

Insurgências do Estado de Bem-Estar Social e seus nexos com a Saúde Pública

Jean Jeison Führ (*)

Introdução

A categoria conceitual e os princípios disciplinares da Saúde Pública em princípio se coadunariam com perspectivas ampliadas da relação entre a Sociedade Civil e o Estado. Um modo de organização estatal que se enunciou nos séculos passados apresentaria, em princípio, uma série de nuances que seriam possíveis de se estabelecer nexos muito próximos com as abordagens recorrentes da Saúde Pública Coletiva. Esse modo de organização estatal seria o modelo do Estado de Bem-Estar Social que visa uma acomodação entre os anseios da Sociedade Civil e as ações do Estado na relação entre o trabalho e o capital.

Para podermos discorrer sobre as nuances que se estabelecem entre os nexos da Saúde Pública a os princípios que os remeteriam a uma noção de Estado de Bem-Estar Social, propósito do presente texto, temos que compreender que para além de suas insurgências em determinados períodos históricos, os nexos que são estabelecidos entre determinadas configurações estatais e demais categorias conceituais são alicerçadas em pressupostos que além de reais, também são simbólicos e imaginários nos discursos teóricos e práticos. Em outras palavras, além de engendram modos de produção no sentido marxista do termo, a configuração da Saúde Pública e do Estado de Bem-Estar Social, constituem também em seu bojo linguagens e fantasias daquilo que em tese representam enquanto forma de organização dos aparelhos sociais incumbidos de os representarem.

Entretanto, antes de abordamos qualquer relação entre um modelo de Estado, precisamos explicitar uma constante teórica implicada em tal conceito. O antagonismo entre o Estado e a Sociedade Civil presente em inúmeros estudos das Ciências Sociais com todas as suas particularidades somente na sociedade burguesa. Sociedade burguesa onde a sociedade já é considerada sociedade civil, visto que na língua alemã os dois termos são correlatos (*bürgerliche Gesellschaft*) e indicam ao mesmo tempo ambas as conceituações.

(*) Mestre licenciado em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), sociólogo graduado bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: jeansrock4@gmail.com

O Estado de Bem-Estar Social e suas insurgências

A configuração do Estado de Bem-Estar Social ou Estado Providência, que aparentemente visa sucumbir com a dicotomia Sociedade Civil – Estado, parece ter sua gênese limiar justamente num período histórico e territorial, que à primeira vista, lhe deveria ser antagônico. Otto von Bismarck, o chanceler de ferro conservador, aristocrata e monarquista que conseguiu unificar a Alemanha após sangrentas campanhas militaristas, foi o primeiro governante a constituir um conjunto mínimo de políticas previdenciárias e assistenciais para a população trabalhadora, e por isso não assistida com fundos de amparo perante doenças, invalidez ou morte.

Estas iniciativas providenciais, em princípio, descondizente com as demais opções ideológicas conservadoras assumidas por Bismarck, na verdade serviram como uma jogada política para que as críticas sociais-democratas realizadas contra o 2º Reich (governado por ele) fossem rechaçadas pelo proletariado alemão beneficiado por estas políticas sociais adotadas. Este modelo bismarkiano iria deixar lastros de referência para que quase meio século depois, em plena 2ª Guerra Mundial (1939-1945), o economista e reformista social britânico William Henry Beveridge (1879-1963) elaborasse o seu famoso “*Report on Social Insurance and Allied Services*” (Relatório sobre a Segurança Social e Serviços Afins) em 1942.

Neste relatório Beveridge propunha que todas as pessoas em idade ativa deveriam pagar uma contribuição ao Estado para que o mesmo, com estes recursos, subsidiassem os doentes, desempregados, inválidos e viúvas. Os subsídios tornariam-se então um direito dos cidadãos para combater a escassez, a doença, a ignorância, a miséria e a ociosidade (os “cinco grande males” conforme concepção de Beveridge) dos menos afortunados e não mais uma benesse concedida pelo Estado como era no modelo bismarkiano.

Com as depressões capitalistas – que se estendem desde 1873, numa onda longa de estagnação, até 1893, reaparecendo em 1914 e se alastrando até o segundo pós-guerra, passando pela crise de 1929, significando *crise de superacumulação*, quedas repentinas da taxa de lucro, consolidação das organizações operárias (...) – com a constituição da classe trabalhadora como “classe para si”, organizada, articulada mundialmente e em luta pelo seus interesses, o grande capital precisa desenvolver uma *estratégia anticrise* (DURINGUETTO, MONTAÑO, 2010, p. 150).

