

Candido Portinari, Maternidade, 1942



Políticas de saúde: instrumento de submissão dos usuários aos mínimos sociais

Arlene Laurenti Monterrosa Ayala*

Resumo: O objetivo deste texto é examinar o atendimento das necessidades dos indivíduos como resultado das políticas públicas de saúde. Nele são discutidas duas dimensões fundamentais. A primeira trata das necessidades humanas a partir de algumas concepções teóricas e históricas, e a segunda das limitações das práticas produtivas do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento de dadas necessidades. A partir dessa discussão foi possível identificar dois aspectos importantes, a saber: o sistema jurídico-político brasileiro não tem reconhecido a política social de saúde como direito do cidadão; as políticas públicas de atendimento às necessidades básicas dos indivíduos veem transformando o SUS em instrumento de submissão de seus usuários aos mínimos sociais.

Palavras-chave: políticas públicas; Sistema Único de Saúde; necessidades em saúde.

Abstract: The text examines the care provided by public health politics. It focuses on two basic dimensions. The first one deals with human beings necessities; the second one refers to the limits of the Single Health System (SUS) care practices related to health necessities. The main conclusion is that the legal-political structure of Health System in Brazil do not recognize health social policies as a citizenship right. A second conclusion follows: the current SUS procedures function as a tool for users' submission to social minimum care.

Keywords: public policies; Single Health System; necessities in health.

Introdução

O objetivo central dos sanitaristas, que, a partir das décadas de 1970 e 1980, lutaram por uma sociedade democrática, foi o acesso universal à saúde inerente ao direito de cada cidadão brasileiro. O setor de saúde, que para eles poderia ser uma alavanca essencial para a garantia de tal sociedade, por meio de um modelo de atenção à saúde — leia-se Sistema Único de Saúde (SUS) — democrático, integral e igualitário, tornou-se nos últimos anos um instrumento importante para a sociedade

* Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville. Mestre em Saúde Pública pelo Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Endereço postal: Secretaria Municipal de Saúde, rua Itajaí, 51, Centro, Joinville/SC, CEP 89201-090. Email: alayala@bol.com.br

de mercado. Em outras palavras, em lugar de instrumento de satisfação das necessidades de saúde para a emancipação humana, o SUS é agora um instrumento para expansão e acumulação do capital e reprodução da desigualdade entre as classes sociais.

Ao analisar o atual modelo de atenção à saúde, é possível trazer essa perspectiva de análise para o setor público de saúde do município no qual a autora trabalha há anos, sobretudo em razão das práticas produtivas desse setor, que têm tido como base a ampliação da rentabilidade econômica para os setores privados — na medida em que ele privatiza o financiamento e a produção dos serviços de saúde, adota uma administração nos moldes empresariais, corta os gastos do setor e os canaliza para grupos. Além disso, a submissão das necessidades básicas de saúde da vasta maioria dos usuários às necessidades mínimas tem sido a dimensão fundamental que estrutura o atual modelo de atenção à saúde na esfera das instituições públicas de saúde no município. Isso demonstra, dessa forma, o descompasso entre os princípios propostos originalmente pelos sanitaristas para o Sistema Único de Saúde — universalidade, equidade e integralidade — e o atual estado de coisas.

Três situações refletem essa submissão na prática das unidades responsável pelo atendimento aos indivíduos em nosso município: a superlotação dos pronto-atendimentos e hospitais; a regulação do trabalho pela gestão de resultados, orientada pela quantidade de serviços/demandas; o caráter seletivo dos serviços pelo bloqueio do acesso ampliado às demandas.

O quadro acima, segundo nossa visão, decorre primordialmente de duas atitudes. A primeira subordina as necessidades primordiais dos indivíduos aos limites institucionais, mesmo que isso implique a negação do atendimento dessas necessidades. A segunda minimiza a importância do consumo individual e coletivo por meio da reprodução de uma ordem social desigual, que regula o funcionamento do sistema da atenção à saúde e restringe seu consumo. No primeiro caso, as contradições se tornam evidentes na forma de “busca constante”, no segundo, de “escassez crônica”. Em ambos os casos o comportamento das pessoas é caracterizado pelo fluxo de necessidades não atendidas.

