

**Universidade Federal de Juiz de Fora
Pós Graduação em Ciências Sociais**

Lara Luna da Silveira

**A SAÚDE PÚBLICA NA CONTRAMÃO DA EQÜIDADE: UMA PROPOSTA TEÓRICO-
EMPÍRICA DE INVESTIGAÇÃO DA REPRODUÇÃO DAS DESIGUALDADES
SOCIAIS**

**Juiz de Fora
2009**

Lara Luna da Silveira

**A SAÚDE PÚBLICA NA CONTRAMÃO DA EQÜIDADE: UMA PROPOSTA TEÓRICO-
EMPÍRICA DE INVESTIGAÇÃO DA REPRODUÇÃO DAS DESIGUALDADES
SOCIAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais: área de concentração em Cultura, Poder e Instituições da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Jessé José Freire de Souza

**Juiz de Fora
2009**

Lara Luna da Silveira

**A SAÚDE PÚBLICA NA CONTRAMÃO DA EQÜIDADE: UMA PROPOSTA TEÓRICO-
EMPÍRICA DE INVESTIGAÇÃO DA REPRODUÇÃO DAS DESIGUALDADES
SOCIAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais: área de concentração em Cultura, Poder e Instituições da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais.

Aprovada em 16 de fevereiro de 2009.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Sérgio de Azevedo – Doutor em Sociologia
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF

Prof. Dr. Gilberto Barbosa Salgado – Doutor em Comunicação e Cultura
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

Prof. Dr. Jessé José Freire Souza – Doutor em Sociologia
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF
Orientador

A Lorena, Maria Teresa e Priscila, grandes mulheres e amigas com as quais tive o privilégio de compartilhar projetos de vida e também as decepções que fizeram parte destes. Sem elas, tudo teria sido mais difícil e sem graça.

AGRADECIMENTOS

Viver e estudar em Juiz de Fora, de diversas maneiras, foram um privilégio. Não poderia deixar de agradecer a Jessé Souza, meu orientador, desde Campos dos Goytacazes, que proporcionou a mim e às minhas amigas esta possibilidade. Ainda que tenhamos nos defrontado com problemas inimagináveis e passado por situações, que com certeza, nos marcarão por toda a vida, Juiz de Fora, e tudo o que esta cidade representou na minha vida, valeu à pena demais.

Ao querido Thomas Leithöuse, amizade gratuita e inesperada, que deu a mim e às minhas amigas o privilégio de desfrutar de suas lições de psicanálise e de vida. Um apoio emocional que foi essencial para todas nós. Trouxe-me ainda a possibilidade de conhecer Denise, companheira de discussões e de risadas sinceras, pessoa solícita e amiga, que também tive o privilégio de compartilhar momentos importantes.

A Lorena Freitas, amiga, “como da família”, eu poderia dizer. Pessoa com a qual eu tive a felicidade de poder dividir e confiar minhas dores e muitos momentos maravilhosos dos últimos anos. Conviver com ela e reconhecer a mim mesma, muitas vezes de forma invertida, em suas ações, em suas “disposições”, foram um desafio a nossa amizade e ao meu amadurecimento pessoal. A franqueza das nossas discussões, a sua disposição para ouvir e compreender desarmaram meus erros e me ajudaram a ser mais auto-crítica. Por tudo isto, esta amiga que conquistei é uma das pessoas que mais devo agradecimentos, por toda sua ajuda, por toda sua crítica, que só engrandeceram minha vivência nesta cidade.

A Maria Teresa, nossa “Amazonas”, a pessoa que nos fez embarcar em muitos sonhos e querer ser “super poderosas”, a mulher criativa, espirituosa que trouxe alegria e relaxamento em momentos difíceis e desafiantes. Pessoa querida e especial, com quem também tive o privilégio de compartilhar uma nova vida e contar com seu apoio e amizade. Ela é a expressão mais forte do sonho de todas nós. Nenhum dos percalços que surgiu nesta trajetória é capaz de me fazer esquecer a inteligência e a generosidade que a singularizam.

A Priscila Coutinho, uma grande surpresa na minha vida. A certeza de poder ainda acreditar nas pessoas, em seu caráter e generosidade. Grande mulher, como poucas, que muito me ajudou a amadurecer enquanto pessoa crítica.

A todos os colegas do CEPEDDES, pelas inesquecíveis discussões, críticas, palavras de incentivo e entusiasmo. Agradeço especialmente a Patrícia pelas críticas sinceras que me ajudaram a tomar maior consciência dos meus desafios nesta empreitada chamada "Academia". E também a Emerson Rocha e André Grilo pelas críticas aos meus textos, que tanto me ajudaram.

A Aline Gomes por ter me orientado num campo desconhecido, e assim ter me oferecido um suporte material nessa empreitada.

A "Chico", que sempre disponibilizou seu tempo, inclusive os de folga, para me ajudar a resolver problemas.

À minha turma de Mestrado, pelos diálogos, incentivos e momentos de descontração, tão importantes.

Aos professores Rubinho, Raul, Gilberto, Condé e José Alcides pela atenção e solicitude quando quer que os procurasse.

Ao meu querido e amado Igor, pelos incentivos, paciência por ficarmos tanto tempo longe um do outro, pela confiança mesmo com toda a distância, por demonstrar interesse e respeito ao meu trabalho.

À minha família, por toda base de sustentação, tanto emocional quanto financeira, imprescindível para minha estadia em outra cidade e caminhada "pelo mundo". Sem ela nada teria sido possível.

A Deus, mesmo com a fé mais oscilante, por ter tornado tudo isto real.

O Mestrado teria sido impossível sem o apoio da FAPEMIG, instituição que amparou minha estadia e estudos em Juiz de Fora, nos últimos dois anos.

“O processo de reforma sanitária brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. O projeto do SUS é uma política de construção da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades. Todas as propostas devem ter como principal objetivo a melhoria das condições de saúde da população brasileira, a garantia dos direitos do cidadão, o respeito aos pacientes e a humanização da prestação de serviços”.

(Carta de Brasília. Documento final do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Medicina CFM, 2005; 156, p. 12-13).

RESUMO

Este trabalho refere-se à exposição da relação entre políticas públicas de saúde e a reprodução das desigualdades sociais no Brasil. Em um primeiro momento isso se dá por meio da reconstrução histórica das políticas de saúde que desembocaram na segmentação de clientela, entre duas formas desiguais de assistência à saúde. O SUS “ideal”, que surgiu em virtude da crítica a este modelo de assistência, todavia, está longe de ser exequível. Entre os fatores que obstaculizam sua viabilização estão o financiamento e os problemas de gestão. Contudo, este trabalho busca dar relevância aos conflitos de classe entre usuários e profissionais da área, intensificados pelo funcionamento precário da instituição, resultado dos problemas citados. Este último aspecto torna-se importante para a compreensão das falhas na humanização dos cuidados em saúde.

Palavras-chave: Segmentação de clientela. SUS. Humanização do atendimento. Desigualdade social.

ABSTRACT

This work is a reference to the exposition of the relation between public politics of health and the reproduction of social inequalities in Brazil. In a first moment, it occurs through the historic reconstruction of health politics that resulted in clientele segmentation between two unequal forms of health attendance. The "ideal" SUS, which had the proposal due into the critic to this health attendance model, however, is not feasible. Among the factors that make difficult his concretization exist the financing and administration problems. Nevertheless, this work try to accentuate the class conflicts among the clientele and health's professionals, increased for the institution precarious work, result of the cited problems. This last aspect became important to understand the faults in the humanization of health care.

KEY-WORDS: Clientele segmentation. SUS. Attendance humanization. Social inequality.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A CONSOLIDAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGMENTADA	15
1.1 As políticas públicas de saúde da República Velha ao Estado Novo	17
1.2 A consolidação da assistência segmentada no Brasil	30
2 OS DILEMAS DA VIABILIZAÇÃO DO “SUS CONSTITUCIONAL”	40
2.1 O SUS e o precário suporte social e econômico	43
2.2 Constrangimentos ao SUS: fatores alternativos	56
3 A SAÚDE PÚBLICA E SEU PÚBLICO-ALVO: O PROBLEMA DA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	63

3.1 Relatos de um cotidiano hospitalar	
.....	67
CONCLUSÃO	
.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
.....	92
ANEXO	
.....	96

INTRODUÇÃO

Quando pensei em estudar o SUS e as desigualdades sociais que se reproduzem através dele, não imaginava o vasto campo de conhecimento que iria me deparar. Muitos aspectos são levantados acerca dos problemas na viabilização do Sistema Único de Saúde no Brasil, sendo possível haver um consenso de que ele seria uma reforma incompleta, distanciado do projeto sanitário que lhe deu vida. Isto se dá em virtude de alguns fatores, dentre eles o fato da implantação do SUS vir ocorrendo de maneira heterogênea, com desigualdade no atendimento às necessidades e na utilização de seus serviços, além de problemas de financiamento, da gestão do sistema e do trabalho em saúde (CAMPOS, 2007, 1866).

Diante de tantos aspectos e a extensão que cada um destes envolve, este trabalho não poderia chegar perto de satisfazer e esgotar seu tema “SUS e desigualdades sociais”, sequer dos aspectos levantados acima. Aliás, neste trabalho, ao se delinearem alguns fatores a serem priorizados no debate sobre o assunto, nem mesmos estes estarão próximos de serem satisfatórios, de darem uma resposta determinante sobre os dilemas da saúde pública no Brasil. Deixando claro, portanto, que a intenção de explicar o dilema da “não-aplicabilidade” do SUS não caberá aqui, é preciso então explicitar o que este trabalho se propõe. Assim sendo, esta Dissertação pretende apontar elementos da política pública de saúde, que não priorizaram a justiça social, a minimização de conflitos sociais, que pudessem se desdobrar em equidade no atendimento às populações desprivilegiadas socialmente e economicamente. Ao contrário disto, pretende apontar elementos que repercutiram na reprodução da desigualdade social.

Assim posto, faz-se necessário delinear algumas idéias que permearão este trabalho. Uma delas emerge quando, ao analisarmos a trajetória da assistência à saúde no Brasil, constatamos que ela foi segmentada entre uma assistência médica individualizada, que se destinava aos inseridos formalmente no mercado de trabalho, e

uma outra, de cunho coletivista, que se destinava ao conjunto da população. A subordinação da segunda à primeira, e o quadro pincelado de desigualdades da atenção à saúde a partir disto, consagrou um sistema perverso de exclusão social, visto que o “conjunto da população” referido tratou-se de uma classe social, que nem ao menos foi tratada enquanto tal. Esta classe, denominada por Jessé Souza (2003) como a “ralé estrutural” brasileira, esteve à parte dos benefícios e direitos concedidos pelas políticas públicas implementadas na Era Vargas e consolidadas no período militar. Assim, no primeiro capítulo encontraremos um esboço da trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil, desde a República Velha até a criação do SUS, em fins da década de 1980. O Estado de Bem-Estar Social que se deu aqui no Brasil será um dos enfoques deste capítulo, no entanto, não será o Welfare State em si o alvo principal das reflexões levantadas. Na realidade, este tema servirá de suporte ao argumento que se pretende defender, o de que as políticas públicas de saúde consagraram e legitimaram a desigualdade social, ao priorizarem o atendimento individualizado e privilegiado à clientela beneficiada pelos serviços previdenciários, através do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

A população que ficou à parte desta assistência médica, que vem a constituir a “ralé”, especificou o tipo de política de bem-estar existente entre nós, já que a sua não adequação aos pré-requisitos para o reconhecimento social em sociedades modernas, possibilitou a sua não inclusão no circuito de produção e circulação de riquezas e assim a sua não inclusão nos benefícios sociais promovidos pelas políticas do Estado. Justifica-se, a partir disto, a caracterização do Estado de Bem-Estar como “meritocrático”, enquanto direcionado ao favorecimento dos setores privilegiados da sociedade que conferiram verdadeiro status, melhor dizendo, “disposições” de cidadãos. O primeiro capítulo fará essa reconstrução histórica, que viabilizou a crítica ao modelo segmentado de assistência à saúde no Brasil – reconhecido pela sua “dívida social” com o “povo” brasileiro – até a criação do SUS.

No segundo capítulo, serão tratados alguns aspectos que obstaculizam a viabilização do SUS tal qual ele foi idealizado. Entre esses fatores encontram-se o problema do subfinanciamento e as desigualdades regionais quanto à disponibilidade de serviços e ações em saúde. Como aqui serão encontradas bastantes referências ao

trabalho de Telma Menicucci (2007) acerca da constituição de uma assistência dual no Brasil, a formalização do setor privado da saúde – e mesmo o tratamento ambíguo atestado na Constituição frente a este setor – demonstrará a fragilidade do projeto sanitário de viabilização da assistência pública e universal. Na realidade, a permanência, nos dias de hoje, da segmentação de clientela via acesso a serviços privados em oposição ao acesso aos serviços públicos, expressou a constituição de um sistema de saúde público direcionado àqueles que não possuem condições objetivas de usufruir planos de saúde. Em outras palavras, embora o SUS seja universalmente acessível, na prática, seus serviços focalizaram-se basicamente na ralé.

Diante disto, as debilidades sistêmicas que tem configurado ao SUS uma imagem de desconfiança e insatisfação frente à opinião pública¹, acabam por reforçar a idéia de um “sistema pobre para os pobres”. Todavia, a questão do financiamento ao setor, sem minimizar sua importância, não responde pelos limites que se erigem em função de outros fatores, como a gestão do sistema e os diversos aspectos referentes à acessibilidade aos serviços de saúde. É quando surge a dimensão “usuário” na pauta de discussão sobre a saúde pública, que surge a necessidade de pôr em questão a existência de constrangimentos no tratamento dispensado.

Assim, como conteúdo do terceiro capítulo, o contato da ralé estrutural, enquanto paciente e usuário do serviço de saúde pública, com os profissionais de saúde (médicos e auxiliares de enfermagem) será trabalhado no intuito de delinear conflitos de classe que são motivados pela própria organização da instituição. Torna-se fundamental, a partir disto, situar a ralé no contexto referido: um hospital de emergência, na cidade de Campos dos Goytacazes – RJ. Assim, não há pretensão de explicar o problema da viabilidade do SUS, visto que se podem erigir distinções entre o “SUS do Sul”, “SUS do Norte” e assim por diante. Todavia, para além das peculiaridades regionais, para além da realidade da saúde via atenção básica ou mais complexa, e assim para além das especificidades da saúde pública em distintos

¹ Segundo pesquisa realizada pelo Ibope (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística) em 2006, a saúde lidera a lista das áreas mais problemáticas do país na opinião de 43% de 2002 entrevistados, em 143 municípios (pessoas com mais de 16 anos e de todas as classes). Desbancou emprego (41%), fome e miséria (31%), segurança pública (31%), a educação básica (15%), entre outros. Fonte: http://www.ibope.com.br/calandraWeb/servlet/CalandraRedirect?temp=6&proj=PortallBOPE&pub=T&db=caldb&comp=pesquisa_leitura&nivel=null&docid=8BA31BF94D4D75008325722800744713 Acessado em 05/02/2009.

contextos econômicos, sociais e culturais, é importante introduzir no tema em questão a existência da raiz como foco dos projetos de “humanização” do atendimento no SUS. Isto requer a delimitação de suas disposições específicas, que lhe tornam objeto de estigmas e preconceitos. Desta forma, os casos relatados sobre atendimentos em um determinado hospital de emergência tornam-se material de pesquisa relevante por ser um meio, através do qual, interpretações de realidades mais amplas, que sofram de problemas estruturais semelhantes, possam surgir como importante ferramenta de compreensão da inviabilidade do “SUS constitucional”.

Desta forma, ao se refletir sobre desigualdades sociais por meio das políticas públicas de saúde, o presente trabalho intenta levantar algumas questões que permeiam o debate sobre o tema, ao mesmo tempo introduzir em tal debate a existência da raiz estrutural enquanto público-alvo do SUS e assim atentar para a ocorrência de conflitos relacionados ao atendimento e o distanciamento do princípio da equidade.

1 – A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A CONSOLIDAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SEGMENTADA

Desde que o Sistema Único de Saúde foi criado no Brasil, por meio da Constituição de 1988, a saúde tornou-se um dos direitos sociais que caberia ao Estado promover enquanto a satisfação de um bem-estar coletivo. No entanto, a trajetória do SUS tem sido marcada por dilemas que têm lhe configurado uma atuação distante daquela pela qual ele foi instituído, a ponto de se poder aludir a existência de um SUS “real” que em muito se distancia do SUS “constitucional” (BAHIA, 2006). Na literatura sobre o tema é possível vislumbrar que certos problemas da rede pública de saúde em muito se enlaçam com a trajetória histórica das instituições e agentes da rede privada.

Segundo Telma Menicucci (2007), compreender o formato institucional da assistência à saúde no Brasil nos dias de hoje, e nestes termos, compreender a sua segmentação entre o sistema público e o privado, que se caracterizam por diferentes formas de acesso, financiamento e produção de serviços, requer a compreensão dos legados das políticas de saúde da década de 60. Este seria o marco histórico da delimitação da segmentação da assistência à saúde no Brasil, embora a autora ressalte que ainda na década de 30 se possam notar indícios desta política. Já Lígia Bahia (2005) enfatiza que algumas características das relações entre o público e o privado na saúde já estavam estabelecidas antes mesmo deste marco. Isto pode ser visto no fato de que já estava cristalizada a articulação das instituições previdenciárias sobre as relações entre empresas de plano de saúde e empresas empregadoras, e produtores privados individuais diante das instituições de saúde pública.

Para Menicucci, a existência de um sistema privado de saúde, formalizado pela regulamentação da assistência supletiva no final da década de 90, evidenciaria a inviabilidade do ideal da saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”, visto que a despeito da afirmação da saúde enquanto direito, a inequívoca estratificação do acesso aos cuidados e serviços de saúde possibilitou que esta pudesse tomar

dimensões de consumo, enfraquecendo os princípios igualitários do SUS. Assim, a “desmercadorização do acesso” que implica na idéia de que o risco social por um indivíduo enfermar-se é de responsabilidade coletiva, e por isso dever do Estado, convive com um outro processo, o da “mercantilização da oferta”, em que a saúde se apresenta como um bem econômico, dentro da lógica do mercado privado de seguros e planos de saúde (VIANA; ELIAS, 2007)². A leitura de várias obras sobre o tema, sendo algumas mencionadas neste trabalho, abre a perspectiva de que o enfraquecimento da rede pública decorrente se daria não pela mera existência do setor privado, mas pela concepção de que ainda que o SUS seja, em tese, universal, e que realmente ele seja acessível a todos os cidadãos, na prática, ele significou uma espécie de política pública focalizada nos indivíduos que o mercado não abrangeria, ou seja, destinada a quem não pudesse pagar por um plano de saúde.

Menicucci acredita que podemos tomar entendimento acerca do padrão institucional de assistência à saúde atual se identificarmos sua dependência a arranjos estáveis e rotinizados que estruturaram o comportamento político e assim estabeleceram limites dentro dos quais as decisões políticas são tomadas. A partir disto, a autora defende que a reforma da saúde que levou à criação de um sistema público universal – possibilitado pelo contexto de democratização e a situação de desequilíbrios institucionais favoráveis a mudanças – mesmo tendo permitido a constituição de novos atores, portadores de propostas alternativas à saúde, carregou em seu bojo características do modelo institucional anterior (MENICUCCI, 2007, p. 23). Conseqüentemente, ainda que o SUS represente uma inovação institucional, esta seria limitada por continuidades do modelo de assistência à saúde precedente.

Tendo isto em vista, e para visualização desses argumentos propostos pela autora, este capítulo delineará um breve panorama sobre as políticas sociais na área da saúde ao longo do século XX até a criação do SUS, algo que será importante para o entendimento posterior sobre os obstáculos que este sistema encontra para se

² Segundo Viana e Elias (2007), a saúde teria ainda uma terceira dimensão: o complexo industrial da saúde, que constitui um campo próprio de acumulação de capital em saúde, despontando para os avanços científicos e tecnológicos no campo biomédico. Os autores afirmam que o predomínio de interesses ligados a esta dimensão mais a da “mercantilização da oferta” impediriam a constituição de um sistema que efetivamente garantisse o acesso à saúde como direito social (p. 1768).

concretizar no Brasil. O uso de seus argumentos neste trabalho justifica-se, portanto, por oferecer elementos históricos importantes para a compreensão da constituição deste sistema e de seus limites. Para isto, também serão apreciadas contribuições de outros autores, em uma tentativa de tracejar momentos significantes da política social que afetaram a saúde dos brasileiros, de forma seletiva e, portanto, desigual.

1. 1 As políticas públicas de saúde da República Velha ao Estado Novo

Seguindo ao referido estudo de Menicucci (2007), acredito que seja profícuo estender a análise histórica sobre assistência à saúde no Brasil, e assim averiguar como as políticas adotadas no passado estabelecem constrangimentos às políticas subseqüentes, através da contribuição de Nísia Trindade Lima a respeito da constituição do movimento sanitário no Brasil, ainda no começo do século XX.

Lima (1999, 1996) inicialmente demonstra como no Brasil, a discussão sobre a saúde esteve atrelada à idéia de nosso atraso. No momento da República Velha, por exemplo, analisar a condição de saúde dos brasileiros foi um importante passo à construção da autoridade do Estado e também à formação de um ideal de nação. Nesta época estavam em voga teses negativas sobre a inferioridade climática e racial do país. Tampouco poderia se observar um sentimento de nacionalidade no povo. Assim, o grande tema dos movimentos intelectuais deste período baseava-se na construção da nacionalidade brasileira e a conformação de projetos nacionais para fortalecimento da presença do Estado em todo território³. Em decorrência deste interesse, os cientistas do

³ A inexistência de um sentimento de comunidade e de uma identidade coletiva que pudessem remeter a um sentido de nação é analisado por José Murilo de Carvalho (2000). Segundo ele, os idealizadores da República embatiam-se na arena ideológica pela versão oficial do mito de origem do novo regime, dividindo-se em linhagens políticas distintas pelas quais buscariam uma base para a construção da nação. Seria pela mobilização simbólica que se tentariam compensar a não participação dos setores populares na derrubada do regime anterior. Apenas através do forjamento desse sentimento de identidade, poderíamos conceber a fundação de uma comunidade política. Tal mobilização simbólica teria sucesso já no século XX, quando as idéias de *Casa Grande e Senzala* de Gilberto Freyre, publicado em 1933, sobre a singularidade da formação social brasileira, ganham sustentação no governo interventor de Vargas. Ali estavam sistematizadas as idéias que dariam escopo à “brasilidade”, uma idéia-força de “apagamento das diferenças” entre classes, raças, regiões e etnias a favor de uma cultura

movimento sanitarista e grandes nomes da intelectualidade no país reuniram-se em torno do projeto civilizatório que defendia a construção nacional do Brasil atrelada a políticas públicas em áreas como saúde e educação. Destacaram-se aí as intervenções sanitárias e urbanas iniciadas no Rio de Janeiro e centros urbanos do Sudeste, que se estenderiam às outras regiões, principiando o saneamento rural.

As doenças ganham um destaque todo especial neste momento, principalmente com o trabalho dos cientistas do Instituto Oswaldo Cruz, criado em 1908⁴, propiciando a associação do Brasil à figuração de um “imenso hospital”⁵. As viagens desses cientistas pelo país contribuíram para formar um retrato das áreas do interior onde as doenças tornam-se marco da própria nacionalidade. A formulação de um discurso científico e uma tese higienista, a partir disto, serviu de base à elaboração de uma interpretação social sobre o atraso do interior do país, tanto por parte de nossos pensadores como num imaginário social em sentido mais amplo (LIMA, 1999, p. 93).

A campanha tornou a doença e o abandono das áreas rurais temas de debate público e problemas sociais. Os intelectuais que aderiram à campanha pelo saneamento dos sertões em fins da década de 1910 criticavam a concepção de inviabilidade do Brasil como nação por questões fatalistas baseadas na raça ou no clima, tal como defendiam as teorias européias na segunda metade do século XIX. A ancilostomose, a malária e a doença de Chagas que despontavam como as principais moléstias, as chamadas “doenças da preguiça”, por exemplo, deixam de ser relacionadas à origem racial da população. A “natureza” recorrente nos discursos dos sanitaristas não seria usada para afirmar a impossibilidade de vida nos trópicos, mas sim o poder da ciência por meio da higiene para transformação das condições ambientais. O sertão devia ser tratado, ou em outras palavras, “civilizado” e era aqui

singular brasileira, fruto da miscigenação bem sucedida entre índios, portugueses e negros. Sobre o tema, ver Maciel (2007) e Souza (2000).

