

MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E CIDADANIA PERDIDA: O PAPEL DO SUS NA REAFIRMAÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL

HEALTH MERCHANTABILITY AND LOST CITIZENSHIP: THE ROLE OF THE SUS IN THE RESTATEMENT OF HEALTH AS A SOCIAL RIGHT

Paola Lorena Pinto dos Santos¹

RESUMO: *A mercantilização da saúde no Brasil possui estreita vinculação com a sua formação histórica que, já no século passado, priorizava a saúde privada em detrimento de um atendimento que abrangesse todas as camadas sociais. Com a Constituição de 1988, embora tenha angariado o status de direito social, a saúde passou a sofrer com a resistência de efetivação a partir de uma diminuição estatal propugnada pelo neoliberalismo então em expansão. Uma concepção de saúde como mercadoria e não como direito obsta a participação cidadã, atingindo a sua capacidade de reivindicação perante o Estado, detentor direto do dever de garantir saúde aos seus cidadãos. O Sistema Único de Saúde – SUS surge então como principal mecanismo de fortalecimento da saúde pública e, conseqüentemente, da cidadania em direito à saúde, tendo em vista que, ao garantir saúde a todos, permite a sua reafirmação como um direito, em detrimento de uma concepção mercantilista, além de incentivar a participação da sociedade nas discussões em torno dela. Nesse contexto, portanto, conclui-se que o SUS é o meio mais adequado para conter a privatização e mercantilização da saúde, reinserindo o cidadão nas discussões políticas e sociais, e ressignificando o conceito de cidadania. Por fim, a metodologia utilizada para a realização da pesquisa foi a sociojurídica.*

PALAVRAS-CHAVE: Mercantilização da saúde. Estado. Cidadania. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: *The merchantability of health, in Brazil, has close ties with the historical formation that already prioritized, in the last century, the private health rather than a service that encompassed all the social strata. With the Constitution of 1988, although it reached the status of social right, health started to suffer from effective resistance of a state decrease advocated by the neoliberalism that was expanding at that time. A concept of health as a commodity and not as a right prevented the citizen participation, reaching the capability of claiming against the State, which was the direct holder of the duty to ensure health care for the citizens. Then, the Unified Health System (SUS) appears as the main mechanism for strengthening the public health and, consequently, the citizenship right for health by guaranteeing the health care to all. It also allows the reaffirmation as a right rather than a mercantilist conception and encourages the participation of the society in the discussions around it. In this context, therefore, it follows that the SUS is the most adequate way to hold the privatization and merchantability of health, reinsert the citizen in the political and social discussions and redefine the concept of citizenship. Finally, the methodology used for the research was a sociolegal one.*

¹ Especialista em Direito Público (FURB). E-mail: paola.lorena@hotmail.com.

KEYWORDS: Merchantability of health. State. Citizenship. Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A saúde, do ponto de vista jurídico-constitucional, é um direito fundamental social dotado de eficácia e efetividade, pois exige atuação conjugada do Poder Público e da sociedade tanto para defendê-lo (de eventuais ingerências estatais ou particulares) como para concretizá-lo (mediante ações e políticas públicas). Trata-se, portanto, de um direito que possui duplo viés: positivo e negativo.

Alçada à categoria de direito social apenas com a Constituição Federal de 1988, a saúde não havia ocupado posto tão importante ao longo da história constitucional brasileira, o que contribuiu sobremaneira para que as políticas em saúde pública não atingissem uma generalidade antes de 1988, aspecto este que o constituinte tentou suplantar.

Embora ainda existam controvérsias quanto a classificar o direito à saúde como um direito público subjetivo, parece correto sustentar, a partir da análise da Constituição de 1988, que a saúde é direito de todo e cada cidadão, a ser exigido – em caso de inércia do Estado - perante o Poder Judiciário que deverá utilizar dos meios necessários para fazer valer o texto constitucional.

No entanto, inobstante o direito à saúde possa ser considerado efetivamente um *direito* de todas as pessoas e um *dever* do Estado (que se diz Social e Democrático), na sociedade capitalista atual (notadamente a brasileira) tem-se observado um fenômeno que torna incerta ou mesmo confusa essa constatação. Trata-se, basicamente, daquilo que se tem denominado comumente de mercantilização da saúde.

Os reflexos desse novo modo capitalista – de feição neoliberal - de ver o direito à saúde podem parecer inofensivos *a priori*, mas tal fenômeno esconde uma profunda modificação de valores que, na prática, denotam um enfraquecimento do conceito de cidadania, do próprio modelo de Estado de bem-estar e também da Constituição.

O indivíduo passa a reconhecer no direito à saúde propriamente não um direito social, exigível num Estado Democrático de Direito, mas um objeto de consumo individual que pode ser comprado, simplesmente. A partir disso e, especificamente, com relação à cidadania, verifica-se que a participação cidadã em saúde fica terrivelmente comprometida em razão da perda da capacidade de reivindicação desse direito perante o Estado.

Portanto, partindo-se do pressuposto de que o Estado Neoliberal que emergiu no final do século XX - período que coincidiu, no Brasil, com a promulgação da Constituição de 1988 -, enfraqueceu as políticas sociais (principalmente na área da saúde), assim como eliminou reais possibilidades de se erguer um Estado Social, propõe-se investigar até que ponto a mercantilização da saúde - cujas forças foram estabelecidas por este ambiente - contribuiu para enfraquecer a cidadania em direito à saúde, tendo em vista, especialmente, o fato de desfazer no imaginário dos cidadãos o dever de cumprimento desse direito fundamental pelo Estado, uma vez que adquire a roupagem de um “produto”.

