

Cris F. Andrada ■ Juliana Breschigliari ■ Allan R. Dias  
■ Mirna Koda ■ Isabel C. Lopes ■ Adriana M. Machado  
■ Belinda Mandelbaum ■ Tatiana S. das Neves ■ Ismênia C.  
e Oliveira ■ Claudia de A. Ortega ■ Maria Helena S. Patto  
■ Leny Sato ■ Ianni R. Scarcelli ■ Maria Luisa S. Schmidt  
■ Lygia de S. Viégas

# A CIDADANIA NEGADA

Políticas Públicas e  
Formas de Viver



Casa do Psicólogo®

## SAÚDE: DIREITO OU MERCADORIA?

Nos meios de comunicação, o quadro do sistema público de saúde brasileiro tem ocupado com frequência o centro dos debates, com destaque para os danos e mortes causados pela desassistência. Outros temas recorrentes são as reclamações sobre os planos de saúde e os casos de negligência médica. Nas campanhas eleitorais evocam-se com insistência a precariedade dos serviços públicos de saúde, os problemas do acesso dos usuários aos serviços, o descaso dos governantes com relação à assistência à saúde e os desvios na utilização das verbas públicas. Se a maioria dos que se propõem a governar se colocam, no plano do discurso, a favor do SUS (Sistema Único de Saúde), quais os obstáculos à construção de um sistema público, universal e igualitário de saúde? Essa reflexão requer que retomemos brevemente o contexto político de gestação do projeto que instituiu esse sistema, nas décadas de 70 e 80.

No interior da luta contra a ditadura militar, construiu-se a versão brasileira da Reforma Sanitária, impulsionada por diversos setores da sociedade, entre os quais se destacavam intelectuais do meio universitário, membros dos departamentos de Medicina Preventiva e Social e lideranças políticas, estudantis e do movimento popular. Naquela ocasião já eram visíveis alguns dos nós críticos da sustentação política desse projeto, com destaque para os impedimentos colocados pelo aparelho repressivo da ditadura à ampliação da base popular do movimento. Hoje o duro obstáculo tem sido a forte oposição por parte dos representantes do empresariado da assistência médica, notadamente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), para os quais a construção de um sistema público nacional de saúde que ponha plenamente em prática os princípios da universalidade, integralidade e igualdade de acesso, representam

uma ameaça aos seus interesses de exploração mercantil da assistência médica. Em conseqüência, nunca é demais enfatizar que *o SUS não é um projeto suprapartidário*, como muitos querem fazer crer. Na verdade, trava-se nele uma disputa de projetos, esclarecida pelo confronto entre a saúde como direito e a saúde como mercadoria. O empresariado da assistência médica, da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos se mobiliza e pressiona no sentido de consolidar a segmentação da assistência à saúde em dois mundos: os que podem pagar planos de saúde do próprio bolso e os que devem se contentar com ações e serviços simplificados.

Os militantes da Reforma Sanitária brasileira obtiveram vitórias e derrotas presentes no próprio conteúdo da legislação básica do SUS. De forma contraditória, a saúde é declarada, nesta legislação, como direito de todos, mas a assistência é franqueada à iniciativa privada. Sente-se aí o peso dos serviços privados, que aumentou particularmente durante a ditadura militar pelo fomento da expansão de clínicas e hospitais privados com recurso público. Este episódio revela a histórica privatização do Estado brasileiro, ou seja, a sociedade brasileira persiste sob o signo da herança colonial escravista, marcada “pelo predomínio do espaço privado sobre o público”.<sup>1</sup>

