII), políticos (participação na esfera pública, século XIX) e sociais (bem-estar e segurança, século XX), a despeito do evolucionismo linear amplamente criticado e equivocado, constitui uma referência central para discussões teóricas sobre participação cidadina. São negáveis a influência e a contribuição dessa concepção às modificações por quais tem passado o conceito de cidadania, em suas

diferentes abordagens e épocas. Na era moderna, tal concepção acompanha a conformação política e social dos Estados-nações, encontrando, no aparato estatal, a estrutura para sua validação e normalização. Outhwaite e Battomore (1996), à guisa de uma definição para o termo, caracterizam-na no contexto da modernidade pelos termos cidadania *formal*, entendida como condição de membro de um *estado-nação*, e cidadania *substantiva*, delimitada pela posse de um corpo civil, político e social. O auge de concretizações de tais 'cidadanias' talvez tenha sido no pós-guerra mundial, em que os países europeus vivenciaram o período do *welfare state*, política social capitalista de cunho universalista pela qual os direitos sociais se expandem sob os auspícios do Estado moderno, conforme comentado no item anterior.

Um debate oportuno sobre a conquista de direitos em tempos de transnacionalização do capital, ou de como a luta por espaços de poder na esfera pública tem se transformado diante do enfraquecimento do papel do Estado como garantia da cidadania, é analisado por Vieira (2001). O autor assume como objeto de análise o destino da cidadania num mundo globalizado, investigando a atuação das ONG's no interior da ONU (Organizações das Nações Unidas). Propõe uma cidadania global, assente na noção de sustentabilidade, *fundada na solidariedade, diversidade, democracia e direitos humanos, em escala planetária*. Na busca de um conceito de cidadania, inclui a perspectiva multiculturalista e feminista, na qual o direito à diferença vem sinalizando outras muitas possibilidades de justiça. Num cenário de *múltiplos*, Vieira (2001:48) advoga que “*a cidadania, no âmbito deste esforço coletivo, não pode mais ser vista como um conjunto de direitos formais, mas sim como um modo de incorporação de indivíduos e grupos ao contexto social (...)*”. Calcada na esfera pública transnacional, a cidadania global proposta por Vieira (2001) não despreza o contexto local como cotidiano a ser transformado, mas o articula a uma consciência global necessária ao enfrentamento do capital mundializado. Tal concepção de cidadania - mais plural, diversa, solidária e centrada numa institucionalidade política global referenciada na sociedade civil como sujeito na construção do espaço público democrático - encontra respaldo em autores como Santos (1997, 2002), Bauman (2000, 2001) e Hardt e Negri (2002). Apesar de

alguns equívocos grosseiros, como quando menciona o papel de '*facilitação*' e de '*neutralidade*' da ONU na promoção do desenvolvimento sustentável, Vieira agrega bons elementos ao debate em torno da cidadania global. Ele e os demais autores supracitados propõem uma conformação política transnacional capaz de contrapor-se ao mercado, consubstanciada na noção de cidadania para além dos limites territoriais do Estado-nação.

À procura das 'raízes locais', ou de como a cidadania brasileira vem se conformando em meio às profundas desigualdades estruturais, cita-se Carvalho (2004), o qual realiza estudo sobre a história da cidadania no Brasil desde a colônia até a redemocratização do país, ocorrida em 1985, sob o olhar da típica classificação dos direitos Marshalliana. Com um caráter mais histórico que sociológico, embora não menos analítico, realiza consistente passeio, ainda que muito ligado à linearidade presente em Marshall (1967). Interessa, aqui, ressaltar dois argumentos centrais. Primeiro, a cidadania no Brasil é marcada pela forte presença da tutela e submissão do povo aos ditames do Estado, embora com movimentos de resistência significativos e influentes. Segundo, concorda-se com Carvalho (2004) no que se refere à centralidade do executivo na consecução dos direitos brasileiros, com forte influência do patrimonialismo ibero-lusitano. Na visão do autor, a grande herança deixada pelos 21 anos de ditadura - além de uma dívida externa impagável, do aprofundamento das desigualdades recheadas de regionalismos raciais, fossos de miséria e violência nos grandes centros urbanos - foi o corporativismo sindical e a visão do Poder Executivo como dispensador de benefícios sociais. O processo de redemocratização do país foi tardio e encontrou uma conjuntura mundial de crise fiscal dos Estados de bem-estar social, um dos principais fatores de inviabilização das conquistas sociais registradas na constituição de 1988. É nesse contexto contraditório que o Sistema Único de Saúde se inscreve, trazendo em si as ambigüidades de se pretender universal, justo e democrático em plena crise mundial dos Estados de proteção social.