As crises intermitentes que o mercado econômico internacional perpassou desde antes do período bismarkiano, até logo após o fim da 2ª Guerra Mundial, levaram ao acirramento da disputa entre dois ramos teóricos sobre qual projeto político deveria ser levado a cabo em substituição ao pensamento econômico-político clássico liberal já em declínio, quais sejam:

o ramo liberal e o ramo marxiano.

Segundo Marx (1983, vol. 2, p. 945) as “crises do mercado mundial têm de ser concebidas como a convergência real e o ajuste à força de todas as contradições da economia burguesa”, ou seja, a Grande Crise Mundial entre Guerras de 1929 e os eventos críticos da economia mundial anteriores e posteriores convergiam para a necessidade de “ajustes” teóricos (o Relatório de Beveridge tencionava ser uma proposta de ajuste teórico) tanto da perspectiva liberal, em remodelar a função estatais nas questões sociais; como da perspectiva marxista, em repensar a complexidade da configuração estatal em suas disputas interclasses.

Estes ajustes no campo de ação das nações ocidentais liberais ou dos revisionismos posteriores das antigas nações satélites da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS, levaram ao implemento de um certo tipo de Estado que ficou conhecido como Estado de Bem-Estar Social, Estado-Providência ou ainda *Welfare State* e demais nomes correlatos. Um tipo de estado que reestruturou essencialmente as articulações existentes entre produção, acumulação, desenvolvimento e regulação dos regimes econômicos e políticos vigentes:

Essa expansão (*boom* do pós-guerra) tinha dado um impulso poderoso a um avanço das forças produtivas, uma nova revolução tecnológica. Propiciou um novo salto para a concentração de capitais e a internacionalização da produção, as forças produtivas ultrapassando cada vez mais os limites do Estado burguês nacional (tendência que começou a se manifestar desde o início do século, mas que se amplificou consideravelmente desde 1948) (MANDEL, 1990, p. 11-12).

Neste momento histórico a concepção de um Estado de Bem-Estar Social perfazia a ideia de uma *intervenção estatal* na economia como um processo na racionalização econômica da esfera domiciliar e de reprodução da população (através da instituição de toda a gama de direitos previdenciários, que pretendiam, para além da assistência de seus beneficiários, a possibilidade de reingresso dos mesmos ou de seus dependentes em iguais condições numa posterioridade ao mercado ativo da produção/consumo). Logo em seguida e já de forma correlata o sentido da intervenção estatal se estendeu para além das questões econômicas domiciliares implicando-se ao nível das grandes questões indutoras da economia internacionalizada de capitais que se aprofunda após a recuperação da economia europeia e da franca reordenação da economia norte-americana através da política do *New Deal*:

Com a intenção de inibir os efeitos político-ideológicos da Revolução Soviética, no contexto da “Guerra Fria”, e do aumento do desemprego, além de direcionar a economia rumo à superação da crise, o presidente dos Estados Unidos da América, Franklin Delano Roosevelt (...) promove o chamado *New Deal* (entre 1933 e 1937) – um “novo acordo” entre o governo e o congresso para a aprovação de leis e a criação de agências governamentais, com o fim de, mediante a intervenção estatal,

implementar uma série de programas, dentre eles: controle sobre bancos; construções de obras de infraestrutura (estradas, escolas, hospitais, aeroportos etc.), com o objetivo também de gerar empregos e aumentar o consumo; subsídios e crédito agrícola; criação da Previdência Social e estabelecimento de pensões e seguros-desemprego; constituição do salário mínimo; programas de “ajuda social” do governo para famílias carentes; redução da jornada de trabalho; regulação de sindicatos e aprovação / manutenção de leis trabalhistas (DURINGUETTO; MONTAÑO,2010, p. 151).

O sociólogo e economista socialdemocrata sueco Gunnar Myrdal, ao estudar como bolsista da Fundação Rockefeller nos Estados Unidos neste período do *New Deal*, elaborou todo um arcabouço de teoria econômica do ideário *Welfare State* que seria posteriormente implementada nos países escandinavos. Myrdal em sua abordagem elabora concepções de uma remodelagem dos aparatos democráticos:

O crescimento do autogoverno local, principalmente, e a força crescente das organizações dentro do que chamei de infraestrutura institucional do moderno Estado de Bem-Estar democrático, significa que mais meios estão se tornando disponíveis aos cidadãos para tomar parte da modelagem de seus próprios destinos (MYRDAL, 1962, p.116).