⁴ Inicialmente Instituto Soroterápico Federal criado em 1900, devido em parte à influência das epidemias nas cidades, como no caso da peste bubônica em 1899, no porto de Santos (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, 33).

⁵ Expressão do médico Miguel Pereira, citada por Lima (1999, p. 84).

que a ciência, especialmente a idéia-força do saneamento, atuava como propulsora da solução e integração do “sertão” à civilização do “litoral”⁶.

A partir de então, o principal problema a ser enfrentado para o progresso das regiões consideradas atrasadas não seria mais o clima ou as raças⁷. O nosso atraso relacionava-se à doença generalizada, resultado do isolamento ou abandono das populações do interior pelo poder público. A imagem do brasileiro desprovido de condições mínimas de higiene, saneamento e conseqüentemente da saúde estava sendo pouco a pouco disseminada no imaginário social. E no seio deste deslocamento, o movimento sanitarista da primeira República possibilitará a transformação da saúde em questão política e social, assim como uma questão primordial ao ideal de modernização do Brasil (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Podemos então começar a assistir, por meio do trabalho desenvolvido pelo movimento sanitarista, ao surgimento de mecanismos reguladores da vida, com pretensão de otimizá-la por meio de medidas preventivas em saúde e higiene da população, mecanismos estes que, segundo Foucault (2005), passaram a operar de uma forma geral nos países modernos a partir do fim do século XVIII. Para este autor (2007a), a medicina moderna, enquanto ligada à economia capitalista, se caracterizaria precisamente pela valorização da dimensão global da sociedade e assim a valorização de uma medicina coletiva (subordinando a medicina individualista). Segundo ele, o capitalismo que se desenvolve em fins do século XVIII e início do XIX teria socializado o corpo enquanto força de trabalho, de forma que o controle da sociedade sobre os indivíduos começaria através dele: “no corpo, com o corpo” (2007a, p. 80). E nestes termos, a medicina se tornaria uma estratégia bio-política de controle dos indivíduos: “Os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição mas o aumento constante de sua utilidade” (2007b, p. 198).

⁶ Litoral é uma das expressões concebidas na época para designar o pólo moderno do Brasil. Sua oposição ao “sertão”, o pólo atrasado, é, portanto, tributária da idéia de “dois Brasis”, um Brasil moderno em oposição a um Brasil pré-moderno. Sobre este assunto e sua repercussão no movimento sanitário, assim como nas ciências sociais, ver o já referido texto de Lima (1999).

⁷ Tal deslocamento do foco explicativo acerca de nossas mazelas dos fatores biológicos para os fatores ambientais se insere ainda no contexto da sociologia de Gilberto Freyre, que destacará a “cultura” como a chave de compreensão da sociedade brasileira e de suas virtualidades específicas. Ver Souza, 2000.

Assim posto, o que podemos constatar no caso brasileiro, é que a implementação de ações higienistas, que tomavam a “população” enquanto objeto de cuidados em saúde, ao visar consolidar a construção de uma identidade nacional do país, seguia a mesma lógica dos modelos de saneamento empregados em outros países capitalistas, qual seja um projeto de modernização que pudesse viabilizar desenvolvimento social e econômico.

É sabido, no entanto, que desde a criação do sistema nacional de saúde nas primeiras décadas do século passado, com sua efetivação nos anos 30, a saúde coletiva no Brasil se tornaria subordinada ao atendimento médico individualizado. O Estado Novo ao patrocinar o fortalecimento de um sistema previdenciário, que fornecia assistência médica individual aos inseridos formalmente no mercado de trabalho, contribuía para consagrar a separação institucional e política entre *saúde pública* e *assistência médica* no Brasil (GERSCHMAN; SANTOS, 2006, p.180). Todavia, essa progressiva “individualização” da atenção à saúde por meio de organismos vinculados aos Ministérios da Previdência e da Saúde também seguia os padrões de assistência médica que puderam ser visualizados em outras sociedades modernas. A primazia dada ao individual teria razão de ser tendo em vista que se restringia “à recuperação de dimensões ou ‘partes’ dos indivíduos, de modo a possibilitar-lhes continuarem desempenhando funções e assumindo papéis necessários para a manutenção e reprodução da ordem social” (AUGUSTO; COSTA, 1987, p. 60). Conseqüentemente, a assistência à saúde atrelava-se ao trabalho e na possibilidade de torná-lo mais eficiente e controlado.

Feitas estas considerações, veremos que entre os anos de 1910 e 1920, a autoridade estatal abrangerá o território nacional, criando as bases para formação de uma burocracia em saúde pública, e assim a criação de um sistema nacional de saúde, com concentração e verticalização das ações no governo central, que se efetivaria após 1930. A política social adotada pelo governo de Getúlio Vargas é, portanto, tributária deste processo. E será este primeiro governo de Vargas o verdadeiro marco na configuração de políticas sociais no Brasil (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2006, p. 38). Dele, destacaram-se medidas de centralização das ações estatais, no intuito de

propiciar a integração da economia nacional e regulamentar os fatores de produção (MEDEIROS, 2001, p. 9).

Ainda nesse primeiro período da era Vargas (1930-1945), buscou-se combinar uma centralização normativa da saúde, com uma descentralização executiva, o que equivale a dizer que através do comando único do Estado, a esfera estadual seria foco de controle e irradiação das políticas públicas adotadas. Foram criados distritos sanitários através da instalação de postos de saúde em regiões do interior dos estados, de tal forma que o governo federal pudesse obter maior controle das instâncias locais. Com essas medidas, a base do sistema nacional de saúde pública era consolidada.

Uma das principais mudanças na esfera institucional foram as ações públicas de saúde se distinguirem em duas vias de acesso. A que merece maior destaque, pelo impacto significativo na consolidação da política de bem-estar no Brasil, foi sem dúvida a assistência vinculada ao Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC), que fornecia assistência médica individual, previdenciária, aos inseridos formalmente no mercado de trabalho. A estruturação do sistema previdenciário⁸ torna-se a marca do sistema de proteção social montado no Brasil, por meio do qual se desenvolveria a sustentação dos direitos sociais pelo Estado (MENICUCCI, 2007, p. 61). Para tal, foram criados, contemporaneamente à legislação trabalhista e sindical, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), cada qual incorporando uma categoria profissional, na elaboração de uma rede própria de benefícios, entre eles os serviços da assistência médica hospitalar. Foi possível assim, conforme a criação de diversos institutos, estender a cobertura previdenciária a diferentes categorias profissionais. No entanto, tal cobertura institucionalizaria a diferenciação da assistência conforme a categoria de trabalhadores, significando a reprodução na saúde de diferenciações nas características gerais de cada instituto⁹ (MENICUCCI, 2007, p. 63).

⁸ As primeiras instituições previdenciárias para trabalhadores do setor privado, por iniciativa estatal (já existiam iniciativas para os funcionários públicos) foram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas nas empresas a partir de 1923. A assistência restringia-se às empresas com mais de cinquenta funcionários e a forma de provisão dos serviços médicos se fazia pela compra de serviços privados. Na década de 30, elas serão sucedidas e absorvidas pelos IAPs (MENICUCCI, 2007, p. 62-63).

⁹ Podemos citar como exemplo, os gastos com assistência médica, em 1964, do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), que era cerca de 20,2% do total de despesas, enquanto que no Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB), esse número chegava a

Não obstante, a expansão da cobertura previdenciária por meio dos IAPs não significou uma ampliação respectiva da assistência médica à saúde, pelo menos até os anos 60. A extensão da assistência médica era em parte condicionada pelas pressões dos profissionais segurados, que variavam conforme a categoria de trabalho. Um outro fator condicionante, embora em menor relevo, era o fato de tal benefício funcionar como forma de prevenção de problemas em saúde e assim minimizar a ocorrência de afastamentos por invalidez, o que custava ao sistema previdenciário o pagamento de benefícios pecuniários. Contudo, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), em 1960, houve a uniformização e ampliação de benefícios previdenciários, em que a assistência médica passava a ser garantida a todos os seus segurados.

Vale ressaltar aqui o crescimento da prestação de serviços privados por meio da política previdenciária. Segundo Bahia (2005), a insuficiência da capacidade instalada dos serviços próprios para atendimento dos segurados, assim como a opção por um atendimento diferenciado, justificaria a contratação de serviços privados pelos IAPs. Desta forma, prestadores privados de saúde complementavam os serviços dos IAPs, quando não constituíam a rede assistencial dos mesmos. O acesso a médicos e hospitais particulares era mediado pelo valor de contribuição do segurado para os institutos. Estas medidas potencializaram a construção e as reformas de ampliação de hospitais particulares, nas décadas de 50 e 60. Devido a esse estímulo, o número de hospitais privados aumentou de 1305, em 1946, para 2390 em 1964; enquanto o de hospitais públicos de 442 em 1946, chegou ao número de 457 em 1964, mantendo-se comparativamente constante em relação ao primeiro (BAHIA, 2005, p. 416). Desta forma, pode-se afirmar que até a década de 60, a rede privada hospitalar seguia um movimento próprio, independente da política pública assistencial, no entanto, após esse período, seu crescimento esteve irremediavelmente relacionado com aquela.

O outro tipo de acesso à saúde ficava a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), substituído pelo Ministério da Educação e Saúde (MES) em 1937, que atenderia aqueles que não foram abrangidos pela medicina previdenciária,

63,4 %, sendo este instituto considerado o mais pródigo dos IAPs em função da capacidade maior de mobilização e pressão dos bancários para consecução de benefícios (MENICUCCI, 2007, p. 65).

tais como os desempregados e os trabalhadores informais, “ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2006, p. 42). Tratava-se de uma medicina de cunho coletivista, de caráter preventivo, não abrangendo o cuidado clínico, individual. Ficavam, conseqüentemente, excluídos da ampliação de benefícios garantida aos segurados da previdência. O que, por seu turno, justifica-se devido ao fato de tais conquistas estarem indissociavelmente articuladas ao projeto de industrialização em curso. Tal relação capital/trabalho implicaria, conseqüentemente, a exclusão dos habitantes das zonas rurais dos benefícios, sendo estes considerados inelegíveis à condição de segurados (BAHIA, 2005, p. 419). Assim, por não trabalharem em regime regular e não contribuírem com as organizações de seguro médico-social, os trabalhadores rurais recebiam assistência dispersa de algumas instituições de caridade ou de serviços oficiais. Com estas medidas, o trabalhador formal era explicitamente recompensado pelos serviços de saúde de maior qualidade, pois contribuía para expansão da industrialização e o crescimento econômico do país. Delineava-se desde já a distinção institucional que marcaria as ações de saúde no Brasil durante décadas.

Por outro lado, é possível também constatar que se o Estado de Bem-Estar edificado no Ocidente surge como resultado das barganhas políticas dos trabalhadores, no Brasil, ele surgiu como forma de regular aspectos em relação à organização dos trabalhadores assalariados dos setores modernos da economia e da burocracia (MEDEIROS, 2001, p. 8). Surge aqui então como estratégia de antecipação de algumas demandas, favorecendo os grupos profissionais de maior influência política no país, o que limitou a legitimidade de suas reivindicações sociais, assim como ajudou a desmobilizar os trabalhadores em geral (MEDEIROS, 2001, p. 9). Um caso que explicita isso diretamente no caso da saúde é o interesse de empresas privadas em concederem assistência médica a seus funcionários, tendo em vista a produtividade – que passou a ser fundamental no tipo de indústria implantado em fins da década de 50 – e o controle do absenteísmo. Na década de 80, tal benefício se ampliaria, abarcando atendimentos ambulatoriais, hospitalares e odontológicos para a família, tendo estes gastos a conotação de investimento, e os problemas de saúde da família passando a serem vistos como algo que interferisse na produtividade (MENICUCCI, 2007, p. 120).

Para Marcus Melo (1991), é possível afirmar ainda que a política social implementada nos anos 30 se inscreve num movimento de construção da identidade nacional (*nation-building*) e de integração social. No entanto, o processo de integração ou de ampliação da participação se daria sob o jugo da segmentação e regulação, se constituindo a partir de um eixo estruturador de relações sociais, com clivagens de classe. O autor se apóia na análise de Wanderley Guilherme dos Santos (aliás, boa parte da literatura sobre o tema o faz) acerca da “cidadania regulada”, sob a qual se defende a idéia de que os direitos sociais foram conferidos aos grupos ocupacionais que são reconhecidos e regulamentados pelo Estado enquanto demandantes legítimos de direitos (Melo, 1991, p. 271). Logo, este conceito define um sistema de estratificação ocupacional, em que serão considerados cidadãos os membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das profissões reconhecidas e definidas em lei (SANTOS, 1979).

Através do conceito de “cidadania regulada” é possível afirmar que o modelo brasileiro de sistema de proteção social, neste período inaugural, enquadra-se no modelo “meritocrático-corporativista”, pois a extensão de direitos e dos serviços sociais, dentre eles a saúde, se dava a partir da situação dos indivíduos no mercado de trabalho (COHN, 2007). Sônia Draibe (1989) também compartilhará desta idéia, ao se dedicar ao tema da especificidade do Welfare State brasileiro. Mas para isto, foi importante para autora defender, primeiramente, a existência de um Estado de Bem-Estar entre nós, algo que lhe foi permitido por estudos comparados sobre diferentes experiências de Estado de Bem-Estar Social, em que

é possível apreender o Estado Protetor menos como a concretização de programas social-democratas do pós-guerra, antes como elemento estrutural importante das economias capitalistas contemporâneas, uma determinada forma de articulação entre Estado e o Mercado, o Estado e a Sociedade, um modo particular de regulação social que se manifesta em um certo momento do desenvolvimento capitalista (1989, p. 15).

Desta forma, a autora acredita ser possível pensar em Welfare State segundo padrões diferenciados, tanto progressistas, generosos na cobertura e na diversificação dos benefícios, quanto em padrões conservadores, que podem ser extremamente seletivos (seria este o caso brasileiro para a autora):

Em determinados casos e padrões foi capaz de praticamente extirpar a pobreza absoluta, garantindo uma renda mínima (ou o imposto negativo) a todos quantos não lograram integrar-se via mercado e salário; em outros, tem deixado relativamente a descoberto e desprotegidos os bolsões ou as camadas mais pobres da população (1989, p. 15).

Tendo isto em vista, a autora buscará caracterizar distintos períodos do welfare no Brasil, cujo ponto de partida se deu a partir da década de 30, particularmente o período de 1930/1943, em que se destacam, sob o jugo de um regime autoritário, a criação dos IAPs e a formulação da legislação trabalhista, consolidada em 1943. Para Draibe, este período de “Introdução” do Estado de Bem-Estar Social entre nós se deu sob o princípio do *mérito*, entendido como a concessão de benefícios conforme a posição ocupacional e de renda adquirida ao nível da estrutura produtiva, sendo este a base sobre a qual o sistema brasileiro de política social se erguerá (1989, p. 33).

Estas análises, apoiadas no conceito de “cidadania regulada” de Santos (1979), apreendem uma noção de cidadania, no entanto, que merece ser revisada. É possível apontar, através dos estudos empreendidos por Jessé Souza (2003) e Emerson Rocha (2008), que tal análise feita por Santos se equivoca na identificação do fator crucial que determina a perpetuação de um padrão restritivo de expansão de direitos sociais e civis a grande parcela da população.

A identificação em si de um padrão restritivo de direitos, que condiz com as outras abordagens acima, não é errônea. Se seguirmos, contudo, a análise empreendida por Souza (2003), veremos que tal padrão restritivo de direitos é a constante histórica da existência de um grande contingente populacional no Brasil. Na realidade, a restrição de direitos seria efeito de um padrão restritivo num nível mais profundo, e anterior, que se estende à vida social. Assim, a restrição de direitos se daria a pessoas que não fossem socialmente consideradas “merecedoras” de tais direitos, pessoas que não usufríssem uma atribuição valorativa positiva enquanto seres humanos dignos. Esta noção distancia-se da idéia defendida por Santos (1979), visto que este autor identifica que o “nascimento cívico” de uma pessoa dependeria da regulamentação de sua ocupação no processo acumulativo através de uma “engenharia institucional” empreendida pelo Estado. Neste sentido, Santos vincula tal

padrão restritivo de direitos ao padrão de intervenção estatal, que teria sedimentado uma “cultura cívica” por meio do reconhecimento jurídico das profissões.

Santos não apreende, portanto, as condições históricas que permitiram a não inclusão de grande parcela de brasileiros ao mercado de trabalho, brasileiros estes que não adquiriram as disposições exigidas para a integração na sociedade de classes, na ordem capitalista e burguesa. Algo que foi, por exemplo, analisado por Florestan Fernandes (1978), em seu estudo sobre o processo de integração da população paulista recém saída da condição de escravo na nova ordem que se consolidava no Brasil, no período de 1880 a 1960. Fernandes observa que para os negros, a rapidez com que a ordem competitiva se expandia suprimiu pela raiz “as possibilidades de uma transição gradual, que lhes facilitasse a aquisição, pela experiência, da mentalidade e dos comportamentos requeridos pelo novo estilo de vida” (1978, p. 30). Como foram deixados “à própria sorte” em um mundo que se transformava velozmente, em que os códigos tradicionais do patriarcalismo rural davam lugar à edificação da ordem competitiva de classes, negros e mulatos tiveram o pior ponto de partida para se integrar a este “mundo novo”, particularmente ao mercado de trabalho (FERNANDES, 1978; FREITAS; LUNA, 2006; SOUZA, 2003).

Os ex-escravos e o contingente branco, formado por homens livres, porém pobres da ordem escravocrata, irão compor esta fatia de nossa população, denominada por Souza como “ralé estrutural” (2003), que teria como traço marcante de sua condição social o fato de não ter se adaptado e se enquadrado aos requisitos básicos que definem a “condução da vida” do produtor útil, na ordem capitalista moderna que se consolidaria no Brasil nos anos 30. Devido a isto, tal contingente não possuiria um ingresso bem sucedido nem no mercado de trabalho nem na competição por direitos políticos. A persistência de padrões de condução da vida disruptivos, ou apenas inadequados ao êxito em tais competições, causaria e legitimaria a persistência histórica de um padrão restritivo de concessão de direitos (ROCHA, 2008).

Os pré-requisitos “psicossociais”¹⁰ essenciais para tal sucesso são a disciplina, o autocontrole, a responsabilidade por si, o pensamento prospectivo enquanto

¹⁰ Expressão muito utilizada por Florestan Fernandes (1978) no estudo sobre as disposições sociais e psicológicas dos negros recém-libertos, no que tange a sua não integração na sociedade de classes, no limar do século XX.

planejamento e orientação para o futuro e cálculo. Tais virtuosidades compõem o perfil psicossocial do indivíduo que possui “habitus primário”, conceito este formulado por Souza para designar as “precondições cognitivas para um desempenho adequado ao atendimento das demandas (variáveis no tempo e no espaço) do papel de produtor, com reflexos diretos no papel do cidadão, sob condições capitalistas modernas” (2003, p. 170).

O tipo de personalidade e de disposições de comportamento que, todavia, não atende a tais demandas objetivas da ordem capitalista, não podendo gozar de reconhecimento social com todas suas conseqüências existenciais e políticas, foi designado por Souza como condizente com um “habitus precário”, exatamente o habitus que caracteriza a ralé. Aqui o autor faz clara alusão ao conceito bourdesiano de “habitus” (2007), entendendo este enquanto esquemas de conduta e comportamento que passam a gerar práticas individuais e coletivas, ao serem inscritos e naturalizados no corpo, ou seja, incorporados e corporificados, desde a mais tenra infância. Assim, o “habitus precário” vai definir as disposições do “subcidadão”, do indivíduo que, não adaptado às demandas produtivas da sociedade moderna, é conformado sob um estilo de vida reativo, ressentido, quando não abertamente criminoso e marginal (SOUZA, 2003, p. 171).

Compartilhando deste arcabouço teórico, Rocha (2008) afirma que a existência da ralé concederá singularidade ao processo de institucionalização do welfare entre nós. Enquanto as abordagens anteriores ressaltam o caráter corporativista do Estado de Bem-estar social, em seu momento inaugural, este poderá ser entendido colocando agora em pauta, ou tornando “visível”, a existência da ralé enquanto classe social.

Para formular este argumento, Rocha salienta primeiramente, que os “suportes sociais” do arranjo institucional dedicado à promoção do bem-estar social, no ocidente, foram os proletariados e as classes médias¹¹, que ao longo da primeira metade do

¹¹ A importância destas classes à configuração de distintos modelos de welfare pode ser vislumbrada em Esping-Andersen (1991). Segundo ele, as diferenças entre os regimes de welfare states (para os quais o autor propõe três modelos distintos) podem ser entendidas a partir da natureza da mobilização de classe, particularmente a classe trabalhadora, das estruturas de coalização política de classe e do legado histórico da institucionalização do regime. A estrutura das coalizações de classe seria muito mais decisiva, no entanto, para a construção do regime que as fontes de poder de qualquer classe tomada isoladamente. Depois da Segunda Guerra, a consolidação dos welfare states em muito dependeria de alianças políticas feitas com as novas classes médias. Assim, o modelo escandinavo baseou-se

século XX já estavam em processo de diferenciação (2008, p. 15). Tais classes, enquanto condizentes com a conformação do habitus primário e assim integradas no mercado de trabalho, foram as verdadeiras reivindicadoras e o alvo das políticas de promoção de bem-estar, que condicionariam o processo de concepção e consecução destas políticas:

Grosso modo, o alcance da compreensão e da capacidade de intervenção sobre o “social” no welfare relaciona-se diretamente com as necessidades dessas classes. Foram essas necessidades que condicionaram a seletividade no processo de constituição das políticas de bem estar; condicionaram a seleção da configuração dos arranjos institucionais e a seleção do tipo de sociologia que conformaria o imaginário do “social” acessível aos atores políticos (ROCHA, 2008, p. 15-16).

Para Rocha, a Sociologia, principalmente depois de Marx e sua explicitação da produção da desigualdade social pelo capitalismo, teria na “classe” um dos conceitos principais a serem sedimentados. Este conceito serviria de compreensão da desigualdade social, para a qual o Estado deveria encontrar uma solução satisfatória. No entanto, como os suportes sociais do processo de constituição do welfare já contavam com as disposições necessárias à integração na sociedade de classes, o conceito de classe eleito por essa conjuntura histórica não problematizaria os processos de socialização necessários à aquisição de tais disposições. Por isso, o conceito de classe, em tal contexto, relevaria questões de classe das classes operárias e médias e não questões fundamentações sobre os processos de socialização precária em sociedades de modernidade periférica¹² (ROCHA, 2008, p. 16-17).

fundamentalmente na capacidade da social-democracia de incorporá-las, o que na prática se deu através da concessão de benefícios segundo gostos e expectativas desta classe, ainda que preservando o universalismo de direitos. Assim tanto a clientela tradicional na classe trabalhadora quanto a nova camada de *White-collar* foram beneficiadas. Já o modelo desenhado nas nações anglo-saxões, caracterizado por um modelo residual de welfare state, propiciou o dualismo de classe, devido as novas classes médias não trocarem o mercado pelo Estado, e assim este último atenderia essencialmente a classe trabalhadora e os pobres. Quanto ao terceiro modelo, que engloba a Europa Continental, o corporativismo estatal foi ampliado para atender a nova estrutura de classe “pós-industrial”, o que significou a concessão de direitos segundo a classe social e o *status*. Assim, houve a institucionalização da lealdade da classe média tanto na preservação de programas de previdência social segregados ocupacionalmente quanto na preservação de forças políticas que os geraram.

¹² Rocha cita Florestan Fernandes e Pierre Bourdieu como pioneiros em pesquisas sobre contextos de modernização periférica.