O direito à saúde no Brasil, viabilizável pela política social conformada historicamente nas sociedades capitalistas, contou com um amplo movimento por democratização, desencadeado a partir da década de

1970, constituindo-se numa mobilização expressiva da sociedade civil por conquistas. O contexto de democratização e crise econômica na década de 1980, bem como a força política dos atores sociais da Reforma Sanitária (intelectuais e profissionais de saúde dos setores médios), configuraram um palco de disputa singular na história das políticas sociais do país, cuja principal reivindicação, *a saúde como direito de todos e dever do Estado*, foi garantida no texto da Constituição de 1988. Pode-se dizer que o movimento que deu origem ao SUS, apesar dos avanços no escopo da institucionalidade dos direitos sociais, abrandou-se sem reverter a lógica de crescente desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Universalidade, equidade, integralidade e participação social, princípios do SUS que denotam forte compromisso ético com o bem comum, seguem como utopias realizáveis, operando entre o possível-real-mediocre e o real-ideal-concretizável.

O cenário econômico mundial transnacionalizado, as exigências de flexibilização das garantias sociais que o capital financeiro internacional vem impondo sobre os Estados, e a forte dependência que países periféricos como o Brasil sempre tiveram dos países ricos e do FMI para se *'desenvolverem'* - numa clara submissão à *ajuda como poder elegante* (Gronemeyer, 2000) - intensificam-se na década de 1990 em diante. O ajuste estrutural ditado pelo conservadorismo neoliberal assume voz firme de comando sobre as nações pobres do mundo, impondo medidas econômicas que restringem o poder do Estado na consecução das políticas públicas. Superávit primário e Desvinculação de Receitas da União (A DRU diz respeito ao desvio financeiro das receitas federais para outros fins, diferentemente do que fora previsto inicialmente na fonte de arrecadação) são mecanismos utilizados para saldar uma dívida externa impagável, às custas de muita pobreza e pouca priorização na área social. Alguns autores, como Conh (2002), consideram que, no Brasil, o ajuste neoliberal para o setor saúde não atingiu a dimensão de *'política'*, mesmo se configurando como *'processo'* para tal. A justificativa se daria pela forte constitucionalidade que o sistema público de saúde brasileiro conquistou, que tem resistido, mesmo que a duras penas, ao forte desmantelamento que outros setores têm sofrido. É importante que se diga, porém, que o setor privado de saúde, tido como complementar ao SUS, segue com poucas alterações na sua lógica

de mercado, operando seja como prestador de serviços remunerados pelo poder público, seja como provedor de planos e seguros de saúde aos setores médios da população, com frágil regulação do Estado.

Para uma leitura mais consistente de como a política social de saúde do Brasil se insere nas transformações da economia global que se vem discutindo, há de se considerar todo o conjunto de bens, serviços, indústrias, equipamentos e tecnologias que envolvem o setor e, portanto, a lógica capitalista que o caracteriza. Nesse particular, Gadelha (2003) faz um estudo consistente sobre o *complexo industrial da saúde* (conjunto de atividades produtivas que mantêm relações de compra e venda de bens e serviços e/ou de conhecimentos e tecnologias) pelo qual convergem e disputam espaços, setores de atividades, empresas, indústrias, instituições públicas, privadas e da sociedade civil que geram investimento, consumo, inovação, renda e emprego. Do ponto de vista material, articulado à sua base epistêmica e tecnológica, o complexo produtivo da saúde conforma três grandes grupos de atividades. O primeiro, as indústrias de base química e biotecnológica, envolvendo as indústrias farmacêuticas, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnósticos. O segundo, atividades de base física, mecânica, eletrônica e de materiais, envolvendo fabricação de equipamentos e insumos para a saúde. No terceiro, estaria a prestação de serviços, conferindo organicidade ao setor e articulando o consumo dos cidadãos no espaço público e privado. Dentre as principais características desse complexo produtivo, destacam-se: a- O setor corresponde a 5% do PIB; b- O faturamento anual do sistema privado de planos e seguros - que atende cerca de 30% dos brasileiros - corresponde a R\$ 16 bilhões; o restante utiliza o SUS; c- A área de saúde tem significativa participação nas atividades nacionais de ciência e tecnologia, recebendo 25% das verbas para esse fim; d - Quanto às indústrias farmacêuticas, o mercado mundial se concentra nos países como EUA, Japão, Alemanha, França, Itália e Reino Unido, que respondem a 75% das transações, ocupando o Brasil o 8º lugar; e- A produção de vacinas passa por grande reviravolta a partir da década de 80, aumentando sua capacidade instalada e diminuindo o volume de importações; f- No segmento de reagentes para diagnósticos, a liderança é exercida por grandes empresas de alta tecnologia. Em 1998, apenas 8 companhias inter-