Myrdal realocou conceitualmente as antigas políticas de auxílio à pobreza como formas de investimento e não de custos, uma vez que as então conceituadas “políticas sociais produtivas” provocariam formas de regulamentação social para se obter futuros níveis mais altos de produtividade num futuro. As políticas sociais produtivas seriam medidas profiláticas e preventivas direcionadas a evitar o surgimento de problemas nos organismos político-sociais da relação entre a Sociedade Civil e o Estado. As políticas sociais de previdência por excelência e as de assistência social seriam, assim, em última instância, novas formas de reapropriação das forças produtivas de trabalho por parte da classe dominante, sob intermediação do aparelho estatal para com as classes dominadas:

Por meio de sua ativação, o trabalho é gasto, porém, determinado quantum de músculo, nervo, cérebro etc. humanos que precisa ser repostos. Esse gasto acrescido condiciona uma receita acrescida. Se o proprietário da força de trabalho trabalhou hoje, ele deve poder repetir o mesmo processo amanhã, sob as mesmas condições de força e saúde (MARX, 1985, p. 141).

Deste modo constituiu-se o ideário do que seria chamado então como o Estado de Bem-Estar Social. Apesar e contra os designios de alguns liberais mais conservadores ou fundamentalistas do livre mercado, várias nações adotaram diferentes receitas de amplas intervenções estatais adotando diferentes políticas sociais, tanto de espectro previdenciário-assistencial, como de espectro ordenador das lógicas acumulativas (ações de logística, investimento e valorização do capital através de medidas macroeconômicas).

Todavia não podemos adotar a postura simplória de que somente as cúpulas

dominantes e hegemônicas infringiram o estado de coisas em termos políticos e econômicos. Os avanços e retrocessos que conformaram ou tencionaram a formação e a constituição dos Estados de Bem-Estar Social perpassaram conflitos e acordos que incluíram o papel das classes subalternas:

O chamado “Estado benfeitor”, e sua intervenção via serviços e políticas sociais – direitos políticos e sociais, a democracia, a legislação trabalhista, as políticas e serviços sociais e assistenciais, entre outros –, não podem ser creditados apenas aos *interesses capitalistas* (industrial-comercial); eles devem ser em alguma medida pensados também como *produtos de fortes e permanentes lutas de classes* (manifestas ou não), demandando e pressionando a classe hegemônica e o próprio Estado para dar tais respostas às necessidades dos trabalhadores e da população em geral. O Estado ora é pressionado a incorporar certas demandas como forma de pôr fim a uma luta que possa desestabilizar o sistema, ora se antecipa estrategicamente para evitar o eventual início de um confronto social (DURINGUETTO, MONTAÑO, 2010, p. 145).

Muitas demandas antigas do proletariado obtiveram sua concretização em termos legais a partir das insurgências dos Estados de Bem-Estar Social. No Brasil, através do Governo de Getúlio Vargas, foram estabelecidos os marcos das primeiras salvaguardas previdenciárias e trabalhistas. É óbvio que estas medidas foram muito mais do que medidas paternalistas ou concessórias de um Estado governado autocráticamente do que a adoção real de um modelo do Estado de Bem-Estar Social. O governo instaurado através de golpe político varguista precisava de um mínimo de respaldo social para enfrentar as críticas sociais que se avizinhavam com as transformações econômicas e ideológicas que foram condicionadas com o fim da 2ª Guerra Mundial:

O *welfare state* foi formado com um “compromisso de classes” ou “acordo” em condições sociais que, atualmente, se alteraram de maneira bastante acentuada, e seus sistemas de seguridade foram projetadas para enfrentar muito mais o risco externo do que o artificial (...). Por fim, o *welfare state* consolidou-se no período pós-guerra, num momento em que aparecia improvável a volta de níveis cronicamente altos de desemprego (GIDDENS, 1996, p.26).

Porém de lá para cá o modelo do Estado de Bem-Estar Social foi se readequando discursivamente em suas práticas e intenções. Justamente por ter sido implementado primeiramente nos países ocidentais e sob influência do liberalismo, para depois ter sido revisitado pelos países do bloco soviético em abertura de mercado.