Dessa feita, a partir dessa indagação e se sustentando no fato de a mercantilização da saúde ser uma das principais causas para o enfraquecimento da cidadania (fundamentalmente em direito à saúde), e de que esta também foi afetada diretamente por esse modelo político-econômico, antes mesmo que pudesse se consolidar no Estado brasileiro, procura-se demonstrar que o Sistema Único de Saúde – SUS, por se apresentar como um órgão que pretende garantir saúde pública a todos, é um importante mecanismo para conter essa concepção mercantilista, ao reafirmá-la como um direito, e inserir a população nos debates em torno da saúde, já que isso implicaria numa situação de participação e de cidadania revigorada.

Finalmente, optou-se por se realizar a pesquisa com base na metodologia sócio-jurídica, na qual o contexto jurídico é estudado, sem descurar da análise do contexto no qual está inserido (GUSTIN; DIAS, 2010).

2 A CIDADANIA NO BRASIL: DA TENTATIVA DE CONSTRUÇÃO A SUA DESCONSTRUÇÃO PELO MERCADO

O conceito de cidadania passou por transformações ao longo da histórica, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, já que até então ela era associada tão somente ao direito do cidadão de votar e de ser votado. Ultrapassada essa primeira concepção, a cidadania adquiriu um sentido muito mais amplo, o qual passou a englobar a participação política do cidadão nos negócios e interesses do Estado (FERNANDES, 2010).

De modo mais específico, Covre sustenta que a cidadania implica na existência de direitos e deveres que são o conteúdo de seu exercício (1991). Isso quer dizer que é necessário que, além dos direitos, haja deveres diretamente relacionados a estes, pois

“Só existe cidadania se houver a prática da reivindicação, da apropriação de espaços, da pugna para fazer valer os direitos do cidadão” (COVRE, 1991, p. 10).

Dessa maneira, não há que se falar em cidadania quando não há efetiva participação do indivíduo na busca da resolução dos problemas sociais. O conceito de cidadania, então, refere-se àquele no qual o “[...] indivíduo tem de fato a possibilidade de exercer seus direitos (civis, políticos e sociais) na busca da igualdade social” (MOURA, 1996, p. 103). Claro que, ainda que os próprios cidadãos por si e também por meio de organizações trabalhem no sentido de promover direitos, ao Estado ainda cabe a regulação destes, assim como a dos deveres (BOLZAN DE MORAIS; NASCIMENTO, 2010)², já que, de todo modo, a Estado continua sendo importante para estabelecer os parâmetros para a participação dos cidadãos no debate político.

Além disso, não há como se pensar a cidadania de maneira fragmentada, sem que todos os direitos, em nível econômico, político, social e cultural (COVRE, 1991) sejam atendidos. A cidadania, portanto, deve ser plena.

Em termos concretos, no entanto, e a julgar pelo início da trajetória de construção e de desenvolvimento de nosso país, pode-se dizer que a consolidação de uma cidadania verdadeiramente brasileira ocorreu demasiado tarde³, mesmo porque uma das principais consequências experimentadas pelos países europeus devastados pela guerra - o surgimento do Estado Social - não foi experimentada pelo Brasil (STRECK, 2011).

Diversamente, portanto, de outros países (como Inglaterra e Estados Unidos), nos quais as dimensões da cidadania civil, política e social ocorreram de maneira lógica e de certo modo sucessiva, no Brasil os direitos sociais passaram a ser reconhecidos antes mesmo que se estabelecessem os direitos civis e políticos, e num contexto pouco democrático, por assim dizer, já que apenas durante a década de 30 e 40 é que se viu

² “Contudo, não se pode esquecer que a cidadania enfatiza a ideia de igualdade contra a desigualdade econômica e social. Portanto o padrão da cidadania reside ainda no próprio Estado.” (BOLZAN DE MORAIS; NASCIMENTO, p. 34-35)

³ “Começamos tarde. Somente em 1808 – trezentos anos após o descobrimento –, com a chegada da família real, teve início verdadeiramente o Brasil. Até então, os portos eram fechados ao comércio com qualquer país, salvo Portugal. A fabricação de produtos era proibida na colônia, assim como a abertura de estradas. Inexistia qualquer instituição de ensino médio ou superior: a educação resumia-se ao nível básico, ministrada por religiosos. Mais de 98% da população era analfabeta. Não havia dinheiro e as trocas eram feitas por escambo. O regime escravocrata subjugava um em cada três brasileiros e ainda duraria mais oitenta anos, como uma chaga moral e uma bomba-relógio social. Pior que tudo: éramos colônia de uma metrópole que atravessava vertiginosa decadência, onde a ciência e a medicina eram tolhidas por injunções religiosas e a economia permaneceu extrativista e mercantilista quando já ia avançada a revolução industrial. Portugal foi o último país da Europa a abolir a inquisição, o tráfico de escravos e o absolutismo. Um Império conservador e autoritário, avesso às idéias libertárias que vicejavam na América e na Europa.” (BARROSO, 2008, p. 1-2).

aflorar no Brasil uma legislação social, algo que perdurou durante o período militar (1964-1985) como forma de sustentação do regime, mas que, em contrapartida, enfraquecia os direitos civis e políticos (BOLZAN DE MORAIS; NASCIMENTO, 2010).

Com a Constituição de 1988, ordinariamente chamada cidadã, é que se pode, finalmente, ver os direitos civis, políticos e sociais expressamente protegidos (BOLZAN DE MORAIS; NASCIMENTO, 2010).

Contudo, a promulgação da Constituição ocorreu tardiamente, e num contexto no qual já predominava o modelo político-econômico denominado neoliberalismo, que pode ser conceituado, ainda que brevemente, como aquele em que há predominância do Mercado sobre o político e o jurídico, e o afastamento do Estado das questões sociais, porquanto pretende intervir apenas para diminuir eventuais desvios provocados por aquele na sociedade (MORAIS DA ROSA, MARCELLINO JR., 2009; 2011).

