

## RELAÇÕES ESTADO-SOCIEDADE E POLÍTICAS DE SAÚDE\*

*Ana Adelaide Martins\*\**

**Resumo:** Este artigo traz uma reflexão sobre Saúde Pública enquanto conceito político, uma atividade ligada à organização geral da sociedade. Por esse conceito todas as ações institucionais de saúde são consideradas "públicas", por sua relevância social e sua participação no interesse geral. Desse modo, deveriam ser reguladas por uma normatividade socialmente definida e sujeitas ao controle social institucionalizado. Com base nesse conceito, o estudo traz uma proposta teórico-metodológica de análise dos determinantes sociais econômicos e políticos que, interativamente, afetam as políticas sociais, com um esquema conceitual do qual derivam três categorias de análise: o de Esfera Pública - neste estudo entendida como o espaço interinstitucional, multidisciplinar e popular de discussão e decisão sobre o processo saúde/doença/morte da população. O de Fundo Público, o pressuposto principal da viabilidade das políticas sociais e o de Padrão de Financiamento Público, definido pelas prioridades e pela direção dada pelos Governos aos fundos públicos. A Reforma Sanitária Brasileira e seus desdobramentos posteriores são adotados como exemplo de estudos dessa natureza.

**Palavras-chave:** reforma sanitária brasileira, esfera pública, fundo público, padrão de financiamento público.

---

\*Realizado com base na Tese de Doutorado apresentada a FSP-USP, sob a orientação pela Profa. Dra. Augusta Thereza de Alvarenga, intitulada: "Relações Estado-Sociedade e Políticas de Saúde - Considerações sobre os conceitos de esfera pública, fundo público e padrão de financiamento das Instituições de Saúde: Contexto sócio-histórico de sua emergência e pertinência no Estudo da Reforma Sanitária Brasileira".

\*\*Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, Doutor em Saúde Pública pela FSP/USP, Professora da Escola de Enfermagem da UFMG.

No momento atual, quando alguns segmentos politicamente ativos investem contra espaços conquistados pelos setores populares na esfera pública, desmontando conquistas históricas das classes trabalhadoras, são particularmente oportunas as reflexões sobre a Saúde Pública enquanto atividade política, integrada à organização geral da sociedade. Seu significado social, econômico e político relaciona-se intimamente à própria definição do Estado, às ideologias que o orientam, à sua estrutura funcional, suas formas de poder e de relacionamento com a sociedade.

Os estudos nessa linha de análise colocam-se no interior de marcos teóricos que, para além de um raciocínio técnico-instrumental das atividades sanitárias, apontam aquelas determinações originadas do campo político, capazes de afetar os processos de saúde-doença-morte da população do País. Decisões políticas podem tanto promover o bem-estar, como se tornarem um fator de agravamento das más condições de vida e saúde do cidadão, em especial das classes menos favorecidas.

No Brasil, esta última possibilidade tem ocorrido de forma tão freqüente e avassaladora, que se torna um ato de autodefesa social apontar responsabilidades quanto aos danos individuais e sociais que as decisões políticas possam causar. E leva a população à necessidade de buscar parâmetros éticos, que orientem sua percepção sobre as atividades dos governos democráticos, cuja legitimidade deveria se basear no bem-estar social, no reconhecimento da alteridade política entre as classes, no interesse geral. Com esta finalidade, diversos setores da sociedade brasileira procuram aprofundar suas reflexões sobre as relações Estado-Sociedade, dar consistência às suas críticas e sugestões sobre políticas sociais, enfim, intensificar sua participação política. Assim, o objetivo deste estudo foi o de contribuir no esforço teórico que o setor Saúde também desenvolve, como fundamento dessa participação, com uma abordagem que propõe que a saída para os problemas do setor não está nos retrocessos, mas em avançar na ampliação das conquistas sociais, na busca da equidade.

Um considerável volume de estudos foram produzidos sobre as relações Estado-Sociedade e os processos nela envolvidos, principalmente sobre as características que essa relação assumiu após a II Guerra Mundial. Um elemento extremamente importante desse período foi a emergência do chamado “Estado de Bem-Estar” que, surgindo das necessidades de sobrevivência e de transformação interna do próprio capitalismo, nos países que o adotaram como estratégia de desenvolvimento e legitimação, tornou possível que fossem alcançadas condições de vida mais justas e igualitárias para o todo social. Isso foi conseguido mantendo-se a forma capitalista de produção, mas adotando-se uma crescente socialização da reprodução da força de trabalho, aliada a mecanismos de redistribuição da riqueza social.

Tais mecanismos, definidos socialmente e controlados pelo Estado - que passa a intervir de maneira crescente na economia - assumem diversas formas, inclusive de salários indiretos. Através do financiamento de certas necessidades sociais, como educação, saúde, subsídios para transporte, alimentação e moradia, libera-se parte dos salários diretos para o consumo de massa, incrementando assim as possibilidades de mercado e os setores produtivos. Viabilizar a produção pela via de uma demanda crescente de bens e serviços significou, na prática, extrapolar os limites entre o público e o privado, inclusive enquanto áreas de direitos e deveres específicos. Nas legislações nacionais, os “Direitos Sociais” se tornam cada vez mais “universalizados”. Já não são entendidos apenas como relativos às relações de trabalho, mas extensivos a todos os cidadãos, promovendo a politização da vida social.

E, embora deva-se admitir que, nas duas últimas décadas, essa circularidade econômica tenha sofrido sérios revezes, com a internacionalização dos capitais nacionais e sua conseqüente fuga dos países de origem, retirando dos mesmos um considerável aporte de impostos, taxas, dinheiro circulante, e mesmo empregos e salários, definindo limites para a intervenção estatal, a economia interna de cada país já não pode prescindir da intervenção do Estado para sua viabilidade. E o Estado, por sua vez, não pode prescindir

de legitimação frente à esfera pública politicamente ativa e mesmo diante da comunidade internacional.