Dada realidade sugere, portanto, que as soluções formais do Sistema Único de Saúde operam o aprofundamento da subordinação das necessidades básicas à produção de práticas de saúde determinadas estruturalmente e salvaguardadas pela desigualdade e pela iniquidade. O que leva à seguinte conclusão categórica: o Sistema Único de Saúde, com seus princípios — democrático, universal e integral —, está descaracterizado em sua origem. Sua histórica ascendência está hoje consumada naquilo que Sérgio Arouca teve de reconhecer em uma entrevista concedida à revista *Radis*: o modelo assistencial é anti-SUS. Aliás, a saúde virou um mercado, com produtores, compradores e planilhas de custo (*Radis*, 2002).

Entretanto, sanitaristas e gestores do SUS têm sugerido de forma não tão pessimista que, apesar de tudo, a conquista do SUS, com todas as suas limitações, foi um avanço, se comparado ao modelo de atenção à saúde médico-assistencial privatista que vigorava há 40 anos. Não obstante, não há como negar que o SUS tem sido iníquo e desigual, trazendo aos indivíduos o espectro de enormes carências no que tange ao atendimento de suas reais necessidades.

Em decorrência desse, quadro buscaremos aqui, compreender a questão das restrições do atual modelo de atenção à saúde, abordando neste estudo duas dimensões que consideramos fundamentais: a questão das necessidades humanas a partir de algumas concepções teóricas e históricas e as limitações e contradições das práticas produtivas do setor de saúde.

As necessidades humanas a partir de algumas concepções teóricas e históricas

A maioria dos estudos disponíveis tenta identificar empiricamente e demarcar as necessidades humanas conceitual e historicamente, utilizando como parâmetros prioritariamente duas dimensões da vida humana: a biológica e a social.

Identificado com o aspecto biológico, surgiu o conceito de necessidades naturais, vitais ou de sobrevivência, como sinônimo de necessidades que em nada diferiam das necessidades animais e, portanto, não exigiam para o seu atendimento nada mais do que o mínimo de satisfação, como prega a ideologia liberal (Pereira, 2006).

A concepção de necessidades humanas mínimas introduzidas no século XVIII pela ideologia liberal tem suas origens em uma lei que surgiu no período pré-capitalista na Inglaterra, mas precisamente no início do século XVII. Trata-se da Lei dos Pobres, aprovada em 1601, no reinado de Isabel. A lei consolidou a ideia de que era um dever da comunidade velar tão somente pela subsistência física dos pobres, e propôs a concessão a eles de assistência pública por meio de um subsídio mínimo em gêneros ou em dinheiro que mal chegava para mantê-los vivos (Engels, 1986).

Em meados do século XIX, na mesma época que a Revolução Industrial na sociedade capitalista se expandia e em meio a um contexto de grande perturbação social caracterizado por forte agravamento da pobreza — sob a forma de proteção social mínima, inspirada diretamente na teoria malthusiana da população —, foi proposta e aprovada a Nova Lei dos Pobres.

A teoria de Malthus afirmava que a terra estava superpovoada e, em consequência, era natural que reinassem a miséria, a angústia, a pobreza e a imoralidade. De seu ponto de vista, a benevolência e as caixas de socorros previstas na Lei dos Pobres não tinham sentido, pois só serviam para favorecer a preguiça e para multiplicar a população excessiva (Engels, 1986).

A intenção de Malthus [1798 (1951)] era defender as restrições e a eliminação de toda a assistência social pelo Estado liberal para os necessitados, sob o argumento de que a lei dos benefícios aos pobres só trazia infelicidade ao povo comum, pois, tais benefícios, para ele, condenavam os indivíduos à vergonhosa dependência.

A esse pensamento se adaptou a Nova Lei dos Pobres, que suprimia os subsídios e concedia assistência por meio do acolhimento em casas de trabalho. Essas instituições, com seus altos muros, abrigavam os desocupados e desempregados temporariamente, que, em troca de refeições magras, pouco conforto e abrigo, trabalhavam mais duramente que nas fábricas, sob intenso controle e rigidez (Engels, 1986).