Marques Neto sustenta que o neoliberalismo, nessa quadra, tem importantes reflexos naquilo que se entende por cidadania, pois cada vez mais se tem um deslocamento do político para o econômico. Para ele, a cidadania é conceito político que implica um comportamento ativo do indivíduo como ser inserido na sociedade. Diferentemente, consumidor é um conceito econômico que se liga ao poder que possui o sujeito de adquirir bens e serviços na sociedade de consumo. Em razão dessa modificação acaba por surgir a soberania do Mercado (MARQUES NETO, 2013).

Covre já alertava para o fato de que “Essa concepção de cidadania mais plena está sempre ameaçada pelo conceito de cidadania mais esvaziada, calcada no consumo e em certo imobilismo, acenada pelo capitalismo dos oligopólios e seduzindo a tantos” (1991, p. 37). Também para Soares (2009), o modelo de acumulação influenciado pelo neoliberalismo traz junto de si uma restrição da cidadania.

Desse modo, a cidadania vai perdendo sua identidade, em razão de que o capitalismo e o consumo que ele propõe são fatores que contribuem para o seu desmantelamento, já que o cidadão passa a ver-se não como um sujeito de direitos, mas como um consumidor inserido num mercado global. E a partir da solidificação de uma consciência voltada para o consumo, algo fortemente atrelado ao neoliberalismo (MORAIS DA ROSA, MARCELLINO JÚNIOR, 2011), as pessoas passam a buscar a satisfação de suas necessidades - muitas delas criadas pelo Mercado, com a ajuda cuidadosa e eficiente da propaganda – adquirindo mercadorias, das mais variadas possíveis e, nas quais, inserem-se os produtos direcionados à saúde.

E isso se reflete num primeiro momento na privatização da saúde, na qual desponta a proliferação dos planos de saúde como o mais visível exemplo da sua inserção em um ambiente mercadológico, dominado por empresas cada vez mais competitivas e em busca de lucratividade, tal qual acontece também com relação aos laboratórios⁴ (SOUSA, 2013).

O problema central, portanto, relaciona-se à ausência de cidadania em direito à saúde, porquanto há uma verdadeira inversão de valores: o cidadão passa a ser consumidor, e a saúde produto. Portanto, isso leva ao fortalecimento do Mercado e à consequente perda da capacidade de reivindicação⁵.

2.1 O MEDICAMENTO (SAÚDE) COMO MERCADORIA SIMBÓLICA⁶

Com vistas a um exemplo prático de influência do Mercado na saúde, o livro de Lefèvre (1991) é bastante esclarecedor neste ponto. O autor chama a atenção para aquilo que ele denomina de processo de reificação⁷ da saúde, no qual esta assume a posição de coisa, dotada de concretude e que por isso pode ser “negociada”. Com efeito, o medicamento funcionaria – simbolicamente - como seu representante primeiro, sendo responsável por realizar uma modificação de sentido, do abstrato (saúde) para o concreto (medicamento). Surge, assim, a afirmativa do autor segundo a qual o medicamento é, nas sociedades capitalistas como a brasileira, uma mercadoria simbólica (LEFÈVRE, 1991).^{8 e 9}

⁴ Segundo Eliane Brum, colunista da revista *Época*, a doença de Chagas – doença esta transmitida pelo inseto popularmente conhecido como barbeiro, e que usualmente é encontrado em barracas de pau-a-pique -, é responsável por levar milhões de pessoas a óbito em todo o mundo, geralmente pobres, em razão da inexistência de tratamento eficaz e de controle sobre a proliferação do seu transmissor. Isso acontece porque “[...] apesar de fazer um século que a doença foi descrita, a principal droga usada para o seu tratamento foi desenvolvida para outra patologia em 1960 e é produzida hoje apenas no Brasil, por um laboratório público, e na Argentina.” (BRUM, 2013). Ou seja, a produção dessa vacina, embora seja possível e haja demanda por ela, não se apresenta lucrativa.

⁵ De acordo com Covre, uma das propostas do capitalismo no Estado de bem-estar social (no qual, aliás, a saúde possui natureza dúbia – cidadania do consumismo x cidadania plena) é transformar o trabalhador em consumidor, como forma de estímulo ao consumo e enfraquecimento da atuação reivindicatória. (COVRE, 1991, p. 71-72)

⁶ O presente subtítulo é utilizado com base no título do livro de Fernando Lefèvre, em razão de ter sido todo inspirado na obra do referido autor (Cf. LEFÈVRE, 1991).

⁷ “Mas ao lado, ou em decorrência do seu caráter de mercadoria, a saúde aparece como coisa: é o processo de reificação da saúde.” (LEFÈVRE, 1991, p. 21)

⁸ “A saúde aparece, hegemonicamente, na prática, como uma mercadoria. Ou melhor, ela toma forma, no modo de produção capitalista e em nosso país, de mercadorias propiciadoras de saúde: Golden Cross é saúde, Hepatovis é a saúde de seu fígado, a consulta médica é saúde.” (LEFÈVRE, 1991, p. 20)

⁹ Para o autor, “[...] o símbolo é, entre outras coisas, um artifício que permite tornar concretas entidades abstratas ou vagas, como é o caso da saúde.” (LEFÈVRE, 1991, p. 22)

Nessa perspectiva, a saúde passaria de uma condição preliminar natural do ser humano bem formado para um objeto passível de ser adquirido no mercado de bens de consumo. Não por acaso, a propaganda em torno da saúde (que inclui medicamentos, próteses, tratamentos de saúde, etc.) a associa normalmente a características negativas (como doença, feiúra, deficiências, etc.) no intuito evidente de chamar a atenção do consumidor para a ausência¹⁰ de algo que, no entanto, pode ser suprido por um serviço ou por uma mercadoria (LEFÈVRE, 1991).¹¹