nacionais respondiam por 70% do mercado mundial; g- A responsabilidade pela oferta de sangue e hemoderivados, no Brasil, é do setor público, sendo proibida sua comercialização. As importações triplicaram no período de 1997 a 2001; h- As indústrias que compõem o complexo perderam competitividade internacional ao longo da década, tanto em tecnologia, como em inovação. O déficit comercial acumulado cresceu sete vezes entre 1980 a 2001, subindo de US\$ 700 milhões para US\$ 3,5 bilhões.

Para Gadelha, a dinâmica do complexo produtivo da saúde deve ser compreendida a partir de duas dimensões interligadas: i- O alto grau de inovação e dinamismo nas taxas de crescimento econômico e competitividade dos segmentos que fazem parte da área; e ii- A saúde como valor humano associado à cidadania, com interesses sanitários legítimos voltados para a sua garantia. Critica, ainda, a forma tradicional com que o setor vem sendo trabalhado na teoria e na prática (ou a dicotomia entre a visão sanitária e a visão econômica), resultando numa vulnerabilidade da política de saúde frente às transformações do capital. Tal fragilidade se expressa, principalmente, pelo elevado grau de dependência do Brasil às importações, ao baixo grau de inovação e competitividade das indústrias, a uma desarticulação destas com o setor de serviços, bem como a entrada passiva do complexo brasileiro na globalização. Diante dessa conjuntura, propõe que o reconhecimento da natureza capitalista da área da saúde seja essencial para políticas que almejam submeter o mercado em favor do atendimento às necessidades sociais e individuais: a partir dessa compreensão, e utilizando o mesmo instrumental que domina e submete, é possível fomentar '*complexos produtivos*' que sejam capazes de submeter o lucro ao interesse do bem-comum. A inovação (leia-se conhecimento, substrato da mais-valia relativa), aqui, tanto pode alimentar interesses mercantis como nutrir um conhecimento criativo e reconstrutivo das condições de saúde da população, propondo formas de cuidar calcadas na busca incontestada de superações das desigualdades sociais.

Tendo por pano de fundo tal contexto macroeconômico, parece oportuno referir algumas análises sobre financiamento SUS. Mendes e Marques (2003) traçam um panorama recheado de tensões entre a área econômica do governo, preocupada em cumprir metas do FMI e ampliar o superávit para pagamento das dívidas, e os defensores da universalidade no direito à saúde, cuja base legislativa, a Frente Parlamentar da Saúde da Câmara Federal, tem atuado ativamente para a definição de recursos vinculados para o setor saúde. Nesse particular, o processo em curso para regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) - aprovada em 2000 e que estabelece a vinculação de recursos para a saúde no orçamento federal, de estados e municípios (definindo os percentuais das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais que devem ser destinadas), bem como progressividades nos gastos em saúde - tem sido palco de acirrados embates com o governo. Na visão de Mendes e Marques (2003), essas disputas têm como centralidade um 'duplo movimento' de princípios contrários, o da construção da universalidade e o da contenção de gastos (defesa da racionalidade econômica). Ainda sem regulamentação específica, a EC-29 tem sido interpretada de distintos modos, a começar pela definição do que seja '*gasto em saúde*'. Assim, muitas manobras têm sido feitas para que se considerem, no cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, ações diversas, como as de saneamento, habitação, merenda escolar, recursos hídricos, alimentação de presos, despesas com inativos e outras que, apesar de terem relação com a concepção ampliada de saúde, em termos de programação físico-financeira diminuam o percentual de recursos efetivamente destinados à assistência à saúde, conforme estabelece a Lei 8080/90. Um dos frutos da ampla mobilização de setores da saúde para a definição de parâmetros consensuais para a implementação da EC-29 foi a Resolução nº 322, de 8/05/2003, do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo Ministério da Saúde⁶. Apesar da riqueza conceitual e técnica dessa resolução, a maioria dos estados, alguns municípios e o próprio Ministério da

6 Esse documento estabelece nove diretrizes que versam sobre os assuntos centrais para a implementação da Emenda, quais sejam: i- a base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde; ii- os recursos mínimos a serem aplicados; iii- as ações e serviços públicos de saúde; e iv- os instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle.