Nada ilustra melhor as consequências dessa nova lei do que o estudo de Engels sobre as condições de vida dos trabalhadores e de suas famílias na Inglaterra. Depois de definir como miserável a situação física, intelectual e moral a que eram

submetidas as pessoas, o autor concluiu que, quando a classe que possui o poder político e social constrange e impõe às pessoas a provisão de necessidades mínimas — por meio de leis —, são impostos conseqüentemente o sofrimento e a morte prematura e anormal, o que caracteriza, de fato, um assassinato social (ENGELS, 1986).

O que Engels apresenta em sua análise é o fato de que a concepção dos mínimos sociais foi produzida pelo sistema socioeconômico da época e mantido pela estrutura do Estado, que transformou as pessoas em supérfluas, já que elas não eram mais necessárias para a expansão e acumulação do sistema do capital.

É possível afirmar, então, que, desde a época das sociedades pré-capitalistas e capitalistas — fase avançada do desenvolvimento científico e tecnológico — toda a classe de mais baixa renda, mediante a força e a estrutura social, é condenada a lutar quotidianamente pela satisfação de suas necessidades mínimas. Estava ausente, portanto, desde o século XVII até o XIX, a provisão das necessidades humanas e dos direitos vinculados aos valores, à ética e à distribuição dos bens entre os indivíduos.

Segundo as abordagens teóricas de Marx (1978), limitar as necessidades humanas às necessidades naturais e mínimas ou compará-las às míseras exigências ditadas pela manutenção de existência física constituía um sério equívoco, pois, para ele, a necessidade humana é produto dos sentidos humanos e das relações entre os homens e entre estes e a natureza. Para ele, o objeto das necessidades não está circunscrito apenas às necessidades grosseiras, como comer ou respirar, mas também aos chamados sentidos espirituais e práticos, como desejar e amar.

Nos *Manuscritos econômico-filosóficos* (1978), a percepção sensorial do objeto, na visão de Marx, é a que dá origem à necessidade humana. Entretanto, sua própria percepção só existe como experiência sensorial humana por meio da outra pessoa, nas relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza. A necessidade perde, portanto, para ele, o seu caráter individual e mínimo e se torna social.

A concepção de Marx indica uma definição de necessidades humanas expressa em termos nos quais as próprias necessidades não são ilimitadas ou biologicamente fixadas, mas constantemente redimensionadas e condicionadas socialmente — isto é, limitadas ou estimuladas conforme o caso —, de acordo com as determinações do intercâmbio estabelecido com a natureza.

Abrem-se, assim, a partir de Marx, algumas considerações sobre as necessidades humanas, que passam a ser vistas também como sociais. Segundo esse ponto de vista, as recentes considerações feitas por Doyal e Gough definem como necessidades humanas básicas a saúde física e a autonomia, que se constituem como “a capacidade de fazer escolhas informadas sobre o que deveria ser feito.” A partir dessas duas necessidades básicas, eles então derivam um conjunto de “necessidades intermediárias” de diversos bens que parecem essenciais para a satisfação das necessidades básicas, como por exemplo, acesso a habitação adequada, ambiente de trabalho e físico saudável, cuidados de saúde, entre outros. A noção de saúde física é empregada no sentido de condição necessária para que as pessoas possam usufruir de condições de vida favoráveis à sua participação social. No entanto, noção de autonomia, integrada à noção de saúde física, é empregada em dois sentidos. O primeiro tipo de autonomia consiste na capacidade do indivíduo de recorrer à sua cultura para formular e escolher metas pessoais e, em seguida,

processar esses objetivos de forma racional. O segundo tipo, a autonomia crítica, envolve a capacidade crítica de avançar além da cultura herdada pelo indivíduo (Doyal and Gough, 1991, pp. 67-69). Assim, existe para os autores a necessidade de uma sociedade plenamente autoconsciente e participativa (Pereira, 2006).

Pereira (2006) afirma que somente no século XX os mínimos sociais foram perdendo sua conotação meramente biológica ou natural e a sua vinculação com a pobreza absoluta. Em decorrência, sua tematização deixou de girar em torno de necessidades pessoais e extremas para privilegiar necessidades sociais como matéria de direito, a ser enfrentada por políticas estatais resultantes de decisões coletivas.