A justiça social, afirmam Hayek e outros, não pode ser alcançada por meio do Estado – na verdade, Hayek afirma que a idéia de justiça social é incoerente. Sejam quais forem as virtudes de alguns tipos de instituições de bem-estar, as limitações do *welfare state*, segundo os críticos neoliberais, são evidentes para todos. Entre outras falhas, ele beneficia os mais ricos e não os menos ricos e cria uma horrível mistura de monstruosidades burocráticas e dependência previdencial (GIDDENS, 1996, p.46).

Assim foram se constituindo críticas válidas, porém de evidências difusas que

gradativamente foram criticando o providencialismo estatal em termos de políticassociais. Com as restaurações contínuas do suposto equilíbrio financeiro das economias nacionais no mercado internacional intercíclico de crises do capitalismo. o liberalismo nasceu sob nova roupagem do neoliberalismo. Com isso, vozes teóricas desta corrente selevantaram exigindo o fim de qualquer suposto direito trabalhista, previdenciário e/ou assistencial. Somado a isso qualquer intervenção estatal se tornou espúria e ilegítima:

È quase certo que num sistema internacional de economia dirigida as nações mais ricas, e portanto mais poderosas, se tornariam, muito mais que noregime da livre iniciativa, o objeto do ódio e da inveja das mais pobres. E estas últimas, com razão ou sem elas, se convenceriam de que a sua situação poderia melhorar muito depressa se tivessem liberdade de fazer o que quisessem (HAYEK, 1977, p. 211).

O cinismo chegou a tanto que o um dos maiores mentores teóricos do Estado de Bem-Estar Social na Europa, Gunnar Myrdal, dividiu o então Prêmio Nobel de Ciências Econômicas no ano de 1974 com um dos maiores defensores da pretensa ineficiência que o modelo estatal providencial propunha: Friedrich August von Hayek.

A classe hegemônica aciona o Estado para realizar reformas “aceitáveis”, criando a ilusão de verdadeiras transformações (ver Mandel, 1982, p. 348- 349), ou levando as classes subalternas a se resignarem e preferirem manter essas “concessões” do que arriscá-las insistindo nas lutas pela ampliação dos seus direitos (sobre a conversão de direitos sociais (...)) (DURINGUETTO, MONTAÑO, 2010, p. 145).

Nesse limiar de incorporações e desincorporações, as ambientações dos Estados de Bem-Estar Social constituíram e constituem um modelo que se aplica a inúmeras apropriações de como o Estado em sua complexidade gerencia as demandas sociais. Vejamos agora como essa apropriação ocorreu em terras tupiniquins e seus nexos com aSaúde Pública Brasileira.

A saúde pública brasileira e seus nexos estatais

Percebemos acima que apesar da adoção do modelo discursivo do Estado de Bem-Estar Social por parte de alguns países (onde tal adoção foi possível) ter se dado a partir da metade do século XX, as noções de tal modelo são bem anteriores e remontam ao 2º Reich alemão insurgido por Otto von Bismarck. O mesmo ocorre com a categoria de Saúde Pública. Apesar das grandes medidas estatais numa perspectiva de saúde pública terem se aprofundado a partir de meados do século XX, conforme Rabello (2010, p. 67) desde o século XVI, quando a produção começa a se tornar eixo central na Inglaterra, e depois em outros países que se inserem na lógica capitalista, passa o trabalho “a ser essencial para a geração

da riqueza, o que transformou qualquer perda decorrente de doenças em problema econômico potencial”.

Afinal, como Marx (1985, p. 141) acentuava, se “o proprietário da força de trabalho trabalhou hoje, ele deve poder repetir o mesmo processo amanhã, sob as mesmas condições de força e saúde”. Nessa lógica a importância da saúde do proprietário da força de trabalho (seja ele trabalhador fabril, agrícola ou intelectual) se torna questão central de preocupação na lógica da economia vigente para uma efetiva potencialidade de expropriação da mais-valia.