Saúde vêm descumprindo os preceitos constitucionais no que se refere às despesas com saúde. Em rápida consulta ao SIOPS (Nota Técnica nº 10/2004), constata-se que 17 (63%) das 27 Unidades Federadas não aplicaram recursos próprios nos percentuais devidos. No que refere aos municípios, porém, vê-se uma situação bem diferente, resultado do processo de descentralização desarticulado do SUS que, de modo geral, sobrecarrega o poder local e contribui para um recuo das esferas estaduais e federais com o financiamento do setor. Cerca de 65% dos municípios brasileiros vêm cumprindo a EC-29, 18,7% não, e outros 17,6% não vêm informando e/ou enviando os dados adequadamente ao SIOPS.

Quanto ao orçamento da União, verificam-se restrição de recursos, repetidas investidas à concepção de integralidade da Seguridade Social e desvios no cumprimento da EC-29 (Mendes e Marques, 2003). No período de 1995 a 2002, o gasto líquido (excluindo valores da dívida, inativos e pensionistas) cresceu apenas 2,1%, resultando numa redução do *per capita* de R\$ 180,56 em 1995 para R\$ 164,53 em 2002. Os constantes atropelos ao entendimento de que nenhuma fonte de recurso da Seguridade Social pode ser utilizada exclusivamente por quaisquer um de seus ramos (Previdência, Saúde ou Assistência) vêm comprometendo o financiamento tanto da saúde quanto da assistência social (Boschetti, 2001), ambos prejudicados para cobrir os polêmicos 'déficits' da Previdência.

A par desse diálogo, verificam-se contradições e ambigüidades no financiamento das ações da política de saúde. No que tange à média e alta complexidade da atenção, na qual se concentra a rede de prestadores de serviços do SUS e é alocado maior aporte de recursos, a despeito do repasse fundo-a-fundo, o mecanismo de financiamento da rede hospitalar se baseia primordialmente na lógica da produtividade, fragmentando o cuidado em procedimentos, desarticulado do todo de que faz parte. A lógica da produção contrapõe-se aos princípios do SUS, seja porque estimula a ênfase na competição em detrimento da qualidade da atenção, seja porque dificulta a mudança e reorganização do modelo tecno-assistencial em saúde. Confirmando análises anteriores de que o SUS, a exemplo do modelo médico-assistencial privatista, constitui-se no maior provedor do setor privado de serviços (Bahia, 2005), pode-se observar que, passa-

dos 15 anos desde sua implantação, a relação com os prestadores privados segue marcada por inoperância e pouca visão estratégica gerencial ou pós-patrimonialista. Neste particular, o estudo de Matos e Pompeu (2003) é revelador, demonstrando impropriedades contratuais na relação das instâncias gestoras com a rede de hospitais públicos, privados, filantrópicos e federais (Hospitais Universitários) vinculados ao SUS. A situação de vulnerabilidade nas relações formais entre a rede de prestadores privados e os gestores do SUS identificada, além de ferir aos princípios da transparência, objetividade e impessoalidade da administração pública gerencial, incorre em desperdício do dinheiro público, aliado a mau atendimento e desorganização do acesso aos serviços. Uma forma de melhorar esse fluxo, além da formalização dos contratos com a definição dos objetos, valores e metas com os prestadores, é implantar centrais de regulação com marcação de consultas e ordenamento dos fluxos de usuários pelo SUS. A regulação do Estado no mercado de serviços de saúde prestados ao SUS é fundamental para organização dos serviços e otimização dos recursos públicos, influenciando na lógica de acumulação capitalista a partir do direito universal à saúde dos cidadãos. Nesse particular, muitas das experiências exitosas do SUS (Brasil, 2002) - o uso adequado dos seus instrumentos de gestão, como a PPI (Programação Pactuada Integrada), mecanismos de controle, regulação e avaliação, centrais de marcação de consultas e ordenação do fluxo de usuários às especialidades a partir da atenção básica - têm se mostrado eficazes.