Entretanto, a abordagem de Mézáros (2002) identifica nos séculos XX e XXI a permanência das concepções teóricas malthusianas sob a forma do Estado neoliberal. A lógica neoliberal das necessidades humanas foi se conformando, nas décadas de 1950 e 1960. Desde o seu mentor intelectual — Hayek —, essa lógica assume um padrão restritivo, no qual, na prática, o atendimento às necessidades humanas não deve ser otimizado para não competir com os interesses do capital e de sua expansão.

O real significado da formulação de Hayek (1977) é que as normas do mercado foram criadas para restringir e subordinar as necessidades genuínas da imensa maioria da humanidade ao domínio do capital. Sua defesa do mercado se contrapõe ao projeto de um Estado provedor de bens materiais de forma universal e igualitária. Ou seja, ele rejeita, para as políticas sociais, a concretização dos direitos dos cidadãos sob a responsabilidade do Estado.

Mézáros (2002) sustenta que a forma que o Estado tem adotado para impor o padrão restritivo e iníquo tem sido hoje fundamentalmente colocada sob a ótica da racionalidade. Refere que a ideia proposta por Malthus e adaptada aos princípios da racionalidade harmoniza as necessidades aos recursos materiais e humanos conscientemente e tecnologicamente geridos dentro da lógica da escassez. O que significa, para ele, preservar a substância ideológica dos mínimos sociais.

De fato, é possível perceber, no discurso em vigor, “que existem muitas pessoas para serem atendidas em suas necessidades em relação à disponibilidade de recursos.” Por exemplo, no setor de assistência à saúde, este discurso tem sido muito utilizado. Entretanto, não se caracteriza a incapacidade da sociedade de oferecer a quantidade de serviços de saúde necessários para atender às necessidades das pessoas, sob condições em que segmentos da população pertencentes às classes sociais de mais alta renda tem tido amplo acesso aos serviços de saúde. Daí advém a tendência contraditória no discurso daqueles que advogam o uso “racional” pelo Estado das tecnologias em saúde.

Vejamos, na sequência, a segunda dimensão, de importância essencial para este estudo: o atendimento das necessidades de saúde dos indivíduos como resultado das políticas públicas de Estado implantadas e implementadas desde a década de 1970.

As políticas públicas de Estado de satisfação das necessidades humanas

O movimento pela reforma sanitária nas décadas de 1970 e 1980 tomou os princípios da reforma democrática do Estado e, tomando-os como base, propôs, de

um lado, a democratização do setor público de saúde e o mais alto nível de qualidade na atenção à saúde, e, de outro, reafirmou, como tarefa do Estado — atuando como gestor —, produzir um modelo de atenção à saúde em seu modo de funcionamento universal e integral. Tal proposta acabou por formular, em 1988, as bases político-ideológicas e institucionais materializadas no artigo 196 da Constituição Federal.

O artigo 196 resumiu os mais importantes princípios constitucionais orientadores da reforma do sistema de saúde representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade da assistência à saúde garantida a todo cidadão, a integralidade da atenção, incluindo ações necessárias de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e a equidade, ofertando serviços segundo as necessidades. Entretanto, nos últimos anos, têm ganhado visibilidade as preocupações da sociedade acerca das restrições de acesso no atendimento às necessidades em escala sempre crescente, bem como as formas de satisfazê-las (Neri; Soares, 2002).

Relacionando as práticas produtivas do SUS — responsável pelo atendimento à saúde — às necessidades humanas, tais preocupações vêm identificando contradições e conflitos na maneira como o Estado tem se organizado no setor de saúde, que se limita a submeter as necessidades humanas ao padrão restritivo, consequentemente, às necessidades mínimas.

