

Reformas da saúde e desenvolvimento: desafios para a articulação entre direito à saúde e cidadania

Amélia Cohn

A articulação entre saúde e desenvolvimento não é óbvia. Menos ainda quando refere-se a uma realidade social tão complexa como a brasileira, como neste texto. Se uma melhoria nos indicadores de saúde pode constituir um traçador para medir desenvolvimento, isso não se aplica a indicadores, por exemplo, de aumento da produção de serviços de saúde. O mesmo raciocínio vale para o argumento de que o aumento de prisões seria um indicador imediato da diminuição da violência em nossa sociedade.¹ Singer *et al*, ainda no final dos anos 1970 do século passado, alertava para o fato de que a saúde, tal como o combate à violência, não é passível de ter sua eficiência medida a partir do mero volume de produção de serviços. Por outro lado, há de se atentar para a outra face dessa moeda: a composição e a lógica de funcionamento do sistema de saúde, no caso o brasileiro, na justa medida em que a produção de serviços de saúde significa forte mobilização de capital e de tecnologia (material e não material), revelando-se um setor expressivo da atividade econômica e, portanto, de acumulação de capital.

Da mesma forma, a articulação entre saúde e desenvolvimento implica em repensar ou reconceituar o que vem a ser desenvolvimento no atual estágio capitalista, algo que, se no campo científico vem sendo objeto de nova onda de reflexão e produção intelectual, na prática, nos tempos recentes, é relegado no Brasil em prol de se privilegiar o crescimento econômico. Talvez, em um movimento sinuoso de retorno às décadas de 1950 e 1960, repetindo-se a história; agora correndo seriamente o risco de que ela se repita como farsa.

O texto constitucional de 1988 define o direito à saúde de forma ampla, envolvendo várias dimensões da vida social e da atuação da esfera

1 SINGER, P; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. *Prevenir e punir: o controle social dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

pública: saúde representa não só atenção à saúde, mas também sua promoção e prevenção, além de educação, trabalho, habitação, condições dignas de vida, entre outros fatores. Foi a partir daí que o Sistema Único de Saúde (SUS) começou a ser implantado, tendo como pré-requisito básico sua existência institucional. E aí têm início os avanços na área da saúde, mas também os problemas que marcam hoje o setor e que tendem – tese que será aqui defendida – a distanciá-lo de um projeto de desenvolvimento; ou, dito de outra forma, da saúde como direito de todos como um fator de desenvolvimento do País.

A partir dessa perspectiva, pensar a articulação entre saúde e desenvolvimento implica enfrentar a questão crucial de se retirar das forças do mercado a determinação exclusiva da expansão econômica e da gestão da força de trabalho. Em outros termos, implica que se retomem os princípios da seguridade social inscritos na Constituição de 1988, a qual tem, como proposta nuclear para a área da saúde, o SUS, com os princípios da equidade, da universalidade e da integralidade da atenção à saúde para todos os cidadãos, independentemente da sua condição no mercado.

Isso significa, por sua vez, que se tenha que suplantar a lógica que vem regendo o sistema de proteção social brasileiro, traduzida em dois processos: o primeiro, um progressivo esgarçamento, no pós-88, do corpo formado pelos três componentes da seguridade social – Previdência Social, assistência social e saúde; o segundo, a presença de duas dinâmicas no que diz respeito à proteção dos riscos sociais a que todos os indivíduos estão sujeitos: uma, que reproduz as condições desses sujeitos no mercado de trabalho – aposentadorias e pensões provenientes de um seguro contributivo; e outra, para aqueles que estão fora do mercado, ou nele inseridos de forma extremamente precária, de políticas e programas de transferência de renda não contributivos, prevalecendo aí, mais uma vez, um critério de mercado – a renda.