Com raras e isoladas exceções, o sistema público de saúde do Brasil segue a tendência histórica de assistir preponderantemente a população pobre, estando marcado por longas filas, emergências lotadas, mau atendimento e pouca cidadania, apesar das ilhas de excelências e experiências de gestões localizadas dignas de nota (cita-se: o setor de transplantes e hemodiálise, realizados quase que exclusivamente pelo SUS, além do tratamento do câncer e da AIDS). Acrescente-se que o SUS é responsável pelo atendimento de grande parcela da população pobre brasileira, com um volume de gastos, serviços e procedimentos expressivos. Porém, se a equidade na atenção à saúde ainda está longe de se efetivar, haja vista as enormes desigualdades sociais, epidemiológicas e de acesso aos serviços de saúde entre ricos e pobres, no âmbito da

ampliação do acesso houve avanços, uma vez que se conseguiu romper com a cidadania regulada (Santos, 1987), típica da medicina previdenciária da década de 70. Mesmo sendo pouco para uma política de saúde que se pretende universal, justa e solidária, a gestão do SUS parece ter uma especificidade institucional importante no que se refere ao financiamento, à descentralização com comando único e ao estímulo ao pacto federativo democrático, servindo de exemplo para outras áreas, como assistência social e segurança pública, que igualmente criaram *sistemas únicos*.

Nem completamente neoliberal, e tampouco universal, a política de saúde brasileira tem sérios problemas estruturais, uma vez que se insere num contexto de conformação do direito à saúde marcado pela tutela, pela estatização das políticas sociais e pela incipiente democracia do país. Uma das expressivas incoerências do SUS, que contradiz seus princípios universalizantes, é o fato de não ter conseguido romper com a histórica divisão entre saúde pública, gratuita e gerida primordialmente pelo Estado, e assistência médica individual, eminentemente privada e liberal (Bahia, 2005). Nesse sentido, o Estado brasileiro tende fortemente ao neoliberalismo, focalizando seletivamente políticas públicas, de baixa qualidade, para pobres, e subsidiando e/ou pouco regulando o setor privado, dando condições para que a saúde seja transformada em mercadoria.

O setor privado em saúde do Brasil, formado tanto pela assistência médica supletiva como pelas indústrias farmacêuticas e laboratoriais, tem crescido expressivamente com a globalização, atuando com forte presença do capital financeiro e influenciando as tensões dentro do Estado em favor do mercado. Tal fato, evidentemente, não ocorre isolado de um contexto econômico maior, que faz com que o projeto de construção do SUS se torne contrário a interesses dentro da própria esfera pública governamental. Com um plano de estabilização da economia que emperrou o crescimento, e tendo que seguir o receituário do FMI para obter crédito e ganhar confiança dos investidores internacionais, o país se vê num contexto em que as políticas públicas vêm sendo cada vez mais restringidas, sobrando pobreza e desemprego. Além do mais, a frágil regulação do setor privado de planos e seguros de saúde no Brasil, urgente e necessária para a ampliação do acesso da população, pode ser exemplificada

pelo débil ressarcimento desses setores ao SUS. Ou seja, segundo a Lei 9.656/98, art. 32, as operadoras devem ressarcir ao SUS os serviços previstos em seus contratos que tenham sido prestados pela rede pública de saúde. O cumprimento desse dispositivo poderia evitar a duplicidade de receitas por parte das prestadoras de serviços, que usualmente recebem dos consumidores, por meio dos planos e seguros, e do próprio SUS, pelos serviços prestados. Racionaria também os gastos públicos em saúde, um dos grandes desafios do SUS. Porém, esse processo tende a ser moroso, excessivamente burocrático e pouco específico na identificação dos serviços a serem pagos.

Outro ponto relevante para a análise da gestão da política de saúde do Brasil diz respeito à descentralização ou à transferência de responsabilidades e recursos federais para gestão e execução de políticas públicas, que se intensificou a partir da constituição de 1988 e que no SUS ganhou amplitude considerável a partir da publicação da NOB 01/96. Contrapondo-se ao regime autoritário e centralizador da ditadura militar, o movimento pela redemocratização do Brasil assumiu como bandeira de luta a autonomia de municípios na condução das políticas, bem como a participação da sociedade nas decisões da esfera pública. A descentralização de políticas públicas suscita argumentos fortes em seu favor, em geral associados à otimização na alocação de recursos e melhor eficiência na execução dos serviços, oportunizando a participação da sociedade na fiscalização e priorização das políticas públicas locais. São implicações importantes para a cidadania, podendo fortalecer o exercício cotidiano dos atores sociais na arena política. Porém, a associação positiva - *e um tanto automática* - que se tem feito entre descentralização e cidadania pode incorrer em frequentes riscos ou reducionismos nas análises sobre o assunto (Arretche, 2002). A idéia de que *'não é bem assim'*, embora teoricamente ambos os termos se imbriquem, talvez seja a primeira desconfiança plausível, haja vista a frágil cidadania do Brasil já referida. A despeito dos consideráveis e relativos sucessos, o processo de descentralização do SUS vem recebendo outras tantas críticas pertinentes. A principal, e mais preocupante, é que a agilidade na transferência de recursos e responsabilidades para o município não veio agregada a uma política de acompanhamento, assessoria, apoio técnico e avaliação dos