O relatório final da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) sobre “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, de 2008, ilustra de maneira oportuna que as necessidades em saúde de segmentos da população não têm exercido as funções reguladoras decisivas para a orientação das ações do SUS. Dois exemplos que aparecem nesse relatório são suficientes para comprovar o agudo contraste entre as necessidades em saúde e a qualidade de acesso aos serviços. O primeiro exemplo é descrito por Capilheira e Santos (2006). Os autores, ao realizarem um estudo na cidade de Pelotas, referem que os indivíduos pertencentes às classes A e B apresentam uma chance 13% maior de obter uma consulta nos três meses anteriores à entrevista quando comparados àqueles das classes D e E. O segundo exemplo é igualmente revelador. Diz respeito à distribuição das ações em saúde que objetivamente conflitam com os princípios constitutivos do SUS. É assim que Travassos, Oliveira e Viacava caracterizam o iníquo sistema distributivo da atenção em saúde no Brasil:

Notou-se que o local de residência afeta o acesso, que melhora com o grau de desenvolvimento socioeconômico da região. Os residentes nas regiões Sudeste e Sul tiveram maior acesso do que os residentes nas outras regiões. Entre 1998 e 2003, hou-ve melhora no acesso em todas as regiões, com exceção da região Norte. No entanto, contrariamente à diminuição das desigualdades sociais no acesso, as desigualdades geográficas pioraram no período de estudo. O diferencial no acesso entre os residentes das regiões Norte e Nordeste e os residentes das regiões Sudeste e Sul aumentou, isto é, a melhora observada no acesso foi maior nas regiões mais desenvolvidas (2006, pp. 983-984).

Ambos os exemplos sublinham, portanto, o caráter problemático das políticas promovidas pelo Estado para a atenção à saúde e sua distribuição, que subjugam as várias necessidades dos indivíduos às restrições de seu próprio funcionamento.

A julgar pela maneira como poderiam ser caracterizados os meios para o atendimento das necessidades — utilizando-se os critérios de igualdade —, o desenvolvimento das práticas produtivas de atenção à saúde realizadas no decorrer dos últimos anos pouco se aproxima dos princípios e diretrizes apresentados no arcabouço jurídico-institucional do SUS, apesar de todo o avanço na produtividade. Os ganhos obtidos nos últimos anos pela entrada em massa de usuários no sistema público de saúde, em extensão tão significativa que hoje constituem quase 70%, não resultaram necessariamente no atendimento das reais necessidades e na igualdade de acesso dos indivíduos. Buss, ao discutir as recentes tendências de acesso da população à saúde, refere:

Estudando indicadores de saúde selecionados, nos países mais pobres do mundo, mostraram que a mortalidade de crianças menores de 5 anos era 2,2 vezes mais alta no quintil mais pobre do que no quintil mais rico da população; a des-nutrição em mulheres era 1,9 vezes mais elevada; e a proporção de crianças com atraso no crescimento era 3,2 vezes mais alta. No Brasil, meu país, como em muitas partes do mundo, estudos revelam que a mortalidade infantil está relacionada com a renda das famílias, o nível de educação da mãe, as condições do domicílio, o local em que vive e a situação social da família da criança (2007, pp. 1578-1579).

Outros estudos têm contribuído para o melhor entendimento das consequências da política dos mínimos sociais: Assis et al (2007); Fleury (2007); Magalhães et al (2007). Segundo Fleury (2007), a política de saúde coloca os grupos mais pobres em situações de discriminação e desvantagem no acesso aos serviços. Ele observa que, apesar da existência de uma política universal como o SUS, as iniquidades persistem de forma sistemática. Isso indica que a atual política restringe a satisfação das condições básicas de sobrevivência, desnudando o aumento diferenciado de chance, à proporção que se torna mais precária a condição da inserção dos indivíduos no contexto social e econômico.

Ao analisarmos esse quadro — em que a classe social de mais baixa renda não pode se qualificar para a cidadania e ter o direito a saúde garantido —, podemos formular a seguinte pergunta: é possível concretizar políticas públicas com um conteúdo igualitário, universal e que atenda às reais necessidades dos indivíduos quando tais políticas são idealizadas e reguladas por um Estado liberal?