Assim, de certa forma, as décadas recentes não conseguiram, em que pese a democratização política do País, superar a lógica de fundo de nosso sistema de proteção social, baseado na meritocracia, o que deixa ainda em suspenso o enfrentamento da necessária e urgente desmercadoriza-

ção do acesso aos direitos sociais aí envolvidos. Fato este tão mais relevante diante da extrema desigualdade social de natureza estrutural que marca nossa sociedade, ao qual vem se associar a denominada “nova pobreza”, fruto dos ajustes econômicos à economia global, agora em crise. Registre-se apenas como um dado que, nos anos recentes, o Nordeste do País vem liderando os ganhos de renda, enquanto São Paulo é o Estado com menores ganhos de renda, o que reflete a continuidade da concentração de riqueza em nossa sociedade, apontando algo já experimentado nas décadas desenvolvimentistas, embora de forma menos acentuada, ou seja, que crescimento econômico e pobreza, ou melhor, crescimento econômico e desigualdade socioeconômica são parceiros incontestáveis, em que pesem aqueles programas recentes de transferência de renda e a política de aumento do salário-mínimo da última década.

Retorna-se, portanto, à questão do desenvolvimento. Se, nas décadas de 1950 e 1960, a concepção de desenvolvimento contemplava crescimento econômico, diversificação do parque industrial, integração dos distintos setores da economia, inclusão no mercado de trabalho da massa de trabalhadores, educação, saúde e cultura (não nos esqueçamos aqui do mestre Celso Furtado), como um processo que ao envolver essas várias dimensões da vida social consistiam em fatores de desenvolvimento; agora essa concepção está contida nos limites estreitos não mais da dicotomia antes prevalecente de investimento econômico *versus* investimento social por parte do Estado, mas de investimentos econômicos de um lado, incluindo o setor de produção de *commodities* (volta ao passado?), e gastos sociais de outro. Resgate-se a sempre presente proposta de reforma do sistema previdenciário brasileiro – antes (anos 1990) era considerado fator de poupança para investimento na área econômica – que privatizaria a Previdência Social em instituições privadas em um mercado interno competitivo à la modelo chileno. Isto enquanto saúde e assistência social, por serem políticas não contributivas, constituíam segmentos de gastos para o Estado. Atualmente, a questão da Previdência Social mais uma vez é restringida aos limites estreitos do equilíbrio contábil, enquanto as forças atuantes no

mercado da saúde e demais mercados, no legislativo, e até mesmo no interior da agência reguladora do subsistema privado da saúde (ANS – Agência Nacional de Saúde) retiraram os recursos da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) para a saúde.

Essa situação remete a um questionamento sobre como vem sendo enfrentada a questão da ampliação da rede de serviços na área da saúde. Dimensão esta não de menor importância. Muito se tem acumulado de estudos e análises sobre a ampliação desses serviços, da implantação de novos equipamentos de saúde, bem como de incorporação de novos profissionais de saúde. Como também acumulam-se estudos sobre cobertura do SUS, satisfação dos usuários sobre os serviços por ele oferecidos, e sobre custo/efetividade dos investimentos na área. No entanto, são pouco expressivos os estudos que se voltam ao acesso dos usuários aos serviços (quais os obstáculos que enfrentam no seu dia a dia quando procuram os equipamentos de saúde – públicos e privados vinculados ao SUS), e são praticamente inexistentes sobre a eficácia social nessa relação SUS/usuários da perspectiva da construção da cidadania e da democracia social. Em outras palavras, sabe-se muito sobre cobertura dos serviços de saúde, traduzida em indicadores, e muito pouco sobre se esse acesso se traduz somente na satisfação de acesso a um bem de consumo, ou se vem criando a identidade e a individualidade de sujeitos sociais enquanto portadores de direitos. O que vale dizer, pouco se sabe sobre se as conquistas dessas duas últimas décadas na área da saúde vêm sendo capazes de quebrar o círculo de ferro da história das políticas sociais no País, orientadas pela matriz de serem políticas para pobres e, portanto, políticas com poucos recursos, e que na prática da prestação de serviços reproduzem a subordinação dos segmentos menos favorecidos socialmente. Frise-se, neste ponto, que o olhar sobre a satisfação dos usuários na atenção à saúde, conforme medida, pode, ao contrário das diretrizes do SUS, estar reforçando a face da saúde como mero consumo de um bem essencial, e não como um direito.