A doença é então reduzida ao seu aspecto puramente orgânico (LEFÈVRE, 1991), sem que se leve em consideração questões sociais, econômicas, culturais, entre outras, que podem também ocasionar distúrbios no organismo das pessoas e trazer prejuízos à sua saúde. Assim:

A sociedade de consumo, ao mesmo tempo que promove, por todos os seus canais de comunicação, a ideia de que qualquer sofrimento, qualquer dor, qualquer estado, enfim, que fuja daquilo que ela institui como padrão, inclusive estético, constitui algo insuportável para o indivíduo; por outro lado, oferece a solução mágica, na ponta dos dedos: os comprimidos. (LEFÈVRE, 1983, p. 3)

Consequência direta disso é que não se repensa a organização social (LEFÈVRE, 1991), com melhorias na qualidade de vida da população, mas antes e, principalmente, atenta-se para o fortalecimento da saúde privada (e não da pública) como alternativa na resolução de problemas que, em muitos casos, podem ser evitados ou minorados, garantindo condições básicas de vida. A saúde não é apenas um estado de ausência de doença; ela envolve toda uma gama de situações que vão garantir qualidade de vida¹² ao indivíduo, para que assim ele possa desempenhar as suas atividades e se desenvolver adequadamente.

Logo, na visão do autor não se trata de um problema relacionado meramente ao consumo errôneo, exagerado ou leigo de medicamentos, mas atinge um contexto muito

¹⁰ “Esse imperativo do gozo, que acarreta a ilusão de preenchimento da falta e traz a promessa de uma felicidade sem restrições, é um esteio indispensável ao consumismo que caracteriza o funcionamento da economia nas sociedades contemporâneas.” (MARQUES NETO, 2013a)

¹¹ “[...] nessas sociedades, a ninguém é permitido sentir-se verdadeiramente saudável porque estará sempre ‘faltando algo’ (no plano orgânico, mental, estético, comportamental, etc.); haverá sempre uma sensação de vazio, a ser preenchido por algum serviço ou mercadoria.” (LEFÈVRE, 1991, p. 21).

¹² A definição do direito à saúde é ainda controversa. Schwartz, apresentando uma conceituação de saúde a partir de uma perspectiva sistêmica, entende que a saúde pode ser tida como “[...] um processo sistêmico que objetiva a prevenção e cura de doenças, ao mesmo tempo que visa a melhor qualidade de vida possível, tendo como instrumento de aferição a realidade de cada indivíduo e pressuposto de efetivação a possibilidade de esse mesmo indivíduo ter acesso aos meios indispensáveis ao seu particular estado de bem-estar.” (SCHWARTZ, 2001, p. 43).

maior, ligado à hegemonia do Mercado que, no modelo capitalista, transforma a saúde em objeto de consumo (LEFÈVRE, 1991).

Como se vê, o medicamento é apontado como o principal mecanismo de inserção da concepção mercadológica no âmbito da saúde, muito em razão de ser o meio para tratamento da saúde que mais próximo está do paciente-consumidor.

É importante frisar, por fim, que a propaganda possui um papel fundamental no aumento do consumo dos medicamentos (NASCIMENTO, 2007).

3 A INFLUÊNCIA NEOLIBERAL NA ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Muitos dos interesses que envolvem as políticas em saúde pública (ou ausência delas) acabam se distanciando dos usuários – população – para servirem setores ligados à saúde privada (dentro do qual se destaca a indústria farmacêutica e os planos de saúde)¹³.

Esse fenômeno, que tem sido observado no Brasil nas últimas décadas, pode ser imputado – ainda que não exclusivamente - a um conjunto de reformas ditas neoliberais implantadas a partir do início dos anos 90, cujo intuito principal está em privilegiar o capital privado, enfraquecendo as políticas sociais.

A crise que assolou o capitalismo no século XX contribuiu sobremaneira para que o mundo se abrisse à proposta neoliberal. Com a Inglaterra adotando políticas neoliberais em 1979, os Estados Unidos em 1980 e a Alemanha em 1982, na década de 90 o neoliberalismo já havia se alastrado pelos países do Leste Europeu. No atual século XXI, é possível afirmar a sua hegemonia entre as principais economias globalizadas (FURHMANN, 2004).

O Brasil, assim como os demais países latino-americanos, rendeu-se ao neoliberalismo e às diretrizes estabelecidas pelo Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e Banco Interamericano de Desenvolvimento a partir da realização do Consenso de Washington, em novembro de 1989 (DALLEGRAVE NETO, 1997).

De acordo com Soares (1998), um ajuste neoliberal, que pode ser compreendido como a redefinição do campo econômico, político-institucional e das relações sociais,

¹³ Cf. SOUSA, 2013.

foi perpetrado em toda a América Latina, atingindo o Brasil apenas na virada dos anos 90, já que ocorreu em momentos distintos para cada país.

Conforme destacam Moraes da Rosa e Marcellino Jr. (2010), um duro modelo desenvolvimentista implantado no Brasil, assim como em toda a América Latina, antes da década de 90, inviabilizou a concretização de um Estado de bem-estar social, tal como o que havia sido implantado nos países europeus, que sofreram as consequências da Segunda Guerra. E mesmo com a Constituição de 1988 não se conseguiu alcançar o tão almejado Estado Social, em razão de que, como já afirmado, o neoliberalismo já era o modelo político-econômico predominante.