A ideia do Estado liberal como regulador das políticas públicas em sintonia com as necessidades do conjunto da sociedade é rejeitada sem hesitação por Mézáros (2002). Por isso, seu constructo teórico neste instante ganha relevância. Segundo o autor, o Estado liberal em sua modalidade histórica passa a existir para poder exercer o controle político sobre as forças insubmissas que emanam das unidades

produtivas isoladas do capital e para assegurar permanentemente o ponto de vista restritivo do mercado e do processo de expansão e acumulação. Afirma que é inútil advogar a autonomia do Estado, pois, segundo ele, o Estado é a estrutura de comando político do capital, sendo, portanto, inseparável deste. Dessa forma, não há possibilidade de reforma do Estado liberal que leve a transformações estruturais do modo de produção capitalista. O autor explica que, por isso, o Estado e seus gestores fracassam em transformar a ordem estabelecida — apesar das promessas acerca de satisfazer as necessidades dos indivíduos, no espírito da igualdade e universalidade.

A esse respeito, Santos (2007) enfatiza as seguintes constatações sobre as reformas do Estado liberal no setor de saúde iniciadas em 1990. A primeira está atrelada aos princípios e diretrizes constitucionais, em que o SUS é a maior realização; a segunda está subordinada à área econômica. Aquela incorpora a marcante inclusão social; esta, entretanto, impede a integralidade e igualdade na atenção à saúde e conduz as práticas e valores individuais do mercado para o centro do sistema de saúde.

O movimento pela reforma sanitária adotou justamente como base teórico-prática a concepção de que seria possível colocar o capital e o mercado sob o controle da sociedade e do interesse da maioria, e que o Estado liberal seria o instrumento mais apto à realização efetiva da universalização dos direitos sociais e da participação e gestão democrática dos recursos públicos.

Sob este aspecto, Campos, ao discutir o movimento pela reforma sanitária e as políticas públicas de saúde adotadas pelo Estado, refere:

A denominada esquerda, os desenvolvimentistas, os keynesianos — incluindo nestes gêneros o movimento de reforma sanitária brasileiro — se dividiram entre aqueles que simplesmente diziam “não” à privatização, sem produzir alternativa organizacional, e outros que, de tanto importar instrumentos típicos da empresa privada e da regulação do mercado para dentro dos sistemas públicos, terminaram por produzir híbridos, que muitas vezes inviabilizam tanto o funcionamento em rede (sistêmico) quanto o socorro aos mais necessitados (2008, p. 2020).

O enfoque de Campos revela a estreita inter-relação entre a lógica liberal e o desejo de organizar o sistema de saúde por meio de soluções parciais e do ponto de vista do mercado. Ele caracteriza que o pensamento reformador do sistema de saúde não só serviu como instrumento de reprodução e expansão do mercado como também transmitiu ideologicamente seus interesses.

Acrescenta ainda:

O século XX não nos indicou um modelo organizativo e métodos de gestão que ampliassem a eficácia e eficiência dos sistemas e organizações estatais. Acredito que parte do fracasso do socialismo real (comunismo) deveu-se ao desgoverno

das organizações estatais. As experiências públicas em países capitalistas tampouco nos apontaram novas soluções; isto é, um funcionamento de instituições públicas que superasse o patrimonialismo, a burocratização, o corporativismo, enfim, que limitasse a apropriação privada do bem público (Campos, 2008, p. 2020).

Ao contrário de Campos (2008), que atribui o fracasso da reforma sanitária ao patrimonialismo burocrático, ou melhor, ao mercantilismo estatal — nome dado por Faoro (1979) ao patrimonialismo, sugerindo que as soluções para o setor de saúde poderiam se dar por meio do Estado liberal — autores como Mészáros (2002) oferecem uma caracterização distinta sobre a viabilidade de o Estado promover políticas públicas de acordo com as necessidades básicas das pessoas em oposição à lógica mercantil.