Mas, não é somente a preocupação com a expropriação de mais-valia (na qual a condição de saúde do proprietário da força de trabalho é fiduciária) que levam os Estados Nacionais a conceberem projetos políticos que circunscrevam a possibilidade de uma saúde pública. No Brasil, por exemplo, o fator que desencadeou as primeiras iniciativas do poder público para com a oferta de algum tipo de serviço em saúde pública – os institutos de profilaxia rural e urbana – foram resultado de amplos debates promovidos pelo Movimento Sanitarista, na República Velha, que conseguiram demonstrar e comprovar perante as elites dirigentes, e a opinião pública vigente, sobre as implicações que a interdependência social das doenças e epidemias causava:

Trata-se um período de crescimento de uma consciência entre as elites em relação aos graves problemas sanitários do país e de um sentimento geral de que o Estado nacional deveria assumir mais a responsabilidade pela saúde da população e salubridade do território. (...) A partir das demandas de um movimento sanitário ativo e de caráter nacionalista – que vinculava a constituição da nacionalidade à superação das doenças endêmicas – e de grandes debates e decisões políticas em torno de soluções dos problemas sanitários, considerando a ordem político-constitucional pactuada em 1891, os serviços sanitários foram reformulados e ampliados (HOCHMAN, 2006, p. 40).

Hochman (2006, p.26) nos aponta em seu estudo os primórdios da saúde pública e do saneamento a nível nacional brasileiro, que o “crescimento da interdependência humana trouxe a ampliação e a intensificação dos efeitos externos da ação, ou da própria existência, de uns, pobres, sobre outros, ricos”. Dessa forma, principiam-se as primeiras intencionalidades do Estado Nacional Brasileiro no sentido de promover, ainda que tímidas, as primeiras movimentações no sentido de instituir projetos políticos de saneamento (=saúde pública) que dessem conta ao menos de evitar que as doenças e epidemias comuns das camadas baixas da população não se alastrassem, a ponto de atingir também as camadas mais altas de forma epidêmica e alastrada. Tais iniciativas, entretanto, estavam longe de minimizar o impacto dos diversos determinantes sobre o estado de bem-estar físico, mental e social (=saúde) da população em geral. As modestas mudanças ocorridas durante o governo Vargas

nos modelos tecno-assistenciais em saúde já não davam mais conta das demandas que a população ansiava.

O que se buscava nas lutas sociais desta fase eram novas relações entre o Estado e o conjunto dos grupos sociais, fato que se prolongou por todos esses anos, até 1937. A superação do Estado oligárquico de base regional, pelo corporativista e populista, acabou por implicar a construção de uma nova forma de Estado capitalista no Brasil, processo que foi seguindo o caminho das reformas produzidas no interior do aparelho de Estado (MERHY, 1992, p.148).

Ainda que o Estado Nacional Brasileiro deste período seja marcado pelo diálogo vertical e centralizado das políticas sociais na área da saúde e outras, começaram-se as primeiras iniciativas de instituição das políticas de saúde assistenciais previdenciárias. Mediante contribuições trabalhistas de algumas categorias profissionais o Estado foi chancelando modalidades de assistência médica que davam conta apenas da população trabalhadora. O processo se intensifica no final da década de 1940 com a criação do primeiro Conselho Nacional de Saúde (1948), demonstrando que mesmo timidamente já existia alguma parcela da Sociedade Civil Brasileira que estava organizada pra pleitear uma estrutura como esta junto ao aparelho estatal existente.

Os anos seguintes a 1948 foram marcados por um intenso crescimento da medicina previdenciária e pela expansão da rede local de Centros de Saúde. O crescimento acelerado do processo de industrialização, que teve como contrapartida um desmesurado desenvolvimento das cidades que serviram de suporte para aquele processo e a “complexificação” da estrutura de classes sociais da sociedade brasileira, levou a um aprofundamento das relações político-sociais do Estado populista com as massas urbanas e com a ampliação do processo de “cidadania fragmentária” (MERHY, 1992, p.211).

Reflexo e permeado por processos históricos mundiais (I e II Guerras Mundiais, Grande Depressão, Declaração dos Direitos Humanos, etc.) e nacionais (Tenentismo, Revolução Constitucionalista de 1932, Problemas na Exportação da Cafeicultura, etc.), o período do governo de Getúlio Vargas instituiu um mínimo de garantias trabalhistas que diretamente tiveram influência na saúde através dos aparelhos previdenciários que foram insurgidos como os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP’s.

A saúde vai se tornando cada vez mais importante para o desenvolvimento econômico: os poderes públicos passam a combater agravos sociais e sanitários como o alcoolismo, a sífilis e a tuberculose; leis estatuídas sobre a vida nas cidades, as condições de saneamento e a saúde das crianças. Dessa aliança entre políticos e higienistas resultam leis que antecipam o que se chama atualmente de proteção social, a concepção do Estado moderno – o Estado de Bem-Estar Social. Até meados do século XX, a seguridade social é instituída em vários países (RABELLO, 2010, p. 44).