O neoliberalismo propõe o enfraquecimento do Estado Social, tido por dispendioso e ineficiente, substituindo-o por um modelo de Estado mínimo, no qual além da privatização e desregulamentação da economia almeja-se maior flexibilização dos direitos sociais (principalmente trabalhistas). Há uma diminuição dos gastos públicos com questões sociais e a desigualdade passa a ser considerada como um custo normal e inerente ao sistema (MORAIS DA ROSA, 2011). A pobreza passa a figurar como uma nova categoria classificatória e de certo modo necessária, pois representaria o funcionamento do sistema, que se pauta por uma lógica da existência de perdedores e ganhadores (SOARES, 2009). De acordo com Dallegrave Neto (1997, p. 79):

O neoliberalismo teve sua gênese após a Segunda Guerra Mundial na Europa e na América do Norte. Estribado no texto de Friedrich Hayek, o grande mote deste movimento é a repulsa contra a política intervencionista do Estado de Bem-Estar Social. Os neoliberais elegeram o poder sindical e os movimentos operários como os culpados da crise econômica e da alta inflação. Para eles, as pressões reivindicatórias por melhores salários e condições de trabalho geraram uma *universalização* dos direitos sociais, abalando as bases de acumulação capitalista.

No que diz respeito à saúde pública brasileira, embora se possa partir da hipótese de que o neoliberalismo teve influência direta na sua má formação e organização, é certo que o sistema de saúde atual, e a privatização de que tem sido vítima, são resultados também e, especialmente, do processo pelo qual passou ao longo da história.

Os serviços de saúde no Brasil decorrem de um modelo bipartido surgido no século passado, no qual figurava de um lado “ações coletivas de cunho preventivo” e, de outro, um sistema “curativo, individual e hospitalar, sustentado pela Previdência Social” (MARTINS; EICH; MARTINS, 2002, p. 3). Este último, em razão de sua lucratividade, foi alvo de atenções e investimentos, já que de sua ligação ao Instituto Nacional de

Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS (até 1991, quando então passou a fazer parte do Ministério da Saúde, a fim de compor o Sistema Único de Saúde – SUS) resultava a contratação de assistência médica privada para atender à demanda por saúde. A opção por esse modelo curativo e individual veio a fortalecer os serviços privados de saúde - principalmente os hospitais - sem que a rede pública de saúde constituísse ao longo do tempo um interesse de investimento e ampliação (MARTINS; EICH; MARTINS, 2002). Assim:

De fato, a conformação de um modelo hospitalocêntrico – que se ocupa exclusivamente do tratamento, da cura/reabilitação das doenças – coincide com a própria mercadorização dos serviços de saúde, sendo o hospital o lócus singular de atenção e lucratividade. (MARTINS; EICH; MARTINS, 2002, p. 4).

De acordo com Cohn (2010), essa dicotomia, anteriormente citada, perdura desde a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), na década de 20, momento no qual se viu a sua formação no interior da saúde, pois enquanto as CAPs eram direcionadas aos assalariados - que a ela se vinculavam por meio de contribuição – para assistência médica individual e curativa, ao Estado incumbia o desenvolvimento de campanhas sanitárias para a coletividade, preventivas, portanto. Os serviços e prestações de saúde dos seguros sociais eram, a propósito, contratados do setor privado.

A insatisfação generalizada decorrente da adoção desse modelo de saúde – que teve outros desdobramentos, mas que não cabe aqui detalhar - fez nascer no final da década de 70 o movimento sanitário, que possuía dentre suas reivindicações mudanças no Sistema de Saúde então vigente e o fortalecimento da saúde pública. Como corolário desse movimento, em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento no qual se reuniram estudantes, médicos, professores e demais interessados na reformulação do Sistema de Saúde brasileiro¹⁴. Além de discussões em torno das modificações e obtenção de subsídios, também se debateram proposições que serviriam de elementos para a constituinte que se aproximava (MARTINS; EICH; MARTINS, 2002).

A Constituição brasileira de 1988 acabou, então, por inserir as propostas apresentadas pelo movimento da Reforma Sanitária, como se pode perceber, sobretudo

¹⁴ De acordo com Sousa (2003), a VIII CNS foi a primeira a ter efetiva participação popular, já que as Conferências anteriores, da I a VII, contaram com a presença apenas de autoridades públicas.

em seu art. 196¹⁵, que conta com a previsão da universalização da saúde, embora tenha inserido também, contraditoriamente, o art. 199¹⁶, *caput*, o qual atesta a possibilidade de exploração do setor saúde pela iniciativa privada (MARTINS; EICH; MARTINS, 2002).

Com essa modificação paradigmática da legislação constitucional, o direito universal à saúde, que serve de fundamento ao Sistema Único de Saúde, representa uma ruptura com a forma de organização das políticas até então realizadas no Brasil (BAHIA, 2005).

Mas o fato é que, inobstante tais modificações, que contaram com a inserção de um emaranhado de outros direitos sociais, a Constituição não tem sido capaz de evitar que o sistema de saúde seja conformado à lógica capitalista-neoliberal. Isso porque, a esse processo histórico de tentativa de afirmação de um sistema de saúde universal e gratuito se contrapõe o fortalecimento e expansão de um mercado voraz que vê nos serviços de saúde um setor altamente lucrativo. Nessa quadra, o neoliberalismo com sua proposta de diminuição do Estado e de desvinculação dos setores sociais, tenta deixar nas mãos da família e de entidades filantrópicas a assistência aos necessitados, alimentando o mercado da saúde e a ideologia da saúde como uma mercadoria (MARTINS; EICH; MARTINS, 2002).

Dessa forma, tem ocorrido um lento e constante processo de degradação da saúde pública no Brasil, ao passo que a saúde privada ganha, a cada dia, mais espaço e ares de normalidade, o que, não fosse pelas imensas desigualdades sociais em nosso país, poderia passar despercebido. Por conta disso, é necessário realizar o resgate da saúde pública, a começar pelo fortalecimento da sua concepção de direito de todos e dever do Estado, para que assim se desvencilhe de uma concepção mercantilista.