O próprio conceito de “Estado de Bem-Estar” não foi negado nos países desenvolvidos, apesar das suas crises nos últimos tempos, enquanto definidor de uma nova sociabilidade, que postula a legitimidade de todas as demandas, apontando para uma convergência dos interesses de classe com vistas ao interesse geral, que é pactuada pela sociedade e mediada pelo âmbito político. É claro que o conceito não se refere a um “tipo ideal” de Estado e nem todos os que o adotaram possuem as mesmas características. O fato que os aproxima, de interesse para o raciocínio aqui desenvolvido, é a intervenção que o Estado realiza na economia, buscando redirecionar as tendências cíclicas do mercado e assim livrar o país de crises econômicas graves.

Entre outras coisas, essa intervenção implicou uma forma de poder, tão ou mais efetiva do que a coerção e a força militar, ao colocar nas mãos dos governos um enorme aporte econômico e financeiro, constituído principalmente por fundos públicos. Estes destinados não apenas a viabilizar a realização de múltiplas funções do Estado, mas também a ser o “fiel da balança” no equilíbrio da economia. Diante desse poder, abre-se a possibilidade teórica, já bastante comprovada na prática de países como o Brasil, de uma nova violência de Estado: a de que o Estado-interventor se torne o espoliador de amplas camadas sociais, desviando os fundos públicos das funções para as quais estes foram constituídos, direcionando-os para grupos de interesse, aliados permanentes ou conjunturais dos governos, tornando-se assim um explícito “Estado de Mal-Estar” para a maioria dos seus cidadãos.

O que significa que o padrão de financiamento público, adotado pelos governos de Estados intervencionistas, define a feição social de “Estado de Bem-Estar” ou de “Estado de Violência”, se os fundos públicos forem utilizados para promover o desenvolvimento social, ou deles se apropriarem os grupos no poder, para atender seus próprios interesses.

O Estado Brasileiro, sistematicamente, ao longo das últimas décadas, parece ter

preferido a última opção. Com sua economia de mercado regulada, ainda que não desenvolvida, mantendo e incentivando práticas corporativistas e privilegiadoras de determinados grupos de interesse, estabelece condições especialmente perversas para os setores menos organizados da sociedade. Por outro lado, tem apresentado uma profunda resistência em adotar medidas que possam levar a uma melhor distribuição da riqueza socialmente produzida, reconhecidamente uma das piores do mundo. A concentração de riqueza, pelo contrário, aumenta de forma consistente, mesmo nas grandes crises econômicas nacionais e, atualmente, também se alimenta da retirada de direitos historicamente adquiridos até pelas classes médias. Estas características constituem-se em alguns dos arcaísmos mantidos na política econômica nacional, principalmente a manutenção de relações sociais marcadas pela opressão e exploração das classes trabalhadoras, em níveis já superados na prática da maioria dos países capitalistas democráticos, mesmo naqueles menos desenvolvidos que o Brasil. O que se torna paradoxal nesse processo, é que essa situação se mantém mesmo com a consolidação da democracia, quando, teoricamente, essas relações são definidas e sustentadas por uma legislação originada do Estado - cujos representantes as classes trabalhadoras elegeram e que, inclusive, podem substituir, uma vez que são a maioria da população.

Assim, as próprias características da democracia brasileira, a organização política ainda incipiente e tímida das classes populares, a omissão política das classes médias, que preferem odiar os políticos a atuar politicamente, os vastos setores trabalhistas, aliados a grupos de interesses que se eternizam nos governos, acabam por facilitar o desvio do financiamento público apenas para alguns segmentos sociais, principalmente de políticos e empresários. O que prejudica amplos setores produtivos e a vasta maioria da população, com a restrição dos gastos sociais, entre os quais aqueles relativos à Seguridade Social, em especial à Saúde. Também permite que o setor político crie os mecanismos geradores da recessão, do desemprego, os baixos salários, a enorme carga fiscal, impossibilitando um desenvolvimento harmônico de toda a sociedade, além de restringir o consumo de massa e a expansão do mercado.

A manutenção histórica dessa situação impede que se possa considerar o Estado brasileiro como um “Estado de Bem-Estar”. Isso implica que as análises das políticas sociais brasileiras, como as de Saúde, requerem categorias que levem em conta essa dubiedade teórica do Estado, que apresenta características modernas junto com a subsistência de uma institucionalização arcaica, inclusive ter assumido uma forma intervencionista e não se ter assumido como um “Estado de Bem-Estar”. Além disso duas facetas devem ser consideradas: o quanto a organização econômica, social, político-democrática brasileira tem de geral, participando de mudanças que ocorrem na maior parte do planeta e o quanto existe de específico das condições locais, que lhe dão seu caráter particular e exclusivo. A partir dessas colocações é que se pôde buscar uma compreensão da organização da Saúde Pública, enquanto atividade política, inserida na realidade brasileira e integrada à organização geral da sociedade, num estudo prioritariamente teórico-metodológico.

Uma abordagem, adotada pelo Prof. Francisco de OLIVEIRA (1988), em seu artigo “O surgimento do Antivalor - Capital, Força de Trabalho e Fundo Público”, apontou as categorias de análise. Aplicadas aos estudos de Saúde, as reflexões originadas daquela abordagem permitem uma perspectiva, não apenas do que as políticas de Saúde têm representado para o todo da sociedade brasileira, mas, sobretudo, do que logicamente elas poderiam ter sido, do que deveriam ser, enquanto pressupostos da vida social, aprovados constitucionalmente. E assim, analisar a realidade dessas políticas e de seus resultados num confronto com o que as mesmas se propõem a realizar. Nesse confronto entre pressuposto e resultado, apontar o que se conseguiu avançar e o que se inviabilizou e porque.

## **ESQUEMA CONCEITUAL DE ANÁLISE**

Os estudos que fundamentam a análise adotada apontam que, após a II Guerra Mundial, quando os países capitalistas passaram a adotar, de forma generalizada e explícita, a intervenção estatal do processo econômico, foi introduzido um novo elemento estrutural no funcionamento das economias nacionais: o Fundo Público, não mais considerado como um

*ex post* da atividade econômica, mas como um *ex ante* da reprodução ampliada de capital e também da força de trabalho. Na prática isso significou a “politização” das relações capital-trabalho e a regulação desse Fundo passa a integrar estruturalmente as relações Estado-Sociedade. Esse processo regulatório se consubstancia num Padrão de Financiamento Público de atividades e serviços, definido pela Esfera Pública e realizado pelo Estado, e que passou a se constituir em “pressuposto” não apenas para a realização dos capitais individuais, mas sobretudo para uma forma de sociabilidade cujo fundamento é o interesse geral. Assim estas se tornaram categorias a serem consideradas na definição de políticas públicas. Por sua interrelação, seu imbricamento no processo da vida social, tais conceitos podem ser tomados como um esquema conceitual de análise das políticas sociais, entre elas as políticas de Saúde, podendo oferecer uma contribuição valiosa a esses estudos.