níveis estaduais e federais do SUS. Se o repasse de recurso é importante para a gestão local dos serviços de saúde, isso não implica em 'desobrigação' das demais esferas de gestão. Ao contrário, os torna-os mais complexos e necessários, já que o pacto de gestão é tripartite, fundado na democratização das decisões e compromissos assumidos na esfera pública.

A partir da Constituição de 88 e com o avanço do processo de descentralização, a maioria dos municípios foi obrigada a criar conselhos paritários para habilitar-se ao recebimento dos recursos federais. Observa-se então um crescimento numérico expressivo dos conselhos de políticas públicas (saúde, educação, assistência, idoso, meio ambiente, criança e adolescente etc.). Com este fato público e notório, surgiu a figura do 'conselheiro profissional', especializado em representar a sociedade civil nos conselhos de controle democrático. Explica-se: diante da frágil cidadania e pouco exercício participativo da população brasileira, uma mesma pessoa acaba fazendo parte de quase todos os conselhos municipais, como se fosse possível ser representante de tantas demandas, ou mesmo dominar tantos assuntos. O que ocorre, que não é novidade pelo que até aqui já se argumentou (e pela realidade com que se convive diariamente), é que essas instâncias se transformam em expedientes burocráticos do executivo, com raras experiências que contrariam esse perfil. Um grande equívoco, relacionado aos conselhos de políticas públicas, é que se costuma, em geral, aprisionar o controle social apenas a esse espaço institucional, como se fosse possível conter as demandas da sociedade por melhores oportunidades em fluxos normatizados pelo Estado capitalista. O que se vê, na prática, é o contrário disso. No setor saúde, o Programa Nacional de DST/AIDS, reconhecido internacionalmente pela qualidade da assistência prestada aos portadores do HIV, pode ser considerado um dos que melhor tem sido controlado pela sociedade civil, até porque a epidemia da AIDS não escolhe classe social, contaminando pobre e rico, anônimos e famosos. Ao contrário do que se poderia supor, a pressão é exercida muito mais pelas organizações não-governamentais (ONG's), e não pelos conselhos de saúde (Ramos, 2004). Aliás, pode-se mesmo considerar que este programa tende a se distanciar dos fóruns de negociação e pactuação do SUS, como as CIB's e CIT, tanto é que hoje um dos seus maiores desafios se

refere à questão da sua sustentabilidade, uma vez que o avanço de suas ações vem contando basicamente com financiamento do Banco Mundial.

Sobre a relação entre Estado, sociedade civil e participação social nas políticas de saúde, cita-se novamente Cohn (2003), que a aborda num contexto destituído de direitos, com índices extremados de pobreza e desigualdades sociais, como no Brasil. Tecendo apontamentos sobre o processo de participação da sociedade nos conselhos de saúde, questiona:

Em resumo, o que está em jogo é se indagar sobre até que ponto e em que sentido essa modalidade de participação de distintos segmentos organizados da sociedade nessas instâncias efetivamente avançam no processo de democratização da democracia, [...] ou reforçam a presença da dimensão privada e particularista no processo de formulação das políticas de saúde, dados os diferentes interesses aí presentes (id, 2003, p.17).

O arrefecimento das grandes mobilizações nacionais e a transfiguração dos movimentos sociais, fruto da própria conjuntura social, política e econômica pautada na fragmentação, competitividade e individualismo que se vem ocorrendo, tiveram repercussões para os desdobramentos do movimento de Reforma Sanitária. Dispersos, atuando principalmente nos espaços da gestão pública (comprometidos e/ou contestadores de governos), na academia e/ou no engajamento associativo, parece que os atores sociais que tiveram um protagonismo acentuado na implantação do SUS perderam o vigor da militância de outrora (Minayo, 2001). Isso não significa total apatia, mas mudança significativa no panorama e distribuição das forças sociais que influenciam os rumos da política de saúde do Brasil.