Ao contexto brasileiro, a partir das idéias esboçadas, Rocha pode depreender que o que está por trás do efeito percebido no conceito de “cidadania regulada” de Santos é precisamente a eficácia do trabalho numa espécie de “nascimento social”. Na realidade, o valor moral atribuído ao trabalho, numa espécie de confirmação da utilidade do indivíduo à reprodução da sociedade moderna, legitima que apenas os trabalhadores qualificados usufruam reconhecimento social. Assim, a carteira de trabalho, que veio a ser descrita por Santos como uma espécie de “certidão de nascimento cívico”, expressou a legitimação de uma distinção que já havia entre as classes integradas à sociedade de classes e a classe não integrada à mesma, que vem a ser a ralé estrutural. É neste sentido que o corporativismo pode ser entendido como uma forma de contemplar as classes incluídas no processo produtivo. Se lembrarmos Medeiros (2001, p. 8), o welfare ainda teve aqui a conotação reguladora frente à organização dos trabalhadores assalariados dos setores modernos da economia e da burocracia. Ou seja, por um lado, ele excluiu a ralé, e por outro ele procurou controlar e regular as classes trabalhadoras beneficiadas.

Por sua via, o Welfare State dos chamados países “desenvolvidos”, implementado no período do pós-guerra, buscou impor um mecanismo de freio às forças brutas da desigualdade socialmente produzida pelo mercado, por meio do sistema de direitos e políticas sociais (DRAIBE, 1997, p. 8). Neles, as políticas sociais de bem-estar surgem em consonância com uma situação de pleno-emprego, e assim de uma elevação no nível de vida da maior parte da população. No caso específico do Brasil, a intervenção do Estado perseguiu um caminho conservador de edificação de suas políticas de bem-estar, o que representou na prática a negação do bem-estar prometido pelo progresso econômico (DRAIBE, 1989, p. 41). Isto se justifica pela intervenção do Estado brasileiro ter se fundamentado na capacidade contributiva do trabalhador e se direcionar exclusivamente a ele, algo que caracterizou a institucionalização da previdência social, por exemplo, desde a fase “introdutória” do welfare, assim como em sua fase de “Consolidação”, entre os anos de 1964/1977. A relação renda-contribuição-benefício demarcou, portanto, o perfil meritocrático, já apontado anteriormente, que reproduziu o esquema de desigualdade social, e assim da exclusão social, vigente no Brasil (DRAIBE, 1989, p. 33).

O período de “Consolidação” do welfare brasileiro, tal como identifica Draibe, reforçará este esquema de desigualdades ao tornar expressiva a amplitude do sistema previdenciário como política de atenção à saúde. Para tratarmos deste período, agora destacadamente, cabe apenas notar que o período anterior, que vai da queda de Vargas até o golpe militar em 1964¹³, embora tenha esboçado avanços importantes para a área da saúde – como a criação do Ministério da Saúde em 1953, o processo de deslocamento da discussão das arenas da burocracia pública para o legislativo e esfera política, e a politização da saúde nos congressos de higiene e nas conferências nacionais –, manteve a separação entre “saúde pública” e assistência médica. Os desdobramentos da consolidação ou da “consagração” da distinção da assistência à saúde, por meio da segmentação da clientela, ganham novos contornos com o fortalecimento e ampliação do setor privado da saúde, como veremos a seguir.

1.2 A consolidação da assistência segmentada no Brasil

Neste momento, a trajetória política da saúde será embasada essencialmente pelo trabalho de Telma Menicucci (2007), devido a autora identificar elementos históricos importantes para a consolidação do que foi denominado pela literatura sobre a política de saúde no Brasil como “mix público/ privado”. A autora parte do pressuposto, que interessa aqui ressaltar, que foi na década de 60, propriamente, que o sistema previdenciário ganhou forte vigor, explicitando a disposição pública no sentido de tornar a assistência à saúde uma política governamental. Seria através da unificação

¹³ O grande marco neste período foi a idéia de que a saúde é um bem de valor econômico, pressupondo investimento em “capital humano” como forma de permitir o progresso do país. Investir em saúde se assemelharia a assegurar possibilidades de desenvolvimento, assim como doença se equivalia à pobreza. Entretanto, ocorreram divergências em torno do entendimento sobre as causas e estratégias políticas de superação da doença e subdesenvolvimento. Havia os que acreditavam que a doença obstaculizasse o progresso, e os “desenvolvimentistas” que entendiam que combater às doenças não superaria a pobreza. Estes últimos defendiam o contrário: a infra-estrutura econômica que possibilitaria a saúde. Daí a defesa da ampliação do papel dos municípios e um melhor aparelhamento dos serviços sanitários, o que implicariam uma crescente descentralização, horizontalidade e integração das ações de saúde. O golpe de 64, porém, pôs abaixo esses ideais (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

dos IAPs em uma única estrutura institucional, abrangendo toda força de trabalho, com a criação em 1966 do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que este vigor seria alcançado, estendendo o seguro social para todos assalariados urbanos.

O tipo de assistência que a previdência irá disponibilizar a seus segurados seguiu uma tendência vista em diferentes países. A autora nos chama atenção para o fato de que a partir dos anos 50 ter havido de forma generalizada uma elevação significativa dos custos com a assistência médica, devido ao incremento nas transformações científicas e tecnológicas. Com isto, o saber e a prática médica se desenvolveriam, levando a um maior uso de medicamentos, serviços para diagnósticos e equipamentos mais avançados. Como consequência, teríamos uma maior diversidade de especialidades e da mão-de-obra empregada na área da saúde, além do hospital ter se configurado como lugar privilegiado de encontro das diversas especialidades médicas, visto que detinha a infra-estrutura e importantes equipamentos. Assim a medicina previdenciária, já em fins da década de 50, expressaria a mesma tendência internacional de valorização e centralização da assistência no âmbito hospitalar. Em decorrência disto, a medicina da previdência teve essencialmente um caráter “hospitalocêntrico” e curativo (MENICUCCI, 2007, p. 68).

Aliás, o hospital tornou-se a grande “porta de entrada” do sistema de assistência à saúde, sendo que os serviços hospitalares comprados de terceiros serão quase que a totalidade dos gastos com assistência médica previdenciária (cerca de 90% da despesa geral do INPS entre 1969 a 1975)¹⁴. Em contradição com a expansão da assistência previdenciária, que conta com recursos contributivos calculados em termos da receita como uma função da massa salarial, as medidas de saúde voltadas para o atendimento de necessidades coletivas e de teor preventivo ficariam relegadas a um segundo plano, visto o orçamento precário e declinante do Ministério da Saúde, enquanto órgão responsável por essas ações. Segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005, p. 61), a saúde pública restringia-se a campanhas de baixa eficácia. Além disto, os serviços

¹⁴ Isto contraria a lógica técnica e financeira pensada para os sistemas de saúde, que pressupõe a organização do sistema de forma hierarquizada e piramidal, em que na base do sistema estariam os procedimentos de menor complexidade tecnológica, para uma cobertura mais ampla. Conforme fosse aumentando a complexidade nos níveis seguintes, menor seria a cobertura, uma vez que diminuiria a necessidade de realização de procedimentos previstos nos níveis superiores. Portanto, a base do sistema deveria ser a “atenção primária”, de menor custo, para todos, e com alta capacidade de resolução para maior parte das necessidades de atenção à saúde (MENICUCCI, 2007, p. 82).

estatais de saúde pública eram caracterizados por um modelo de higienização da sociedade, tanto em termo de educação sanitária, como na necessidade de controle de epidemias que pudessem acarretar prejuízos à economia do país. Esse tipo de serviço se destinava a moléstias consideradas como “doenças de pobre”, encobrendo apenas a atenção primária de saúde. Já o atendimento hospitalar ficava restrito ao apoio de segmentos filantrópicos da saúde, das organizações de ajuda mútua e a parques hospitalares estatais (COHN, 2005). Soma-se a isto o fato de que em meio à elevação dos custos da assistência médica, a inviabilização de grande parcela da população à medicina privada, aumentava a demanda pela assistência pública, que por seu turno, tinha todas essas limitações citadas. Assim ficava a ralé estrutural relegada, mais uma vez, ao esquecimento e a precariedade da assistência à saúde. Cabe notar que o número de associados aos institutos, no ano de 1963, antes ainda da unificação no INPS, era de 6.938.700, enquanto a população brasileira na época era estimada em torno de 77.521.000 habitantes (BAHIA, 2005, p. 416).

A unificação dos IAPs no INPS, por outro lado, não significou a contemplação de uma demanda dos trabalhadores, no sentido de que tal unificação foi encarada, em muitos casos, como a perda de benefícios corporativos, já que os institutos diferenciavam-se quanto aos recursos e a amplitude de benefícios concedidos. Assim, a competição entre as categorias profissionais, induzida pelo formato institucional dos IAPs, não favorecia uma reivindicação em torno da igualdade de benefícios e serviços. Todavia, como demonstra Menicucci, novas formas de segmentação entre os próprios trabalhadores são recriadas, dificultando a formação de uma visão universalista por parte dos assalariados.

Como já ressaltado, a política previdenciária a partir dos anos 60, ao assumir a assistência médica como uma de suas atribuições, delegou ao setor privado grande parte das atividades de prestação dos serviços que destinava aos segurados. Isto teria se intensificado com a criação do INPS, e sua decorrência em favor da ampliação da cobertura previdenciária. Como contrapartida, houve um baixo desenvolvimento da capacidade estatal para produção de serviços hospitalares, o que fez com que o Poder Público dependesse do setor privado para expansão da assistência. Tornavam-se dominantes a partir disto as forças institucionais liberais e privatistas da corporação

médica, que privilegiavam a prática assistencial curativa sob a forma de convênios entre a iniciativa privada e o Estado (MENICUCCI, 2007, p. 73). A opção pela compra de serviços privados faz parte de um modelo mais geral de relacionamento entre Estado e sociedade que marcará o contexto político na era militar, momento em que se deu o prosseguimento a uma política de centralização e privilégio à iniciativa privada no processo produtivo, em detrimento do setor público. Neste sentido, a interferência estatal contribuía para o fortalecimento do setor privado, que teria sido muito mais difícil para o setor, se ele de forma independente, tivesse que se impor diante dos baixos salários da população e o aumento dos custos da assistência médica.

Com esse novo arranjo da política previdenciária, cresce a pressão de interesses ligados às instituições médicas sobre os órgãos de direção das instituições previdenciárias, no sentido de ampliação de sua esfera de atuação por meio do financiamento público da produção privada de serviços. Entre os interesses em questão se encontram os dos proprietários de hospitais e clínicas credenciados pelo INPS; os dos empresários de grandes companhias que tinham interesse em ampliar a assistência à saúde de seus funcionários de forma direta ou subsidiada pelo Poder Público; e ainda os interesses dos proprietários das empresas de medicina de grupo, empresas voltadas para prestação de serviços médicos, para outras empresas. A organização desses interesses daria surgimento a órgãos de representação, tais como a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge). A partir de 1964, a Associação Médica Brasileira (AMB) também viria ganhar destaque entre os grupos de interesse, devido à oposição que fez à intervenção ampliada do Estado na assistência médica.

A pressão exercida por esses grupos se faria sentir através da localização de seus representantes em postos-chaves da administração previdenciária, além de outros cargos responsáveis pela política de saúde no país. Assim, Menicucci adota o conceito de Fernando Henrique Cardoso, de “anéis burocráticos”, para designar a adoção por meio do Executivo de políticas que beneficiariam os interesses do setor privado da saúde. Este setor se ampliaria, a partir de então, e ajudaria a formar o “complexo previdenciário”, ao se conjugar na prestação das atividades médico-assistenciais promovidas via-Previdência.

O complexo previdenciário será composto de subsistemas diferenciados, seja pela forma jurídica, seja pela forma de articulação entre o setor público e o privado, podendo ter três formas de prestação de serviços: o sistema próprio, o contratado e o conveniado. O primeiro seria constituído pelos postos de assistência médica e hospitalar do INPS, e a partir de 1977, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Inamps, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social que ficaria responsável pela coordenação e financiamento dos serviços de saúde à população segurada pela previdência social. Já o subsistema contratado seria constituído pela rede de serviços privados, por meio de estabelecimentos credenciados ao INPS, na justificativa de que a rede própria seria insuficiente para atender a demanda crescente de segurados. Estes serviços eram remunerados na base de Unidades de Serviço (US), uma tabela de preços por ato médico, cujos valores dependiam da complexidade e densidade tecnológica, sendo o pagamento realizado pelo número de serviços. Este tipo de pagamento traria sérias conseqüências ao sistema de financiamento da Previdência devido à dificuldade de controle das contas hospitalares.

A outra forma de subsistema, que articularia a Previdência com o setor privado, seria o estabelecimento de convênios com empresas, que mediante um subsídio, passariam a arcar com a responsabilidade pela atenção médica a seus empregados, desobrigando então o INPS da prestação direta dos serviços. Foi extremamente comum, a partir de 1968, a prática da empresa comprar os serviços de uma empresa especializada, conhecida como “medicina de grupo”, “empresa médica” ou “grupos médicos”, estabelecendo então convênios tripartites entre o INPS, empresa empregadora e empresa médica. As empresas médicas eram remuneradas pelo sistema de pré-pagamento, recebendo um valor fixo por trabalhador, independente da quantidade e tipo de ato médico realizado. Este tipo de arranjo, sob uma perspectiva mercantil, incentivava uma busca da empresa médica pela diminuição dos serviços prestados ou do custo dos tratamentos, em contraposição ao pagamento por US, que incentivava a realização de maior número de procedimentos para aumentar a lucratividade dos prestadores. Estes convênios favoreceram a expansão da medicina de grupo, embora em locais de concentração de grandes empresas empregadoras,

como os grandes centros no Sudeste. A prática médica pôde-se voltar prioritariamente à produtividade por meio deste arranjo.

Embora já existisse a prática das grandes empresas disponibilizarem assistência médica a seus funcionários, com o incentivo dos subsídios governamentais via Previdência, essa prática ganha novos contornos. Isto porque a Previdência se encarregou pelo financiamento das atividades médicas mais raras, complexas e de longa duração aos empregados cobertos pelos convênios, ficando assim responsável pelos encargos mais onerosos dos serviços prestados. Esta medida favoreceu a seletividade da assistência, visto que o subsídio restringia-se a grandes empresas, com mão-de-obra mais especializada e salários superiores, beneficiando, portanto, trabalhadores em situação privilegiada. Tal situação contradiz, portanto, a pretensão da unificação dos IAPs no INPS de universalizar serviços e benefícios entre os segurados. Aconteceu ainda que, devido o subsídio previsto no convênio com o INPS não ser suficiente para cobrir gastos, ao mesmo tempo em que se exigia a cobertura de todos os empregados, empresas de pequeno e médio porte preferiram muitas vezes estabelecer convênios sem a intermediação do INPS e assim cobrir apenas uma parcela dos empregados, geralmente os de maior qualificação. Com isto, durante a década de 60 e 70, se verá a diferenciação de serviços médicos não mais entre categorias profissionais, mas entre qualificações profissionais. Deste modo, se recriavam formas de diferenciação entre trabalhadores segundo agora a qualidade de modalidades distintas de serviços médicos oferecidos. Ou em outras palavras, a qualificação profissional fazia-se imperiosa na consecução dos maiores benefícios. Cabe ainda ressaltar que tal reforma foi feita de cima para baixo, pelo regime autoritário, sem, contudo, expressar uma demanda coletiva dos trabalhadores neste sentido. Assim ela teve mais o efeito de reforçar “uma ‘cultura’ da diferenciação, passando a vincular o interesse imediato de uma parcela de trabalhadores a uma assistência privada de melhor qualidade” (MENICUCCI, 2007, p. 115).

A Previdência começou a ter sérios problemas com a expansão indiscriminada da contratação de serviços privados. Além dos altos custos do regime de pagamento, não tinha controle sobre as unidades contratadas. Diante de uma situação de crise de financiamento deste modelo, buscou-se ainda estabelecer convênios com sindicatos,

universidades, prefeituras e governos estaduais. Utilizar a estrutura dessas instituições seria uma forma de aumentar a cobertura com custos mais reduzidos para a Previdência Social e frear a expansão do credenciamento da rede privada. Em 1979, são extintos os convênios com empresas, entretanto, a assistência empresarial receberia outras formas de incentivos governamentais, como a autorização para dedução do Imposto de Renda dos gastos com saúde das empresas. Esta medida indicaria o objetivo governamental de incentivar as empresas a assumirem a assistência de seus empregados:

Alem de funcionar como incentivos financeiros, a política fiscal indica a valorização por parte do Poder Publico da assistência empresarial ao trabalhador, vista como uma política de cunho social, de tal forma que mesmo que esses incentivos não tenham grande expressão financeira indicam a opção valorativa do Poder Público, acatada pela empresa e corroborada pelos trabalhadores. Nesse sentido, pode-se falar da constituição de uma 'cultura' de assistência médico-hospitalar de cunho privado e empresarial para os trabalhadores em detrimento de uma cultura publicista (MENICUCCI, 2007, p. 122).

Além disto, foi criado ainda o PPA, Plano de Pronta Ação, em 1974, que seria um conjunto de medidas criadas para disciplinar e organizar o funcionamento dos diferentes setores do complexo previdenciário, que expressou o reforço do modelo de expansão da assistência por meio do setor privado. Entre as medidas adotadas destacaram-se a decisão de facultar ao segurado a opção por instalações especiais nos hospitais particulares contratados pela previdência, mediante uma complementação de valores paga pelo próprio cliente. Com isso muitos hospitais passaram a reservar leitos para as "instalações especiais", comumente faltando enfermarias para segurados que não arcassem com os custos adicionais (MENICUCCI, 2007, P. 92). Neste caso, ficou mais do que nítido que a saúde possuía uma dimensão econômica, enquanto um bem de consumo. Os usuários que tinham condições de assumir os gastos foram incentivados a optar pelas acomodações especiais a custo mais baixo, já que parcela desse custo era financiada pelo setor publico. Para a grande massa de segurados, a qualidade do atendimento publico em estabelecimentos privados se deteriorou. Tal medida que visou compensar a deterioração dos valores pagos pela Previdência aos hospitais contratados, incentivou a ampliação dos planos empresariais, visto que esta

complementação poderia ser paga pelos segurados ou pelo sistema de assistência médica próprio da empresa. Com isto, os compradores de serviço passaram a se organizar para negociar de forma coletiva com os prestadores de serviço, a fim de baixarem seus preços, o que delineou um quadro de conflitos de interesse entre entidades médicas e operadoras de plano de saúde.

Como expressão de resultados do PPA, houve uma aceleração dos contratos de prestação de serviços de saúde com o setor privado na forma de convênios e contratos. Apenas em menor gradação, os convênios com hospitais universitários e secretarias estaduais e municipais de Saúde se expandiram. Desta forma, o PPA expressou a direção da política de saúde alicerçada na compra de serviços privados, deixando para os serviços estatais às áreas de menor interesse empresarial, como os ambulatórios para atenção primária e hospitais de maior complexidade tecnológica e de maior custo.

Desta forma, Menicucci defende que a partir de incentivos públicos por meio de políticas de saúde, em um primeiro momento, e depois, uma ausência de intervenção, favoreceram a constituição de novos atores privados e fortalecimento de atividades deste ramo. Diante disto, a autora defenderá também, diferentemente da maior parte da literatura que trata da expansão do sistema supletivo de atenção a saúde, que a atual estratificação da assistência médica não demonstra o fracasso do SUS, que supostamente visaria romper com tal estratificação. A autora se apóia na concepção de “dependência de trajetória”, diante da qual afirma que o formato atual de segmentação, e assim o crescimento do setor privado no Brasil, corresponde à consolidação do modelo anterior de assistência. Portanto, é anterior ao movimento de valorização do mercado, fruto de reformas dos anos 90 no país, não podendo ser visto como simples resposta às pressões e mudanças impulsionadas pela conjuntura nacional e internacional. Com isto Menicucci vai de encontro à “hipótese de convergência”, de acordo com a qual, em resposta à crise econômica e à competição global, diferenças na dinâmica da reforma de Estado não são acentuadas, ao contrário, havendo certas convergências entre instituições de diferentes países. No caso da saúde, especificamente, tais convergências levariam os países a adoção de privatizações, nas diversas acepções que o termo assume (MENICUCCI, 2007, p. 44).

Assim, a assistência médica-hospitalar supletiva, legitimada em fins da década de 90, enquanto alternativa opcional e desvinculada da assistência pública de caráter universal, se constituiria ao longo das últimas décadas em cinco modalidades assistenciais, entre elas a medicina de grupo, o seguro-saúde, cooperativas médicas, sistemas próprios de empresas (autogestão) e planos de administração. A expansão da assistência empresarial, nesses diferentes formatos institucionais, propiciou a constituição de novos agentes no mercado da assistência privada, configurando identidades e clivagens sociais (MENICUCCI, 2007, p.116). Este desenvolvimento, especificamente na década de 80, teve como característica a institucionalização da atividade empresarial na saúde, a partir da assunção das empresas dos gastos com a assistência médica juntamente com o empregado, significando uma independência cada vez maior em relação ao setor público quanto ao custeio dos serviços.

Entretanto, a crise financeira ressaltava pouco a pouco as inadequações do modelo assistencial, visível na crescente insatisfação de usuários, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde. Tornava-se expressiva o esgotamento da capacidade de financiamento do modelo de assistência que prevalecia, com altos custos e baixa eficiência. Assim, a partir de meados da década de 70, começará a haver a formação de uma proposta de reforma da política de saúde, através da articulação de um movimento político-ideológico por uma reforma sanitária, tida como um projeto mais amplo de democratização no Brasil.

É neste contexto, que começa a se erigir um movimento pela reforma institucional do setor saúde, conseguindo articular um conjunto diversificado de atores em torno deste ideal, em destaque aos sanitaristas. O movimento sanitário, tido como um movimento ideológico e de prática política, se erigiu pouco a pouco contra o modelo preventivista liberal, característico do regime militar, e desta forma, demonstrou sua contestação contra o próprio regime. A atuação dos sanitaristas possibilitou a delimitação teórica do campo da saúde coletiva, onde o foco dos estudos sobre o processo saúde-doença não seria mais o indivíduo ou o seu somatório, como no modelo criticado, mas a coletividade, por meio de estudos sobre as classes sociais e suas frações. Na medida em que os militares sofriam críticas, um crescente afrouxamento político especificamente a partir de 1974, no governo Geisel, permitiu que

lideranças do movimento sanitário conseguissem entrar nas brechas que existiam na alta burocracia estatal. Graças a isto puderam ser implementados ainda na ditadura programas que serviriam de inspiração a alguns princípios do futuro SUS¹⁵.

Porém, apenas com a saída dos militares do governo, o movimento sanitário pôde efetivamente ocupar posições-chaves nas instituições que gerenciavam a política de saúde no país. A convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, é considerada o marco histórico mais importante no processo de constituição de uma plataforma e estratégias a favor da democratização da saúde. Ali foram lançados os princípios da Reforma Sanitária e a aprovação da criação de um sistema único de saúde, que configurasse um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde e da previdência social¹⁶. Dos postos do Executivo para a Assembléia Constituinte, grande parte das propostas do movimento sanitário, liderado por uma burocracia setorial, é debatida e aprovada através da Constituição de 1988. Ficavam então estabelecidos os princípios e diretrizes do SUS. O próximo capítulo tratará especificamente da sua implantação e os dilemas que enfrenta para se consolidar. Neste ínterim, mais uma vez será importante a contribuição da pesquisa empreendida por Telma Menicucci.

¹⁵ Tal como as AIS, Ações Integradas de Saúde, que viabilizaram o fortalecimento da rede básica ambulatorial, contratação de recursos humanos, articulação com serviços municipais de saúde e, não raro, a participação populacional na gestão de serviços. Ver Escorel; Nascimento; Edler (2005).

¹⁶ Antes do SUS, é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) em 1987, que tinha entre seus princípios a universalização, a equidade, a hierarquização e participação comunitária, como também a pretensão de controlar as despesas com o setor privado. Porém, foi projeto fracassado.