A mudança metodológica fundamental da análise econômica, a condição *ex ante* do Fundo Público, não apenas permite observar como se estabelecem, para o Estado, novas formas de poder no controle das relações sociais, mas impõe considerações éticas para a definição do seu Padrão de Financiamento. Com isso exigindo da sociedade organizada, sua Esfera Pública, uma participação esclarecida e crítica quanto aos resultados sociais da intervenção econômica, considerando que o setor político, além de atuar de forma normativa, dispõe dos recursos substantivos do Fundo Público para agir sobre a vida social.

Quando referidos à situação brasileira, tais conceitos colocam em evidência uma série de contradições e ambigüidades que a realidade do País tem comportado, mas não os invalida, uma vez que também no Brasil existe uma economia capitalista, fortemente afetada pela atividade do Estado, e este, teoricamente, dependente de legitimação diante da Esfera Pública. Essas contradições da história recente suscitam indagações um tanto perplexas, principalmente quanto às características do Estado que aqui se desenvolveu: tardiamente “liberal”, freqüentemente “ditatorial”, algumas vezes “democrático”, com pretensões a Estado de Direito, mas atuando muitas vezes apenas como um Estado “de fato”. O que tem sido observado nas constantes violações de governantes e legisladores à Constituição do País,

no desvirtuamento das leis orçamentárias, na manipulação tendenciosa dos Fundos Públicos, no uso de recursos da máquina de Estado para fins eleitorais e em muitas outras situações conhecidas.

Mas, também se observa que a denúncia de tais fatos não tem levado a uma reação da Esfera Pública, a impressionar a opinião pública, no sentido de direcioná-la para um maior controle social sobre as atividades de Governos e Paramentos. Assim estes se sentem, constantemente, muito à vontade para ameaçar conquistas históricas das classes menos privilegiadas e, inclusive, das classes médias. Esta situação se mantém na reconquistada democracia brasileira, quando o voto universal e obrigatório define quem irá governar e legislar em todos os níveis, impondo uma característica de inegável legalidade ao Governo e Parlamento eleitos. Entretanto, deve-se considerar que legalidade não se confunde com legitimidade e esta última não se consegue apenas no momento da eleição e posse, mas é sancionada no confronto permanente do poder governamental constituído com a Esfera Pública politicamente ativa no País.

Nos estudos de Saúde Pública (que no Brasil costuma ser confundida com os procedimentos sanitários estatais) torna-se bem evidente a necessidade de uma reflexão teórica mais profunda sobre o Estado, suas funções e formas de poder, já agora não baseado exclusivamente na força de exércitos armados, mas na sua capacidade de manipular grandes recursos. Entre outros, aqueles representados pelos Fundos Públicos, que atuam na articulação dos vetores da expansão das economias nacionais e assim adquirem um peso específico nas relações econômicas internacionais. E, enquanto componente do interesse geral, a Saúde Pública também suscita reflexões que apontam para um retorno a marcos explicativos mais abrangentes, para uma recomposição do poder de compreensão e de crítica dos segmentos sociais, afetados de forma diferenciada pelas políticas sociais.

A opção pelo esquema conceitual subjacente aos estudos do Prof. Francisco de OLIVEIRA (1988) se deu, entre outros motivos, porque ele sugere que, apesar de alguns



aspectos estruturais do desenvolvimento econômico mundial imporem contingenciamentos vitais à economia de cada país, a evolução das condições históricas específicas das forças da sociedade, em cada um deles, definiu a feição própria assumida por eles no presente. Em cada país capitalista-democrático da atualidade, a compreensão das relações Estado-Sociedade, principalmente do curso de suas políticas sociais, não pode prescindir de uma análise que leve em conta o Fundo Público que as sustenta, as forças presentes na Esfera Pública que as define ou direciona e o Padrão de Financiamento Público que as viabiliza.

A importância de se compreender a atuação da Esfera Pública politicamente ativa no País, a necessidade de adotá-la como categoria de análise de políticas sociais brasileiras, aparece na forma como se dá a transição para a democracia: do quanto a sociedade organizada, no interior do aparelho de Estado e fora dele, expressando o antagonismo de interesses presente no todo social, lutou por imprimir uma dada “feição anti-hegemônica”, portanto antiburguesa, enfim, “socialista”, à Constituição da República aprovada em 1988. Esse foi um fato raro e maravilhoso na vida política nacional, embora muitos dos pressupostos definidos na Carta Constitucional não tenham chegado (e talvez nem venham a chegar) a se constituir em resultados tangíveis na sociabilidade brasileira.

Nesse sentido, a Reforma Sanitária, sintetizando esse processo de “democratização”, mas também de “socialização”, que mobilizava a Nação Brasileira, aparece como um exemplo rico de possibilidades de análise e bastante eloquente, permitindo demonstrar a pertinência do enfoque teórico-metodológico proposto. De como, unindo uma dada forma de regulação estatal da economia à ação consciente da sociedade organizada, em regimes políticos democráticos, pode-se conseguir uma compreensão aproximada de como e porque as políticas sociais se tornam o que são.

## **ESFERA PÚBLICA E SAÚDE**

Discutido extensamente por HABERMAS (1984), o conceito de Esfera Pública é considerado por ele como um princípio organizacional do ordenamento político das sociedades

atuais. Base do Estado de Direito, de onde retira sua legitimidade, o conceito de Esfera Pública, vem se transformando ao longo do desenvolvimento das sociedades capitalistas democráticas, sem, no entanto, deixar de referir-se ao espaço teórico onde os diversos interesses presentes na sociedade se tornam “públicos”. Inicialmente essa publicidade visava contestar a intromissão do Estado na atividade capitalista privada, mas, ao estender-se para conter interesses “não burgueses”, permitiu também contestar a exploração e a dominação realizadas pela própria burguesia, ampliando o âmbito democrático.