Para Concluir: fortalecendo cidadanias por meio da politicidade do cuidado

O cenário de crise que as políticas de saúde do Brasil enfrentam no contexto do capitalismo global, em que a ameaça de transformar saúde em mercadoria põe em risco os ideários do SUS, e diante da pulverização do controle social idealizado, cabe refletir sobre a redefinição do papel do Estado a partir do fortaleci-

mento da sociedade civil. Como referido nos tópicos anteriores, o Estado-nação está cada vez mais enfraquecido para decidir sobre sua política monetária, definir seu orçamento, organizar a produção e o comércio e cobrar impostos sobre as empresas, perdendo progressivamente a autonomia de outrora. Apesar de ter se enfraquecido no âmbito econômico, conserva boa parte de sua capacidade regulatória, característica importante tanto para o mercado (que por diversas vezes a ela recorreu, como durante a grande depressão americana, com o New Deal), quanto para a sociedade civil, que necessita sobrepor os direitos sociais acima dos interesses mercantis. Trata-se do ‘mal-necessário’ que o funda em distintas visões, seja nos fundamentos filosóficos que refletem sobre sua natureza e concepção, seja nas vertentes sociológicas e econômicas que precisam de mediações na arena política. Segundo Dupas (1999), outras (re)configurações do papel do Estado podem ser apontadas, tais como: a- A capacidade de vigilância, antes restrita ao governo, atualmente está difundida na sociedade, por meio das firmas comerciais que gerem esse tipo de negócio. O monopólio estatal legítimo da violência está em crise, seja pelas empresas privadas de segurança, seja pelo crime organizado; b- Os localismos culturais, em resposta às redes globais transnacionais, explodem em crise do Estado para conter as violências dos nacionalismos e regionalismos exacerbados; c- Os estados-nações estão deixando de ser sujeitos soberanos e passando a ser atores estratégicos, com partilhamento de poderes em escala mundial, principalmente com os grandes investidores internacionais. De modo geral, o Estado contemporâneo enfrenta crises de várias naturezas, como a reforma do aparelho burocrático estatal, a garantia do crescimento econômico auto-sustentado e o enfrentamento do desemprego.

No caso dos países periféricos, como o Brasil, esses desafios assumem proporções gigantescas, haja vista as enormes desigualdades sociais que se tem de enfrentar. Situando o Sistema Único de Saúde nesse contexto, cabe a reflexão de que precisamos muito mais de lembranças ou reminiscências teóricas do movimento de Reforma Sanitária que lhe originou. É preciso visualizar as políticas de saúde sob o aspecto econômico, tanto quanto político, como adverte Gadelha (2003), para pensar as saídas ou enfrentamentos de maneira mais conjuntural. Questões como o finan-

ciamento da universalidade e equidade do SUS, frente a uma política econômica austera baseada em superávit primário para pagamento de dívida externa ou aumento da taxa de juros para atrair investimentos, precisam entrar definitivamente na pauta de discussões da esfera pública. Nesse sentido, há de se destacar o importante crescimento das produções teóricas em economia da saúde (Piola e Viana, 1995; Bahia, 2005) na área, trunfo primordial para enfrentar o mercado com conhecimento de causa, buscando solapar o inequívoco direito à saúde.

Retornando à questão colocada por Offe (1991) no primeiro tópico desse artigo, se a mudança virá da sociedade para o Estado ou vice-versa, ratifica-se que o fortalecimento da cidadania há de vir dos interessados, da sociedade civil, muito mais que por ‘boa vontade’ do Estado capitalista, em muito comprometido com o mercado. Nesse sentido, a tese da politicidade do cuidado, entendida como manejo político da relação dialética entre ajuda e poder para forjar processos autônomos de sujeitos (sejam esses gestores, técnicos, profissionais de saúde ou usuários), pode se constituir numa referência emancipatória para as políticas de saúde (Pires, 2004). Para tal, aposta-se principalmente no triedro que a funda, *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*, por meio do qual as categorias conhecimento, poder e emancipação aparecem como possibilidades (re)construtivas de subjetividades expoliadas pelo capitalismo. Fala-se em politicidade do cuidado para caracterizar o movimento de integração, confronto e ruptura presente nas dinâmicas vivas que se estabelecem entre os seres em geral e, em particular, entre os humanos (Demo, 2002a). No âmbito do cuidado, significa entendê-lo na centralidade da política que o define, pela qual a mesma proteção zelosa que o conforma pode se constituir tanto em mecanismo de dominação, quanto em instrumento de subversão. O cuidado aqui defendido estaria o mais próximo possível de sua desinstitucionalização, ou desalienação, para Marx, ou libertação do *poder-fazer*, para Holloway (2003). Assim, seja inserido no contexto da assistência à saúde, em que o processo de trabalho dos profissionais tem mais sentido no encontro das intersubjetividades (Ayres, 2001.2004), seja na formação de cidadãos em que a ajuda se fortalece na construção da crítica, ou na gestão de políticas sociais, pela qual o