2 – OS DILEMAS DA VIABILIZAÇÃO DO “SUS CONSTITUCIONAL”

Como vimos no capítulo anterior, a contestação ao modelo de assistência implementado no Brasil a partir dos anos 60, que já trazia importantes características do modelo de política social da Era Vargas, fez parte de um contexto amplo de crítica ao regime autoritário, e do aprofundamento da crise da Previdência Social. É neste cenário que ganha vigor a proposta da Reforma Sanitária que veio a desembocar no projeto de formação do SUS, consagrado por meio da Constituição de 1988.

Voltando assim para o momento de criação do SUS, dentro da promulgação da Constituição, passemos sucintamente à fase seguinte de regulamentação do SUS, dentro da qual o Ministério da Saúde ficou responsável pela redação da Lei Orgânica de Saúde. Apesar de contratempos no governo Collor pelo veto de algumas leis, foram aprovadas as LOS 8.080/90 e 8.142/90, que ampliaram o arcabouço jurídico nacional em relação à saúde. Definiu-se então o SUS enquanto o conjunto de ações e serviços de saúde – tanto promocionais, de prevenção, como de cura e reabilitação – prestados por órgãos e instituições públicas no âmbito dos três governos (federal, estadual e municipal), assim como de Administração direta e indireta, e pelas fundações mantidas pelo Poder Público. (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Na sua base jurídico-legal, a concepção de saúde é ampliada em relação à visão dominante que a ligava à doença. Agora a noção de saúde deveria se reportar a fatores econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, ao mesmo tempo em que a produção de condições de vida saudável tornava-se um desafio do novo sistema. Além disto, o SUS integra o sistema brasileiro de proteção social, junto com o Sistema de Previdência Social e o Sistema Único de Assistência Social (Suas), compondo o tripé da Seguridade Social. No entanto, neste processo de integração à Seguridade Social, não foi constituída a forma de financiamento específico para a saúde, tal como pretendia o movimento sanitário. Outra consequência importante a ser destacada no processo de implementação do SUS foi o Inamps ser transferido para o Ministério da Saúde em

1990 e extinto em 1993, ao passo que na lei, o novo sistema de saúde não faria mais distinção entre os segurados da Previdência Social e a ralé estrutural. Pelo menos teoricamente todos são abarcados pelo SUS, pois os indivíduos são, em lei, reconhecidos como cidadãos, portando direitos e deveres iguais, independente de credo, gênero, raça e situação socioeconômica.

Gastão Campos (2007, 1870) afirma que grande parcela das diretrizes e mesmo do desenho organizacional para assegurar o direito à saúde no SUS teve raízes nas experiências européias de bem-estar social. O direito universal à saúde é um deles. O Estado se incumbiria de sua consolidação por meio de políticas públicas que se apoiassem em sistemas que buscam proteger a atenção à saúde da racionalidade do mercado. A idéia de reforma sanitária também significaria, e aqui já incluindo o próprio SUS, uma alteração no modo então vigente de organização da assistência à saúde. Isto implicaria a formulação de um conceito novo, que designasse a formação de uma rede integrada de atenção à saúde, algo que veio a ser conhecido como “sistema”. E sob o princípio da “integralidade” se dará a forma, portanto, da organização das redes de atenção à saúde.

O princípio da integralidade significa a negação da separação entre dois tipos de “sistemas”, se assim pudermos dizer, que o modelo “liberal-privatista” consagrou. Neste último, a assistência individual ou clínica deve ser preferencialmente oferecida por prestadores privados (mesmo com intermédio de seguros de saúde ou sistemas de previdência do Estado), cabendo ao Estado responsabilizar-se pelos problemas de saúde com repercussão ou interesse coletivo (o que veio a ser chamado de “Saúde Pública”). Em sua oposição, os sistemas nacionais de saúde oferecem a possibilidade de rompimento com a segmentação da assistência à saúde, propondo a integração, em um mesmo sistema, dos programas preventivos (a “Saúde Pública”) com a atenção clínica (CAMPOS, 2007).

No intuito de integrar em um único sistema a prevenção e a clínica, o SUS se baseou em alguns princípios básicos, dentre eles:

✓ *Universalidade*: Acesso ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema a todas as pessoas, ou seja, sem qualquer tipo de discriminação;

✓ *Integralidade*: Consideração de todas as dimensões do processo saúde-doença, oferecendo prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando à promoção, proteção, cura e reabilitação, tanto de indivíduos quanto de coletividades;

✓ *Equidade*: Aqui está prevista a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos da população que enfrentam maiores riscos de adoecimento e morte devido a questões de desigualdades sociais que implicam em desvantagens de renda, bens e serviços. Inclui, portanto, o princípio da “discriminação positiva”, buscando assegurar aos grupos sociais mais vulneráveis condições prioritárias para o acesso à saúde;

✓ *Direito à informação*: Ao usuário é assegurada a ciência sobre sua saúde, os riscos e os condicionantes que afetam a saúde coletiva. Os profissionais de saúde e gestores devem assegurar esse direito.

Já entre as diretrizes organizacionais do SUS podem-se destacar:

✓ *Descentralização*: Esta diretriz é uma inovação do SUS em relação aos modelos de sistemas nacionais que lhe serviram de inspiração, que significou uma ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde. A maioria dos serviços passa a ser de atribuição direta do município, cabendo aos estados e à União funções diferenciadas. Em cada espaço político-institucional, temos uma direção única – o secretário de saúde, o secretário estadual e o ministro da saúde, respectivamente ao município, ao estado e à União. Através desta diretriz se concebe a idéia de que os próprios cidadãos poderiam exercer um maior controle sobre as ações de saúde, participando efetivamente na direção e implantação de seus serviços. Com isto, a descentralização poderia produzir um maior equilíbrio entre regiões da Federação, diminuindo as desigualdades regionais em saúde ao facilitar o acesso no nível local;

✓ *Regionalização*: Distribuição mais racionalizada dos recursos assistenciais no território, baseando-se na distribuição populacional. A idéia é promover uma coerência das ações e das redes assistenciais, para oferecer acesso, continuação do cuidado e economia de escala;

✓ *Hierarquização*: Ordenamento do sistema por níveis de atenção, de forma que os serviços tenham fluxos assistenciais, para que se regule o acesso aos mais especializados;

✓ *Participação Comunitária*: As Conferências Nacionais de Saúde e os Conselhos de Saúde, no âmbito das três esferas de governo, são exemplos de formas asseguradas constitucionalmente à participação popular em discussões sobre execução da política de saúde.

Além disso tudo, temos a garantia de diversos serviços prestados à população como a vigilância em saúde (incluindo a ambiental, sanitária, epidemiológica e nutricional); a atenção especializada ambulatorial e hospitalar; a assistência terapêutica integral e farmacêutica; a organização e o cumprimento da política de sangue e seus derivados, assim como a organização das redes de hemocentros; apoio diagnóstico e de terapia na assistência à saúde; etc. Logo, podemos apreciar uma ampla variedade de serviços que está assegurada legalmente a todos nós, independente de quem somos e do que fazemos. No entanto, o SUS tem encontrado grandes desafios para sua consolidação, o que na prática se traduz em diversos problemas de acesso às instituições e na qualidade dos serviços prestados. Este capítulo pretende exatamente apontar alguns fatores que costumam ser elencados como propulsores desta realidade, sem a pretensão, todavia, de responder a questão da inviabilidade do “SUS ideal” de forma conclusa e satisfatória.

2.1 O SUS e o precário suporte social e econômico

Retornando à argumentação de Menicucci, pode-se dizer que ainda na Constituição o SUS refletiu ambigüidades, visto que ao mesmo tempo em que se criava um sistema público de inspiração socialista em um de seus artigos, logo em seguida afirmava-se a liberdade da iniciativa privada à assistência à saúde, o que abriu espaço para expansão do sistema supletivo e da medicina liberal (2007, p. 194). Ao mesmo

tempo em que se buscava reforçar a atuação estatal, preservavam-se formas privadas de assistência. Desta forma, a reforma constitucional vai conviver com o recrudescimento de propostas conservadoras e privatistas, ligadas aos interesses anteriormente consolidados. A própria Constituição, ao garantir a liberdade à iniciativa privada, sem, no entanto, regulá-la, oficializou a segmentação do sistema de atenção à saúde, algo que seria confirmado com a formalização da saúde suplementar, como uma rede de serviços distinta e independente da pública. Assim, as reformas desencadeadas na Previdência Social sofriam retrocesso, ao mesmo tempo em que representantes do movimento sanitário perdiam espaços institucionais, sendo que nenhum deles após 1988 assumiu qualquer cargo de direção.

Mencucci defende que a implantação do SUS foi um processo cheio de contradições, pois do mesmo modo que ele se torna realidade, recebendo apoio de novos atores, sua implantação se faz sob condições precárias e de forma incompleta, desvirtuando sua concepção. A começar, tínhamos um contexto nacional e internacional pouco favorável a sua consagração. Gerschman e Santos (2006, p. 182) afirmam que o potencial inovador do SUS deve-se ao fato de ter nascido na “‘contramão’ de outras reformas setoriais nas décadas de 1980 e 1990”. Isto porque tal período foi marcado por uma crescente inserção da economia do país nos circuitos internacionais, em que estava em pauta a rediscussão do papel do Estado, prevalecendo a concepção defendida pelas teorias do Estado mínimo, que atribui ao mercado a função reguladora básica da alocação de recursos. É neste sentido que entrava em pauta a discussão sobre a “reforma do Estado”, como uma necessidade de solução à crise do Estado intervencionista em sua versão de Estado de Bem-Estar Social, como decorrência de mudanças no funcionamento da economia desencadeadas em meados dos anos 70.

O Banco Mundial, por exemplo, sugeria que o gasto social fosse focalizado nos estratos mais pobres da população, deixando para o mercado a produção de serviços dirigida aos setores mais favorecidos, com capacidade de compra. Assim, se conceberiam reformas nas modalidades de gestão pública, entre elas nos mecanismos institucionais de regulação governamental. A regulação estaria substituindo outras formas de intervenção, não só no mercado, mas em outros setores, como na proteção

do consumidor, na saúde ocupacional, etc, substituindo assim a propriedade pública e a ação governamental direta como forma de assegurar serviços públicos eficientes (MENICUCCI, 2007, p. 238).

As reformas institucionais iniciadas no governo Collor estavam em sintonia com este receituário internacional. Em meio a uma conjuntura de crise fiscal, o financiamento dos serviços públicos seria afetado, ao passo que se fortaleciam posições conservadoras e voltadas ao mercado, limitando com isto a potencialidade de ampliação dos serviços de saúde que pudesse garantir a universalização efetiva. Apesar disto, Menicucci defende que a regulação do setor privado, através da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 1999, não significou um processo de privatização da saúde, semelhante ao que se dava em outros setores. Tal regulação apenas teria formalizado uma atividade que já existia desde os anos 60. Portanto, a conjuntura política na qual o Brasil se situou na década de 90, que atendia aos preceitos internacionais no sentido de valorização do mercado, em direção a uma política de princípios neoliberais, seria para a autora mais um elemento legitimador da trajetória que já vinha se delineando na política de saúde nas últimas décadas.

Entretanto, Menicucci defende que ao se consolidar ou regular o setor privado, teria se oficializado o sistema segmentado da assistência à saúde no Brasil, e se confirmado o sentido da política de assistência pública à saúde voltada essencialmente para os segmentos sociais que não podem arcar com os planos de saúde, devido a uma inserção precária no mercado de trabalho. Um fator importante que a autora aponta para esta segmentação é o enfraquecimento do projeto sanitário e assim o enfraquecimento do projeto publicista na saúde. Isto já podia ser visto no momento mesmo de implantação da reforma, onde se desnudou o fraco suporte social ao ideário da saúde pública e universal.

Naquele momento, o jogo político se deu mais em razão de interesses particulares do que a favor de um projeto de caráter coletivo, como pôde ser expresso por meio do enfraquecimento do movimento sanitário. Um dos motivos para isto ter se dado foi o fato de muitos atores e instituições terem aderido ao movimento apenas como forma de contestação ao regime militar, em favor da expansão dos direitos sociais. Com a redemocratização, as diferentes clivagens se expuseram, não se

conseguindo ter uma homogeneidade de propostas. Sendo assim, apesar de um apoio formal de alguns setores ao SUS, não havia grandes incentivos para um apoio a uma reforma levada às últimas conseqüências. Em sua maioria, tratava-se de pessoas vinculadas a planos de saúde empresariais, daí seus interesses mais imediatos não terem afinidade com a proposta igualitária e redistributiva do SUS. Na realidade, estas pessoas deram sustentação à assistência privada, constituindo uma espécie de veto implícito à universalização da assistência pública:

A falta de identificação dos trabalhadores organizados com uma assistência pública e igualitária e a falta de incentivos para apoiar uma reforma que, pelo menos a curto prazo, tenderia a lhes trazer perdas objetivas, mesmo que de forma passiva, contribuíram para o enfraquecimento da proposta da reforma sanitária, de caráter publicista e universalista, e para o fortalecimento da segmentação de clientela, reforçando a perspectiva de que ao SUS cabe a cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho (MENICUCCI, 2007, p. 295).

Por outro lado, os usuários excluídos da rede privada, que vem a ser o público-alvo do SUS, ora pela falta de recursos, ora pela inserção precária no mercado de trabalho, à margem, portanto, dos convênios empresariais, não demonstraram capacidade de mobilização para dar suporte à reforma. Assim, mesmo tendo havido durante a década de 80 movimentos populares em saúde (Mops), que contaram com o apoio de profissionais e agentes de saúde, a maioria ligada ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), o movimento demonstrou uma fraca mobilização política, com grandes cisões internas. O fato dos benefícios da reforma se vislumbrarem de forma dispersa e a longo prazo é um fator explicativo para sua não articulação efetiva em prol do SUS.

Outra conseqüência dos arranjos das políticas prévias seria os limites à expansão de uma rede pública diversificada de serviços de saúde. Segundo Menicucci, o veto à expansão da rede pública de prestação de serviço ao longo da trajetória da política de saúde, e a escolha pela compra de serviços privados, levaria a uma dependência da rede privada para a garantia da assistência pública. A tendência da política atual persegue o mesmo caminho, repetindo-se a prática de compra de serviços, em que a ampliação da rede pública não chega nem mesmo a entrar em debate. Tal medida seria essencial para o acesso universal, visto que o SUS disporia de uma rede de atendimento ampla e própria.

Além desses impasses quanto ao suporte social e físico à efetivação da reforma, o SUS se deparou com dilemas em relação ao seu financiamento. Entretanto, diante de uma necessidade da população por mais e melhores ações e serviços públicos de saúde, faz-se indispensável ao SUS elevar seus gastos de forma a tornar-se compatível com as desigualdades setoriais e regionais que caracterizam o acesso e utilização de serviços produzidos pelo sistema (DAIN, 2007, p. 1852). A falta de mecanismos estáveis e efetivos para este fim, ainda mais num contexto de aumento da cobertura e de suas atribuições, permitiu seu menor alcance e efetividade, não apenas em relação ao volume de recursos, como na forma de repasse do governo federal para estados e municípios. Para Menicucci, este fato propiciou a “inviabilização sistêmica” do SUS, pois ainda que no discurso dominante seus princípios não sejam negados, a atenção à saúde universal e igualitária não possuiria condições objetivas de se concretizar. Assim, a idéia de “subfinanciamento” do SUS, recorrente na literatura sobre o tema, torna-se uma das principais justificativas à degradação da qualidade dos serviços de saúde, bastante acentuada nos primeiros anos de implantação do SUS.

Embora nos deparemos com a idéia, como vimos, de que o cenário mundial tenha começado a passar por um projeto de reorganização da sociedade sob a égide neoliberal, nas últimas décadas – diante do qual se propõe um receituário de redução do papel do Estado nas políticas sociais, via privatização, assim como a diminuição substancial do gasto público na provisão de serviços relacionados a essas políticas –, conforme uma necessidade de ajuste macroeconômico e eliminação do déficit fiscal, encontramos, como já mencionado, a constituição de um sistema único de saúde na “contramão” deste ideário no Brasil. Assim, é possível afirmar que com o SUS não houve aqui uma retração do aparelho de Estado no campo da produção de serviços de saúde (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 200). Segundo Amélia Cohn (1997, p. 89), o Estado brasileiro não se ausentou da provisão de serviços de saúde pública e até mesmo as experiências latino-americanas de reforma do Estado na área social no período recente vêm demandando a presença crescente do Estado, diga-se de um Estado forte. Apesar disto, é possível também afirmar que a política de ajuste macroeconômico afetou o SUS de forma drástica, visto que significou a contenção de recursos para a política de saúde, gerando uma crise de financiamento, motivada por fatores externos vinculados

ao ajuste fiscal adotado pelos governos desde então. Portanto, a questão do subfinanciamento do SUS se expressaria na forma de embates e resistência entre o setor saúde e a política econômica (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 200).

A primeira dificuldade quanto a essa questão ocorreu quando o setor saúde, abarcado pela Seguridade Social, não teve uma fonte específica de repasse de verba dentro das diversas fontes que compõem o Orçamento da Seguridade Social (OSS). Lembremos que a Seguridade Social, além da saúde, incluía a Previdência Social e a Assistência Social. As necessidades de financiamento das políticas universais, como no caso da saúde, destinadas a prover gastos coletivos, fizeram com que se acrescentassem à folha de salários, base do financiamento previdenciário, contribuições sociais de outras origens como forma de diversificação das fontes da Seguridade, tais como o faturamento (através do COFINS, Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social; e o programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP) e o lucro líquido de empresas, CSLL (DAIN, 2007; UGÁ; MARQUES, 2005). Além dessas fontes, a Seguridade recebia receitas advindas dos Tesouros estaduais e municipais, o que especificamente à saúde, representava uma forma de viabilizar a diretriz organizacional da descentralização.

Dain afirma que no processo de competição por recursos, “os programas universais, com menor capacidade de defesa, foram sendo progressivamente isolados na luta pelo acesso às fontes de receita vinculadas pela Constituição ao seu financiamento” (2007, p. 1853). Em 1993, o Ministério da Saúde (MS) deixa de receber recursos originários da folha salarial sob a justificativa de aumento das despesas da Previdência Social, que passa a receber tal recurso de forma exclusiva. Tal medida fez com que o MS tivesse maior dependência em relação aos recursos do Tesouro Nacional e tivesse que recorrer a um empréstimo emergencial junto ao Fundo de Amparo do trabalhador (FAT). Entretanto, a medida governamental que realmente tornaria imprescindível uma fonte específica à área da saúde se deu, quando em 1994, foi instituída a desvinculação de parte dos recursos da Seguridade Social para o Fundo Social de Emergência, em nome da estabilização da moeda. Em 2000, este fundo sob a denominação de Desvinculação das Receitas da União (DRU), permitiu que cerca de

20% das receitas de impostos e contribuições fossem livremente alocados pelo governo federal, incluindo aí pagamentos de juros de dívida (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 207). Tais medidas foram reproduzidas nos anos seguintes, permitindo que Ugá e Marques (2005) afirmassem que todos os governos dos anos 90 e 2000 deram primazia às questões econômicas sobre às sociais.

Diante da irregularidade do financiamento à saúde, o MS liderou a luta pela criação de uma fonte prioritariamente destinada ao setor, o que deu origem a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em 1997. Sua criação não assistiu a uma mobilização social ampla. Ao contrário disto, por ser uma tributação incidindo sobre movimentações bancárias, atingiu setores, que na sua grande maioria, não se constituíam enquanto usuários do SUS (MENICUCCI, 2007, p. 212). Parte de suas receitas também foi deslocada para outros ramos da Seguridade e áreas alheias à saúde, por meio da DRU, vindo a ser extinto no início de 2008.

Outras alternativas em prol do financiamento ao SUS se dariam por meio de Propostas de Emendas Constitucionais (PECs), que visavam garantir receitas na forma de vinculação de recursos orçamentários dos diversos níveis do governo. As PECs resultaram de uma mobilização conhecida como “Movimento SOS SUS”, liderado pela Plenária Nacional da Saúde¹⁷. Dentre as emendas, a que mais se destacou foi a EC número 29, criada em 2000, designando que os estados e municípios deveriam alocar cerca de 7% das receitas de impostos e transferências constitucionais para o setor da saúde. Este percentual deveria crescer anualmente até atingir 12% em 2004 para os estados, e para o mesmo ano o valor de 15% para os municípios. Já para a União, o primeiro ano deveria ser repassado cerca de 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior, enquanto que nos anos seguintes, o valor apurado no ano anterior deveria ser corrigido pela variação do PIB nominal a fim de se encontrar o novo valor de

¹⁷ Este movimento trouxe a público denúncias sobre a precariedade do SUS, como a denúncia citada por Menicucci (2007, p.213) feita por médicos em Belo Horizonte. Segundo esta, estaria sendo realizada uma espécie de “roleta-russa” no atendimento médico de urgência dos hospitais públicos, que por falta de vagas nas unidades de terapia intensiva, forçaram os médicos a escolher entre quem deveria viver ou morrer. Tal situação se daria em virtude de 85% dos leitos hospitalares terem sido destinados à ocupação de pacientes particulares ou conveniados, enquanto que os outros 15% se destinavam aos pacientes do SUS.

alocação. Embora a aprovação da EC 29 tenha representado um grande avanço para o financiamento do SUS, logo surgiriam conflitos que prejudicariam sua aplicação.

Por sinal, Menicucci defende a idéia de que os impasses para a efetivação desta emenda demonstram a falta de empenho governamental na solução para o problema do subfinanciamento do SUS. Embora o texto que legaliza a emenda, de princípio, não sugerisse dúvidas quanto à forma de cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados pela União, duas diferentes interpretações jurídicas brigariam pelo veredicto final de estipular o valor correto para esta receita. De um lado, a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional/Ministério da Fazenda, apoiada pela Advocacia Geral da União. Do outro, a Consultoria Jurídica e a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, além do Conselho Nacional da Saúde e do Tribunal de Contas da União. A controvérsia girava em torno da base de cálculo para os valores pelos os quais a União deveria aplicar os aumentos anuais dos recursos empregados na saúde. A interpretação dos setores ligados à “Bancada da Saúde”, com o apoio do Tribunal de Contas da União favorecia a ampliação de recursos, ao passo que o setor econômico do governo caminhou em direção contrária.

A autora afirma que tal divergência demonstra a inexistência de um projeto global de governo para concretização do SUS. Até porque, na prática, o governo acabou adotando como referência para a fixação dos tetos orçamentários à saúde a interpretação da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional e da Advocacia Geral da União. Neste ínterim, eventos, estudos e seminários foram conduzidos a fim de criar uma mobilização para resolução dos problemas de financiamento ao SUS. Foi assim que em 2001 surgiu uma campanha no sentido de reformular a base de cálculo dos recursos federais, que recebeu o nome de “Erro que mata”. No entanto a questão do financiamento do SUS ainda se encontra em discussão e a EC 29 permanece em processo de renegociação.

A questão do financiamento torna-se realmente problemática por ser uma variável chave para explicar a variação na oferta de serviços de saúde por todo o território nacional. Partindo deste argumento, Gerschman e Viana (2005) se propõem a pesquisar e assim a avaliar a efetividade da diretriz “descentralização” no que tange à alocação de recursos financeiros entre estados e municípios da federação e à

conseqüente viabilidade de serviços à população. As autoras trabalham com variáveis como a oferta de procedimentos ambulatoriais, internações, a rede ambulatorial e hospitalar juntamente com as transferências de recursos SUS para estados e municípios em 1999 e 2003. Os dados em relação às transferências SUS foram a remuneração por serviços produzido (AIH), as transferências para atenção básica, as transferências para média e alta complexidade e as transferências para ações estratégicas. Os estados escolhidos foram os de maior dimensão populacional dentro de cada região, entre eles: no Norte, Pará e Amazonas; no Nordeste, Maranhão, Ceará e Bahia; no Sudeste, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo; no Sul, Paraná e Rio Grande do Sul e no Centro-Oeste, Mato Grosso e Goiás.