Na concepção de Mészáros (2002), não é possível imaginar um sistema de controle mais inexorável do que o mercado, que sobrepõe, por exemplo, os interesses dos vastos monopólios industriais aos interesses dos mais fracos e mais pobres. Nessa circunstância, e para comparar a lógica de mercado adotada pelo Estado no setor público de saúde, basta tomar dois exemplos importantes do que acontece hoje. Quanto ao primeiro exemplo, poderíamos pensar, então, no modo pelo qual um número sempre crescente de pessoas busca o acesso às tecnologias mais complexas em saúde. Os recursos públicos dissipados entre aqueles que detêm essas tecnologias (prioritariamente os prestadores privados) são imensos, em torno de 20% do montante total de recursos disponíveis para a área, representando uma despesa de custo elevado para o SUS. Contudo, a taxa de utilização dessas tecnologias está em torno de 1,7% (Ministerio da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2005). O fato é que os indivíduos não têm tido êxito em obter os serviços de alta tecnologia, apesar da pesada carga financeira imposta ao setor. Alternativas reais perfeitamente praticáveis, como, por exemplo, a criação de uma rede própria para o SUS de serviços de alta tecnologia a ser implantada e mantida de acordo com o princípio da utilização ótima, são simplesmente desprezadas pela lógica da escassez como forma de manter os interesses privados e os altos custos e, em última análise, ampliar consideravelmente a lucratividade e a expansão do mercado na área.

O segundo exemplo foi indicado por Buss (2007), quando apontou, por exemplo, que:

O alto preço dos medicamentos, em grande parte decorrentes de um sistema de proteção patentária que enxerga apenas os interesses das grandes empresas privadas, é um impedimento importante ao acesso dos países pobres e das populações mais pobres dos países de renda média a medicamentos e insumos essenciais para a saúde. Enquanto os interesses do comércio e do lucro sobrepujarem os interesses da saúde dos mais pobres e a “governança global” e os Estados nacionais não en-

contrarem soluções para a questão do acesso a tais insumos, posso afirmar que vivemos em tempos de barbárie global (Buss, 2007, pp. 1582-1583).

O Estado, operando dessa maneira, revela sua função de manutenção do mercado e dos mínimos sociais, na medida em que o mercado demanda para o Estado sua ação na esfera da assistência a saúde. Como resultado, a igualdade de oportunidades sofre recuos significativos para as classes de mais baixa renda, uma vez que o Estado se vê compelido a utilizar o artifício de focalizar a atenção à saúde adotando tecnologias básicas e de baixo custo. Assim, ele pode garantir amplos recursos voltados à expansão e acumulação de capital para a parte do sistema que atende as corporações da indústria de insumos para a saúde. Aqui, encontramos — em lugar da imparcialidade da abordagem política no sentido da igualdade, universalidade e autonomia do Estado em relação ao mercado — a idealização pelo Estado de políticas públicas conciliadas com o princípio da escassez e do ponto de vista dos mínimos sociais.

Ainda sobre o projeto brasileiro de reforma na saúde, ao avaliar o esgotamento dos expedientes utilizados para sustentação da reforma na saúde, Campos (2008) faz a seguinte indagação: o que nos faltaria enfrentar para darmos prosseguimento à implementação de uma política pública generosa e com grande potencial para contribuir para o bem-estar social? Mas a indagação a ser respondida é: como colocar de maneira real e positiva os trabalhadores de saúde e as pessoas que utilizam o sistema público de saúde no processo de determinação e controle das práticas produtivas do setor? O que determina a questão, na visão da autora, é a condição de realização dessas políticas, quando definidas e controladas pelas próprias pessoas que utilizam o sistema público de saúde. Sem que isso ocorra, a escassez será reproduzida numa escala crescente, em conjunto com uma geração de necessidades artificiais em saúde a serviço dos interesses exclusivos do mercado, como a situação atual vem demonstrando.

Considerações finais

Dentro desse breve apanhado acerca das políticas públicas de saúde e das necessidades humanas, podemos identificar quatro aspectos importantes:

- a noção dos mínimos sociais foi sendo reproduzida ao longo dos últimos 400 anos;
- existe uma assimetria entre necessidades mínimas e necessidades básicas. As necessidades mínimas assumem a conotação de menos, de ínfimo, e, nesse caso, a satisfação das necessidades é anulada em virtude das enormes carências. Já as necessidades básicas adquirem a forma de relações em cujo quadro tanto as necessidades existenciais do homem quanto as entrelaçadas relações cada vez mais complexas entre os homens e a natureza são pré-requisitos para a sua satisfação;
- o Estado, desde a sua formação e por meio de seu sistema jurídico-político, tem rejeitado às políticas sociais a concretização dos direitos dos cidadãos

ao acesso à satisfação das necessidades de maneira universal, integral e igualitária;

- as esferas da atividade econômica são absolutamente inviáveis no sistema de mercado sem o apoio direto do Estado em uma escala sempre crescente.