Daí a importância de, ao se buscar articular saúde e desenvolvimento, dar ênfase à eficácia social desses serviços, seja em produzir melhor

qualidade de vida, seja em produzir condições de vida com mais higiene, saindo-se do marco de referência da pobreza e passando-se para o marco de referência da desigualdade social.

Assim procedendo, as políticas de saúde passam a ser concebidas não mais como um mero fator de compensação das desigualdades geradas pelo mercado, mas como fator intrínseco ao desenvolvimento da sociedade. E com isso, foge-se do dilema circular de ser a saúde uma consequência do desenvolvimento econômico, e/ou de políticas de combate à pobreza; para ser a saúde um fator de desenvolvimento – social e econômico –, nesse caso considerando-se seus efeitos de *input* e *output* nos segmentos econômicos a ela vinculados, não se esquecendo da área de ciência e tecnologia.

Fator este tão mais significativo uma vez que a questão do desenvolvimento da saúde vinculada ao desenvolvimento do País envolve a produção material de um bem imaterial – a saúde, eivada de sentidos sociais a ela atribuídos que vão muito além da presença ou ausência de doenças. Mais que isso, sobretudo em uma conjuntura em que o desenvolvimento econômico (melhor dizendo, o crescimento econômico) encontra-se cada vez mais distante de por si só gerar desenvolvimento social, já que por mais que ocorra a criação de novos empregos formais, como nos últimos anos, esse fenômeno está muito distante de promover a inserção da grande massa da população. Não por acaso, a questão do desenvolvimento social hoje vem sendo discutida e concebida como a capacidade de políticas públicas, apesar das forças do mercado, gerar inclusão social. E inclusão social tida como acesso (cobertura) a serviços sociais básicos, de consumo coletivo, ou à renda, seja por meio de programas de transferência de renda, seja de atividades que permitam algum acesso sustentado a uma fonte de renda, não somente sob a modalidade do trabalho formal, mas de políticas de aumento do salário-mínimo.

No caso da saúde, as reformas do setor na América Latina vêm ocorrendo em uma conjuntura de ajuste estrutural, fiscal e macroestrutural das respectivas economias. Vale dizer, em um contexto avesso à ampliação dos investimentos na área social, tidos como aumento do gasto público

e, portanto, insalubres para o equilíbrio macroeconômico desses países. A partir daí, passa-se ao debate público sobre a “crise do Estado”, confundindo-se essa crise com a questão de ter de redefinir o papel do Estado (diminuição dos gastos públicos) em sociedades marcadas por profundas desigualdades sociais, como é o caso latino-americano. No entanto, à suposta “crise do Estado” não se contrapõe a “crise do mercado”, oriunda não só de suas próprias características, mas agravada pela globalização e financeirização econômica. Muito menos refere-se ao processo de crescente exclusão social provocado pelos atuais ajustes econômicos, que como diz José Luis da Costa Fiori, criva a sociedade entre “globalizáveis” e “não globalizáveis”, sobretudo quando se trata da questão da inclusão social das massas de trabalhadores.

Além disso, o que já foi apontado por diferentes autores e estudiosos, a equação da relação entre políticas econômicas e sociais enfrenta outra clivagem: enquanto as políticas econômicas referem-se cada vez mais ao mundo global e, portanto, com o Estado nacional tendo menos autonomia na sua definição e implementação; as políticas sociais continuam se referindo fundamentalmente ao Estado nacional, que sofre os constrangimentos macroeconômicos da economia global.