4 O PAPEL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO RESGATE DA SAÚDE PÚBLICA E NO FORTALECIMENTO DA CIDADANIA NO BRASIL

Com a promulgação da Constituição de 1988, o que se teve foi uma tentativa de melhor estruturar a saúde pública brasileira com a adoção de princípios e diretrizes facilitadores da sua expansão a toda a população. O art. 196 estabelece que a saúde, para

¹⁵ “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

¹⁶ “Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.” (BRASIL, 1988).

além de direito de todos, é um dever do Estado que deve ser promovido por meio de políticas sociais e econômicas de caráter preventivo e curativo.

Essa evolução alcançada pelo direito à saúde na Constituição de 1988, que o colocou no patamar de direito social, envolveu a estruturação de um Sistema Único de Saúde - SUS, cujo objetivo principal está em atender de maneira universal, integral e equânime¹⁷. O reconhecimento, portanto, da saúde como direito pelo constituinte requer instrumentos hábeis para garantia de sua concretização, sem deixar de levar em consideração que a saúde, por ser um direito de dimensões negativa e positiva (AMARAL, 2009), demanda também a proteção do poder público.

Diante de um contexto em que se privilegia cada vez mais a saúde suplementar de um lado, e de outro se vê o descaso com a saúde pública, surge a necessidade de se buscar elementos que tragam maior independência ao setor de saúde, notadamente em relação ao mercado privado.

O SUS aparece, então, como mecanismo primordial para a expansão da saúde brasileira, sendo oportuno destacar que, até 1988, o Brasil não havia ainda contado com um sistema cuja pretensão estava em prestar atendimento integral, universal e gratuito. De acordo com Canut (2012, p. 192-193):

O SUS foi definido constitucionalmente no artigo 198 caput e incisos I, II e III, como um sistema único que conforma uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde a ser organizada sob um desenho descentralizado que permita a participação da comunidade para cumprir o atendimento integral à população.

A Constituição estabeleceu como diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (art. 198, I, II e III). Essa atenção dada à descentralização (que possui outros dois desdobramentos, isto é, a municipalização e a regionalização e hierarquização – art. 7º, IX, ‘a’ e ‘b’, Lei 8.080/1990) aparece como uma tentativa de aproximar a saúde dos cidadãos (SOUSA, 2003), que têm ainda a possibilidade de participar de modo direto das discussões em torno desse tema. Especificamente para isso, a Lei 8.145/1990

¹⁷ “**Universalidade** é o princípio adotado pelo SUS e se refere ao direito que todo o cidadão tem de ser atendido por qualquer serviço de saúde, público ou privado, integrante do SUS, sem ter que pagar pelo atendimento. **Integralidade** é o segundo princípio adotado pelo SUS e se refere ao compromisso dos serviços de saúde em atenderem os usuários de forma integral, ou seja, do ponto de vista clínico-assistencial bem como de oferta de diversidade de serviços em todos os níveis de complexidade. **Equidade** é o terceiro princípio norteador do SUS e designa que todos os brasileiros, independente de sexo, da idade, da religião ou da situação de emprego têm direito à mesma assistência à saúde.” (FURHMANN, 2004, p. 118, nota 10. Grifos da autora)

regulou os Conselhos e Conferências de Saúde (art. 1º, I, II), que são instâncias colegiadas, presentes em cada esfera de governo, nos quais os vários segmentos sociais podem inserir-se para discutir proposições para melhoria do sistema de saúde – no caso das Conferências de Saúde - ou fiscalizar a aplicação dos recursos públicos – no caso dos Conselhos de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Segundo Sousa (2003, p. 69):

[...] a partir da Constituição Federal de 1988 e das leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, os segmentos básicos da área de saúde (prestadores privados, governo, trabalhadores e usuários) conquistam o direito e o dever de, juntos, participarem da proposição, definição e avaliação da política de saúde nos diferentes níveis, sendo este aspecto fundamental para a consolidação do SUS. Do ponto de vista formal, a operacionalização de tal conquista dá-se, especialmente, através das conferências e conselhos de saúde, caracterizados como instância colegiada de gestão e vinculados aos níveis municipal, estadual e nacional.

Ainda nas palavras de Sousa (2003), os conselhos de saúde surgiram como resultado de uma reforma democrática do Estado. Assevera:

Vê-se, portanto, que a institucionalização da participação social em saúde ocorreu, no Brasil, no contexto da reforma democrática. Neste, a saúde passou a ser entendida como direito de cidadania e dever do Estado, o provedor universal e equânime de direitos sociais. Na prática, essa ideia de participação materializou-se pela instituição de conselhos e conferências, instâncias colegiadas formadas pelos diversos segmentos sociais que buscam implementar políticas mais consentâneas às necessidades do conjunto social e não apenas dos interesses dos setores privilegiados. (SOUSA, 2003, p. 77).

Tais mecanismos de participação denotam, portanto, a tentativa de se estabelecer um diálogo entre poder público e sociedade, rompendo com um modelo de Estado autoritário que, antes da Constituição de 1988, não oportunizava à população uma participação efetiva e democrática.

Outro aspecto importante é o fato de que a Saúde, embora faça parte do Sistema de Seguridade Social, ao lado Previdência e da Assistência Social, possui características próprias, pois se pauta pelo princípio da universalidade, vez que pretende atender a todos os cidadãos. Por outro lado, a previdência social se baseia na contribuição e filiação obrigatória, e a assistência social requer a carência de recursos, ainda que independente de qualquer contribuição. Nesse sentido, a saúde se constitui em ações e serviços disponibilizados a toda e qualquer pessoa sem exigência de contraprestação (SERRANO, 2006).