Portanto, a Esfera Pública surge por uma relação de confronto e de poder, estabelecida entre o Estado e a Sociedade organizada, como uma forma através da qual os interesses antagônicos das diversas classes e grupos sociais pudessem encontrar soluções políticas, ao invés da luta violenta. Assumindo o papel de viabilizar politicamente o interesse geral, devendo colocar-se acima das classes, tornando-se responsável pelo bem-estar de todos os cidadãos, o Estado “socializa-se”, aumentando consideravelmente o campo de suas atividades. O que implica, muitas vezes, delegar tarefas, inclusive administrativas e de poder, aos diferentes setores organizados, através de uma normatividade consentida pelo todo social. HABERMAS (1984) aponta que,

*...” somente esta dialética de uma socialização do Estado, que se impõe, simultaneamente com a estatização progressiva da sociedade é que, pouco a pouco, destrói a base da esfera pública burguesa. Entre ambos e, ao mesmo tempo, a partir de ambos, surge uma esfera social repolitizada, que escapa à distinção entre o “público” e o “privado”. (HABERMAS, 1984, p. 170)*

Nesse contexto teórico, Saúde Pública pode ser percebida como uma área da Esfera Pública, portanto, um conceito político. E é entendida como o espaço interinstitucional, multidisciplinar e popular de discussão e decisão sobre a organização institucional envolvida nos processos de saúde-doença-morte da população do território político considerado. Desse modo, o conceito de Saúde Pública deixa de ser redutível a qualquer definição específica, originada dos diversos campos técnico-operacionais que a perpassam. Componente do bem-estar social a ser viabilizado pelo Estado, a saúde se torna direito de cidadania, um pressuposto

da vida organizada em sociedade. E também um processo institucional crítico em dois sentidos: de permanente crítica, por envolver a “publicização” e um certo “controle” de componentes da vida íntima, emocional e familiar das pessoas; e de crise, por envolver meios e recursos sociais nem sempre mobilizados de forma suficiente e adequada pelos governos.

## **FUNDO PÚBLICO E SAÚDE**

O conceito de Fundo Público aplica-se a uma massa de valor que, “não trazendo mais-valia, é improdutivo do ponto de vista do capital, embora assente as bases sobre as quais este opera.” (GIANNOTTI, 1984, p. 257) Na economia atual esse Fundo se torna não apenas o principal pressuposto da reprodução ampliada do capital e da força de trabalho, mas também de uma sociabilidade baseada no interesse geral. Ele se apresenta como o suporte econômico substantivo na sustentação de determinados produtos e serviços, que o sistema capitalista não conseguiu, ao longo do seu desenvolvimento, transformar em mercadoria rentável, para o próprio sistema. Mas que, no entanto, são essenciais para a organização da sociedade, inclusive na garantia das condições de reprodução do próprio sistema capitalista.

A Seguridade Social e as instituições de Saúde são um exemplo disso. Ao longo da evolução do capitalismo, ocorre a retirada gradual dos processos de reprodução da força de trabalho dos custos das empresas e sua socialização pela via do Fundo Público, assumindo o Estado a responsabilidade que anteriormente cabia ao empresário. O que, além de retirar custos das empresas, aliviar tensões sociais inerentes ao processo de exploração capitalista, através do atendimento de muitas reivindicações trabalhistas, ainda se torna um mecanismo de distribuição de salários indiretos, de liberação de parte dos salários diretos para o consumo. Com isso, não apenas diminuindo a pressão por salários nas empresas e incentivando a produção, através da maior procura, mas, principalmente, transferindo para a Esfera Pública

os antagonismos de classe. O interlocutor agora é o Estado, a Esfera Pública o *locus* privilegiado da luta de classes, e o jogo das forças sociais se destina a definir os espaços que serão ocupados por cada uma delas, com vistas à apropriação de parcelas do Fundo Público.

Na área de Saúde, no Brasil, os Fundos Públicos constituem um aporte considerável de recursos e financiam a grande maioria das ações envolvidas na atenção médica, desviando para essas ações fundos previdenciários, o dinheiro destinado à Saúde Pública e, inclusive, a atenção prioritária dos pesquisadores e dos órgãos de divulgação de massa. No questionamento das imperfeições do serviço médico, das suas irregularidades históricas, fica obscurecida a questão do Fundo Público como pressuposto de cidadania, que a atenção médica não é capaz de esgotar.

No entanto, não se pode ignorar, como assinalado por DONNANGELLO (1975, 1978), a importância econômica que o “ato terapêutico” assume no capitalismo, tornando-o um objeto de luta das classes sociais. O “ato terapêutico” engloba em si uma série de procedimentos, nos quais estão embutidos os custos, assim como as possibilidades de realização do lucro, de um amplo setor empresarial privado, produtor de insumos e produtos envolvidos na “medicalização” da sociedade, tomada como “atendimento à saúde da população”. Por outro lado, ele é essencial para a recuperação da “mercadoria social” força de trabalho, interessando também à classe trabalhadora e à população em geral, sujeitas ao desgaste imposto pelo processo produtivo, ou mesmo pela sua não inserção, sua exclusão desse processo.

Para explicar como o Fundo Público, ao financiar o “ato terapêutico”, realiza o lucro de importantes setores produtivos envolvidos no chamado “complexo empresarial médico-hospitalar privado” é necessário entender a função de “antivalor”, assumida por esse Fundo. Este não pode ser considerado como capital, já que não produz mais-valia, não gera lucro e, portanto, não é traspassado pelo movimento de autovalorização. No entanto, atuando num

circuito externo ao circuito próprio do capital, ele repõe naquele circuito “mercadorias sociais”, como a própria força de trabalho, utilizando, para isso, antimercomodias sociais, previamente financiadas. E, portanto, “paga” produtos e serviços ao sistema produtivo, permitindo a realização do lucro de capitais individuais, para os quais esse Fundo Público se tornou o pressuposto principal, dado seu volume e sua disponibilidade histórica para o setor “curativo” da área da Saúde.