Entre os números encontrados pelas autoras, podemos citar que no Sudeste, São Paulo foi o único estado com crescimento das variações percentuais, vistas nos procedimentos ambulatoriais (6,51%), transferências para remuneração de serviços (20,85%) e de transferências para atenção básica (16,7%) (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 323). No Sul, apenas Rio Grande do Sul apresentou variação percentual muito alta de transferências para remunerações, enquanto que no Centro-Oeste, Mato Grosso e Goiás tiveram variações percentuais médias em procedimentos hospitalares, transferências de atenção básica média e alta e transferências totais, oscilando de 8,7% a 16,76%.

A rede hospitalar seguiu um processo de recrudescimento, observando-se fechamentos de hospitais e leitos hospitalares em todas as regiões do país nos anos averiguados, com exceção do Amazonas, Pará, Bahia e Rio Grande do Sul. Quanto aos procedimentos ambulatoriais, percebeu-se a sua diminuição em cinco estados sendo que em outros cinco decresceu a rede ambulatorial pública. Quanto às transferências, observou-se uma queda das transferências de média e alta complexidade, também das transferências de atenção básica e com isto, das transferências totais em sete estados dos 12 averiguados.

É interessante perceber ainda os serviços nos municípios. As autoras apreenderam que nos municípios muito pequenos, com menos de 5 mil habitantes, houve uma diminuição no número de hospitais ao passo que se aumentou a quantidade de procedimentos ambulatoriais. Nestes municípios, a variação percentual de

transferência de atenção básica e das transferências totais cresceu bastante entre os anos averiguados. Quanto aos municípios considerados pequenos, com cerca de 5 a 20 mil habitantes, houve um pouco aumento da rede hospitalar, bem menor ainda em relação à rede ambulatorial, além do pouco crescimento do número de internações. Nos municípios medianos, com cerca de 20 mil a 100 mil habitantes, houve um aumento de 1% nas internações e as transferências de média e alta também foram muito baixas. Já os municípios com mais de 100 mil habitantes, considerados grandes, tiveram 1,11% de incrementos das variações percentuais nas internações. Os municípios de maior tamanho, com mais de 500 mil habitantes, tiveram incrementos, ainda que baixos, nos procedimentos ambulatoriais (7, 40%) e nas internações (1,6%), todavia, as transferências por remuneração de serviços (AIHs) cresceram em torno de 15,9%.

Não sendo necessário reproduzir os outros números encontrados pelas autoras, pode-se, entretanto, destacar algumas das principais conclusões que aqueles possibilitaram chegar. Uma delas refere-se ao fato da descentralização nos municípios ser muito mais favorável aos pequenos e muito grandes. No caso dos primeiros, isso se daria em razão do incentivo aos programas de atenção básica, agentes comunitários de saúde e ao Programa de Saúde da Família (PSF). Quanto aos últimos, por apresentarem cada vez mais uma grande parte de sua população sob condições de vida precária, com risco constante de extensão de doenças e epidemias às populações mais abastadas, haveria um incentivo a extensão dos programas de atenção básica, como forma de paliativo.

Embora as autoras não se refiram ao perfil epidemiológico das regiões e estados citados, o argumento acima pode ser, e aqui coloco a título de sugestão, uma explicação ou indicativo para a manutenção de áreas do território e suas respectivas populações sob o crivo de doenças, que há muito foram combatidas nos grandes centros do país. E talvez aqui caiba a divulgação de alguns dados oferecidos pelo Ministério da Saúde, em seu site oficial, em que pode ser averiguada, por exemplo, que a malária foi quantificada em 2006 em mais de 550 mil casos em todo Brasil, estando

na região Norte o foco principal da doença. Só no estado do Amazonas, a doença teve mais de 180 mil incidências naquele ano¹⁸.

Sabe-se que houve uma queda na incidência de difteria, tétano e coqueluche, assim como a erradicação da varíola e da poliomielite, e a interrupção do sarampo, durante a década de 90. Porém, enfermidades não-imunopreveníveis como a doença de Chagas, febre tifóide e hanseníase ainda causam mortes ou atormentam a vida de milhões de brasileiros (NORONHA; PEREIRA; VIACAVA, 2005). Nós somos o país de maior índice de hanseníase (a antiga lepra) em todo o mundo, segundo Artur Custódio, do Movimento de Reintegração de Pessoas com Hanseníase, em entrevista para o programa “Fantástico”, exibido na Rede Globo de televisão, no dia 20 de janeiro de 2008¹⁹, com cerca de 47 mil novos casos a cada ano²⁰. Só no Nordeste, onde sua incidência é maior, o número de casos passou de 12 mil, sendo que desses mais de 3 mil foram registrados no Maranhão no ano de 2007.

Trata-se de *endemias*, doenças que ocorrem com tanta freqüência em certas regiões que se tornam um traço constitutivo delas. A existência de acentuado número de pessoas tomado constantemente por doenças cria um modo de vida tão peculiar, que para além das limitações de suas condições materiais e culturais precárias, são acometidas pela maior privação que o ser humano pode passar: a da própria saúde. Na reportagem acima referida, o coordenador da Campanha de Acesso a Medicamentos declarou que estas doenças “são doenças da pobreza, literalmente. Então elas dependem de fatores como saneamento, boa alimentação ou acesso à informação”. São justamente doenças típicas de periferias das grandes cidades e também das regiões mais remotas do Brasil, atingindo grupos desfavorecidos socialmente.

Essas informações atestam que a dimensão financeira não é a única responsável pelo quadro de desigualdades regionais em serviços de saúde. Elas sugerem que essas desigualdades regionais em serviços de saúde são reforçadas

¹⁸ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/casos_malaria.pdf>. Acessado em 05 de fevereiro de 2009.

¹⁹ Disponível em: <<http://fantastico.globo.com/Jornalismo/Fantastico/0,,AA1669832-4005,00.html>>. Acessado em 05 de fevereiro de 2009.

²⁰ Esta informação foi dada pela reportagem. No site do Ministério da Saúde, temos uma estimativa de que pelo menos em 2003 havia mais de 30 mil novos casos da doença relatados. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/casos_hansen_2007.pdf> Acessado em 05 de fevereiro de 2009.

pelas desigualdades sociais que caracterizam essas regiões. Por outro lado, a dimensão do financiamento torna-se crucial, mais uma vez, se associada à desigualdade social. Isto porque, conforme reiteram Gerschman e Viana (2005), o processo de descentralização, que poderia trazer maior equiparação entre as regiões quanto à oferta de serviços em saúde, é condicionado pelas regras que informam a disponibilidade de recursos no nível local para o gasto em saúde, que por sua via, são definidas pelo modelo de federalismo fiscal, que foi criado pela Constituição de 1988. O regime federativo fiscal é constituído por alguns elementos, entre eles a estruturação de um sistema de competências tributárias, a atribuição de encargos entre níveis de governo e a afirmação de um sistema de transferências intergovernamentais. Uma das principais características do modelo de federalismo fiscal adotado no Brasil é a imensa disparidade inter-regional, em que as regiões mais pobres possuem arrecadação *per capita* três vezes menor do que as regiões mais ricas. A EC 29, conforme visto, foi uma emenda que visou estabelecer uma regra de cooperação financeira entre as esferas governamentais, no entanto, como ela é baseada na disposição líquida de recursos de cada esfera, a oferta de serviços e ações em saúde é fortemente dependente da extração de recursos próprios, o que faz com que essa disponibilidade torna-se bastante distinta no território nacional.

Até 1998, as regras de distribuição dos recursos SUS para estados e municípios reforçavam ainda mais a discrepância regional, visto que eram baseadas em critério de produção de serviços, ou seja, as regiões mais desenvolvidas que mais produziam procedimentos eram as que mais recebiam este recurso. Diante disto, o quadro do gasto público em saúde impôs um padrão de oferta de serviços muito diferenciado no país. Gerschman e Viana afirmam que esse perfil de financiamento é um dos traços mais paradoxal do sistema público de saúde, pois impede a formação de instrumentos que ajudem a diminuir os quadros de desigualdades regionais e de iniquidades na oferta e no acesso aos serviços de saúde (2005, p. 336).

Neste quadro de disparidades regionais, algumas regiões, ainda que no plano municipal, são mais beneficiadas que outras em relação à receita final *per capita*. As capitais e os municípios com menos de 5 mil habitantes recebem mais que os municípios na faixa de 10 a 100 mil habitantes, o que equivale a 41% da população

brasileira. A receita *per capita* das capitais é 80% mais alta do que a enorme parcela da população que reside em municípios intermediários. No entanto, os municípios com população com menos de 5 mil habitantes têm receita *per capita* maior que às capitais.

As regiões Norte e Nordeste são as mais dependentes dos recursos advindos das transferências totais (participação de cada fonte na receita total), incluindo nestes uma parcela significativa de recursos SUS em relação aos recursos próprios. O Sul e o Sudeste, em contrapartida, são as regiões que usufruem, de forma mais significativa, os recursos próprios. Os recursos próprios tendem a serem mais utilizados quanto maior for o município, enquanto que municípios menores dependem mais de transferências totais.

A pesquisa de Gerschman e Viana constatou que a quantidade de internações e procedimentos ambulatoriais, assim como a disponibilidade de Unidades Básicas de Saúde (UBS, os postos de saúde) e hospitais é altamente dependente da disponibilidade de recursos, sejam eles próprios, transferidos ou alocados pela política setorial (transferências SUS), sendo este último o mais determinante. As diferenciações regionais que se evidenciam no processo de descentralização na saúde, quanto ao perfil de financiamento fiscal e setorial, levaram as autoras a classificarem dois tipos de SUS.

O primeiro SUS seria o “dependente”, com forte presença nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Nele há uma maior dependência das transferências no total da receita, principalmente da receita SUS, que é mais expressiva do que a receita própria. Isso significa também uma maior dependência dos recursos federais. Esse modelo ganha força em municípios menores, em que os valores *per capita* da receita são bem maiores do que os dos maiores centros. Neste SUS ganha predominância a atenção básica, com pouca expansão da rede física (com exceção do Centro-Oeste), destacando a presença do Programa de Saúde da Família. O outro SUS seria o “autônomo”, característico das regiões Sul e Sudeste e também designado para os principais centros, onde as receitas *per capita* são maiores do que as de transferências (fiscal e setorial), em que os recursos SUS são decrescentes e pouco sensíveis ao crescimento populacional. Desta forma, é mais autônomo em relação às diretrizes federais.

Somando-se a essas questões do financiamento e às desigualdades regionais quanto à provisão de serviços e ações em saúde, ou até mesmo em competição com esta versão, é possível encontrar análises sobre dilemas à efetivação do SUS que se justificam em outros termos, como os de “problemas de gestão”. A próxima seção abordará tal concepção e levantará sugestões de possíveis pautas de investigação para os problemas no SUS, sendo, portanto, concepções alternativas ao problema do financiamento ao setor.

2.2 Constrangimentos ao SUS: fatores alternativos

Comumente encontraremos a menção à instabilidade financeira como um dos principais fatores problemáticos para suporte do SUS. Mas a questão da gestão do sistema, como por exemplo, no que diz respeito aos estabelecimentos de saúde como hospitais e serviços de atenção básica, também desponta como foco de preocupação. Nesta seção, alguns fatores que perpassam o tema da gestão serão tocados, no entanto, sem demora sobre deles. Não há intenção, destarte, de usá-los como explicação final para a inviabilidade do SUS tal qual ele foi idealizado. Contudo, como fazem parte do leque de apontamentos sobre problemas no setor, faz-se necessário a referência a alguns deles.

Por outro lado, algumas idéias ainda não amadurecidas serão sugeridas, a fim de chamar atenção para o problema do acesso aos serviços de saúde, segundo características e demandas do usuário dos serviços de saúde pública. Para este momento, mais do que apontar o “onde”, o “porquê” e o “como” das falhas operacionais do SUS, se farão propostas do que se deve atentar quando se tratar da população-alvo do SUS. Não se tratará de uma argumentação estruturada, pelo contrário, idéias serão lançadas, no final deste capítulo, a título de sugestão como possíveis pontos de partida para reflexões futuras sobre o tema da desigualdade social na área da saúde.

Assim sendo, podemos averiguar alguns fatores concernentes aos “problemas de gestão” do SUS, que se relacionam com a sua estrutura organizacional. Seguindo as perspectivas levantadas por Paim e Teixeira (2007), podem-se destacar:

✓ As dificuldades na comunicação entre os três níveis de governo, em parte decorrente da heterogeneidade quanto ao desenvolvimento institucional das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;

✓ Falta de gestão profissionalizada em todos os níveis, o que expressa escassez de quadros qualificados ao exercício das múltiplas e complexas tarefas relacionadas com a condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços²¹;

✓ Insuficiência no processo de incorporação de tecnologias de gestão adequadas ao manejo de organizações complexas, como planejamento, orçamento, avaliação, regulação, gestão de serviços, como hospitais e outras unidades de saúde. O resultado de tal deficiência é a fragilidade institucional e a ineficiência de gestão de sistemas, serviços e recursos;

✓ Dificuldade de articulação entre os setores do sistema de saúde e as demais instituições gestoras de políticas e programas na área econômica e social. Isto se daria em razão da existência de culturas organizacionais diversas, que reproduzem concepções e práticas de gestão, planejamento, programação e avaliação diferentes. Por outro lado, haveria uma insuficiência de esforços no sentido de construir um patamar de diálogo e cooperação entre os setores e com isto reforçar os efeitos das ações e serviços de saúde nos vários níveis do SUS;

✓ Insuficiente coordenação interna na direção nacional do SUS, refletindo no debate sobre a necessidade de um “Ministério Único de Saúde”, devido à fragmentação institucional que se verifica no MS em decorrência da integração das estruturas e culturas advindas do antigo Inamps e de outros órgãos vinculados ao antigo MS. Além disto, se verifica uma falta de articulação entre o MS e as agências executivas como

²¹ Vasconcelos e Pasche (2007, p. 558) especificam o problema da gestão do pessoal do SUS, levando em consideração a superação das condições vigentes de precarização, baixa remuneração, ausência de planos de carreira e programas de educação permanente que levam à desmotivação dos trabalhadores da saúde.

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), cujos dirigentes por vezes não se identificam com o SUS.

No intuito de tornar a abordagem da gestão mais profícua, ou pelo menos deixar a questão do financiamento em segundo plano, vejamos um caso específico que aponta para falhas no sistema público de saúde, e assim a visualização de fatores que podem ser bastante significantes à inviabilização do “SUS constitucional”. Uma pesquisa realizada em 2003, no município de Campos dos Goytacazes-RJ, por Marcus Vinícius Melo (2005) buscou compreender a existência de um certo fenômeno: a cobrança por consultas especializadas em hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde. Tal cobrança ganhou a denominação de “consulta social”, que seria uma forma dos usuários “furarem a fila”, mediante um pagamento à instituição, do qual 60% seriam repassados ao médico. Tratava-se de instituições hospitalares filantrópicas e universitárias, que mediante uma taxa de R\$ 30,00, ofereciam atendimento imediato ao paciente que necessitasse consultas especializadas e exames complementares. Melo busca compreender o impacto desta consulta no acesso ao sistema de saúde local, levando em conta a dinâmica da relação entre compradores e vendedores de serviços de saúde.

A justificativa das instituições que aderiram à “consulta social”, ainda na década de 90, foi a dificuldade financeira pela qual passaram em virtude da recente criação do SUS e o conseqüente aumento da demanda, sem aumento proporcional no financiamento. Embora esta questão se mostre relevante, outros fatores se apresentariam como fundamentais para explicar o fenômeno.

Antes das conclusões, algumas verificações: Apesar de em lei a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ser a responsável pelo gerenciamento do sistema de saúde local, existem duas Fundações que atendem ampla parcela da população, exercendo completa autonomia financeira e administrativa, podendo formular políticas e implementar ações sem qualquer ingerência ou coordenação da SMS. Em 2002, foi criado um novo hospital, o HGG, Hospital Geral de Guarus, pertencente a uma dessas Fundações, tornando-se logo um hospital de referência, oferecendo consultas especializadas e exames de média e alta complexidade. Apesar do HGG ter incutido

um aumento de 75% no volume de consultas especializadas produzidas no município, o problema da “consulta social” em nada foi amenizado. Uma razão para isso seria a desarticulação da rede de serviços. A Fundação a qual pertence o HGG, embora se subordine a Secretaria Municipal de Administração (SMA), como a outra Fundação, é controlada por um grupo político distinto daquele que comanda a outra Fundação e a SMS, além de controlar por si mesma a distribuição dos procedimentos que produz.

Outra verificação: em 2003 foi aprovada a duplicação do valor da tabela de pagamento do SUS, nos quatro hospitais que implementaram a “consulta social”, conforme cumprimento de um Plano de Atendimento, acrescentando um valor de repasse aos hospitais de R\$22 milhões por ano. Tal plano prevê o aumento da oferta de consultas especializadas e exames em todas as unidades prestadoras envolvidas. No entanto, tal medida não se reverteu em aumento da oferta de serviços e com isto a diminuição da demanda pela “consulta social”.

Por sua vez, os prestadores filantrópicos e universitários, pouco competitivos no mercado, tiveram na consulta social uma fonte alternativa de recursos. O interesse dos vendedores de serviços pauta-se, a partir de então, no argumento de que a procura dentre a população daqueles que puderem contribuir ajuda a aliviar o déficit financeiro da instituição. Todavia, a pesquisa de Melo demonstrou que, na realidade, o perfil socioeconômico do usuário que faz uso da “consulta social” é similar ao perfil do paciente que faz uso exclusivo do SUS. A variável que determina a distinção entre os dois tipos de usuários é a renda familiar, o que, por sua vez, representa um forte impacto do custeio com a assistência médica nos orçamentos familiares. Este fator tende a ser agravante por ter fortes indicativos de que, diante da necessidade de saúde e risco de vida, os indivíduos tenderiam a alocar, se fosse preciso, todos os recursos disponíveis e disponibilizáveis na compra da assistência médica (GIOVANELLA, apud, MELO, 2005, p. 359).

Desta forma, a justificativa da cobrança pela consulta ser uma forma de quem “pode” ajudar a subsidiar o sistema e assim ajudar a quem não pode pagar torna-se inaplicável. Como diz Melo, “‘pedir ajuda à comunidade’ significa, literalmente, buscar entre os pobres aqueles que são um pouco menos pobres” (2005, p. 346). Em termos de equidade, o impacto da consulta é problemático, visto que privilegia aqueles que

conseguem pagar, mesmo com ajuda familiar, em relação àqueles que nem com tal subsídio conseguem.

A maior parte do “segmento social” afirma pagar pela consulta em razão da demora para conseguir vaga pelo SUS e em segundo lugar, em virtude da urgência da consulta. O que Melo pôde detectar quanto a isso, foi que os pacientes do SUS enfrentam filas diversas vezes para conseguir marcar consultas no mesmo dia ou semana, indicando que, embora o tempo da marcação da consulta e a sua efetivação seja pequeno, o tempo de espera entre a necessidade da consulta ou a decisão de procurar o serviço e a sua utilização é relevante. Diante disto, Melo afirma que a “consulta social” antes de uma escolha é uma “falta de opção”.

Estes fatos apontariam para problemas na “acessibilidade organizacional” do sistema, entendendo tal conceito, tal como designado por Maria Christina Fekete (1997), como os problemas de acesso à assistência à saúde devido a obstáculos que se originam da forma em que os recursos de tal assistência são organizados. Tais obstáculos podem estar tanto na entrada quanto no interior da Unidade de Saúde, referindo-se assim à demora para se conseguir uma consulta, a espera pelo atendimento, para ser atendido pelo médico, para fazer exames e até mesmo para receber seus resultados. Ou seja, a questão da “demora” simboliza bem o problema da acessibilidade organizacional, levando-se em conta ainda a continuidade de tal assistência.

Além dos fatos acima evidenciados, a pesquisa de Melo revelou a ligação entre a insatisfação com a atenção primária e a busca pela “consulta social”, concluindo que a abrangência da acessibilidade organizacional não se restringe a um determinado nível da hierarquia de serviços. Para Melo, a questão do subfinanciamento por si só não explicaria isso, sendo necessária a introdução de fatores como gestão, gerência, regulação e controle do sistema. Para ele, “maiores recursos, se mal alocados e mal geridos, certamente significam maior ineficiência” (MELO, 2005, p. 357). Corroboraria para seu argumento o fato de no caso de Campos, a participação municipal no financiamento ser regular e expressiva.

Ademais, os constrangimentos decorrentes da acessibilidade organizacional, Melo percebeu que os usuários do “segmento social” mostravam-se mais críticos que

os do SUS em relação à satisfação com os serviços de saúde pública. As hipóteses que ele levanta vão em torno da possibilidade de tal segmento aguardar indivíduos que ascenderam ou descenderam de classe, o que pode justificar o comportamento de maior exigência, consciência dos seus direitos e crítica ao sistema público. Assim, Melo lança como desafio de futuros trabalhos a relação entre o conceito de Fekete (1997) de “acessibilidade sociocultural” no impacto dos serviços de saúde local.

O conceito acima enfoca a perspectiva da população e do sistema de saúde. A perspectiva da população refere-se às crenças e hábitos quanto aos cuidados em saúde; a resistência a intervenções médicas, por motivo de medo ou vergonha; o nível de conhecimento sobre a oferta de serviços; a fraca participação dos usuários na organização dos serviços de saúde, etc. Entretanto, também as instituições e os funcionários prefiguram este tipo de dificuldade de acesso quando não estão devidamente preparados para receber distintos perfis socioculturais de pacientes, e quando a formação dos profissionais está desvinculada da realidade das condições de vida e saúde daqueles.

A partir deste conceito e tomando o gancho deixado por Melo, lança-se aqui também uma sugestão para futuras investigações: A avaliação de políticas públicas destinadas à saúde que, por não considerarem a especificidade de suas disposições e condições de vida, não contemplam planos efetivos que sustentam por muito tempo a melhoria na qualidade de vida. Como salientam Augusto e Costa (1987, p. 61), se considerarmos que, tendencialmente, as condições de saúde refletem condições de vida, de maneira que o “estado de saúde” define-se em função das condições mais gerais de educação, moradia, trabalho, alimentação, transporte, etc., a capacidade de ações governamentais de assistência médico-sanitária – sem ignorar a sua importância – em alterar a situação de morbimortalidade de pessoas que vivem sob condições precárias de vida é tangencial, pois incidem sobre alguns dos efeitos provocados por tais condições, sem, contudo, modificá-las.

A idéia acima esboçada pressuporia relevar que a distância entre o risco sanitário corrido pelos agentes e os meios sanitários de prevenção contra este risco é bastante desigual nas diferentes classes sociais (BOLTANSKI, 1989, p. 122). Para esta idéia soma-se ainda a concepção de “comportamento” ou “disposição sanitária” distinta

conforme a classe social do indivíduo, o que pressupõe inclusive a distinção de percepção das sensações mórbidas. Isto quer dizer que embora as sensações possam ser as mesmas, a intensidade com a qual elas são expressas varia de acordo com a classe social (BOLTANSKI, 1989, p. 124). Essas noções podem servir de diretriz para uma pesquisa em desigualdade social no setor saúde, podendo considerar o “habitus precário” da rede estrutural e sua disposição sanitária. A partir disto, pode-se tentar averiguar a efetividade de políticas públicas que lhe são destinadas. Diante do fato de os próprios pacientes virem a abandonar o tratamento, pode-se, por exemplo, verificar quais disposições ou motivações que influenciam na falta de disciplina para obediência aos receituários médicos.

Ainda sobre o conceito de Fekete, o efeito da diferenciação sociocultural entre usuários e profissionais de saúde pode ser avaliado em termos de distinção de “habitus de classe”, compreendendo tal distinção como passível de propiciar um processo mal sucedido de comunicação e entendimento entre ambos. Tal condição pode ser ainda intensificada, se levados em conta os padrões de violência simbólica desenvolvidos pelas classes dominantes sobre as classes inferiores, como forma de distinção e afastamento destas (BOURDIEU, 2007a). Deste modo, os conflitos de classe tornam-se uma dimensão importante para o entendimento da acessibilidade sociocultural, ainda mais quando os indivíduos estão expostos a uma rotina emocionalmente e fisicamente desgastante.