A abertura aos diálogos e a possibilidade de atendimento universal, gratuito e integral, fazem do SUS um sistema que possui condições de atingir a excelência. Ainda que a Constituição de 1988 (art. 199) e a Lei 8.080/1990 (art. 4º, § 2º) autorizem a participação complementar (e suplementar) de serviços de saúde, não significa que seja possível ou mesmo admissível a sua preponderância sobre a saúde pública. Isso porque, de acordo com Costa, Bahia e Scheffer (2013):

A cobertura privada suplementar jamais será uniforme e continuada, pois há diferenças abissais entre os produtos vendidos, a pessoa sai do emprego que garantia o plano, há exclusão pecuniária (idosos e doentes são expulsos porque gastam muito com saúde), há rescisão de contratos que não interessam mais às operadoras e a agência reguladora, capturada pelo mercado que deveria controlar, faz vistas grossas ao crescimento dos planos de baixo preço (com rede restrita de prestadores) e planos ‘falsos coletivos’ (contratados por pessoa jurídica, a partir de duas vidas, que escapam da regulamentação e ofertam serviços ruins).

Trata-se de um engodo, cuja disseminação encontra guarida no movimento neoliberal, de que o mercado, sozinho, seria capaz de suprir todas as necessidades da população e realizar os serviços de modo mais eficaz e democrático do aquele que fora arquitetado para o SUS. Segundo Costa, Bahia e Scheffer (2013), “As experiências negativas acumuladas com o atendimento dos planos de saúde desfazem ilusões de que o mercado, só o mercado, é capaz de resolver necessidades sociais.”

Para Cintra (2009), a saúde não pode ser um direito e uma mercadoria ao mesmo tempo, embora atualmente esse paradoxo seja superado na prática. Diz ele:

Na prática, contudo, apesar dessa aparente contradição, sabemos que a saúde é tratada como direito “e” (e não “ou”) como mercadoria. A diferença entre o “e” e o “ou” não constitui um mero preciosismo. Ela serve para acentuar essa situação paradoxal. A saúde, como um dos reflexos do direito à vida, não pode ter um preço. Porém, enquanto objeto de interesse econômico e mercadológico, ela tem sim um preço. E é caro. Quem não tem plano de saúde e já passou pela desagradável experiência de ter que recorrer a um hospital privado em uma situação de emergência, provavelmente se assustou com o valor do cheque caução exigido para “garantir o pagamento do serviço”.¹⁸ (CINTRA, 2009, p. 437).

Resta claro, portanto, o risco que se constitui em atribuir à saúde a condição de mercadoria e não de direito. Fortalecer a saúde e reafirmá-la como um direito social é

¹⁸ Importante fazer menção à Lei 12.653 de 28 de maio de 2012, que inseriu o art. 135-A ao Código Penal (Dec. Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal) no qual consta: “Art. 135-A Exigir cheque-caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento prévio de formulários administrativos, como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial: Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa. Parágrafo único. A pena é aumentada até o dobro se da negativa de atendimento resulta lesão corporal de natureza grave, e até o triplo se resulta a morte.” (BRASIL, 2012)

um objetivo que pode ser conseguido por meio da ampliação e fortalecimento do SUS e das políticas públicas em saúde, mesmo porque o cidadão, devido ao caráter participativo do sistema de saúde, poderá estar inserido politicamente nas suas decisões.

Por fim, a manutenção de um sistema público de saúde como SUS figura como essencial meio para prestação de serviços à população sem que se submeta aos interesses do mercado e à lógica de consumo que o neoliberalismo tenta impor. Afinal, se assim não for, corre-se o risco de o acesso à saúde ficar restrito tão só às camadas mais privilegiadas da sociedade, que são as que possuem mais condições de consumir.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho procurou identificar até que ponto a mercantilização da saúde, inserida que está num contexto neoliberal e da pós-Constituição de 1988, pode ser considerada fator determinante para a perda de cidadania em direito à saúde.

A partir dessa indagação, pode-se perceber ao longo da pesquisa que uma tradição privatista da saúde, que já a rondava desde o início do século passado, não foi inteiramente abandonada pela Constituição de 1988, embora os esforços do constituinte tenham sido evidentes.

Assim, a década de 90 também ficou marcada pela expansão no Brasil do modelo político-econômico cunhado de neoliberalismo que, em razão de possuir como principal ideologia a defesa de um Estado mínimo e de um livre mercado, obstou a emergência de um Estado Social por meio da efetivação da Constituição, então recém-promulgada.

Dessa feita, a saúde, que por conta do capitalismo já passava por um processo de reificação, no qual o medicamento aparece com o principal símbolo de mercadoria, a mercantilização da saúde é uma consequência quase inevitável dentro dessa nova configuração de sociedade de consumo, e na qual a cidadania é também afetada, já que o cidadão não vê a saúde como direito, e sim como mercadoria, agindo então como consumidor.

Em vista dessa desestruturação, o Sistema Único de Saúde – SUS é apontado aqui como o órgão estatal dotado da capacidade para expandir a saúde pública a todos os cidadãos, e fazer a religação entre saúde e direito social. Uma ressignificação da cidadania também se mostra possível, principalmente porque, em razão de suas diretrizes, como a descentralização e a participação da comunidade, o SUS insere os

cidadãos nas discussões em torno da saúde, que agora vista como um direito, pode ser objeto de exigências perante o poder público, em caso de inércia deste.