Além disso, ele se apresenta como uma massa de recursos que o Estado, potencialmente, manipula para “aquecer” ou “retrair” o mercado, provocando expansão ou colocando freios econômicos específicos, como faz com os salários de aposentados e pensionistas, a definição de clientela aumentada ou diminuída para serviços fornecidos pelo Estado, etc. O que outorga uma importância extraordinária para a Esfera Pública, apesar de toda a sua heterogeneidade, como detentora e defensora de uma “vontade sociológica” que, ao mesmo tempo, delega responsabilidades ao Estado e impõe limites à sua atuação.

## **O PADRÃO DE FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE**

O Padrão de Financiamento Público pode ser entendido como o resultado de um processo de definição realizado através da Esfera Pública, com o qual cada Estado busca viabilizar uma proposta de governo e de desenvolvimento econômico. Desse modo, atua como a referência que os diversos grupos sociais tomam como “pressuposto”, o dado principal para a projeção de atividades futuras e o planejamento, tanto para as possibilidades de reprodução do capital nacional, como das condições de vida da população em geral, dependentes da direção imposta à utilização do Fundo Público. Remetendo à atividade reguladora do Estado, este conceito vem se colocar no lugar de expressões como “estatização” e “intervenção estatal”. O prof. Francisco de OLIVEIRA (1988) aponta que aqueles termos são inadequados, porque o primeiro deles “leva a supor que a propriedade é crescentemente

estatal, o que está muito longe do real. E o segundo induz a pensar-se numa intervenção de fora para dentro, escamoteando o lugar estrutural e insubstituível dos fundos públicos na articulação dos vetores da expansão econômica” (p. 11). O autor aponta que esse Padrão de Financiamento é estável, estrutural, marcado por regras assentidas entre os principais grupos sociais e políticos .

O Padrão de Financiamento Público Brasileiro, que deu sustentação ao “desenvolvimentismo” nacional, foi caracterizado pela violência explícita do Estado autoritário. Este, limitando a atuação da Esfera Pública, direcionou os Fundos Públicos para a expansão e o financiamento do setor produtivo privado, mantendo esses fundos como “pressuposto” apenas para o capital, ignorando as necessidades e direitos de amplos setores sociais, em especial daqueles “marginais” ao sistema de produção capitalista.

Na área da Saúde, o privilegiamento do chamado “complexo industrial médico-hospitalar” privado cria a hipertrofia dos procedimentos curativos, a superposição de atividades médicas financiadas pelo Estado e, ao mesmo tempo, o abandono da Saúde Pública, das ações preventivas, da promoção da saúde, principalmente para aqueles que mais necessitavam dela. O sistema de atenção médica, na maioria das análises do período, aparece como dicotomizado, excludente, excessivamente oneroso e pouco eficiente, do ponto de vista da saúde da população, embora não se possa dizer o mesmo em relação à saúde das indústrias e empresas que atuavam no setor.

Na década de setenta, com duas crises sucessivas do petróleo, o esgotamento da fontes de financiamento externas, a cobrança das dívidas contraídas, oneradas de juros exorbitantes e mais o desgoverno, a corrupção e outros males conhecidos da administração brasileira no período, esse “Padrão de Financiamento” desenvolvimentista demonstra sua inviabilidade, tornando-se também a crise do Governo responsável por ele.

Entretanto, mesmo depois do fim do período militar e das mudanças políticas que devolveram ao Brasil o regime democrático, não houve uma transformação significativa nesse Padrão de Financiamento, que agora se apoia nas idéias neo-liberais.

## TRANSIÇÃO E REFORMA SANITÁRIA

Estudo de FIORI & KORNIS (1994) sobre a economia política da transição aponta como, inviabilizado o Padrão de Financiamento que havia sustentado o “desenvolvimentismo” nacional, sob o qual se firmara a aliança entre militares e empresariado, responsável pela implantação do regime ditatorial, deixa explícita uma crise que o governo militar não se mostra apto a superar. Possivelmente, em razão das próprias características do governo autoritário, ideologicamente “fechado” à negociação e ao diálogo. Assim, desde o início da década de 70, pressionado pela erosão de suas bases de sustentação, o Governo militar tenta uma “virada para o centro”, buscando apoio dos representantes da chamada “resistência democrática” e da sociedade organizada.

Na área da Saúde, vista como “politicamente estratégica”, a partir da primeira crise do petróleo, em 1973, início da retração do financiamento externo e das exigências de pagamento das dívidas contraídas, passam a ocorrer uma série de “reformismos”: o atendimento médico passa a ser ampliado crescentemente, sua cobertura tendendo a universalizar-se, embora os recursos para o setor não tenham acompanhado as necessidades dessa extensão e cobertura. Como conseqüência, as várias mudanças observadas nas instituições de Saúde, naquele período, tinham pouca duração, tornando o sistema verdadeiramente caótico. A inviabilidade econômica do modelo possibilita críticas cada vez mais contundentes que, sem uma resposta institucional eficiente, aumentam as cunhas através das quais a insatisfação popular se expressa. E foram processos como este que acabaram transformando a abertura em transição para a democracia.

O que se quer enfatizar é que, na possibilidade de expressar o seu repúdio ao autoritarismo, em oposição ao regime militar, a Esfera Pública brasileira, até então alijada do processo político é restaurada. A partir da “abertura” ela passa a se impor como portadora de um ideário direcionado para a organização da sociedade. Ideário este que nega o autoritarismo, que exige democracia e que, inclusive, defende o socialismo. Explicitamente

anti-hegemônica, como na proposta do movimento sanitário, a definição dessa brasilidade socialista e democrática torna-se um ponto capaz de reunir esforços, de aglutinar forças dispersas.

Esse projeto de sociedade está claramente registrado nos relatórios e documentos da VIII Conferência Nacional de Saúde. Ele serviu de ponto de convergência e referência para diversas correntes de pensamento representadas naquela Conferência, expressas por atores sociais dinâmicos e combativos, como o Movimento Sanitário, os Movimentos Populares, o Movimento Sindical, associações e representantes da sociedade organizada, assim como políticos de diversas linhas ideológicas.