Tendo isto em vista, o próximo capítulo buscará verificar como as relações de poder sedimentadas entre os indivíduos no cotidiano das unidades de saúde podem ser propícias à constituição de práticas contraditórias aos princípios do SUS. Este tema releva, portanto, a dimensão da humanização no tratamento dispensada aos usuários, algo que vem sendo reforçada nos últimos anos em campanhas disseminadas em prol da melhoria dos serviços prestados à população.

3 – A SAÚDE PÚBLICA E O PÚBLICO-ALVO: O PROBLEMA NA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

Este capítulo esboçará interpretações a respeito de entrevistas empreendidas com auxiliares de enfermagem e uma assistente social, que trabalham num hospital de emergência na cidade de Campos dos Goytacazes – RJ. As entrevistas foram realizadas no intuito de detectar possíveis conflitos de classe envolvendo profissionais da saúde e pacientes da ralé. A escolha dos auxiliares de enfermagem, em especial, deveu-se ao fato de estarem muitas vezes, economicamente e geograficamente, próximos da ralé, possuindo inclusive parentes desta classe, quando eles mesmos podem ter passado por um processo de mobilização de classe. Como não chegam a serem enfermeiros, embora em boa parte dos casos exerçam atribuições de tais profissionais, possuem uma ambígua situação de reconhecimento frente aos outros funcionários, visto que não adquiriram um saber mais especializado e qualificado, e, no entanto, fazem o tipo de serviço essencial em qualquer unidade médica: cuidam do paciente, medicando-o, limpando-o e verificando-o. Assim, o auxiliar torna-se peça fundamental na instituição de saúde, mas por outro lado, faz um tipo de “trabalho sujo”, o que literalmente lhe incute o contato com vômitos, urinas, fezes e sangue de pacientes. O trabalho pesado, envolvendo trabalho braçal, por sua via, faz parte do constante assessoramento que prestam aos enfermeiros e médicos.

Devido a isto, o auxiliar de enfermagem enquanto peça fundamental, útil, mas sendo aquele que faz o trabalho “sujo” na área da saúde, pode ser um personagem singular numa pesquisa sobre conflitos de classe. Não é da ralé, mas executa trabalhos pesados, que exigem até esforço físico. Não é enfermeiro, mas executa funções de enfermeiro toda vez que o serviço demanda isso, ao mesmo tempo em que deve submissão àquele. Em muitos casos é pressionado por pacientes e seus acompanhantes devido à ausência do médico, sendo comumente diminuído pela postura autoritária deste último. Assim, o auxiliar é reconhecidamente elemento

essencial, todavia, rebaixado socialmente frente aos outros profissionais mais qualificados. O ressentimento de classe diante de médicos e a aversão às frações “delinqüentes” da ralé demonstram uma tentativa de auto-afirmação moral, em que o auxiliar pode se sentir “gente”, digno, porque é um trabalhador útil e honesto.

Diante disto, sob a perspectiva do auxiliar, poderemos ter maior acesso a informações sobre práticas médicas que vão de encontro ao ideal de humanização no tratamento, visto que não haveria uma solidariedade de classe entre o auxiliar e o médico, que pudesse encobrir ou proteger erros deste último. Também utilizo aqui o depoimento de uma assistente social, que também sofre no âmbito hospitalar em questão, com a falta de reconhecimento do seu trabalho pelos médicos, de forma geral. O ressentimento de ambos os olhares deve aqui servir de explanação sobre condutas médicas contrárias ao princípio da equidade e ao tratamento humanizado, sendo, portanto, contrários à ética médica e aos princípios do SUS. No entanto, tal ressentimento deve ser abordado sob uma perspectiva crítica que procure situar os atores em questão segundo as posições sociais que ocupam na hierarquia social. Isso pode significar que, em alguns momentos, o próprio auxiliar pode exercer a dominação sobre aqueles que estão abaixo dele na hierarquia social, por meio da mobilização dos recursos que a instituição lhe disponibiliza. É o caso da relação do auxiliar com o paciente da ralé, conforme veremos.

A partir disto, podemos tentar situar o serviço do auxiliar, especificamente, num ambiente que enfrenta vários tipos de problemas, como os de gestão e de financiamento, já mencionados, mas agora ressaltando particularmente, o relacionamento inter-pessoal entre profissionais da saúde e pacientes, estes últimos em sua maioria provenientes da ralé estrutural. É sobre esse tipo de acesso, denominado por Fekete (1997) como “sociocultural”, que pretende enfatizar problemas decorrentes das distinções sociais e culturais entre pacientes e profissionais, que neste capítulo se buscará apreender em que medida a existência da ralé modifica o contexto da assistência médica. Por outro lado, em que medida também a precariedade do ambiente hospitalar – tanto no sentido material, incluindo aí espaço físico, falta de medicamentos e equipamentos, quanto no sentido social, que envolve a qualificação

profissional e seu preparo diante de perfis sociais distintos de pacientes – potencializa conflitos de classe é um aspecto a ser relevado.

Tendo isto em vista, foram realizadas cerca de cinco entrevistas ao longo do segundo semestre de 2007, em média de 2 horas, principalmente com auxiliares de enfermagem, mas também foram ouvidas pessoas que contaram casos em que vivenciaram a negligência de profissionais de saúde ao serem atendidas em algum estabelecimento público de saúde. Estes relatos também ajudarão na formulação da interpretação dos casos que serão relatados. Nestes últimos casos, não segui um roteiro pré-estabelecido, apenas deixando o entrevistado falar livremente, o que muitas vezes significou uma conversa informal entre mim e a pessoa.

Aqui também serão apresentadas algumas percepções que tive sobre problemas de gestão hospitalar quando trabalhei no referido hospital. Estando na condição de concursada sob o cargo de “Auxiliar Administrativo”, por cerca de quatro anos, trabalhei na Farmácia principal deste hospital. Situações que vivenciei ou presenciei serão aqui brevemente ilustradas a fim de complementar as entrevistas feitas. Uma entrevista feita com uma auxiliar de enfermagem da cidade de Belo Horizonte poderá ser, em algum momento, situada entre os argumentos, no entanto, o foco principal será este hospital fluminense. Acredito que este recorte possibilite ilustrar as proposições que serão defendidas. Portanto, estas entrevistas servirão de suporte a uma interpretação sobre dilemas na saúde pública que levem em conta o relacionamento entre pacientes e profissionais da saúde. A relevância de tais relatos deve-se ao fato de que através deles seja possível depreendermos análises mais generalizantes da realidade social de hospitais submetidos a condições de funcionamento semelhantes. Isto quer dizer que os relatos oferecem ferramentas de análise que nos possibilitam estudar aspectos mais abrangentes de realidades sociais condicionadas pelos mesmos fatores estruturais.

Assim, a escolha pela referida instituição deveu-se à importância que adquiriu no cenário da saúde pública tanto para o município de Campos como para os municípios vizinhos. Sendo este hospital uma referência em “emergência vermelha” (segundo entrevistadas, o tipo de emergência mais grave, geralmente decorrente de alguma ação violenta, referindo assim a perfis de paciente como os acidentados, tanto de trânsito, como de trabalho; os esfaqueados; e os baleados), atendendo a uma demanda acima

do que foi projetado a suportar. Isto implica em atendimentos que estão para além do seu perfil, o que na prática poderia ser amenizado se os postos de saúde fossem devidamente equipados e preparados para a “atenção primária” do sistema de saúde²². A facilidade que tive ao acesso tanto da sua área quanto a seus funcionários se deveu ao fato de ter sido funcionária da instituição, como já mencionado.

As entrevistas de caráter semi-estruturado possibilitaram, embora guiadas por um roteiro inicial, que os entrevistados dispusessem de certa liberdade em suas argumentações. Assim foi possível perceber, por exemplo, contradições na fala dos atores, remetendo àquilo que o sociólogo francês Bernard Lahire distinguiu entre “disposições para crer” (crenças) e “disposições para agir” (atitudes, comportamento), como formas de variação intra-individuais de disposições (propensões, inclinações, hábitos, tendências, persistentes maneiras de ser). Entre o que os sujeitos dizem e o que fazem existiria um comum descompasso. É o caso, por exemplo, de verbalizarmos crenças que podem estar ligadas a normas sociais produzidas, sustentadas e difundidas por diversas instituições como a família, a escola, a mídia, as instituições médicas, etc., ao mesmo tempo em que inexistem os meios materiais e culturais para podermos respeitar ou realizar tais crenças. (LAHIRE, 2004, p. 332-334). No caso específico deste trabalho, como se verá mais adiante, muitas vezes a crença humanista no tratamento, que afirma a não-diferenciação dos pacientes no que tange à qualidade do atendimento, é contradita nas ações dos mesmos profissionais que a defendem. A crença não encontraria condições objetivas de existência para se atualizar em formas de ação, ora porque o indivíduo não possui disposições para fazê-lo, ora pela própria instituição incentivar a sua não aplicação.

O trabalho de Lahire, que permeou a percepção deste trabalho, foi um dos arcabouços teóricos que conjuntamente foi empregado nos últimos dois anos nos estudos realizados pelo CEPEDES, Centro de Pesquisa sobre Desigualdades, sediado em Juiz de Fora- MG, sob o comando do professor Jessé Souza. Nele o conceito “ralé estrutural”, de Souza, ganhou novo vigor e amadurecimento, tendo em vista os diversos

²² Entre os principais fatores abordados entre a população quanto à dificuldade de acesso aos postos de saúde (UBS, Unidades Básicas de Saúde), em Campos estão, em ordem decrescente, a pouca quantidade de vagas, a fila exagerada, a falta constante de médicos e a qualidade no atendimento (MELO, 2005).

temas que buscaram compreender como a sua presença estrutura e modifica contextos sociais. Para isso foram de importância vital os estudos de Pierre Bourdieu, que serão aqui quase que “intuídos”, quando não estiverem diretamente mencionados. A reprodução das desigualdades sociais em contexto de modernidade periférica requer a visualização desta classe, mesmo quando tratamos de temas em que ela apareça geralmente enquanto “classe popular” e como “pobres”. O objetivo deste capítulo, em particular, torna-se então a tentativa de tornar visível tal classe no cenário da saúde pública no Brasil, o que requer a contextualização de sua singularidade, de suas disposições únicas, que a tornam objeto de estigmas e preconceitos.

3.1 Relatos de um cotidiano hospitalar

A fim de demonstrarmos as contradições imanentes ao funcionamento de nossas instituições públicas de saúde, vejamos alguns relatos sobre conflitos desencadeados num hospital de emergência, na cidade de Campos dos Goytacazes. A assistente social que chamaremos aqui de Aline²³ é uma das pessoas que testemunharam alguns desses conflitos, quando estagiava no referido hospital. Um dos eventos mais importantes que presenciou ocorreu quando conversava com uma paciente da ralé. A mulher havia se acidentado juntamente com o marido, ambos instalados no corredor do Pronto Socorro; ela estava com o braço quebrado, enquanto que ele havia imobilizado a coluna com um colete. No meio da conversa entre as duas, a atenção da mulher se volta para um médico que passa por elas para atender outro paciente. Como o colete do seu marido estava mal colocado, a mulher pede ao médico que o olhe e ajude. Assim, Aline prossegue contando:

O médico gritava com o paciente: **“Você ta vendo isso aqui? O colete é para imobilizar, I-MO-BI-LI-ZAR! Sabe o quê que é isso?”**. Ele falava gritando com o paciente. Aí ele (paciente) falou assim: “eu sei, mas...”. O cara não conseguia nem falar! “Eu sei, mas não sei como é que coloca! Você pode me ajudar?” (retruca o paciente humildemente). Aí fazia assim com força no colete (gesticula

²³ Todos os nomes mencionados são fictícios.

o movimento do médico)! O cara gritava de dor: “Ta doendo!”. **“É pra doer! Pra você aprender a não tirar do lugar!”** (médico). “Mas eu não tirei!” (responde temeroso o paciente). O cara não tinha como tirar o colete porque ele estava sem força nenhuma! E esse colete... ele explicou gritando, que não havia a menor necessidade, **“o colete é pra imobilizar pra você não sentir essa fraqueza que você ta sentindo nas pernas. Você nunca mais vai andar se o colete não ficar no lugar certo, então você deixa ele aqui!”**.

A esposa do paciente tentando amenizar a situação dirige-se ao médico:

“Então me explica pra quê que serve esse colete, como que ele deve ficar, que eu não vou mais chamar o senhor não! Você pode ficar calmo, é só me explicar como que coloca!”. Aí ele falou com a mulher: **“Ouve o quê que eu to falando! Você não tem que me...”** (o médico aos gritos). Aí ela falou assim: “Mas eu to ouvindo!”. **“Você não tem que falar que ta ouvindo e nem responder nada não, só tem que ouvir, cala a boca e escuta! O colete é pra ficar assim!”** (mexe no colete com violência)²⁴.

Este momento foi particularmente tocante a Aline. Foi ali que ela se sentiu pela primeira vez de mãos atadas: “Você se sente muito impotente nessa hora! Não, porque eu estou aqui para garantir os direitos do usuário (...) Cuidado humanizado é um direito dele, eu devia garantir isso, como que eu vou garantir isso?”. Esta pergunta é pertinente. Por diversas vezes Aline a reproduz sempre se referindo ao sentimento de não poder fazer nada para ajudar os pacientes, justamente quando seu trabalho deveria assegurar seus direitos. No entanto, poucas vezes isto acontece, e é por essas e outras que Aline não conseguiu ter uma boa perspectiva da profissão no âmbito da saúde pública: “Olha, muito, mas muito raramente dava pra conseguir alguma coisa, (...) que o usuário tinha algum direito garantido, depois de muita luta. (...) Mas isso, de um ano e meio que eu fiquei lá eu devo ter sentido isso (satisfação) umas três vezes!”.

O sentimento de impotência não se restringia, no entanto, a uma condição de estagiária, uma pessoa sem experiência, que não saberia agir em situações difíceis como a que aconteceu. Segundo Aline, as assistentes sociais, incluindo supervisoras de plantão, ou seja, assistentes sociais de longa data, compartilhavam do mesmo sentimento, sempre limitando suas ações diante das adversidades. Parece haver um medo comum entre elas de pedir uma informação ou ajuda a um médico, e mesmo aos auxiliares de enfermagem e enfermeiros em geral. Pedir ajuda pode resultar em tomar

²⁴ As partes em negrito indicam os gritos proferidos pelo médico.

um “fora”, ou algum tipo de constrangimento, muitas vezes na frente de pacientes e colegas de trabalho. Para Aline, a razão principal disto é o fato de buscarem resoluções para os problemas de pacientes, aos quais geralmente não se dispensa preocupação: “Trabalha com pobre, com lixo humano, quem vai reconhecer isso, né? Ninguém quer!”. Daí o fracasso na tentativa de fazerem vingar os direitos dos usuários.

Em grande parte, demanda um esforço imenso batalhar pelo bem-estar destas pessoas, pois uma tentativa neste sentido luta contra a força de ações contrárias. Tal força se traduz muitas vezes em “má-vontade” de uns, em procedimentos burocráticos que entram uma transferência de setor ou de unidade hospitalar, em falta de leitos e também de material ou medicamento, na demora da visita médica ou da execução de exames, até mesmo do recebimento de seus resultados. Ações, portanto, comuns no cotidiano das instituições de saúde e que prejudicam diretamente o paciente.

Por outro lado, parece ficar implícito na prática que o importante é apenas salvar a vida do paciente; o resto é adicional e mesmo desnecessário. Não interessam as demandas sociais e psicológicas, já que o paciente nada mais é que um corpo que médicos e enfermeiros são pagos para tratar. Temos com isto uma noção animalizada sobre a vida e a saúde, algo que os princípios do SUS combatem. Basta lembrarmos que a concepção de saúde do novo sistema não se restringia mais à ausência da doença, englobando conseqüentemente a noção de bem-estar, em que os fatores sociais e culturais sejam levados em consideração.

Mas ainda assim, mesmo com a preocupação com a saúde num âmbito restrito ao corpo, aparecem eventos que nem o mais bem intencionado profissional pode contornar. Mesmo quando um ato de violência como este proferido contra o rapaz do colete, tão explicitamente hostil e desumano, ainda que algo assim tão às claras venha à tona, nenhuma contestação aparece. Afinal de contas quem é aquele homem diante de um doutor? Permitir que uma pessoa tratasse outra de maneira tão desumana só seria possível quando todos os que assistem à cena, mesmo que não apoiando a violência, se sentissem inferiores a quem a pratica (não sendo capazes de confrontá-lo). Não é dizer, contudo, que não ficamos perplexos com a situação, nem que não a vejamos como injusta, mas quando todos se calam, todos acabam por consentir com a humilhação. Acataram todos expectadores porque, no fundo, ninguém ali estava em condições de encarar aquele

que agrega em si o poder maior de controlar a vida, e que, portanto, possui tamanha autoridade e prestígio. Ainda mais no caso de assistentes sociais, em sua grande maioria mulheres, o que por si só já é motivo de serem diminuídas em autoridade diante de profissionais masculinos. Soma-se a isso o fato de grande parte advir de condições de vida modestas em comparação aos médicos, cuja maioria advém de condições sociais privilegiadas. Assim, aqueles aos quais é delegada a vigilância sobre um tratamento “humano” não conseguem exercer em muitas ocasiões qualquer poder de vigilância sobre os médicos ou qualquer profissional com autoridade diante deles.

Os constrangimentos por quais passam os pacientes, como o citado acima, demonstram acima de tudo a possibilidade da distância social poder repercutir em falta de respeito do sujeito socialmente privilegiado em relação ao outro posicionado numa classe inferior a sua. Luc Boltanski (1989), em estudo sobre hábitos sanitários das classes populares numa comunidade rural da França, entre 1967-68, demonstrou como a relação médico-paciente é irremediavelmente uma relação de classe, e como o médico adota distintos comportamentos diante de seus pacientes conforme suas classes sociais:

Longe de ser uma simples relação “de homem para homem” ou, como quer a ideologia médica – que ensina a ver no doente apenas um ser abstrato e indiferenciado, sem levar em consideração, por exemplo, sua classe social ou sua religião – “o encontro de uma consciência e de uma confiança”, ou ainda como descrevem alguns sociólogos, apenas a relação entre um especialista e um profano, a relação doente-médico é também sempre uma relação de classe, modificando-se a atitude do médico em função principalmente da classe social do doente (BOLTANSKI, 1989, p. 48-49).

Diante do objetivo deste trabalho, outras considerações do autor merecem ser esboçadas, antes de um retorno às entrevistas. Primeiramente a verificação da distinção social entre o médico e o paciente de classe baixa frente a uma postura intelectual, a um “espírito crítico”, enquanto disposições adquiridas da ação formadora da escola: o primeiro é o principal agente de difusão de conhecimentos médicos, e assim pode afirmar a legitimidade de seus atos e discursos e limitar sua reprodução, enquanto que o último demonstra estranhamento ao universo da doença e da medicina. A partir disto, pode-se afirmar que a ansiedade que pessoas das classes populares, assim designadas no estudo, demonstram em relação ao médico deve-se, em primeiro

lugar, ao fato de não possuírem nenhum critério objetivo que lhes permita julgar sua competência profissional.

Pessoas das classes superiores, por outro lado, já possuiriam as condições objetivas para procurarem conselhos dos médicos e escolher entre seus pares aqueles que são mais prestigiados e reconhecidos no campo médico. Isto porque, ainda que sejam leigos em relação ao “saber-médico”, compartilham com os médicos os mesmos “hábitos mentais” ou utilizam categorias de pensamento semelhantes, por sofrerem influência da mesma “força formadora de hábitos”, no caso o sistema educacional. Tal realidade posiciona os pacientes das classes superiores na mesma classe social, ocorrendo freqüentemente do médico ser um amigo da família ou mesmo um de seus membros. Assim, diante de uma situação como a do rapaz do colete, um membro de classe média (em diferenciação a um membro da ralé), por exemplo, teria muito mais condições de se opor ao médico. Ele provavelmente teria condições de verbalizar sua queixa e ter um maior acesso aos meios jurídicos que pudessem penalizar o médico pela sua atitude, caso algo similar chegasse a lhe ocorrer. Mesmo no caso de ir de encontro à argumentação de um médico, seria requerido, caso não se possuísse um conhecimento médico propriamente dito, ter um alto nível de educação que propiciasse ao sujeito meios de elaborar um discurso com força e coerência. Tal disposição não está presente nas “classes populares”, especificamente na ralé estrutural, enquanto detentora de um habitus precário.

Desta forma, é possível delinear distinções de tratamento no âmbito dos hospitais e clínicas, que podem ou não se reverterem em uma minimização da angústia do paciente, segundo sua classe social:

Os doentes são muitas vezes mandados para exame, de um serviço para outro, sem explicações, num tom imperioso e brutal. Essa situação aumenta sua ansiedade e não deixa de ter influência sobre seus sintomas. Após terem ficado sentados, esperando durante horas, os doentes das classes populares estão em geral revoltados por verem que recém-chegados passam antes deles, mas ninguém lhes explica o porquê das entradas e das prioridades. Além disso queixam-se de não poder chegar até o médico de sua preferência e nos quais têm confiança. Quando os membros das classes superiores encontram-se em situação similar, podem sem dificuldades acionar métodos que lhes permitem furar o sistema (*methods of beating the system*) ou obter comodidades e informações que podem incomodar o pessoal, mas que

diminuem sua ansiedade. Os pobres, esses não sabem como escapar ao sistema (STRAUSS apud BOLTANSKI, 1989, p. 43).

Uma diferença fundamental entre pacientes das classes superiores e os das baixas será vista em relação aos critérios específicos para classificação e escolha do médico, em que os últimos recorrerão ao médico segundo sua disponibilidade, muitas vezes geográfica. Em tais casos, o julgamento da “competência” médica ficará a cargo de classificações como “boa vontade”, “amabilidade” e “complacência”. Boltanski ressalta que este tipo de critério de julgamento atesta que as pessoas das classes populares, ao se sensibilizarem com os “modos” médicos, demonstram possuírem uma aguda consciência ou pelos menos o “pressentimento” da distância social que separa ambos. Daí se comoverem pelo tratamento mais amável de um médico, do que propriamente a sua competência enquanto profissional. É como se não pudessem esperar de todo médico o mesmo tipo de tratamento.

Essa distância social é apreciada, de forma inconfundível, no estabelecimento da comunicação entre o médico e o paciente. Uma das principais reclamações dos pacientes das classes populares percebida pela pesquisa de Boltanski refere-se ao mutismo do médico, as esparsas explicações sobre seu estado de saúde e sua doença. A existência de uma “barreira lingüística”, apreciada especialmente na utilização pelo médico de um vocabulário especializado, é reforçada pela comunicação seletiva do médico frente ao paciente. Os médicos não dariam maiores explicações senão àqueles que julgam “bastante evoluídos para compreender o que vai lhes ser explicado” (BOLTANSKI, 1989, p. 44). Para os pacientes das classes baixas, o médico adotaria uma postura de se fazer compreender dando ordens sem comentários ao invés de conselhos argumentativos, já que acredita que tal paciente não teria condições de compreender sua linguagem técnica.

Assim é comum haver, de forma explícita, a classificação de pacientes segundo tipos psicológicos, que levariam em conta o “caráter” e a “natureza” do paciente. Essa prática que acompanha a formação do jovem médico se consagra no exercício da profissão, em que se torna comum a categorização de pacientes como, por exemplo, o “desprovido de inteligência que não entende as perguntas mais claras”, “o demasiado inteligente que interpreta o que diz o médico” e até mesmo o “psicopata”, que é aquele

tipo de paciente atento às mensagens do corpo de forma exageradamente apaixonada. O segundo tipo encontra-se essencialmente nas classes médias. Já o primeiro, geralmente localizado nas classes baixas, não mereceria informações, nem sequer as compreenderia; enquanto que ao último, todo tipo de informação pode alimentar sua mania ou reforçar sua pretensão. O interrogatório que o médico dirige ao paciente lhe fornece as informações necessárias para a definição deste “tipo psicológico”, que nada mais é que o perfil social do paciente, a imagem social do doente, conforme as expectativas do médico.

A partir disto, uma série de atitudes peculiares pode ser dirigida ao paciente das classes populares, tais como as brincadeiras infantilizantes e até mesmo uma representação de brutalidade, “que caricaturam e conscientemente se distinguem das atitudes comumente adotadas nos principais tipos de relações individuais em uso na vida cotidiana, e que visam a lembrar ao doente a especificidade da relação médico-doente e a superioridade deste” (BOLTANSKI, 1989, 56).