O longo período do governo de Vargas com o interstício do governo de Dutra, o

progressismo de Juscelino Kubitscheck, a renúncia de Jânio e a meteórica tentativa presidencial de Jango, não conseguiram implementar no Brasil um real modelo do Estado de Bem-Estar Social que ampliasse a assistência para além dos cidadãos trabalhadores. Amplas camadas de idosos, inválidos, desempregados e correlatos permaneciam dependendo da caridade hospitalar de instituições religiosas, particulares ou de curandeira. Este modelo não se modificou durante a Ditadura Militar Brasileira. Na verdade se intensificou e se aprofundou uma estruturação que ainda hoje molda a configuração do atendimento público em saúde. Através do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, instituído em 1966, os governos militares que se sucederam até 1984, financiaram a fundo perdido a construção de alguns hospitais totalmente públicos e uma grande maioria de hospitais privados que se vincularam temporariamente ao aparelho estatal de previdência.

Desse modo, a assistência em saúde no Brasil se engendrou assistencial, centralizada nas grandes capitais e financiou com o dinheiro dos trabalhadores a estrutura hospitalar particular que hoje não se encontra mais vinculada a qualquer iniciativa de atendimento público em saúde que não seja o conveniamento onerante aos cofres públicos em termos de isenção fiscal ou financiamento público. Na reborda dessa estruturação, as Instituições de Ensino Superior – públicas e privadas – foram ofertando vagas para formação de profissionais na área da saúde de forma concentrada nas grandes capitais, em um modelo de atendimento assistencial e não preventivo como a lógica hospitalar instalada propiciava.

Dessa maneira, no Brasil, diferente dos demais países da Europa e da América do Norte, não perpassou a adoção conjuntural por excelência de um modelo do Estado de Bem-Estar Social. Foi necessário este modelo já se encontrar revisionado no exterior para que alguns princípios deste modelo fossem imiscuídos nas formulações propostas pelo Movimento Sanitário Brasileiro, que na derrocada da Ditadura Militar pleitearam um modelo de saúde pública inspirada no modelo italiano de Saúde Pública.

A constituição de um Sistema Único de Saúde ao final dos anos 80 foi a mais importante decisão de reforma na área social daquela década. Não apenas porque foi a única das políticas sociais em que se reuniram condições institucionais para que se tomassem decisões em favor de uma reforma efetiva. Mas também pelo conteúdo desta reforma, vale dizer, pela natureza, importância e extensão das decisões tomadas. A implementação desta reforma vem redesenhando o modelo de prestação de serviços de saúde, tal como este havia se configurado ao final dos anos 60, e – o que interessa aqui particularmente – vem redefinindo a distribuição das funções a serem desempenhadas por cada nível de governo (ARRETCHE, 2000, p. 197).

Com alguns anos de atraso, em função da interrupção de medidas políticas que a Ditadura Militar engendrou, o Brasil pós-Constituinte instituiu o abrangente Sistema Único de Saúde – SUS. Apesar de todas as críticas realizadas pelo ordenamento social vigente, o

SUS segundo dados internacionais e sua concepção adota princípios que, numa perspectiva ampliada do conceito de saúde, dão conta de um país de proporções continentais como o Brasil. A contradição na saúde pública brasileira se acentuou ainda mais, quando na década de 1990 (em plena década comumente atribuída como a década do neoliberalismo) o Banco Mundial (considerado por muitos como um dos arautos do capitalismo hegemônico mundial) indica para o Brasil a adoção de algum programa familiar de prevenção em saúde. O programa adotado na época foi o então Programa de Saúde da Família – PSF. Programa que hoje se tornou política nacional através das Estratégias de Saúde da Família – ESF. Política nacional que como estratégia atualmente é paulatinamente implementada nas realidades municipais em confronto com as antigas lógicas assistenciais de atendimento: as Unidades Básicas de Saúde – UBS:

Esta perspectiva tornou-se universal, nas origens do Estado moderno, interessado nas necessidades individuais, familiares e comunitárias, de seguridade social e de serviços organizados. Para Rosen (1994), nada podeseer tão fascinante quanto a transformação do Estado Liberal, não intervencionista, „vigia noturno“ do século XIX, para o Estado do Bem-Estar Social. Estruturaram-se os departamentos de saúde preventiva (Elias, 2004), os currículos de cursos de saúde pública nas escolas médicas (Fonseca, 1997), os órgãos de saúde previdenciária, os programas de controle das patologias de transmissão populacional, entre outros (RABELLO, 2010, p. 70).