Portanto, como se viu, só o SUS é capaz de, por meio da expansão da saúde pública, universal e gratuita, não se submeter aos mandos e desmandos do capital, contribuindo para que saúde seja reafirmada como direito social do cidadão, dotado de efetividade, e que por isso pode ser exigido ao Estado, a partir de uma cidadania revigorada. Assim, direito à saúde e cidadania, aqui entendida como a capacidade de exigir os seus direitos e cumprir com os seus deveres, podem voltar a possuir o sentido que, ademais, nunca lhes deveria ter sido negado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. C. A. **Permissão para ser Infeliz**. 2013. Entrevistadora: Eliane Brum. Revista *Época* [on-line]. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2013/01/permissoo-para-ser-infeliz.html>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

AMARAL, G. **Direito, escassez e escolha**. Critérios Jurídicos para Lidar com a Escassez de Recursos e as Decisões Trágicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

BARROSO, L. R. **Vinte anos da Constituição Brasileira de 1988**: o Estado a que chegamos. 2008. Disponível em: <http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/themes/LRB/pdf/vinte_e_um_anos_da_constituicao_brasileira_o_estado_a_que_chegamos_pt.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 abr. 2013.

BRASIL. **Lei n. 12.653, de 28 de maio de 2012**. 2012. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12653.htm>. Acesso em: 15 abr. 2013.

BOLZAN DE MORAIS, J. L.; NASCIMENTO, V. R. **Constitucionalismo e Cidadania**: por uma jurisdição constitucional democrática. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010.

BRUM, E. O coração grande de Cristina. **Revista Época** [on-line]. Coluna postada em 18.02.2013. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2013/02/o-coracao-grande-de-cristina.html>>. Acesso em: 19 fev. 2013.

CANUT, L. Uma breve introdução ao SUS para compreensão do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia** [on-line], v. 12, n. 12, p. 186-214, julho/dezembro de 2012. Disponível em:

<<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/186/281>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

CINTRA, G. Saúde: direito ou mercadoria? In: COSTA, Alexandre Bernardino *et al* (Orgs.). **O Direito achado na rua**: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/UNB, 2009.

COHN, A. *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Onde foi para o sonho do SUS? **Blog do Cebes** [on line], 2013. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=4319&idSubCategoria=56>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

COVRE, M. L. M. **O que é Cidadania**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

DALLEGRAVE NETO, J. A. O Estado Neoliberal e o seu impacto sócio-jurídico. In: MACCALÓZ, S. M. *et al.* **Globalização, neoliberalismo e direitos sociais**. Rio de Janeiro: Destaque, 1997.

FERNANDES, B. G. **Curso de direito constitucional**. 2. ed. rev. ampl. e atual. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

FURHMANN, N. L. Neoliberalismo, Cidadania e Saúde: A recente reorganização do Sistema Público de Saúde no Brasil. **Civitas** [on line], Porto Alegre, v. 4, n. 1, jan-jun., 2004. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/49/173>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

GUSTIN, M. B. S.; DIAS, M. T. F. **(Re)pensando a pesquisa jurídica**. 3. ed. rev. e atual. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. A função simbólica dos medicamentos. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 17, n. 6, dez. 1983. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101983000600007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02. abr. 2013.

MARQUES NETO, A. R. **O neoliberalismo sob o olhar da psicanálise e do direito**. 2013. Entrevistador: Vanderlei Ricken. Justiça do Trabalho na TV. Disponível em: <<http://www.advivo.com.br/blog/luisnassif/o-neoliberalismo-sob-o-olhar-da-psicanalise-e-do-direito>>. Acesso em: 01 abr. 2013.

_____. **Neoliberalismo e Gozo**. 2013a. Disponível em: <<http://blogdotarso.com/2013/01/21/neoliberalismo-e-gozo-agostinho-ramalho-marques-neto/>>. Acesso em: 26 mar. 2013.

MARTINS, P. P. S.; EICH, M.; MARTINS, L. S. O processo de mercantilização da saúde e a reestruturação produtiva do trabalho: verso e anverso do direito a saúde negado. **Seminário da Saúde do Trabalhador de Franca** [on line], 8, 2012, Franca. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112012000100008&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 02 abr. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha entendendo o SUS**. 2006. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/flavioes/cartilha-entendendo-o-sus>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

MORAIS DA ROSA, A.; MARCELLINO JÚNIOR, J. C. Os direitos fundamentais na perspectiva de custos e o seu rebaixamento à categoria de direitos patrimoniais: uma leitura crítica. **Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional**. Curitiba, n. 1, ago-dez. 2009.

_____. O Estado democrático de direito e os direitos fundamentais sociais: (in)efetividade em tempos de prevalência da lógica econômica. *Unisul de Fato e de Direito*, v. 1, n. 2, p. 47-56, 2011.

MORAIS DA ROSA, A. **Garantismo jurídico e controle de constitucionalidade material**: aportes hermenêuticos. 2. ed. - Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

MOURA, E. C. Direito a saúde: o papel de diferentes sujeitos sociais no exercício da cidadania. **Saúde e Sociedade**. [online]. Vol.5, n.1, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901996000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25.03.2013.

NASCIMENTO, Á. Propaganda de medicamentos: como conciliar uso racional e a permanente necessidade de expandir mercado?. **Trab. educ. saúde** [online], vol. 5, n. 2, p. 189-250, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v5n2/02.pdf>>. Acesso em: 27, jun. 2013.

SCHWARTZ, G. A. D. **Direito à Saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SERRANO, M. de A. M.. **O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes constitucionais**. 1. ed. São Paulo: Editora Verbatim, 2009.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SOUSA, F. J. P. de. *Avanço dos planos de saúde e a lógica de privatização do social*. 2013. Disponível em: <<http://www.opp.ufc.br/Avancco.Planos.Saude.pdf>>. Acesso em: 27 mar.2013.

SOUSA, R. M. S. Controle Social em saúde e cidadania. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 74, p. 68-84, jul. 2003.

STRECK, L. **Constituição ou Barbárie?** – a lei como possibilidade emancipatória a partir do Estado Democrático de Direito (2011). Disponível em: <<http://www.leniostreck.com.br/site/wp-content/uploads/2011/10/16.pdf>>. Acesso em: 25 jun.2013.