O Movimento Sanitário surge como expressão de um processo interno das instituições de Saúde, incluindo as formadoras de recursos humanos, principalmente as de pós-graduação, envolvendo diversas associações e profissionais de todas as categorias, inseridos em órgãos governamentais e privados. Em especial, as Universidades, os cursos de pós-graduação e outros, como a Associação Brasileira de Pós-Graduação (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) que, desenvolvendo um amplo debate crítico, vinham incentivando intensamente a formação de uma “consciência sanitária” atuante nos profissionais de Saúde. Além disso, promoviam a mobilização desses profissionais, criavam espaços de participação popular nos debates e críticas e de expressão para o descontentamento e as demandas da população.

No momento da VIII Conferência Nacional de Saúde, o Movimento Sanitário torna-se o grande catalisador das forças sociais dispersas, demonstrando uma extraordinária vocação mobilizadora e integradora, ao reunir e canalizar as diversas manifestações difusas na sociedade. E essa união de esforços deu àquela Conferência seu potencial para propor e sustentar, até o momento da aprovação da Constituição de 1988, as mudanças que o próprio cidadão, até então alijado do processo decisório, considerava como adequadas para atender os seus interesses.



Entre os atores da VIII CNS estão os Movimentos Populares que, aproveitando a erosão da regra autoritária no período, passam a manter um “diálogo áspero” de reivindicações e pressões junto às diversas instâncias do Estado, visando obter condições de vida mais humanas nos locais de moradia e a oferta de serviços coletivos, extensivos também às populações economicamente marginalizadas. Isto é, as classes populares se organizam para reivindicar formas substantivas de salários indiretos, entre os quais os serviços de Saúde, conseguindo, em alguns dos serviços públicos, espaços de participação no processo de sua organização e gestão. E assim, trazem à VIII CNS a experiência adquirida nesses “movimentos populares de saúde”, fortalecendo o teor “socialista” das proposições da Conferência. Junto deles as Igrejas, Congregações, Associações de Moradores, assim como outros movimentos pela cidadania se fazem presentes, apoiando, ajudando na organização e fortalecendo de diversas maneiras os Movimentos Populares.

Participa ainda o Movimento Sindical, que então se organiza na forma de plurissindicalismo, dividindo a massa trabalhadora brasileira em três grandes Centrais Sindicais. O que expressa não apenas as diferenças ideológicas que a perpassam, como também a direção diferenciada da atuação política de cada uma de suas correntes. Mas que apresenta interesses comuns a todos, quando se trata dos problemas de Saúde, seja no âmbito do trabalho ou da sociedade. Os Sindicatos trazem à VIII CNS sua anterior reflexão sobre esses problemas, sua experiência de organização de formas de atendimento de suas necessidades sanitárias, seu potencial de reivindicação e pressão, assim como uma visão anti-hegemônica de sociedade, compatível com a dos demais grupos ali representados.

Diversas Associações, profissionais e semiprofissionais, científicas e artísticas, ligadas a vários setores da sociedade também se fazem presentes, aumentando a representatividade da VIII CNS a, praticamente, toda a Esfera Pública politicamente ativa do País.

Embora os Partidos Políticos tenham sido considerados “ausentes” do Movimento

Sanitário, foi grande a participação de parlamentares e políticos na VIII CNS e no processo Constituinte, que consagrou os princípios nela aprovados. Representantes de Partidos de diferentes matrizes ideológicas participaram ativamente das apresentações e debates da Conferência e os Constituintes eleitos, que não tinham compromissos específicos com os grupos dominantes, mostraram-se bastante sensíveis às manifestações da sociedade organizada e combativa que, durante o processo Constituinte, utilizou todos os meios ao seu alcance para fazer valer sua posição de contra-hegemonia.

Assim, os princípios que a Carta Constitucional de 1988 consagra para a Saúde negam a medicalização generalizada da sociedade, afirmam a Saúde enquanto componente do bem-estar social e sua garantia pelo Estado como direito de cidadania. Uma Saúde a ser, prioritariamente, promovida e defendida antes que ser recuperada, ou “curada” e, portanto, não redutível à assistência médica. O que passa a exigir a criação de novas instituições, que possam se conformar ao caráter de intersetorialidade que essa “saúde do cidadão” envolve, uma vez que ela implica na garantia de moradia, alimentação, vestuário, educação e lazer adequados, proteção aos elementos vulneráveis como crianças, gestantes, deficientes e idosos, além de serviços de Saúde, proteção ao meio ambiente, controle das condições de trabalho e de todas as situações necessárias à preservação da vida e ao desenvolvimento das potencialidades humanas.

É esse conceito político de Saúde, envolvendo direitos e deveres do Estado em relação aos seus cidadãos, que se consagra constitucionalmente e em nome do qual se faz necessária uma Reforma Sanitária. E, embora curar doenças também seja parte do processo, a mera análise das instituições que prestam assistência médica não pode ser considerada como esgotando a totalidade das “instituições de Saúde”. Elas são apenas o que “está aí”, mas não o que foi definido como “devendo ser”. O que não foi conseguido, continua, no entanto, como “pressuposto”, que necessita ainda da ação da Esfera Pública para vir a se tornar “resultado”. Parece importante recordar essa contingência aos grupos que lutaram pela Constituição e pela Reforma Sanitária, ainda mais quando, tanto uma, quanto a outra,

se apresentam cada dia mais descaracterizadas, caricaturizadas mesmo, seus princípios negados ainda antes de terem sido regulamentados e testados.

Quando se busca entender o que ocorre no período pós-88, observa-se que, se na crise do regime militar as “esquerdas” se avolumam, ganham espaços na Esfera Pública, conseguem importantes avanços na normatização expressa na nova Constituição, logo que esta é promulgada, predomina a reação das elites dominantes. Uma espécie de recomposição ideológica, leva o Governo a uma nova “virada”, desta vez para a direita, e o País a um neo-liberalismo crescente. Teórica e praticamente, os princípios constitucionais aprovados passam a ser negados. Muitas vezes isso se configurou como uma violência do Estado, o qual, em diversos momentos da história recente, parece ter-se tornado uma “força para si”, melhor dizendo, para os grupos no poder, em detrimento dos interesses nacionais.