Tendo como centro a hierarquia familiar, todos os aspectos da sociedade brasileira são fortemente hierarquizados: “nela as relações sociais e intersubjetivas são sempre realizadas como relação entre um superior, que manda, e um inferior que obedece. As diferenças e assimetrias são sempre transformadas em desigualdades que reforçam a relação mando-obediência. O outro jamais é reconhecido como subjetividade nem como alteridade. As relações entre os que se julgam iguais são de ‘parentes’, isto é, de cumplicidade; entre os que são vistos como desiguais, o relacionamento toma a forma de favor, de clientela, de tutela ou de cooptação, e quando a desigualdade é muito marcante, assume a forma de opressão”<sup>2</sup>. Há uma “capilarização de micropoderes” se estendendo em toda a sociedade. O autoritarismo da e na família se dissemina “para a escola, para as relações amorosas, o trabalho, os *mass media*, o comportamento social nas ruas, o tratamento dado aos cidadãos pela burocracia estatal”<sup>3</sup>.

Foi nesse terreno que, nos anos 90, se fez a reforma do Estado. Apesar da ênfase oficial nos aspectos fiscais e administrativos, esta reforma deve

<sup>1</sup> Chauí (1998).

<sup>2</sup> *idem*, p. 38

<sup>3</sup> *idem*, *ibidem*.

ser analisada em sua dimensão política. Ao lado da qualificação do Estado como “ineficiente, burocrático, corrupto, opressor”, ela promoveu “o privado (...) como pólo privilegiado (...) como espaço de liberdade individual, de criação, imaginação, dinamismo”<sup>4</sup>. Os recursos arrecadados no mundo do trabalho são transferidos para o setor financeiro. Os gastos com o pagamento dos juros da dívida externa superam aqueles destinados à educação e à saúde públicas. Muda a natureza pública do setor estatal de saúde; a lógica da racionalidade privada é transplantada para a esfera pública estatal<sup>5</sup>.

Em todos os países em que se fez a reforma do Estado nessa perspectiva, é inquestionável o aprofundamento sem precedentes da desigualdade social que se agrava, entre outras causas, pelos cortes de recursos para as políticas sociais. As políticas universalizantes deram lugar a programas compensatórios focalizados nas camadas miseráveis da população. No lugar de combate à desigualdade, fala-se em combate à fome e à pobreza. Como receita neoliberal para países como o nosso, procura-se substituir, no sistema público de saúde, a atenção integral por ações simplificadas.

O desrespeito aos princípios de universalidade, integralidade e igualdade se revela em situações cotidianas de constrangimento e humilhação, de discriminação dos pobres, de dificuldade de acesso aos serviços de saúde, de descontinuidade do cuidado, de falta de privacidade. A precariedade da assistência agrava-se ainda mais pela desvalorização e pela desqualificação do trabalhador do SUS, do qual depende, em última instância, a qualidade do cuidado. Essas situações ocorrem em toda a rede pública, composta pelos serviços estatais e pelas instituições privadas que se vinculam ao SUS. No entanto, tendem a ser mais graves nos serviços privados que recebem recursos do SUS, pela inexistência de qualquer tipo de controle por parte da população usuária.

No que concerne à atenção à saúde mental, limitar o cuidado à internação e a formas de atendimento violentas e coercitivas é concebê-la como algo que se faz à revelia do indivíduo que sofre, à revelia do que ele sabe sobre sua própria história, com base na experiência de vida acumulada.

Nesse quadro sombrio, é notável a persistência de várias táticas de sobrevivência. Nos atos aparentemente mais simples dessas pessoas está implicado um conjunto complexo de operações mentais e sociais mediatizadas por um conjunto de processos intra-subjetivos, inter-subjetivos e trans-subjetivos<sup>6</sup> entrelaçados

<sup>4</sup> Sader (2003).

<sup>5</sup> Cohn (2001).

<sup>6</sup> Utilizamos o termo trans-subjetivo para designar o macro contexto onde os grupos se inserem.

aos políticos e institucionais que instalam, rompem e/ou criam novas modalidades de subjetividade.

