

Afinal, somos ou não somos uma sociedade de consumo? Consequências para a saúde

In the final analysis, are we a consumer society or not?
Implications for health

Eduardo Caron ¹
Fernando Lefèvre ¹
Ana Maria Cavalcanti Lefèvre ²

Abstract *In this paper, the question of Brazil's insertion today as a country with the characteristics of modern consumer societies is discussed, focusing on the commercialization of the health sector, the segmentation of the health system and the contradictions of the rights to health care in the social context in question. Some research data on these issues broadcast in the National News Bulletins of Globo TV during the year of 2012 are presented, in which the high technology private hospital as a consumer icon, the underfunding of the public health system and the rejection of a poor and deprived Unified Health System are analyzed.*

Key words *Consumer society, Health, Television, Social rights, Underfinancing of public health*

Resumo *Discute-se aqui a nossa inserção como país, hoje, nas sociedades de consumo características da modernidade, enfocando a mercantilização na área da saúde, a segmentação do sistema de saúde e as contradições do direito à saúde no contexto social em questão. São apresentados dados de pesquisa sobre o tema no Jornal Nacional da Rede Globo de Televisão, durante o ano de 2012, na qual se analisa o hospital privado de alto padrão tecnológico como ícone de consumo, o subfinanciamento do sistema público de saúde e a rejeição de um Sistema Único de Saúde pobre e carente.*

Palavras-chave *Sociedade de consumo, Saúde, Televisão, Direitos sociais, Subfinanciamento da saúde pública*

¹ Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP). Av. Dr. Arnaldo 715, Cerqueira Cesar. 01246-904 São Paulo SP Brasil. eduardo.caron@usp.br

² Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo, USP.

Brasil, sociedade de consumo

Ao se projetar futuros desejados possíveis ou necessários para a sociedade, condicionam-se as ações no presente. Assume-se que a sociedade possui uma plasticidade tal que, com uma adequada intervenção e através de uma adequada consciência, seja capaz de ganhar a forma que se projeta para ela. Mas nem sempre, ou raramente esta plasticidade é verificável. Embora se construam projetos de mudanças sociais, elas ocorrem fora das previsões e dos sentidos desejados de mudança, como coloca Eugênio Vilaça¹: *A generosa concepção constitucional de um sistema de saúde de cobertura universal, ao longo dos anos, vem caminhando num sentido diverso, expresso na segmentação do sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, o sonho da universalização vem se transformando no pesadelo da segmentação.*

No Brasil este processo pode ser verificado ao observarmos projetos de cidadania amparados legalmente pela Constituição de 88, entre eles o da Reforma Sanitária que criou o SUS. Nas análises sobre os fatores implicados neste processo encontramos a forte presença do consumo e do mercado de produtos e serviços, que ao final do século XX tornou-se hegemônico em todo o planeta.

Neste contexto social ser alguém é ser consumidor. O consumo qualifica o indivíduo e as identidades são produzidas através do consumo. As diferenças de acesso ao mercado implicam desigualdades sociais. O direito do consumidor se sobrepõe e se torna referência inclusive para o julgamento sobre direitos sociais, como vemos nos casos de judicialização em saúde no Brasil.

Numa sociedade de consumo o indivíduo é um ser integrado quando consegue ser um consumidor pleno ou relativamente pleno, ou seja, aquele que com seus recursos financeiros consegue comprar no mercado o que necessita ou acredita que necessita para si e para seus dependentes. Ao analisar o consumo como referencial de inserção social, Amélia Cohn² destaca que *a questão dos distintos graus de inserção social tende então a ser pautada quase que exclusivamente por níveis de renda, portanto pela capacidade de os indivíduos no âmbito da esfera privada mostrarem-se aptos – ou não – para proverem suas necessidades sociais básicas.*

Em tais sociedades, como coloca Bauman³, há os que ingressam parcialmente no mercado de consumo. Para estes subconsumidores, ou consumidores cujo poder aquisitivo não é suficiente para suprir suas necessidades básicas, existe o

Estado. Segmentos da população que não têm recursos próprios para atender inteira ou parcialmente suas necessidades de saúde recorrem ao Estado, que provê ou ajuda a prover meios de atendê-las. Numa sociedade que privilegia o acesso ao mercado para a satisfação destas necessidades, tal provimento é uma ação compensatória e provisória, tal como os programas de assistência social, seguro desemprego, bolsa-família, etc.

Com a expansão da “sociedade de consumidores” no Brasil, observa-se que o indivíduo recorre ao SUS enquanto ainda não possui recursos próprios, e assim que consegue uma inserção social como consumidor, migra para o mercado ou faz uso misto: compra no mercado um determinado tipo de provimento e usa o estatal para outros.