Portanto, são momentos historicamente diferentes, aquele da VIII CNS (e da sua influência sobre a Assembléia Nacional Constituinte) e a conjuntura em que é aprovada a Lei Orgânica da Saúde. A partir desse período, a Reforma Sanitária vai perdendo gradualmente seu dinamismo até à estagnação e as instituições de Saúde passam a retroceder para os velhos moldes. O que aquela Reforma deveria ser, vai ficando cada vez mais esquecido nas labutas da implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que vem carregando toda a velha herança ideológica e institucional dos seus anteriores, além das ferrenhas resistências a mudanças, oferecidas por grupos corporativos no seu interior. Um SUS que se inviabiliza inclusive como prestador de assistência curativa, abrindo um excelente campo mercadológico para as companhias de seguro-saúde e cooperativas médicas. Hoje estas se colocam como uma obrigatoriedade na vida das pessoas, uma espécie da salvação nacional para os problemas de saúde do brasileiro sobretaxado em impostos e subatendido em suas necessidades. O que significa que o direito à Saúde e à cura retornam ao cidadão, e que os Fundos Públicos, coletados pelo Estado para aquele fim, podem ser desviados para outras prioridades do Governo.

As diretrizes definidas constitucionalmente e que se tornaram, a partir de então,

pressupostos da vida social brasileira, objetivos políticos a serem alcançados, meta continuada dos movimentos sociais de Saúde, parecem cada vez mais distantes, ao longo desse período em que os continuísmos e resistências têm sobrepujado a dinâmica da Reforma. Tais resistências têm sido observadas em vários níveis, desde o conceitual, com o Ministério da Saúde parecendo incapaz de absorver um conceito político de Saúde Pública, enquanto parte da Esfera Pública. Portanto, como área de direitos e deveres, com espaços claramente definidos para as classes e grupos sociais, que necessitam de um mínimo de estabilidade, de garantias quanto ao que foi pactuado como sendo seu direito, na organização da vida social, que o Estado deve viabilizar. E que este “espaço da Saúde” deve ser interinstitucional e multidisciplinar, de forma a privilegiar a saúde, mais que a doença, reunindo, num Sistema Único de Saúde, os mecanismos institucionais para interferir positivamente nos fatores determinantes ou conseqüentes do processo de saúde-doença-morte da população.

A resistência a essa concepção tem permitido uma série de retrocessos visíveis nos processos de regulamentação da Saúde Pública Brasileira. A legislação recente ainda permite manter a fragmentação do SUS, o privilegiamento do setor curativo, a centralização de recursos, o desvio de recursos para outras áreas de interesse do Governo. A normatização do SUS tem tido um percurso instável e caótico, proliferando as tentativas de manutenção dos velhos privilégios de instituições e grupos de interesses e o desrespeito aos princípios constitucionais. O processo, confuso e nebuloso, impossibilita a transparência necessária para que a Esfera Pública tome posse desse conhecimento e possa exercer seu papel de controle social, de defesa das classes afetadas e possa exigir coerência com os princípios constitucionais.

A estrutura institucional também resiste às mudanças e a municipalização avança de uma maneira muito lenta, com o nível central retendo quanto pode de poder de decisão e recursos, em parte desqualificando a parceria estadual, inviabilizando a eficácia do sistema e assim negando legitimidade à lógica que o orienta.

Como conseqüência, pode-se observar que não há coerência entre o sistema de saúde até agora em funcionamento e os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária. Em

primeiro lugar, nos contornos do sistema como um todo, onde a priorização dos interesses dos setores envolvidos nas ações curativas e no “campanhismo” tradicional continuam dando a tônica de todo o sistema. Com isso levando a uma grande negligência para pontos fundamentais, como, por exemplo, o Sistema Nacional de Informação em Saúde. Parece até impensável a idéia de se criar órgãos públicos capazes de colocarem em prática ações destinadas a realizar uma “preventividade global” para os agravos sociais, que não sejam apenas as doenças transmissíveis. Entretanto, aí estão a desnutrição, os acidentes de trânsito, o *stress*, o suicídio, as agressões - inclusive ao meio ambiente - as violências generalizadas, sem contar o desemprego, a miserabilidade absoluta, a falta de moradia e tantos outros problemas que tiram a vida e a saúde do cidadão brasileiro e que se tornaram responsabilidade do Estado. Não existe nem mesmo o mecanismo legal que permita ao cidadão cobrar do Estado o respeito aos seus direitos.

Um enfoque de “cidades saudáveis”, que possa vir a substituir a visão de “sociedade medicalizada” como projeto de Saúde Pública, não pode ainda ser sequer vislumbrado, no panorama político dos governos que vêm imprimindo a tônica do Ministério da Saúde no Brasil.

Também parece improvável uma “lógica governamental para a Vida”, em que a economia pudesse ser entendida como o meio de viabilizar uma forma de sociabilidade, não um fim em si mesma e o Fundo Público o suporte do bem-estar social, não da violência do Estado. A parcela desse Fundo destinada à Saúde parece ser a mais vulnerável para ser desviada de suas finalidades, seja por mecanismos administrativos duvidosos ou por corrupção, além de sofrer progressivos cortes nos Orçamentos da Nação. As Leis de Diretrizes Orçamentárias, quando se trata da Saúde, muitas vezes são nebulosas, permitem confusões conceituais, admitem uma diversidade de interpretações, inclusive quanto ao repasse de verbas, mesmo com as várias tentativas de uniformização, o que acaba prejudicando o próprio setor e justificando o precário atendimento à população.