A realidade dos sistemas de saúde dos vários países da América Latina é bastante diferenciada. Acompanham este texto os casos do Chile e do México, que atestam essa diferenciação. O primeiro, tido como modelo nos anos 1990, que deveria ser seguido pelos demais países da região, já que era qualificado como um modelo exitoso de privatização da saúde e do seguro social, segundo o receituário das agências multilaterais de financiamento do desenvolvimento desses países. O México, como um modelo em que a privatização dos serviços de saúde se deu muito posteriormente e de forma extremamente acelerada, a partir de uma infraestrutura pública estatal sólida.

No caso brasileiro, a reforma da saúde, a partir de 1988, contou com uma infraestrutura de saúde já privatizada, com um subsistema de saúde privado altamente sofisticado e de alta concentração de capital (o complexo

médico industrial, assim denominado por Hésio Cordeiro nos anos 1970),² financiado e estruturado historicamente pela política de Previdência Social brasileira. Com isto, e no contexto da discussão sobre a “crise do papel do Estado” na atual conjuntura, embora se contasse com a institucionalização do SUS e seus princípios e diretrizes, sua implantação se deu por meio do que poderíamos denominar de uma lógica defensiva, e não afirmativa, embora ofensiva. Isto é, tratava-se de implantar o SUS na contramão das tendências mundiais de reformas da saúde e mesmo em uma situação de restrição dos Estados de Bem-estar Social dos países europeus, sem no entanto se enfrentar duas questões essenciais para que os avanços da reforma se consolidassem e se tornassem menos vulneráveis às forças do mercado. A primeira delas diz respeito à não integração na lógica de atuação do Estado das suas três funções essenciais no setor: enquanto provedor (da saúde enquanto direito), produtor (de serviços públicos estatais de saúde) e regulador (do subsistema público e do subsistema privado da saúde). Nesse ponto, vale uma nota: nos meados dos anos 1970 e nos anos 1980, o Estado provedor da saúde era confundido com o Estado produtor de serviços públicos estatais da saúde. Como resultado, segundo os preceitos da reforma sanitária brasileira, tratava-se de implantar um sistema público estatal de saúde, tendo como coadjuvante o setor privado não lucrativo, considerado parceiro preferencial do SUS.

Mas, partindo-se de uma infraestrutura essencialmente privada e mal distribuída de serviços de saúde, sobretudo no segmento de mais alta complexidade, o que se verifica é a incapacidade do Estado de regular o subsistema privado da saúde a favor do SUS. De fato, o que ocorre a partir de então é uma aceleração da acumulação e da concentração do capital privado no interior desse subsistema. Enquanto na América Latina a tendência é de expansão de um seguro universal básico para a população; no

2 Nos anos 2000, Gadelha adota o termo “Complexo Econômico-Industrial da Saúde” (CEIS) para ressaltar a existência de um sistema produtivo da saúde que acaba por mobilizar parte substancial da economia nacional. GADELHA, C. A. G. ; MALDONADO, J.; VARGAS, P. R. (Coord.) *Perspectivas do investimento em saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ/Unicamp/BNDES, 2009.

Brasil, o que ocorre é algo condizente com a sofisticação desse subsistema privado da saúde: a popularização do mercado privado para os seguros de saúde. Reverter essa situação, na atualidade, significa capacitar o Estado – e com isso retorna-se à discussão do papel do Estado – a regular o sistema de saúde, apesar de, historicamente, este ter se revelado com baixíssima capacidade de regulação, tanto do subsistema público quanto, sobretudo, do subsistema privado da saúde (e não só no setor da saúde, diga-se de passagem). Poder-se-ia argumentar que a criação das Agências de Regulação nos anos 1990, a partir da proposta de reforma do Estado, em que a privatização de instituições tradicionais estatais constituía prioridade, significou o enfrentamento da questão da regulação estatal do subsistema privado da saúde, além das telecomunicações e do petróleo, entre outros. Estudos recentes sobre essas várias agências, e em particular sobre a Agência Nacional de Saúde Suplementar, vêm demonstrando, no entanto, sua incapacidade de regular as provedoras (planos e seguros de saúde) e as prestadoras de serviços de saúde da perspectiva dos princípios e diretrizes do SUS, prevalecendo os interesses desses segmentos do mercado e, quando muito, os interesses do consumidor. Se a captura das agências pelos interesses privados aí envolvidos é um fenômeno mundial, não exclusivo do Brasil, no caso brasileiro isto é extremamente acentuado.