Em contrapartida, é possível averiguar no contexto das entrevistas aqui empreendidas, que mesmo quando há toda uma boa vontade e comprometimento com a profissão e os pacientes, os médicos acabam expostos a uma posição de grande responsabilidade e risco. Se por ventura lhes faltarem recursos médicos ou mesmo se forem sobrecarregados e pressionados demais, qualquer coisa que lhes alterar o estado físico e/ou emocional poderá atingir diretamente o paciente, mesmo sem qualquer intenção nisso. Assim, a forma de funcionamento de uma unidade médica possibilita que a vulnerabilidade dos seus profissionais, ou das suas condições de trabalho, acarrete em danos ao paciente, em muitas ocasiões. Além disto, tal funcionamento ainda favorece a ocorrência de conflitos entre os próprios profissionais da área, já que ele os hierarquiza segundo suas funções e, com isto, de acordo com a importância social atribuída ao seu trabalho. Anos de estudos e, portanto, acúmulo de conhecimento técnico e complexo acerca do corpo humano oferece aos médicos o topo da hierarquia das profissões dentro da área de saúde. Esta noção casa-se bem com a ideologia do mérito disseminada em sociedades modernas como a nossa, em que as pessoas que mais estudam e com isto mais se qualificam profissionalmente, devem ser recompensadas com os maiores salários. É por este motivo que alguns médicos se

ressentem com outros profissionais quando ganham o mesmo salário, como no caso dos assistentes sociais. Pode-se perceber certo desdém por parte de um deles, como na vez em que Aline lhe pediu para explicar à família de um paciente a razão de seu falecimento, já que ela não tem conhecimento técnico para isto e também porque seria uma atribuição dele. Em resposta, além de o médico dizer que não devia satisfações de sua conduta a uma “estagiária de serviço social”, ele ainda lhe disse: “Minha filha, já morreu, eu não tenho mais que explicar nada não”.

Com esta atitude, além de desprezar a estagiária, o médico ratifica sua superioridade de classe, abstendo-se de cumprir com o princípio do SUS que assegura ao paciente a ciência do seu estado de saúde, e no caso específico aqui, informar a sua família a razão do óbito. Sendo o médico que tratava do paciente a pessoa mais apta para explicar o acontecido, ele nega a sua família o direito da informação. Em outra ocasião, uma mulher reclama com Aline de seu marido ter sido operado sem ninguém ter lhe explicado o motivo. Estes casos se assemelham, já que ambos sugerem que não seja necessário explicar a morte ou a deliberação de uma intervenção médica quando se trata da vida ou saúde da ralé. Retorna aqui a análise de Boltanski acerca da desnecessidade de se explicar algo para alguém que “não possa compreender”. Tal situação evidencia a sujeição desses pacientes às decisões das classes dominantes, representadas na figura do médico, além de sugerir uma idéia de não haver a necessidade de se justificar a razão de um óbito e uma interferência cirúrgica, quando se trata de tal perfil de paciente.

Entretanto, devemos nos posicionar criticamente diante de histórias que são relatadas sobre as práticas de violência e negligência contra pacientes sempre que essas histórias se enredem em torno da construção de vilões e mocinhos, na maioria das vezes, figurados no mesmo agente: o médico. Quando não são heróis, as figuras de médicos carrascos e arrogantes alojam-se facilmente em nosso imaginário. Contudo, esta imagem ofusca a ampla dimensão do maltrato, pois além de colocá-la exclusivamente como uma questão de opressão da classe dominante sobre as dominadas, não percebe que a própria instituição incentiva o erro e a discriminação de todos os agentes. Também é fácil pensarmos que tais atitudes ocorrem de forma isolada, indicando mais a falta de caráter e de conduta ética de alguns em prejuízo da

grande parcela de profissionais profundamente bem intencionados, engajados no bem-estar do paciente, seja ele quem for.

É possível afirmar então que o problema possui dimensões mais amplas, envolvendo inclusive as classes que estão menos distantes da ralé. Também através delas, os pacientes estão sujeitos a sofrer um atendimento ruim. Ainda na fala da Aline, percebemos a prática de boicotes de auxiliares de enfermagem – que em grande parte possui conhecimento incorporado, um conhecimento técnico sobre a prática de uma profissão, além de uma situação econômica mais confortável em relação à ralé – aos pacientes da ralé. Com tais atitudes, evidenciamos um conflito de classes entre as pessoas que, por estarem economicamente e geograficamente mais perto da ralé, lutam para fugirem de estigmas que são atribuídos às frações delinqüentes da mesma, e pessoas que são enquadradas em tais estigmas. Desta maneira, dispensar um tratamento pouco “humanizado” ao desamparado pela família, bandido, alcoólatras ou mulher de “vida fácil” é, ainda que não refletidamente, a forma mais comum que o profissional da pequena-burguesia tem para assinalar um distanciamento em relação a esses estigmas e com isto a recorrente e desesperada tentativa de evitar seu próprio rebaixamento enquanto pessoa.

Deste modo, o perfil de paciente que geralmente sofre mais com o mau atendimento e até mesmo com a discriminação explícita é aquele que mesmo não estando ligado ao tráfico de drogas ou a qualquer tipo de ação ilegal é associado à imagem de delinqüente. É comum ouvir a identificação destes usuários ligada a expressões pejorativas: “Aquele marginalzinho ali cheio de tatuagem aí ó. Aquela tatuagem de porta de cadeia”, ao invés de simplesmente dizer “aquele do leito 9”, por exemplo. Trata-se, na maioria, dos sujeitos baleados pela polícia, ou por um bandido ou traficante, nos confrontos dentro das favelas. A presença de uma simples tatuagem já suscita especulações, mesmo que a pessoa nada tenha a ver com o mundo do crime. Falas desdenhosas como “Eu não ponho a mão nesse tatuado se não tiver luva!” são muito comuns e delineiam uma demarcação moral entre os pacientes, sendo estes “tatuados” o tipo de pessoa cotado como o mais inferior e degradante. Além destes, merecem desconfianças, e assim uma “diferenciação” no tratamento, os alcoólatras reincidentes no hospital e as mulheres ligadas à prostituição ou simplesmente

remetidas à vulgaridade. Estas, como presenciado por Aline, muitas vezes são identificadas como “aquela nigrinha”, indicando uma mulher sem pudores e estima social. O estigma que tais pessoas carregam proporciona-lhes o pior que pode haver em termos de tratamento “não-humanizado” porque são nestes casos que o medo, a repugnância e a ojeriza que causam aos outros sequer são disfarçados.

Não obstante, por meio também de atitudes aparentemente inocentes, o profissional da saúde pode destratar os pacientes, sem ele ser necessariamente um delinqüente, como podemos constatar numa outra história relatada por Aline. Havia então uma paciente da ralé com problemas psiquiátricos – o que por si só já é motivo para ser estigmatizada – que deveria ser transferida para uma unidade médica que cuidasse especificamente do seu caso. Apesar disto, a paciente permanecia na enfermaria onde ficavam pacientes politraumatizados, lugar nada apropriado para ela. Mesmo Aline buscando informações sobre sua vida, já que não havia sido identificada, nenhum outro assistente social ou psicólogo fez nada em seu benefício, nem mesmo tentar transferi-la de setor. Aline chegou a providenciar sua transferência para uma unidade especializada, mas dependia que as pessoas do próximo plantão concluíssem o processo. Uma semana depois, para surpresa de Aline, a paciente não havia sido transferida. Tentando se comunicar com ela, coisa que os psicólogos deveriam fazer, Aline descobriu que alguns auxiliares de enfermagem estavam tratando-a de modo negligente e frio, desconsiderando que sua situação exigia cuidados especiais:

Ela falou que ela fazia xixi e não conseguia levantar. Ela pedia pra trocar porque ela usou frauda nesse período (...). (Auxiliar de enfermagem): “Não, você fez xixi na roupa, agora você aprende, você fica aí com xixi!”. Ela: “Não, mas arde, tá doendo!”. Aí ela já estava até habituada, já conhecia várias pessoas lá, “não, ela falou que eu tinha que me acostumar. Aí eu prendia, eu não fazia xixi!”. (...) Ela reclamava de dor, falava que quando dava injeção doía, falavam (para ela) que tinha que doer mesmo, que se fosse bom era sorvete, que não era remédio!

A paciente conseguiu finalmente ser removida do hospital quando, instalada no corredor do Pronto Socorro, sofreu um “surto”, em que pulava no chão, dando cambalhotas no meio de vários pacientes, gritando que sentia dor e que queria sair de lá. Foi apenas assim que ela obteve alguma notoriedade, resultando na sua pronta

transferência para uma unidade especializada. A culminância deste evento crítico foi então a única expressão possível para seu sofrimento, para que pelo menos prestassem atenção nele. Foi apenas incomodando os outros que, ironicamente, ela conseguiu não ser mais maltratada pela indiferença de tantas pessoas ali.

Existe ainda certa recorrência de auxiliares de enfermagem salientarem o descaso das famílias em relação aos seus pacientes, como se isto valesse de justificativa para suas possíveis displicências. Aline diz que de vez em quando ouvia falas do tipo “se nem a família se interessa por ele, por que que eu vou me preocupar?”. Como se a ausência de acompanhantes ou visitas consentisse num menor rigor da atenção por parte de alguns funcionários. Ou ainda, como se essa ausência fosse um indício do não-valor do sujeito em questão. Todavia, mesmo pessoas com visitas ou acompanhante não conseguem ser bem atendidas. Muitos usuários, aliás, mal sabem dos seus direitos, mal articulam um pedido de providência para seus problemas. Além disto, como não têm despesa com nada, muitos se sentem gratos pelo atendimento, como se fosse um presente oferecido a eles.

Apesar dessas atitudes, muitos auxiliares são capazes de se solidarizarem com os pacientes, sendo capazes de discutir com alguns médicos sobre “aquele detalhe que não quer atender”, ou que “demora a atender”, em favor dos usuários, como no caso de Regina, auxiliar de enfermagem que há cinco anos trabalha no mesmo pronto socorro em que Aline trabalhou. Mas o que a deixa realmente aborrecida no ambiente de trabalho é quando algum acompanhante lhe pede satisfação sobre a saúde do seu paciente, mesmo depois dela repetir várias vezes que apenas o médico poderia dar um parecer da situação, pois tal conhecimento não faz parte de sua alçada. Muitas vezes o acompanhante se exalta, reclama do atendimento ou da demora do diagnóstico, justo com ela que está ali apenas para medicar o paciente. “Aí quando o médico chega, falta só beijar a mão do médico! Aí eu falo assim: ‘Fala com ele, fala comigo não, fala tudo, repete tudo pra ele que ele que é o médico!’”. Ou seja, com ela o acompanhante se exaltava e exigia providências; já com o médico, se mostrava humilde e solícito ao que ele falasse. Isto deixava Regina indignada, afinal de contas era ela quem estava ali cumprindo seu dever, ao mesmo tempo em que era injustamente exigida na ausência do médico. E o médico, que era de difícil acesso, era engrandecido diante da atitude

respeitosa ou, como se abismava Regina, diante da atitude de reverência por parte do acompanhante.

O pior é que aparecem constantemente ocasiões como estas em que a presença do médico se faz mais que necessária e Regina não sabe o que fazer. “Cadê o médico?” tornou-se a pergunta recorrente dos acompanhantes, dos pacientes e da própria Regina. É assim que ela constata que “se fosse de morrer morreria!”, além do que “tem certos exames que é o médico que tem que ver, ele fica enrolando pra ver e a gente ta vendo o paciente afundando na frente da gente...”. Com isto, Regina muitas vezes conta mais com a ajuda dos acadêmicos de medicina que assinam receitas em nome dos médicos responsáveis pelo plantão. Algumas vezes, ela mesma orienta alguns deles nos exames médicos devido à experiência que adquiriu exercendo o trabalho de enfermeiras ali, o que nos chama atenção para o fato do pupilo estar sendo supervisionado por uma auxiliar de enfermagem ao invés do médico responsável pelos pacientes. Além do mais, no período da noite, somente quando o caso é considerado de extrema urgência, alguém pode se prontificar a pedir ajuda do médico que descansa no dormitório. É por estas e outras que Regina diz que “quem carrega o coro nas costas é a enfermagem! (...) Ta com a cara na reta de tudo, cara na reta com paciente, cara na reta com acompanhante, tudo primeiro a levar na cara é quem? É a enfermagem!”.

A colega de trabalho de Regina, Dinorá, concorda: “quem leva o hospital nas costas é o pequeno, o peão, é o técnico...”. Nessas falas de autovalorização, muitas pessoas transformam a sua necessidade de trabalho e a improbabilidade de uma maior qualificação profissional através da continuação dos estudos numa virtude. Enquanto “peão” que faz o trabalho pesado de estar o tempo todo monitorando os pacientes, medicando-os, limpando-os, enfim, socorrendo-os, o auxiliar de enfermagem transporta uma carga pesada de trabalho, sendo peça-chave no andamento da rotina de qualquer unidade médica. Ele acaba tendo mais contato com os pacientes e seus parentes que qualquer outro profissional. Daí estar com “a cara na reta” o tempo todo, inclusive quando os momentos de tensão são maiores, como na chegada de pacientes em estado grave. Não à toa estão sempre suscetíveis a um ritmo tenso e intenso em suas atividades, ainda mais que boa parte dos auxiliares dobra plantões, muitas vezes em outros hospitais, quando não ali mesmo.

Nestas circunstâncias de trabalho frenético, a minoria consegue tempo, dinheiro e mesmo disposição física e emocional para dar prosseguimento aos estudos e se formar como enfermeiros. Os auxiliares situam-se, por conseguinte, numa dúbia posição de reconhecimento social. Ao mesmo tempo em que são elementos fundamentais, não possuem atributos que os equipare socialmente aos profissionais de maior qualificação. Muitas auxiliares foram empregadas domésticas antes de concluírem o curso técnico de enfermagem, sendo este a sua base de instrução. São, muitas vezes, portanto, indivíduos que ascenderam de classe, que adquiriram uma utilidade no mercado de trabalho, mas que correm risco todo o tempo de decaírem socialmente, caso não dêem prosseguimento aos estudos, façam cursos ou especializações²⁵.

Dinorá não fez a faculdade de enfermagem. Aos 53 anos, diz que seu tempo para os estudos já passou, mas nem por isso admite ser desrespeitada por qualquer pessoa que tenha estudado mais que ela. Além de trabalhar no mesmo hospital que Regina e Aline, Dinorá também trabalha num hospital pediátrico particular, onde passou por um evento bem desagradável, que pôs em cheque a sua autopercepção de ser humano digno do respeito alheio. Foi quando medicava crianças no horário da meia-noite, que a mãe de uma delas começou a gritar com Dinorá devido ao fato de a medicação de seu filho não ter sido ainda ministrada. Todavia, dez ou quinze minutos de atraso não acarretaria problema algum à criança, pelo menos é o que justifica Dinorá, até porque ela medicava várias crianças no mesmo horário. Dinorá diz que a mulher se exaltou com ela porque era uma “advogada”, “casada com um juiz”, e que por isto se achava alguém mais importante ou superior. Acredita Dinorá que se esta advogada tomou uma atitude arriscada, já que “ela não sabe a personalidade, que tipo de pessoa ela ta lidando!”. Como bem ressalta Dinorá: “A vida da pessoa ta na mão de quem? De quem ela ta xingando, que nem se dirigiu pra ela pra dar um ‘boa noite!’”. A

²⁵ Foi o que aconteceu com Rita, ex-empregada doméstica, que durante 20 anos trabalhou como auxiliar de enfermagem em Boa Vista (RR), Belo Horizonte (MG), em cidades da Bahia e Goiás, em setores como UTI e centro cirúrgico. Com o tempo, sentiu-se defasada em relação às novas técnicas empregadas na enfermagem, ainda mais pela competência que aqueles setores exigiam. Toda a experiência adquirida não foi capaz de evitar que Rita tivesse que viver hoje em dia como segurança em eventos sociais. Sua justificativa para o seu afastamento da enfermagem foi a de que a pessoa que “tem que se dedicar aos plantões, muitas vezes não tem condições de ir para a sala de aula. Você se sente cansado, você não tem paciência de ficar sentado, prestando atenção, de pesquisar”.

mãe da criança além de agredir verbalmente Dinorá, ainda derrubou a medicação do próprio filho no chão, algo que para esta simples auxiliar de enfermagem demonstra ignorância daquela que conhece as leis do direito e sabe da possibilidade de responder a um processo pela sua atitude.

Diante da afronta da advogada, Dinorá se vangloria: “Se eu fosse outra mau-elemento botava uma porcaria na veia do filho dela e matava o filho dela...”. Como Dinorá não é nenhuma inconstante, menos ainda delinqüente, e acima de tudo preza o discurso humanista (que prega o atendimento digno à pessoa seja ela quem for), ela tenta esconder seu ressentimento de classe, a dor da humilhação que sentiu e até mesmo o poder que tem em suas mãos de tirar a vida, na sua boa-vontade para com o paciente, já que depois de tudo isto ela preparou novamente a medicação da criança. O que ela acredita é que apesar da humilhação, ela é virtuosa pela força de seu caráter. Apesar de sua retidão, são casos como este, em que alguém lhe impõe um “ar” de superioridade, que fazem com que Dinorá passe por momentos de desencantamento em seu trabalho: “Anulou aquele bem todo, aquele amor todo que você estava, jogou na geladeira!”.

Embora Dinorá e Regina tenham vindo de famílias pobres e conquistado formalmente um espaço no mercado de trabalho, ambas sentem que não são devidamente reconhecidas pelo que fazem. Não obstante, tanto uma quanto a outra sustentam um discurso humanista no tratamento de pacientes, e com isto levantam uma bandeira em prol de seu valor enquanto pessoas. Elas acreditam que não fazem diferenciação no tratamento que dispensam aos pacientes e isto seria a grande virtude de ambas. Não cabe aqui duvidar da boa intenção de cada uma delas. Na realidade, a boa intenção não é o que está em questão. É sabido o quanto elas dão duro a cada plantão que trabalham. Também incutem contradições aos princípios do SUS as condições estressantes a que estão condicionados os profissionais da área de saúde, ainda mais no caso dos auxiliares, pessoas que dependem de dupla ou tripla jornada de trabalho para endossar o orçamento familiar. Diante deste quadro, a postura mais “fria” do profissional em relação ao paciente torna-se algo até “natural”, visto que trabalhar sob forte pressão e com tamanha freqüência o embrutece facilmente. Deste modo, a própria instituição age contra o ideal de qualidade no atendimento, pois a todo

tempo investe sobre seus profissionais uma carga de stress que só pode prejudicar o andamento normal de trabalho e favorecer a manifestação de ressentimentos e possíveis erros.

Assim, o próprio espaço de trabalho torna-se problemático para o bom encaminhamento dos serviços de saúde. Ali, naquele hospital público, como bem diz Dinorá “é gente na maca, é gente no corredor, se bobear vai pendurar igual cabide!”. Um lugar apertado, abarrotado de pessoas acidentadas e doentes, disputando espaço nas brechas de um corredor. Sem falar das vagas que as pessoas esperançosamente aguardam para obter o tratamento devido: o tão esperado “andar de cima”, a promissora clínica médica ou pediátrica. Também ali em cima estão pessoas definhando e ocupando os espaços que houver sobrando. Por isso mesmo o paciente que já está debilitado ainda se abate porque não pode escapar de assistir ao seu vizinho de maca morrer bem do seu lado. Num ambiente como este, qualquer debilidade tem o potencial de se intensificar por puro desgaste emocional.

Do mesmo modo acontece aos acompanhantes expostos a essa rotina maçante, que derruba o alento de quem quer que seja. Não é difícil se colocar no lugar deles, que por desespero acabam por importunar auxiliares de enfermagem que nada mais podem fazer pelos seus pacientes. “Eles tiram do sério qualquer um!” – enfatizam Regina e Dinorá. Mas Regina mesma constata que se fosse ela quem estivesse no lugar de acompanhante faria o mesmo: “aí a gente depois, a gente se coloca no lugar, no lugar da acompanhante, e se fosse um parente da gente, entendeu?”. Ela reconhece que, de fato, “tem muita barbeiragem, como tem na enfermagem, tem na medicina também, né! Então você tem que ficar atenta, entendeu?”. Foi desta maneira que sua colega Dinorá esteve durante todo o tempo em que sua filha ficou internada no hospital em que trabalha. Ela manteve-se calma até ver que a pancreatite dela exigia uma CTI. Neste momento, foi preciso tomar providências: “(...) que eu to vendo que ela tava precisando de uma CTI e o diretor não queria me dar a CTI!”. O diretor lhe perguntou se sua filha estava “chocada”, ou seja, se tinha entrado em estado de choque, como se apenas ela entrando num estado decisivo como este ela pudesse ser transferida. Foi neste momento que Dinorá se desesperou: “eu briguei com todo mundo. Briguei entre aspas”. Ela exigiu, “bateu-boca” e conseguiu a transferência da sua filha, que já estava

morrendo na enfermaria do pronto-socorro. Infelizmente, nem todas as mães sabem identificar o momento crítico que diferencia a vida e a morte de uma pessoa. Nem todo mundo consegue mobilizar ações que façam o diferencial a favor da vida do seu parente ou amigo.

Dinorá, deste modo, ficou atenta em relação aos médicos e à equipe de enfermagem para evitar a ocorrência de displicências ou “barbeiragens”, que colocassem em risco a vida de sua filha. Ao agir assim, fica fácil abrandar-se diante dos médicos que cuidam da vida do seu ente-querido. O ressentimento torna-se solicitude. E qualquer auxiliar de enfermagem, colega de profissão, por mais responsável que seja, também se torna alvo de atenção e desconfiança. É preciso “ficar atenta”! Mas por que desconfiar? Se há tantas Dinorás e Reginas, pessoas que dizem gostar do que fazem, sentirem-se úteis e que tentam dar o melhor de si, por que temer?

Como dito, as próprias condições de trabalho já viabilizam um ambiente tenso. Alguns anos atrás, segundo Dinorá, trabalhar naquele hospital era muito ruim, pois a segurança dos profissionais não era garantida. Certa vez, Dinorá foi agredida por um acompanhante porque, ao prestar socorro a um paciente que enfartava, precisou bater em seu peito, conforme exigido nestes casos. Ao ver a cena e sem entender o porquê daquela atitude, o irmão do paciente socou Dinorá pelas costas. Dinorá revidou. E revidou outra vez quando uma paciente drogada lhe agrediu. Ela diz que nestes tempos “era todo dia sessão porrada! Era caindo no tapa!”. Profissionais da saúde batendo boca com acompanhantes e vice-versa é insignificante diante deste quadro. De um lado, os profissionais despreparados para esses tipos de situação caíam no erro de revidarem pacientes e acompanhantes, do outro, a própria falta de segurança a que estavam submetidos estes profissionais possibilitava conflitos a todo instante. A situação era de insegurança para ambos os lados. E quem tinha o dever de proteger e cuidar acabava por cometer o erro de agredir, erro este que nem mesmo para se defender deveria ser admissível ali. Toda a boa-vontade fica, pois, retida na “geladeira”! Mesmo crendo na humanização do tratamento, a falta de preparo de Dinorá falou mais alto. Tudo parecia incentivar o erro.

Podemos perceber o papel fundamental que estes auxiliares possuem, ao serem os agentes que intermedeiam o contato dos pacientes com médicos e outros

profissionais, estando com “a cara na reta” em todas as situações. São pessoas, que em muitas situações ascenderam da ralé ou das frações de classe mais próximas dela. Desta forma, pode ser natural esperarmos delas uma atitude de solidariedade em relação a essas pessoas, se compararmos com os médicos, por exemplo. Porém, o que percebemos é que mesmo estes profissionais acabam muitas vezes por cometer “diferenciações” no tratamento que dispensam aos pacientes porque a todo tempo a questão “classe social” aparece ocasionando algum tipo de conflito. Podemos vê-la no ressentimento dos auxiliares em relação aos médicos ou família dos pacientes de classe média. É como se nestes contatos, o seu próprio valor enquanto ser humano fosse posto em prova. Também podemos vê-la na atitude disseminada de discriminar pacientes ligados a práticas ilegais ou a qualquer ação que os rebaixe moralmente. Agindo desta maneira, mesmo que não refletidamente, sentem reforçar sua dignidade enquanto seres humanos.