E até parece utópico, embora extremamente necessário, esperar que o Estado intervencionista brasileiro possa incorporar uma “ética de alteridade política”, capaz de reconhecer que, se os mecanismos da intervenção são econômicos, os resultados são sociais e é em nome de uma melhor sociabilidade que se consagrou o princípio dessa intervenção. As elites dominantes deste País, que parecem mais preocupadas em se perpetuar no poder do que promover o interesse geral, não dão a impressão de se sentir responsáveis pelos resultados sociais danosos da sua intervenção na economia, o específico Padrão de Financiamento que impõem à Nação. Manter uma situação de miserabilidade permanente para um contingente enorme da população, a injustiça social, o desemprego e ainda a iniquidade das instituições de Saúde, parece ser considerado como uma “conseqüência natural” da sua necessidade de intervir na economia.

Por isso, o que dá a impressão de ser o que ocorreu de mais grave na conjuntura atual da Saúde, no Brasil, foi o refluxo ideológico não apenas do Movimento Sanitário, mas dos movimentos sociais, um provável sintoma de um mais profundo retrocesso na ampliação da Esfera Pública politicamente ativa. Observa-se uma aparente “desmobilização” do socialismo suprapartidário (que parece ter sido proscrito da cena política), assim como o abandono de discussões essenciais, inclusive sobre a maneira como a Esfera Pública acaba por definir princípios, diretrizes, competências, a forma do controle social das instituições que devem realizar as políticas sociais. Sobretudo, para onde deveriam ser direcionados os Fundos Públicos, que devem financiar tanto as políticas sociais e os serviços coletivos de responsabilidade do Estado, como viabilizar e controlar toda a economia.

O “esgotamento” da Reforma Sanitária, apontado em algumas análises, seria antes um sintoma da inaptidão dos grupos sociais de manter suas posições ideológicas, principalmente os espaços conquistados da Esfera Pública, uma vez que simplesmente estabelecer os pressupostos da vida social não garante que o Estado irá realizá-los. O freio na ampliação da esfera da Saúde Pública anula um elemento fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, tornados direitos constitucionais e objetivos políticos.

Apesar de tudo isso, a consolidação do direito do voto permite esperar que a população, cada vez mais, passe a ter uma participação mais efetiva nas decisões políticas, que se torne mais consciente e organizada para ocupar e manter seus espaços na Esfera Pública, ampliando o âmbito democrático. Essa ampliação, em virtude da complexidade envolvida nas relações das diversas forças em presença, tem tido um percurso acidentado, com momentos de altos e baixos resultados sociais. Mas, sem dúvida tem sido constante e significativa, dando fundamento às expectativas de que uma sociedade moderna, democrática e capaz de justiça social, regida por um Estado de Bem-Estar, possa ser viabilizada também no nosso País, num futuro não muito remoto.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOYER, R. *A teoria da regulação: uma análise crítica*. Nobel, 1990.

BRASIL. Presidência da República Lei n.º 6229 de Julho de 1975; *Sistema Nacional de Saúde*. Diário Oficial da União, de 18/07/75.

BRASIL. Presidência da República *Constituição da República Federativa do Brasil*, Brasília, Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. Presidência da República Lei n.º 8080 de 19/09/90; Lei Orgânica da Saúde e Mensagem Presidencial ao Senado Federal com as Razões dos Vetos. *Saúde em Debate*, (30):15-20, 1990.

CARVALHO, G. C. M. O Caos no financiamento da saúde... no fundo do poço, CEBES, *Saúde em Debate*, 33:8-22, 1991.

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA, *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*; Doc. I, Rio de Janeiro, 1986.

DONNANGELLO, M.C.F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*, São Paulo, Pioneira, 1975.

DONNANGELLO, M.C.F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*, 2ª. ed. São Paulo, Liv. Ed. Duas Cidades, 1979.

- FERRAZ, S.T. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil, CEBES, *Saúde em Debate*, 41:45-9, 1993.
- FIORI, J. L. & KORNIS, G. E. M. Além da queda: economia e política numa Década Enviesada. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, E., org. *Saúde e sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994. p.1-42.
- GIANNOTTI, J.A. Trabalho e reflexão: ensaios para uma dialética da sociabilidade. 2ª. ed. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- HABERMAS, J. *Mudança estrutural da esfera pública, investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.
- MARQUES, R.M. O Financiamento da saúde e a lei de custeio da seguridade social. *Saúde em Debate*, (37): 20-5, 1992.
- MÉDICI, A.C. As fronteiras da universalização: o dilema da política social na virada do século. *Saúde em Debate*, (32): 21-6, 1991.
- MÉDICI, A.C. Gastos com saúde nas três esferas do governo: 1980-1990. *Saúde em Debate*, (40): 26-32, 1993.
- MÉDICI, A.C. Saúde e crise da modernidade (caminhos, fronteiras e horizontes). *Saúde e Soc.*, 1(2):49-78, 1992.
- MÉDICI, A.C. & MARQUES, R.M. O processo orçamentário e a relação executivo-legislativo. *Saúde em Debate*, (37):31-5, 1992.
- OLIVEIRA, F. O surgimento do antivalor, capital, força de trabalho e fundo público, *Novos Estudos*, CEBRAP, 22: 8-28, 1988.
- RANGEON, F. *L'ideologie de l'intérêt général*. Paris, Econômica, 1996.
- REIS, E.P. Política e políticas públicas na transição democrática, *RCBS*, 9(3): 15-23, fev, 1989.
- VIANA, A.L.A. *Sistema e descentralização: a política de saúde do estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões*. Campinas [Tese de Doutorado, Inst. Economia UNICAMP], 1994.



---

**Summary:** This article presents a reflection on Public Health as a political concept, an activity linked to the general organisation of society. From this frame of reference all institutional actions are considered "public" for their social relevance and participation of general interest. They should then both be ruled by socially defined normativeness and subjected to the institutionalised social control. Based on this concept the study brings the proposition of a theorico-methodological analysis of socio-economic and political determinants. These interactively affect the social policies with a conceptual framework from which derive three categories of analysis. First the Public Sphere - here understood as institutional, multidisciplinary and popular space for discussion and decision on population health/illness/death processes. Next the Public Fund Sphere - the main social policy viability presupposition, and finally the Public Funding Pattern defined by the directives and priorities given by the governments to public funds. Brazilian Sanitary Reform and its further unfolding are adopted as examples of studies of this nature.

**Key words:** Brazilian Sanitary Reform, Public Sphere, Public Fund Sphere, Public Funding Pattern