O exemplo clássico atual é a expansão do mercado de planos e seguros de saúde para os recém-ingresso nas classes C e D, com planos populares de saúde, denominados de forma oportuna por uma pesquisadora como “planos *outlet*”. Acrescenta-se a essa questão da não integração na sua lógica de atuação do Estado provedor, produtor e regulador, uma segunda questão anteriormente anunciada: verifica-se nos anos recentes um processo de despolitização da saúde no País, seja enquanto produção de conhecimento seja enquanto processo de implantação do SUS.

Esse fenômeno de despolitização da saúde possui várias facetas. A primeira delas, e efeito imediato desse fenômeno, o fato de que, nos anos 2000 e no início da segunda década do presente século, evidencia-se a perda de protagonismo da área da saúde no interior das políticas sociais que vêm

sendo implementadas pelos governos. Não só ganham maior presença programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família, e agora o Plano Brasil sem Miséria, como a área da saúde vai se tornando reativa, de forma passiva, à crescente tendência de capitalização da saúde no setor privado. Haja vista, por exemplo, o recente impulso que hospitais de ponta, em termos de tecnologia, vêm assumindo, com sua expansão (e ao mesmo tempo concentração de capital) acelerada.

Do ponto de vista do SUS, isso se traduz, primeiro, em uma tendência à crescente tecnificação na forma de implementação das políticas e programas de saúde. Se a dimensão técnica na ação do Estado é imprescindível; esta não pode, e nem deve, quando se busca a democratização do próprio Estado e da sociedade, substituir a dimensão da política. No entanto, o que se verifica é que as políticas de saúde vêm sendo cada vez mais orientadas pela racionalidade do custo/efetividade; da gerência em vez da gestão dos serviços; e da confusão entre cobertura e acesso aos serviços, diferenciadas, no geral, mas quase tratadas como sinônimos. Passa a prevalecer crescentemente um perfil de implantação do SUS (e, portanto, da reforma da saúde) de caráter incremental, mas não mais como no período anterior, em que esse traço incremental contrapunha-se às forças do mercado; ao contrário, agora esse perfil incremental vê-se cada vez mais acuado por essas forças do mercado. Em consequência, ganha presença no cenário da saúde pública a preocupação com pesquisas de satisfação do usuário (neste exato momento, em julho de 2012, o Ministério da Saúde está fazendo uma grande pesquisa por correspondência junto aos seus usuários), o que acentua, e mesmo traduz, a concepção por parte do Estado da saúde como um bem de consumo dos serviços públicos, estatais e não estatais.

Acompanham, ou melhor, fazem parte dessa tendência dois outros processos: de um lado, as novas configurações do setor filantrópico prestador de serviços de saúde; e, de outro, novas formas de gestão dos equipamentos públicos estatais. Resgatando-se a primeira delas, as novas configurações do setor filantrópico, a partir de decreto de 2008, transformado em Lei da Filantropia em 2009, os hospitais filantrópicos de excelência

(de altíssima concentração de densidade tecnológica de ponta na saúde) passam a ter seu registro não mais pela oferta exigida de 60% dos seus leitos como “leitos SUS”, mas a partir da prestação de “projetos de apoio ao SUS”, que vão desde serviços a determinadas comunidades, desenvolvimento de pesquisas até a formação de recursos humanos. Com essa injeção de recursos públicos, dada a isenção de pagamento de encargos por serem entidades filantrópicas, associada à facilidade de financiamento para investimento em tecnologia pelo mesmo motivo, verifica-se uma expansão acentuada dessas instituições de saúde no período recente.