processo decisório tem como dimensão ética a questão pública controlada democraticamente, a politicidade do cuidado pode ser uma possibilidade de mediação entre a tutela e a autonomia, em sentido disruptivo, reconstrutor e emancipatório. A politicidade do cuidado, expressa pelo triedro emancipatório do cuidar pautado em princípios democráticos, constitui-se em possibilidade para o combate às desigualdades sociais e desafio para a cidadania ativa. Apostar nessa concepção significa assumir uma proposição por mudanças que é imanente à história e, portanto, possível de conquistar.

Referências

- ARRETCHE, M. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002.
- AYRES, J. R. C. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J. R. C. O cuidado, os modos de ser (do)humano e as práticas de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p.16-29, 2004.
- BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.
- BAUMAN, Z. *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BERHRING, E. *Política social no capitalismo tardio*. São Paulo: Cortez, 2002.
- BOSCHETTI, I. *Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo*. Brasília: GESST/SER/UnB, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão dos Investimentos em Saúde. *Experiências inovadoras do SUS*. Brasília: 2002.
- CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.
- CONH, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 255-244.
- CONH, A. *Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde*. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-13, 2003.
- DEMO, P. *Politicidade: razão humana*. Campinas: Papirus, 2002 a.
- DEMO, P. *Solidariedade como efeito de poder*. São Paulo: Cortez, 2002b. (Coleção Perspectiva, v.6).
- DEMO, P. *Introdução à sociologia: complexidade, interdisciplinariedade e desigualdade social*. São Paulo: Atlas, 2002c.
- DUPAS, G. *Economia global e exclusão social: pobreza, emprego, estado e o futuro do capitalismo*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- FALEIROS, V. P. *Política social do estado capitalista*. São Paulo: Cortez, 2000.
- GADELHA, C. A.G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.521-535, 2003.
- GRONEMEYER, M. Ajuda. In: SACHS, W. *Dicionário do desenvolvimento: guia para o conhecimento como poder*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- HARDT, M.; NEGRI, A. *Império*. 4.ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.
- HARVEY, D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 7. ed. São Paulo: Loyola, 1989.
- HOLLOWAY, J. *Mudar o mundo sem tomar o poder*. São Paulo: Viramundo, 2003.
- LAURELL, A. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- MARSHAL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

- MARX, K. O trabalho alienado. In: ECONOMIA política e filosofia. Trad. Sílvia Patrícia. Rio de Janeiro: Melso, 1963. p. 317-40.
- MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003.
- MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001.
- MENDES, N. A.; MARQUES, R. M. Os (des)caminhos do financiamento do SUS. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 389-404, 2003.
- OFFE, C. Algumas contradições do Estado Social Moderno. In: TRABALHO e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1991. p. 113-131.
- OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M (Org.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995.
- PIRES, M. R. G. M. *Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2004.
- POULANTZAS, N. *O Estado, o poder, o socialismo*. Trad. Rita Lima. 2. ed. Rio de Janeiro: Grall, 1985.
- RAMOS, S. O papel das ONG's na construção da política de saúde: a AIDS, a saúde da mulher e a saúde mental. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.1067-1078, 2004.
- SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- SANTOS, B. S. *Democratizar a democracia* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- TOLEDO, E. G. Neoliberalismo e Estado. In: LAURELL, A. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 71-89.
- VASCONCELOS, E. M. Estado e políticas sociais no capitalismo: uma abordagem marxista. *Revista do Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 28, dez. 1988.
- VIEIRA, L. *Os argonautas da cidadania: a sociedade civil na globalização*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

Recebido em: 08/12/2005

Aprovado em: 07/03/2006