Atualmente vivenciamos este confronto entre modelos assistencial versus preventivo na saúde pública brasileira. Após quase meio século de uma política de atendimento assistencial e centralizado, as medidas de atendimento preventivo e fracionada em níveis de complexidade (primária, secundária e terciária) sofre críticas da população não acostumada com esta nova lógica de atendimento em saúde pública. Para, além disso, a iatrogênese social que delega a primazia do ato médico sobre todas as demais medidas sanitárias possíveis engendra um ordenamento social espúrio. Um ordenamento social que elitizou o atendimento médico em clínicas particulares altamente rentáveis. Relegando aos demais profissionais de saúde receberem em média quatro vezes menos ou mais, do que os demais profissionais médicos que possuem igual nível de formação acadêmica que os mesmos.

Não conhece o SUS, ou o que seja promover saúde. Saúde pública é para sanitaristas. Desconhece ou nega que epidemiologia é a base de seu raciocínio. Acredita que, se a maioria da categoria médica pensa de uma forma, nada vai mudar nas políticas de saúde (nem para ele), por isso não precisa estar atualizado nelas. O melhor lugar para pedir exames é uma clínica que já tenha laboratório ou um hospital (DA ROS, 2004, p.239).

Nessa conjuntura de formação e profissionalização dos profissionais da área de saúde, surge a necessidade de novas abordagens que deem conta não somente dessa guinada que ocorreu junto ao modelo de saúde pública adotada pelos governos. Mas também que deem

conta de novas relações que devam ser estabelecidas entre a Sociedade Civil e o Estado que possam resolver não somente as demandas epidemiológicas, mas também as projeções estatísticas que demandarão novas posturas de promoção da saúde nos próximos anos:

Tal conflagração de um novo paradigma em saúde, da incorporação dos conteúdos sociais nesta abordagem, como uma tentativa efetiva dos atores sociais de ampliarem a apropriação da interdisciplinaridade em seu processo de trabalho cotidiano, possibilita a compreensão de que o tema da saúde é social e não somente uma questão técnica e está diretamente relacionado com a forma de sociedade e de Estado (RABELLO, 2010, p. 21).

A relação entre a Sociedade Civil e o Estado Brasileiro no que tange a saúde pública é um território em disputa. Na saúde pública brasileira existem inúmeros aparatos de controle social por parte da população para com as políticas acionadas nos governos atuantes dentro do Estado. Entretanto, como já apontamos em nosso estudo anterior (FÜHR, 2013), estes espaços se encontram fragmentados em função de suas condições de mobilização, organização e estruturação estarem debilitados e não contarem com aporte de uma sociedade civil organizada e atuante de forma que amparem estes espaços com a devida acuidade na maioria das realidades municipais de nosso país. O SUS como aparelho ideológico do Estado, tal como Althusser (1992) concebe, deveria ser resignificado pela sociedade civil como um importante instrumento de sua promoção de saúde. Se não o for, em um curto período histórico de tempo, sua significação enquanto promotor da saúde pública em perspectiva ampliada; perderá o seu sentido completo em função das constantes privatizações, delegações e terceirizações que são realizados em seu meio por parte dos agentes do Governo que administram o Estado: “Se, por um lado, o papel do Estado nesse novo cenário vem sendo questionado, é necessário, por outro, reafirmar sua importância e acima de tudo a centralidade do espaço público como conquista da democracia e do exercício da cidadania” (RABELLO, 2010, p. 99).

Não queremos com isso defender que o SUS seja tomado em seu escopo como uma nova reconfiguração de um Estado de Bem-Estar Social, que como elencamos acima, nem esteve presente, apenas foi introjetado na configuração e nos embates propugnados pelo Movimento Sanitário junto ao Estado Brasileiro quando da gênese deste sistema. Defendemos sim, que a relação entre Sociedade Civil e o Estado Brasileiro avance de tal forma que a dicotomia existente entre ambos se encerre em novos marcos em que a categoria da saúde pública represente de fato os reais interesses da coletividade brasileira e não os interesses escusos de particulares que se enriquecem aos custos das contribuições sociais alheias. As oposições discursivas entre as práticas de assistencialismo ou de promoção de saúde junto aos espaços de diálogo da Sociedade Civil para com o Estado Brasileiro, estão longe de alcançar uma resolução, já que a implementação da estrutura preventiva em saúde

ainda está muito longe de oferecer serviços que correspondam à demanda existente junto à população. O aprofundamento desta e outras questões se fazem muito pertinentes para que Sociedade Civil e o Estado Brasileiro possibilitem uma Saúde Pública efetiva.