Ao mesmo tempo, existem as assim denominadas “entidades filantrópicas tradicionais”, as Santas Casas, consideradas parceiras privilegiadas do SUS pelo seu caráter não lucrativo, na Constituição de 1988. Diante das tendências recentes, essas entidades vêm cada vez mais se dobrando às forças do mercado, buscando seu equilíbrio financeiro e contábil na oferta de novos serviços e produtos a seus usuários: planos e seguros de saúde próprios, serviço funerário, dentre outros. Por serem o elo mais fraco da corrente no interior do “subsistema filantrópico de saúde”, essas instituições encontram-se cada vez mais pressionadas pela baixa remuneração de seus serviços pelo SUS, tendo de compensar com serviços alternativos. Note-se, porém, que ser o elo mais fraco dessa corrente não significa que se trata de um segmento minoritário na prestação de serviços ao SUS, mas de falta de força política e capacidade de arrecadação de recursos junto ao Estado. Por exemplo, nos últimos três anos, os seis maiores hospitais do Estado de São Paulo deixaram de recolher R\$1 bilhão de encargos trabalhistas aos cofres públicos, ao mesmo tempo em que correspondiam a 25% dos leitos hospitalares do Estado (não mais comprometidos em ofertar 60% dessa capacidade ao SUS).³

Quanto às novas formas de gestão dos serviços públicos estatais, o que se verifica é que, em nome da racionalidade na aplicação dos recursos e da pretensa “irracionalidade” do Estado e da administração direta, os equi-

3 Cf. matéria de *O Estado de S. Paulo*, 19/2/2012, p. A14

pamentos de saúde estatais vêm sendo administrados por Organizações Sociais (OS) ou por Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPs), via contratos de gestão que vinculam as metas aos recursos a serem repassados para essas entidades privadas de direito público.

Essas novas reconfigurações do setor filantrópico e a “terceirização” da gestão dos equipamentos públicos estatais do SUS fazem emergir no cenário brasileiro da saúde um fenômeno novo, não previsto nas propostas originais de reforma da saúde dos anos 1980 sedimentadas na Constituição de 1988, e que merece atenção: a crescente dificuldade de se definir, hoje, no País, quais são as instituições de saúde públicas e quais as privadas, estas diferenciadas entre lucrativas e não lucrativas. Senão, vejamos: para não mencionar o mecanismo da renúncia fiscal com gastos privados na saúde, o setor filantrópico busca novas formas de conseguir “excedentes” através de mecanismos de mercado; as entidades públicas estatais, de administração direta, têm crescentemente seus equipamentos de saúde administrados por organização sociais, que por sua natureza seguem a lógica do mercado: prestação de serviços e padrões de qualidade vinculados a metas a serem atingidas, precificados em um contrato de gestão. Aqui ganham relevância no cálculo, não as necessidades da população – em princípio devendo ser atendidas por instituições que apesar de organizadas por territórios, capacidade de oferta de serviços etc., enfrentam uma demanda “aberta”, ao contrário da lógica do mercado. O que vem ocorrendo é um transplante da lógica da racionalidade privada do mercado para o interior do setor público estatal, que pode ser denominada de uma segunda onda de privatização da saúde, agora velada, não aparente, mas com profundas consequências e impactos sobre a construção da lógica da saúde como um direito. O que passa a vigorar com força nesses segmentos públicos estatais sob contratos de gestão é a racionalidade do custo/efetividade segundo padrões orçamentários, uma nova modalidade de instituições “com verba”, própria do serviço público estatal; verba esta definida segundo padrões de gestão da lógica privada, pois tampouco se transformam em instituições com “receita” (dis-

tinção feita há anos pelo ex-ministro Adib Jatene na defesa das fundações de saúde e dos contratos de gestão).