Pensar as formas de subjetividade que aí se produzem remete-nos inevitavelmente ao sofrimento psíquico produzido pela política pública de saúde mental. A historiografia nos revela a construção de um hospício que, desde o seu nascimento, vale-se do postulado científico de “epidemias psíquicas” para justificar o seqüestro e o aprisionamento de segmentos da classe trabalhadora tidos como perigosos ou improdutivos. Por meio da medicalização de dramas existenciais socialmente produzidos, assiste-se à transformação, até hoje, das relações em um grande campo mercadológico, pautado pela ideologia eugênica<sup>7</sup> centrada em uma concepção de normalidade que valoriza a produtividade, a competitividade, a adaptação social, não sem vestígios do ideal de uma raça pura esvaziada de singularidade e desejo. Dentro e fora do manicômio, *essa lógica que empresta à cultura uma adjetivação de manicomial*, aborta entre outras, a possibilidade da diversidade como lugar de construção de novos sentidos. Como instituição total nos termos de Goffman, o manicômio é emblema da lógica do não-encontro, do não-diverso, da massificação que homogeneiza — é espaço alienante para supostos “alienados”<sup>8</sup>.

Tal como a Reforma Sanitária, a Reforma em Saúde Mental — que contou com a forte e significativa ação do Movimento de Luta Antimanicomial, desencadeada na década de 80 por trabalhadores em saúde mental, estudantes, usuários dos serviços de saúde e seus familiares — enfrenta, na defesa da substituição do manicômio por uma rede de atenção à saúde mental no SUS, os obstáculos impostos pela *indústria da loucura*, constituída por donos de hospitais e clínicas psiquiátricas e pelo poderio da indústria farmacêutica.

No entanto, é preciso advertir que a luta antimanicomial, ao mesmo tempo que significa a crise do hospital e de outras instituições totalitárias de confinamento, pode ensejar o nascimento de outras formas de controle, dentro dos hospitais-dia e dos centros e núcleos de atenção psicossocial. Dizendo de outro modo, ao mesmo tempo que propiciam novas liberdades, podem dar lugar a novos mecanismos de controle que substituem as antigas formas de opressão<sup>9</sup>. Por isso, a geração de novas ‘tecnologias’ pelas políticas atuais na área de saúde mental não pode ser pensada separadamente da geração de novas práticas e representações sociais.

<sup>7</sup> Cunha (1988), p. 166.

<sup>8</sup> Goffman (1974).

<sup>9</sup> Amarante (1999), p. 52.

Necessariamente, há que se ampliar essa perspectiva substitutiva — na medida que se vislumbra o desenvolvimento de potencial criativo e ativo de sujeitos desencorajados para a crítica, o sonho, a autonomia e a articulação comunitária — e também, o investimento em políticas intersetoriais que apontem para um novo paradigma de saúde.

Os depoimentos que se seguem são relatos de trabalhadores e de usuários dos serviços públicos de saúde freqüentemente vítimas dos efeitos perversos da precariedade dos serviços prestados e dos obstáculos que se colocam no caminho da universalidade, da integralidade e do igualitarismo como princípios formais do SUS.

Os depoentes trazem aspectos significativos das dificuldades que enfrentam na busca de atendimento nos serviços oferecidos na área da saúde, principalmente da saúde mental. Eles falam das dificuldades vividas pelos trabalhadores ao se depararem com proposições administrativas que repetem velhas lógicas autoritárias de descontinuidade política; dos reveses enfrentados por usuários dos serviços públicos de saúde que buscam atendimento e acolhimento para suas dores; das violências sofridas nos manicômios e das táticas de sobrevivência construídas por pessoas condenadas ao isolamento e à solidão; do sofrimento cotidiano que leva muitos aos serviços de saúde mental e que demanda a construção de novas redes e novos laços sociais que integrem a saúde à vida. Os depoimentos transcritos a seguir são testemunho de grande sofrimento físico e psíquico, mas também de tenacidade e de reposição permanente da esperança.

*Virgínia Junqueira,  
Ianni Regia Scarcelli e  
Isabel Cristina Lopes*