Considerações finais

Recorrentemente as produções de teoria política junto às Ciências Sociais se fundamentam em conceitos e categorias basilares tais como Sociedade Civil e o Estado. Não fugimos a esta recorrência. Entretanto, tencionamos demonstrar que mesmo a revelia das recorrências, uma ambientação simplória do campo da Saúde Pública Brasileira junto ao modelo do Estado de Bem-Estar Social é muito mais um recurso discursivo que foi adotado pelo Movimento Sanitário e o Estado Brasileiro em redemocratização, do que realmente uma intencionalidade concreta que se estabeleceu entre a sociedade civil brasileira e os governos atuantes junto aos aparelhos estatais. A adoção desta intencionalidade não deixou de ser significativa ao conseguir inscrever o princípio do controle social da referida Sociedade Civil para com o Estado Brasileiro. Princípio este que quando realmente apropriado junto às sociedades civis que estejam organizadas, tem possibilidades de circunscrever novas lógicas na relação que os aparelhos estatais estabelecem em suas ações de saúde pública e demais áreas de atuação governamental.

Referências

- ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos ideológicos de estado**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 18ªed., 2012.
- CHÂTELET, François. **História das ideias políticas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2ª ed., 2009.
- DA ROS, Marcos Aurélio. A ideologia nos cursos de medicina. In: Marins, J.J.N, REGO S., LAMPERT, J.B., ARAÚJO, J.G.C. (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 224-244.
- DURIGUETTO, Maria Lúcia e MONTAÑO, Carlos. **Estado, classe social e movimento Social**. São Paulo: Cortez, 2010.
- FAUSTO, Boris. **O pensamento nacionalista autoritário: (1920-1940)**. Rio de Janeiro: J. Zahar, c2001.
- FÜHR, Jean Jeison. **Repensando o público e o privado junto ao SUS**. São Leopoldo: Oikos, 2013.
- GRAMSCI, Antonio. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira,

1978.

HAYEK, Friedrich A. von. **O caminho da servidão**. 2. ed. Porto Alegre: Globo, 1977.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

GIDDENS, Anthony. **Para além da esquerda e da direita**: o futuro da política radical. São Paulo: UNESP, 1996.

MANDEL, Ernest. **A crise do capital**: os fatos e suas interpretação marxista; São Paulo: Ensaio, 1990.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política**: São Paulo, 1920-1948 : os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais. São Paulo: Hucitec, 1992. 221 p. ISBN 85-271-0190-4

MARX, Karl. **Teorias sobre a mais-valia**: história crítica do pensamento econômico – Livro Quarto de O capital, v. 2. São Paulo: Difel, 1983.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política; GORENDER, Jacob (apres.); SINGER, Paul (Coord. e Rev.); BARBOSA, Regis; KOTHE, Flávio R. (Trad.). 2. ed. – São Paulo: Nova Cultural, 1985. v. I. seção II, cap. 3.

MYRDAL, Gunnar. **Aspectos políticos da teoria econômica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1962.

Resumo: O presente artigo objetiva promover um debate teórico das recorrentes relações científicas estabelecidas entre os arcabouços conceituais do Estado de Bem-Estar Social e Saúde Pública. Para alcançar tal intento, primeiramente rememoramos o desenvolvimento histórico do que atualmente convencionamos denominar como sendo um aparelho estatal interventor da ordem social. Na sequência, evidenciamos como tal arcabouço conceitual de Estado foi empregado nexualmente para criação de aparatos estatais que fomentassem a estruturação do que se concebe como saúde pública.

Palavras-chave: Estado; bem-estar social; saúde pública.

Abstract: This article aims to promote a theoretical debate on the recurrent scientific relationships established between the conceptual frameworks of the State of Social Welfare and Public Health. To achieve this purpose, we first recall the historical development of what we currently call a state apparatus that intervenes in the social order. Next, we show how this conceptual framework of the State was used nexually to create state apparatuses that would encourage the structuring of what is conceived as public health.

Keywords: State; social welfare; public health.

Recebido em: 4/03/2023.

Aceito em: 7/06/2023.