Algumas pessoas como Aline acreditam que incentivar a humanização do atendimento dos funcionários através da educação continuada é uma saída possível para a saúde pública. Da portaria à direção, da recepcionista ao médico, todos deveriam participar de projetos de educação que estimulassem a criação de vínculos do profissional com os usuários, e que trabalhassem a auto-estima e motivação do próprio trabalhador. Se as pessoas gostassem do que fazem, trabalhariam com mais prazer, e em decorrência, o paciente receberia um melhor atendimento. Embora louvável, tal idéia não leva em consideração que a desvalorização dos pacientes da ralé é algo objetivo, que independe da boa vontade de alguns agentes envolvidos. Seria necessária a tematização da existência da ralé enquanto classe social que possui disposições que lhe legam uma vida material e moral precária, para poder tocar no cerne do problema do atendimento não-humanizado de forma mais eficaz.

Além disto, os próprios interessados, a ralé, por suas condições objetivas, que lhes aprisionam numa eterna busca por remediar as necessidades primárias da sobrevivência, são “amputados” politicamente, ou seja, além de não serem enxergados enquanto classe social, não conseguem articular politicamente suas reivindicações por melhoria no atendimento. Por ironia da “lógica do mundo” moderno, é necessário já ser reconhecido e tratado como indivíduo portador de direitos para de fato conseguir exigir

direitos e mudanças²⁶. Uma pessoa que se habituou a não ser tratada como cidadã, muitas vezes não sabe como exigir direitos, que apesar de lhe ser garantidos em lei, exigiria planejamento de ações, disciplina e autocontrole que ela não tem. Em outros termos, a arma contra as contradições e precariedade na saúde pública que a ralé em primeira instância deveria usar exigiria que ela não fosse ela mesma. Assim, um projeto eficaz de humanização deve em princípio tematizar esse drama. Apenas reconhecendo a sua existência em nossa sociedade é que será possível almejar projetos bem sucedidos, que operando em rede, envolvam instituições e toda a sociedade na possibilidade de mudanças a médio e longo prazo.

Além do problema específico da humanização no tratamento do paciente, existe, como vimos, a situação de insegurança para o próprio funcionário. Muitas vezes por questões que envolvem diretamente a administração dos serviços no hospital, empregados e funcionários são expostos ao erro e à morte, respectivamente. Isto pode ocorrer quando, por exemplo, um funcionário é obrigado a obedecer a uma ordem de seu superior, mesmo em situações em que uma medida de bom-senso exigiria o seu não cumprimento. A insegurança aqui se refere ao fato dele descumprir e ser questionado por isso, ou mesmo dele se sentir responsável por lesar um paciente exatamente porque cumpriu a ordem estabelecida.

Para tornar clara esta situação posso eu mesma citar eventos ocorridos na farmácia deste hospital. Sendo plantonista noturno, eu devia repassar os medicamentos para os auxiliares de enfermagem conforme a prescrição médica que traziam. Durante o dia, além deste serviço ser feito em maior volume, os funcionários da farmácia deveriam enviar para os setores alguns produtos como água destilada, soro fisiológico, soro glicosado, ampolas e comprimidos de “uso geral”, como medicação para dor, além de álcool, éter dentre outros itens. Feito isto, no plantão da noite, que começava às 19 horas e ia até às 7 do dia seguinte, não se poderia mais enviar este tipo de material de “uso geral” para nenhuma das clínicas, com exceção dos CTIs, Centro Cirúrgico e da UPG (Unidade de Pacientes Graves), que ficava no Pronto-Socorro.

Certa noite, porém, um auxiliar de enfermagem pediu mais água destilada para a Clínica Médica. Eu tinha ordens para não enviar, o que fez com que o referido auxiliar

²⁶ Ver Bourdieu, 1979.

se indispusesse comigo, se oferecendo para me levar ao setor para eu mesma verificar se havia ou não água faltando. Quando este tipo de situação ocorria, o que era muito comum por sinal, a responsável pela farmácia, nos alertava a não enviar, a discutir com o auxiliar, que “era tudo folgado”. Do contrário, quando a gente atendia ao pedido, tinha que ouvir reclamações da responsável, que chamarei aqui de Eloisa. Havia necessidade de racionar o envio de água, para privilegiar setores críticos como o CTI, por exemplo. No entanto, este racionamento muitas vezes não seguia uma racionalidade lógica. Posso afirmar que pela necessidade de se economizar alguns materiais, devido a sua escassez momentânea, começou-se a criar uma cultura na farmácia de contenção de materiais, dificilmente negociável sem a permissão de Eloisa. Devia-se ligar para a mesma, mesmo tarde da noite, para conseguir a permissão para liberar este tipo de material, mesmo que os auxiliares comprovassem sua necessidade no setor e mesmo que tal material tivesse em quantidade disponível. Eloisa, ainda que fosse técnica em farmácia e tivesse anos de experiência no setor, não tinha formação acadêmica para tantas deliberações que fazia quanto a liberação e retenção de medicamentos.

O drama maior dava-se em relação à medicação que não poderia ser enviada ao Pronto-Socorro. O “P.S.”, como é chamado, abriga em tese pacientes que não precisariam manter-se no hospital por mais de 24 horas. São pacientes que, em tese, não demandam internação. Portanto, em tese, são casos mais simples, em que ministradas as medicações e se obtendo uma condição favorável, logo conseguem alta. No entanto, conforme afirmam não apenas os entrevistados, mas como eu mesma pude presenciar, o Pronto-Socorro atende a pessoas que ali se “internam” por semanas, incluindo inúmeros pacientes que aguardam vagas para internação em outros setores. Assim, para os pacientes “não-graves” do P.S. não se poderia enviar, mesmo que o médico tivesse prescrito, algum antibiótico mais forte e caro. Havia uma racionalidade para esta ordem, que, aliás, era obedecida por Eloisa e todos na farmácia, dada pelo o Infectologista-chefe do hospital. Tal racionalidade era simples: dá-se o início do tratamento com a introdução de uma medicação mais simples, e caso a situação se agrave aí sim se poderá fazer uso de medicamentos mais fortes e caros. Caso de início já fosse medicado com o antibiótico mais forte, e caso o paciente “criasse” resistência à

medicação, não teria algo mais forte para substituí-lo. Não era então apenas uma questão de economia, mas de racionalidade médica.

Contudo, havia casos de pacientes do P.S. que realmente demandavam tal medicação. Quando isso ocorria, era necessário ligar para o infectologista para avaliar o caso e liberar o seu envio. Mas e quando este pedido era feito às 2 da manhã? Como não era perita no assunto, cabia decidir mandar ou não. Não tinha requisito para fazer tal escolha, e não convinha ligar àquela hora para o médico. O resultado é que decisões erradas foram tomadas. Durante anos, décadas, todos funcionários da noite cometeram erros por não terem qualificação para avaliar um caso de exceção à regra. Enviavam-se o que não deveriam enviar, retinham o que deviam liberar. Apenas nos últimos anos, foram contratados farmacêuticos plantonistas, um para cada dia da semana, que poderiam deliberar sobre este procedimento com segurança. Aliás, mesmo os médicos cometiam equívocos na escolha da melhor medicação, algo que pôde ser minimizado com a presença dos especialistas no hospital.

Ainda assim algumas ordens de cunho administrativo, quando visavam controlar o envio de medicamentos e racionalizar seu uso, acabavam por criar problemas. Existia a ordem de poder enviar medicamentos apenas para os auxiliares, enfermeiros que fossem funcionários do hospital, ou pelo menos limitar a sua entrega aos estagiários e acadêmicos. Paula, acadêmica de enfermagem, fazia estágio na UPG. Ela conta que havia acabado de pegar uma medicação para uma senhora que enfartava, quando precisou ir novamente à farmácia pegar a mesma medicação para um rapaz que acabara de chegar e que também estava enfartando. Na farmácia não permitiram que ela pegasse a mesma medicação novamente. O detalhe é que a UPG possui um estoque desses medicamentos, e no caso de sua falta, não pode ser negada a sua reposição. Foi necessário médico e enfermeiro irem até a farmácia para brigarem pela medicação. Contudo, a demora nesse processo custou a vida do rapaz. Assim, até mesmo procedimentos, rotinas de organização do trabalho, quando não são bem formulados e administrados podem causar danos irreversíveis à vida de um paciente.

Da mesma forma, o despreparo de funcionários para a deliberação de algum procedimento que exige qualificação técnica e profissional causa problemas graves no cotidiano hospitalar. Todos esses elementos reunidos confluem para a formação de um

quadro de desconfiança frente ao serviço público de saúde. Por isto que Regina alerta sobre a necessidade de manter-se atenta a todo instante quando quer que ela ou um parente seu necessitar do SUS. Mesmo ela que possui uma forte ligação afetiva com a área de saúde pública e elogia a estrutura física do hospital no qual trabalha, de diversas maneiras se contradiz ao demonstrar o quanto não pode confiar na qualidade do atendimento que lhes dispensariam em um hospital público. E por qualidade de atendimento está incluída também a lentidão do serviço e da resolução dos procedimentos burocráticos tão comuns nessas instituições, e que fazem toda diferença entre a vida e a morte de um paciente. Além, é claro, da própria organização e administração dos serviços, que ao buscarem racionalizar custos, podem pecar na racionalidade do procedimento. Desta forma, as “falhas do sistema” acabam por lesar aqueles que precisam contar com o SUS, que não têm condições de custear um plano de saúde, ou seja, que não têm condições de escolher. Nestes termos, o “SUS real” ao se distanciar do “SUS constitucional” reitera a desigualdade que retira da ralé o controle e o poder sobre sua vida.

CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou relacionar as políticas de saúde no Brasil com a reprodução das desigualdades sociais. O primeiro enfoque dado a esta relação foi a configuração de um modelo de assistência à saúde segmentado, que privilegiou as classes integradas ao processo produtivo de acumulação e circulação de riquezas, ao passo que deixou ampla parcela da população assistida por políticas de baixa eficácia, visto que designadas única e exclusivamente a um caráter preventivo.

Assim, o esboço da trajetória das políticas de saúde demonstrou o caráter “meritocrático” da assistência médica no Brasil. A classe que não era considerada útil ao mercado, ainda mais num tempo de desenvolvimento da indústria entre nós, teve na assistência médica coletiva o reflexo da falta de reconhecimento social de sua cidadania. No entanto, o privilégio pelo qual desfrutavam as classes integradas ao mercado capitalista possuía aspectos negativos. A concessão de benefícios significou em parte uma forma de controle sobre os trabalhadores. Para o Estado foi possível uma desmobilização política dos trabalhadores perante a antecipação de suas demandas. Para as empresas que aderiram aos convênios e contratos para subsidiarem a assistência médica de seus funcionários foi possível garantir maior produtividade do trabalhador, e assim maior controle sobre o mesmo. Estes dados relevam, portanto, a relação necessária que se fez entre a utilidade no mercado de trabalho e a concessão de direitos, entre eles à assistência médica.

A política de saúde pública no Brasil esteve, desde Vargas até a formação do SUS, estreitamente relacionada com a política previdenciária. Isto se deu pelo Estado patrocinar via Previdência a assistência médica individualizada aos inseridos formalmente no mercado de trabalho. Todavia, o crescimento do setor privado da saúde, que consagrou a constituição de diversos atores, deve ser compreendido em congruência com a mesma política. Isto porque o Estado foi o maior comprador dos serviços privados, compra esta empreendida para cobrir as despesas assistenciais dos

segurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Mesmo que o setor privado tenha se expandido e conquistado independência em relação ao Poder Público, isenções fiscais concedidas por este último parecem garantir a ação do Estado como incentivador da prática liberal na assistência médica.

A consolidação do setor privado de assistência à saúde, entretanto, implicou em uma fraca expansão da rede hospitalar pública, além de indiretamente inibir o apoio de trabalhadores à constituição de um sistema público e universalista. O que foi demonstrado aqui, principalmente a partir do trabalho de Telma Menicucci, foi que o projeto de reforma sanitária, quando em vias de se concretizar, demonstrou retrocessos. O apoio formal de inúmeros segmentos da sociedade à constituição do SUS demonstrou na prática ter sido mais um apoio contextualizado em meio à crítica ao regime militar, possibilitado, em boa parte, pelas demonstrações de esgotamento e crise do mesmo.

Desta forma, o SUS tal qual ele foi idealizado e constituído vem demonstrando ainda não ser exequível. A universalização não conquistada deve ser compreendida em termos de que mesmo que o acesso universal tenha se realizado, na prática, significou uma política pública focalizada nos pobres, mais precisamente na ralé, que estando em posições marginalizadas frente ao mercado, não possui as condições objetivas de ser comprador dos serviços privados de plano de saúde. Corroborando para a segmentação de clientela o fato do setor privado ter ganhado garantias na Constituição e ter sido oficializado por meio da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Mesmo que a explicação que Menicucci ofereça para a consolidação do “mix público/privado” contradiga às teses que defendem a “hipótese de convergência” e neste sentido o crescimento do setor privado como fruto da reforma do Estado e vigência de uma política neoliberal, os efeitos percebidos pela autora parecem confluírem para o diagnóstico observado em outros territórios impactados por esta realidade. Assim, por exemplo, podemos citar o diagnóstico de Pierre Bourdieu, ao analisar o impacto do neoliberalismo sobre as políticas sociais na França, atestando para uma modificação na ação do Estado, que vem implicando em uma focalização das políticas públicas: “Passamos, assim, de uma política de Estado que visa agir sobre as próprias estruturas da distribuição (...) para uma caridade de Estado destinada, como nos bons velhos tempos da filantropia religiosa, aos ‘pobres merecedores’” (BOURDIEU, 2007b, p. 219).

Bourdieu refere-se à “demissão do Estado” no sentido de sua retirada da provisão de serviços sociais, algo que não tem sido aceito como explicação para o caso brasileiro. Todavia, não cabendo aqui espaço para esta discussão, uma análise da trajetória da política de saúde no Brasil sugere que o modelo de política social implantado no Brasil pode ser encarado como “conservador” e “seletivo”, no sentido de ter se direcionado e beneficiado os setores mais produtivos da população, consagrando o modelo privatista da saúde, contra qual o SUS ainda não pôde se impor. Diante disto, caberia ao SUS cuidar da parte da população que não tem capacidade de escolher qual plano utilizar.

O SUS tem encontrado verdadeiros desafios para sua efetivação, muitos dos quais lhe imprimem uma atuação contraditória. O problema do subfinanciamento, e a forma como tem sido tratado, possibilitou Menicucci diagnosticar uma falta de sustentabilidade ao propósito de universalização da cobertura, a qual designou como “inviabilidade sistêmica”. Por outro lado, apenas a questão do financiamento não é capaz de explicar as restrições de acesso aos serviços de saúde, menos ainda os problemas na humanização no tratamento dispensado aos usuários da rede pública. Assim, faz-se necessário atentar para fatores alternativos. O problema de gestão e o gerenciamento do sistema e suas instituições, embora distinto do financiamento, tem sido um fator levantado na literatura sobre o tema, tornando-se importante elemento explicativo para os problemas estruturais da saúde pública.

Entretanto, parece faltar na literatura sobre o tema, especificamente quando se toma o aspecto do atendimento, uma explicação para os problemas erguidos em função da humanização do tratamento, que considere as especificidades das disposições e demandas do público-alvo do SUS. Foi neste sentido que essa Dissertação tentou tornar visível a classe social “ralé estrutural” no contexto da saúde pública no Brasil. Quando se fala em “tornar visível” aqui não se quer dizer que a precariedade no atendimento não é conhecida publicamente, nem sequer se pretendeu trazer a conhecimento o fato de os pobres serem os principais usuários do SUS. A mídia a todo o momento evidencia esses fatos.

Tornar visível a ralé no sentido que teve neste trabalho significou tomar conhecimento da mesma enquanto classe detentora de um “habitus precário”, que

devido a isso se relaciona com as outras classes na posição de pólo dominado. Verificar distinções no tratamento segundo classificações que lhes incute estigmas e preconceitos é uma das formas de detectar a amplitude e a efetividade dos princípios do SUS, principalmente das suas falhas no que se refere à equidade e à humanização no tratamento.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, Maria Helena Oliva; COSTA, Olavo Viana. A saúde no Brasil: paradoxos e dilemas. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v.1, n.3, p.59-63, 1987.

BAHIA, Ligia. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde. In: Lima, Nísia Trindade; Gerchman, Silvia; Edler, Flávio Coelho (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 407-449, 2005.

_____. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.159-169, 2006.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1989.

BOURDIEU, Pierre. **A Distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2007a.

_____. **A miséria do mundo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007b.

_____. **O desencantamento do mundo: estruturas econômicas e estruturas temporais**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1979.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**: 12 (Sup): 1865-1874, 2007.

CARVALHO, José Murilo de. **A formação das almas: o imaginário da República do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

COHN, Amélia. Reforma do estado e saúde. In: **Sociedade e Estado**/ Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília: Departamento, XII (1): 85-101, 1997.

_____. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: Lima, Nísia Trindade; Gerchman, Silvia; Edler, Flávio Coelho (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 385-405, 2005.

_____. Políticas de saúde: implicações e práticas. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Gastão Wagner de Souza Campos... [et al]. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 219-246, 2007.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12 (Sup): p. 1851-1864, 2007.

DRAIBE, Sônia. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas e programas. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v.11, nº4, 1997.

_____. O “Welfare State” no Brasil: Características e Perspectivas. In: **ANPOCS. Ciências Sociais Hoje**. São Paulo: Vértice, 1989.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima, Nísia Trindade; Gerchman, Silvia; Edler, Flávio Coelho (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 59-81, 2005.

FEKETE, Maria Christina. Estudos da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Opas/OMS – Representação do Brasil, 1997.

FERNANDES, Florestan. **A Integração do Negro na Sociedade de Classes: o legado da raça branca**. Volume 1. São Paulo: Ática, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007a.

_____. A política da saúde no século XVIII. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007b.

FREITAS, Lorena; LUNA, Lara. A família desorganizada e a reprodução da “ralé estrutural” no Brasil. In: SOUZA, Jessé (Org.). **A invisibilidade da desigualdade brasileira**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema único de saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo: ANPOCS, v.21, n.61, p.177-190, 2006.

GERSCHMAN, Silvia; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal. In: Lima, Nísia Trindade; Gerchman, Silvia; Edler, Flávio Coelho (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 307-351, 2005.

LAHIRE, Bernard. **Retratos sociológicos: disposições e variações individuais**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos C.; SANTOS, Ricardo V. **Raça, ciência e sociedade**, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

LIMA, Nísia Trindade. **Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional**. Rio de Janeiro: Revan: IUPERJ, UCAM, 1999.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Lima, Nísia Trindade; Gerchman, Silvia; Edler, Flávio Coelho (Orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2p. 27-58, 2005.

MACIEL, Fabrício. **O Brasil-nação como ideologia: a construção retórica e sociopolítica da identidade nacional**. São Paulo: Annablume, 2007.

MEDEIROS, Marcelo. **A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990**. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para Discussão n. 852)

MELO, Marcus André B. C. de. Interesses, atores e a construção histórica da agenda social do Estado no Brasil (1930/90). In: **Ciências Sociais hoje**. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1991.

MELO, Marcus Vinícius M. Impactos da "consulta social" no acesso ao sistema de saúde no município de Campos dos Goytacazes-RJ. In: **Economia da Saúde: 1º Prêmio nacional - 2004: coletânea premiada**. PIOLA, Sérgio Francisco; JORGE, Antônio Elias (Orgs.). Brasília: Ipea: DFID, p. 327-365, 2005.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

PAIN, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 12 (Sup): 1819-1829, 2007.

ROCHA, Emerson. **Desigualdade Social e Desafios para as Políticas Públicas.** In: III SEMINÁRIO INTERNACIONAL ORGANIZAÇÕES E SOCIEDADE: INOVAÇÕES E TRANSFORMAÇÕES CONTEMPORÂNEAS. Porto Alegre: PUCRS, 2008. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/eventos/sios/?p=comlivres>>. Acesso em: 05 fev. 2008.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça.** Rio de Janeiro: Rocco, 1979.

SOUZA, Jessé. **A Construção Social da Subcidadania: Para uma sociologia política da modernidade periférica.** Belo Horizonte: UFMG, 2003.

_____. **A Modernização Seletiva: uma reinterpretação do dilema brasileiro.** Brasília: EDUNB, 2000.

UGÁ, Maria Alicia D.; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima, Nísia Trindade; Gerchman, Silvia; Edler, Flávio Coelho (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 193-233, 2005.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva.** Gastão Wagner de Souza Campos... [et al]. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 531-562, 2007.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12 (Sup): 1765-1777, 2007.

ANEXO

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AUXILIARES DE ENFERMAGEMⁱ

(Média de 2 horas de duração)

- 1 – O que te levou à Enfermagem? Desde quando trabalha nisso?
- 2 – Você gosta do que faz? Escolheria outra profissão? Por quê? O que mais gosta no seu trabalho? O que menos gosta?
- 3 – Quais lugares trabalha? {Comparar esses lugares.}
- 4 – Você se sente respeitada, valorizada no seu trabalho?
- 5 – Como é sua rotina de trabalho?
- 6 – Como é o relacionamento com os médicos? E com os colegas de trabalho? E com os pacientes?
- 7 – Você acha justo o salário que recebe?
- 8 – Qual o fator ou fatores que mais dificultam o trabalho do auxiliar de enfermagem?
- 9 – O que faz quando falta material de trabalho?
- 10 – Você já se sentiu injustiçada diante de algum comentário de um superior? De um colega? De um paciente?

11 – Se você fosse o (a) Diretor (a) do hospital, quais providências tomaria? O que mudaria?

12 – Se você pudesse mudar alguma coisa no Pronto Socorro ou na rotina de trabalho do auxiliar de enfermagem, o que seria?

13 – O que te deixa mais insatisfeita no dia-a-dia de trabalho?

14 – Se você se comparasse o tempo em que começou a trabalhar com hoje, o que você acha que mudou? Em quê que o hospital mudou? O que você acha de positivo e negativo em relação ao passado?

15 – A gente sabe que tem muita gente que não reconhece o trabalho de vocês, que reclama demais sem saber como deve ser feito o trabalho. Gente que espera receber um tratamento de “mãe” e que não valoriza o trabalho duro que vocês têm que encarar todo dia. Como no caso de muitos acompanhantes nervosos, por exemplo. Você já viu muita colega ou você mesmo já recebeu este tipo de reclamação?

(A forma como foi projetada a pergunta, acrescentando as afirmações anteriores, foi uma maneira de fazer com que o (a) entrevistado (a) sentisse que o entrevistador compartilha de possíveis opiniões suas, fazendo com que não se sinta pressionado (a) a passar uma imagem “politicamente correta” ao entrevistador).

16 – Existem muitos pacientes que reclamam de uma certa “frieza” por parte dos profissionais na área de saúde em geral. Como você encara isso? Você acha que de certa forma o trabalho endurece a pessoa? Ou na verdade, isso depende muita da empatia entre o paciente e o profissional de saúde?

17 – O que você acha desses pacientes que reclamam?

18 – Você já teve algum problema ou discussão com médico ou enfermeiro por conta de alguma coisa que não tenha gostado?

19 – E com pacientes ou parentes de pacientes?

20 – Você acha que o hospital público funciona de verdade? Que as pessoas estão seguras ali dentro? Quem você acha que pode se sentir segura ali?

21 – Quais são os perfis de pacientes? Você percebe médicos favorecendo algum tipo de paciente em especial?

22 – O que você já presenciou, seja por parte dos médicos, seja por parte dos seus colegas de trabalho, que você não tenha gostado?

ⁱ A entrevista com a assistente social seguiu este roteiro de perguntas, feitas as devidas modificações para se adequar a sua realidade. Por exemplo, a primeira pergunta “O que te levou à Enfermagem?” foi substituída por “O que te levou ao Serviço Social?”.