Um sistema de saúde equilibrado, que seja capaz de atender as necessidades de saúde de uma população, no geral, é figurado como um triângulo equilátero, tendo a base como a atenção básica, mais ampla, e porta de entrada da população ao sistema de saúde; o nível intermediário correspondendo a equipamentos de média complexidade; e o ápice a equipamentos de alta e altíssima complexidade. O cidadão iria assim “galgando” os distintos níveis de complexidade segundo suas necessidades de saúde. No entanto, o que se verificou no Brasil foi que essa proposta de construção de um sistema de saúde tendo como porta de entrada a atenção básica (ou atenção primária, o que traz uma similaridade com os níveis de complexidade do sistema econômico na economia clássica) enfrentou a existência de um sistema de saúde altamente privatizado, em que aquele triângulo encontra-se na realidade de ponta-cabeça, uma vez que o modelo de atenção à saúde (médica, melhor dizendo) de então era fundamentalmente hospitalocêntrico. Com isso, a implantação do SUS enfrentou e vem enfrentando até os dias atuais uma demanda por serviços de saúde com maior grau de certeza de resolução por parte de quem os procura, já que um modelo de oferta de serviços de saúde historicamente em vigência determina o perfil de demanda dos usuários. Isto significa que, na representação dos usuários, ainda se revela mais prático e eficiente a procura direta de um serviço hospitalar, uma vez que aí se encontram concentrados todos os tipos (ou quase todos) de atendimento que eventualmente venham a necessitar.⁴

Como resultado desses processos tem-se hoje que a aposta em uma política nacional de saúde pautada pela Atenção Básica como porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro, sobretudo o público estatal, confronta-se com a falta de investimento, a partir dos anos 1990, no setor hospitalar de referência a essas unidades básicas de saúde, de níveis secundário e terci-

4 COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.; KARSCH, U. *A saúde como direito e como serviço*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ário. Assim, apesar de a proposta de reforma sanitária brasileira vir na contramão das propostas do BIRD e do BID dos anos 1990 e início dos anos 2000, a rigor, ela vem associada a uma crescente concentração do segmento privado de provedores de planos e seguros de saúde (voltados atualmente às “ascendentes” classes C e D, recentemente denominadas, erroneamente, de classes médias), inclusive com planos e seguros que preveem o co-pagamento pelos usuários.

Atualmente, com a crise do padrão moderno de regulação e de coesão social, tendo como eixo o trabalho formal, há que se atentar para o fato de que, em que pese o seu aumento no País na última década, esse padrão enfrenta novas formas de integração social, basicamente via consumo. Isso ocorre pela crescente inclusão social dos segmentos pobres da sociedade via programas e políticas sociais, em grande parte revelando-se como medidas anticíclicas, isto é, como mecanismos de defesa contra a crise externa. Esses estratagemas, no entanto, acabam colocando em xeque os princípios abstratos da cidadania e dos direitos sociais que, por definição, são universais e independentes, enquanto direitos, da situação dos indivíduos no mercado.

Esse fato, no entanto, não equivale a defender padrões de ação já praticados na implantação do SUS nos períodos anteriores, nem muito menos que retornemos à invenção da roda. O que deve ser levado em conta é que o SUS proposto e institucionalizado na Constituição de 1988 não pode – nem deve – ser o mesmo de então para os dias atuais. Mas também significa que os novos rumos e a implantação de um novo perfil não podem levar a abrir mão dos princípios e diretrizes dos anos 1980, nem muito menos se submeter à sedução do pragmatismo da eficiência e do custo/efetividade na gestão do sistema. Este pragmatismo é próprio do setor privado lucrativo que, embora devesse estar subordinado aos interesses mais amplos da saúde como um direito, acabam por se constituir em um mercado sem os riscos próprios do mercado, uma vez que o Estado continua sendo o seu grande mantenedor, quer por meio dos vários e inúmeros subsídios com que o contempla, quer por meio de garantia – direta e indireta – de uma clientela cativa para a infraestrutura privada instalada.