Sob outro aspecto, as políticas públicas de saúde do Estado liberal brasileiro até décadas atrás obtiveram avanços, tanto sob a forma de medidas legislativas para a participação da sociedade na definição de dadas políticas, como sob a forma de melhoria de acesso dos indivíduos ao sistema público de saúde. Contudo, há também um outro lado, relativo à participação e à entrada em massa de usuários no sistema de saúde — ambas um tanto ilusórias: a participação, em sua essência, ocorre por meio do direito de participar de um conjunto de relações sociais, sem que o controle efetivo sobre as condições materiais das práticas produtivas de saúde dos que participam aconteça. Do mesmo modo, a entrada de usuários no sistema de saúde não diminuiu substancialmente as desigualdades de acesso às tecnologias, impedindo, dessa forma, que se possa abrir um espaço para uma ordem social da igualdade e não da diferença.

Por fim, um sistema de saúde que se apoia na separação entre as necessidades básicas e o mercado, e que por esta razão requer um enorme contingente de pessoas sem acesso aos meios para satisfazer dadas necessidades, requer a imposição de enormes carências. Se no período pré-capitalista as carências eram explícitas e assumidas, na atual etapa do sistema capitalista deparamo-nos com uma estrutura estatal ineficiente, ineficaz, corrupta, inadequada e descomprometida com o atendimento das necessidades vitais de uma vasta maioria da população.

Para transformar a atenção à saúde em outra e substituir o modelo em vigor, do qual seria removida a condição de permanente escassez, desigualdade e iniquidade na assistência à saúde, com conseqüente diminuição do atendimento às reais necessidades dos indivíduos — um modelo que seja positivamente sustentável, de modo a prevenir a reprodução no futuro de dadas restrições sob uma outra forma —, é necessário, em primeiro lugar, discutir o Estado como provedor das políticas públicas e identificar as determinações impostas ao modelo atual que vêm causando as dificuldades em implantar e implementar ações em saúde que venham de encontro às demandas das pessoas.

Referências bibliográficas

- ASSIS, Ana Marlúcia O. et al. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2337-2350, 2007.
- BUSS, Paulo Marchiori. Globalização, pobreza e saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, Dez. 2007.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Como reinventar a gestão e o funcionamento dos sistemas públicos e organizações estatais? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, suppl. 2, Dez. 2008.
- CAPILHEIRA, Marcelo; SANTOS, Iná da Silva. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-443, 2006.
- ENGELS, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global, 1986.
- FAORO, Raymundo. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. v. 1. Porto Alegre: Globo, 1979.
- FLEURY, Sonia. Pobreza, desigualdades ou exclusão? *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1422-1425, 2007.
- HAYEK, Friedrich A. Von. *O caminho da servidão*. 2 ed. Porto Alegre: Globo, 1977.
- MAGALHAES, Rosana; BURLANDY, Luciene e SENNA, Mônica de Castro Maia. Pobreza, desigualdades sociais e saúde: desafios para as políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1412-1412, 2007.
- MALTHUS, Thomas R. *Ensayo sobre el principio de la población*. México: Fondo de Cultura Económica, 1951.
- MARX, Karl; GIANNOTTI, Jose Arthur. *Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos*. 2. ed São Paulo: Abril Cultural, 1932 (1978).
- MÉSZÁROS, Istvan. *Para além do capital*. São Paulo: Boitempo, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS – 12/2009 e 03/2010, e População – IBGE/Datasus/2009*.
- NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, suppl., p. 77-87, 2002.
- PEREIRA, Potyara A. P. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- RADIS: *Entrevista*. Sergio Arouca. *O eterno guru da Reforma Sanitária*. Radis: Comunicação em Saúde. Fiocruz, Rio de Janeiro, n. 3. 2002.
- RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais das iniquidades em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2 p. 429-435, 2007.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-86, 2006.

Recebido em 16 de agosto de 2010.

Aceito para publicação em 04 de outubro de 2010.