Assim, o grande desafio que se apresenta para pesquisadores, estudiosos e gestores públicos é de se debruçar sobre essa nova lógica de relação entre o público e o privado na saúde, e sua articulação com o processo de acumulação do capital na contemporaneidade. Enquanto isto, faz-se necessária a reconquista das diretrizes e princípios do SUS em um novo eixo contraditório de articulações: saúde como processo de acumulação e reprodução do capital; saúde e desenvolvimento científico e tecnológico; saúde e democratização do seu acesso como direito.

Talvez seja então o momento de pensar a necessidade de uma reforma da reforma sanitária brasileira. Se muito foi feito nesses 20 anos, ao que tudo indica as atuais circunstâncias do modelo de acumulação de capital estão a exigir que se pensem novas formas de articulação do par capitalismo e saúde, para a qual o movimento dos determinantes sociais da saúde constitui um passo importante, mas ainda distante de ser suficiente.

Repolitizar a reforma sanitária e a questão da saúde não se traduz em negar o que aí está; mas em reconhecer os avanços conquistados nos últimos 20 anos, de forma crítica e ao mesmo tempo, propositiva. Para tanto, é necessário que se incentive a inovação tecnológica na saúde, mas não somente em termos de sua produção material, mas também de busca de novos processos e fluxos de trabalho e dos usuários; que o discurso tecnocrático não prevaleça sobre os demais discursos que compõem a saúde, esse objeto de intervenção e conhecimento tão complexo e enigmático; e que a academia se torne menos tecnocrática e produtivista. Em resumo, faz-se necessário recuperar a dimensão política das reformas sociais, e de saúde em particular, o que significa atribuir maior peso e importância à economia política da saúde. Nesse mesmo diapasão, há que se refletir se os processos de reforma dos sistemas de saúde na América Latina, que tem o caso brasileiro como exemplo a ser seguido, significam realmente reformas sanitárias, ou apenas um conjunto de medidas para, de forma acelerada, expandir a cobertura da população sem, no entanto, tocar na questão de fundo, do novo perfil de intervenção do Estado na saúde.

Retomo, para finalizar, o último texto de nosso querido amigo e companheiro de luta pela saúde (e outras lutas), Aloísio Teixeira. Em suas notas para a criação de uma agenda de debates sobre saúde e desenvolvimento,⁵ ele argumenta que a saúde, quando não mais referida à doença, adquiriu dois atributos novos: tornou-se uma referência ética imprescindível para a organização da vida social; e passou a ser tratada como um bem econômico. Com isso, segundo ele, foram introduzidos dois problemas para a agenda de discussão: a desigualdade básica dos cidadãos em termos sociais e econômicos e a necessária transformação da procura por tratamentos médicos em demanda por saúde, processo histórico lento por envolver distintas dimensões sociais e culturais. Aloísio Teixeira complementa sua reflexão afirmando e argumentando que o setor da saúde “pode” (em vez de utilizar o verbo “deve”) melhorar a saúde da população, já que isso dependerá do conteúdo das políticas públicas a serem aplicadas. Mais uma razão, portanto, para se repolitizar a questão da reforma da saúde na atualidade, ou segundo José Murilo de Carvalho, “introduzir república na democracia”. E, segundo o historiador, até porque nos encontramos “em um círculo virtuoso, podemos corrigir os grandes erros do passado com reformas importantes”.⁶

Sua morte nos pegou desprevenidos; mas certamente não devemos estranhar o fato de Aloísio ter deixado uma agenda de “tarefas” a serem cumpridas por aqueles que estão comprometidos com a justiça social, a democracia e, por que não, enfrentá-las de modo sério, consistente, mas também alegre!

5 TEIXEIRA, A. *Saúde e desenvolvimento – notas para elaboração de uma agenda de debates*. 3º Seminário Preparatório para o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. 26/07/2012. Porto Alegre, RS. Mimeo.

6 CARVALHO, J. M. *Época*, p. 64, 14 mai. 2012.