Embora o Estado produza serviços de saúde superqualificados, principalmente os de alta complexidade, o acesso é restrito e disputado inclusive pelos planos de saúde nos equipamentos de porta dupla, que diferenciam o usuário SUS do cliente de planos privados. Embora existam exceções, para a maioria da população pobre o provimento estatal atende mal suas necessidades. Após um quarto de século de esforços e pactuações para construção do SUS, o sistema público é tido como inferior aos planos de saúde. Mesmo quando no sistema privado o atendimento é de péssima qualidade, o SUS é percebido como pior ainda, mesmo que não seja o caso.

Há uma complexa combinação de fatores que condicionam o Estado a uma provisão de menor valor: o subfinanciamento do sistema, a associação do SUS à população de baixa renda e aos lugares desprovidos, a redução do SUS a um sistema assistencial, a desvalorização da Atenção Básica, dos seus profissionais e usuários, a falta de atenção humanizada aos usuários, a precarização de vínculos de trabalho, a falta de conhecimento sobre o SUS entre profissionais e na sociedade, a associação da saúde pública a campanhas e programas focais⁴. Cada um desses fatores pode ser entendido como resultante das relações entre o SUS e uma sociedade que privilegia o provimento privado e o consumo de produtos e serviços de saúde. Nessa condição o Estado nunca poderia prover diretamente para toda a população um atendimento considerado de qualidade idêntica ou superior ao que é imputado aos melhores expoentes do sistema privado. É neste sentido que a afirmação do projeto do SUS, tal como desenhado pela Reforma Sanitária Brasileira, é incompatível com o provimento privado num mercado crescente de produtos e serviços de saúde. Para

que esse mercado exista o SUS precisa ser pior. A hipótese da existência paralela de dois sistemas concorrentes de mesmo valor e qualidade, um privado e outro público, não se sustenta. Além disso, é preciso acrescentar que as práticas clientelistas e patrimonialistas enraizadas numa cultura política tradicional e convencional brasileira também desvalorizam o SUS.

Afirma Paim⁵: *O futuro do SUS depende do que se faz hoje. O subfinanciamento público e os estímulos aos planos privados de saúde, inclusive ampliando o seu mercado mediante a inclusão de funcionários públicos e da chamada 'classe C', apontam para a reprodução de um SUS pobre para os pobres, e complementar para o setor privado, sobretudo nos procedimentos de alto custo. As políticas racionalizadoras ora implementadas, embora relevantes, não são suficientes para renovar as esperanças por um sistema de saúde digno, democrático e de qualidade para todos os brasileiros.*

Desta forma temos, legalmente, um Sistema Único de Saúde de natureza pública e um Sistema de Saúde Suplementar, de natureza privada, sendo que, a rigor, o Público não é Único porque existe o Privado e o Privado não é propriamente Complementar, pois concorre com o sistema público e age dentro do poder político e na mídia, no sentido da desvalorização do SUS e da drenagem dos recursos públicos para os serviços privados⁶. Em função dessa segmentação do sistema de saúde no Brasil, segundo Eugênio Vilaça¹, *o SUS pensado como um sistema de cobertura universal vem se consolidando como um subsistema público de saúde que convive, em nosso país, com um subsistema privado de saúde suplementar e um outro subsistema privado de desembolso direto.*

Sociedade de consumo, saúde e TV

Ao se tratar das formas pelas quais na atualidade brasileira se criam noções e necessidades em Saúde, é oportuno refletir sobre como esses temas se apresentam nos meios de comunicação e em particular na TV.

Com efeito, um traço marcante das sociedades de consumo é a hipertrofia da mídia em todos os espaços sociais, fenômeno que tem implicações sobre a produção social de saúde e doença.

No cotidiano dos brasileiros, nenhum outro meio de comunicação é mais presente ou influente do que a TV, a qual se tornou a principal referência cultural no país. Em 2011, 97% dos domicílios possuíam televisão, mesmo domicílios sem acesso à infraestrutura básica (inclusive sem geladeira), possuem um aparelho de TV

(PNAD-IBGE 2011). No Brasil, o espectador de TV passa em média 4 horas diariamente com os olhos vidrados na televisão.

Esse consumo permanente e massivo da TV no Brasil se dá num contexto global de desenvolvimento das sociedades de consumo. Na sociedade contemporânea global, a comunicação erigiu-se como proeminente área de negócios, vértice do desenvolvimento tecnológico, com influência sobre todas as outras áreas econômicas, tornando-se um espaço público de padronização cultural global e meio educativo de extrema capilaridade em todo o planeta. Na expressão de Marshall McLuhan, na segunda metade do século XX, a expansão das transmissões de televisão via satélite transformou o planeta numa *aldeia global*. Segundo Ulrich Beck⁷: *As pessoas do mundo inteiro e de todas as classes se encontram na praça da televisão e consomem as notícias. Elas fazem parte de uma rede mundial de comunicação padronizada [...] as fronteiras institucionais e nacionais deixam de valer.*

A TV está a serviço do consumo, e preza o consumidor que é o seu público. Nas sociedades contemporâneas, onde a produção social de identidade e a inserção social se dão através do consumo, a TV torna-se o espaço de massa privilegiado para estar *up to date*, sintonizado com as tendências do mercado e a moda: a TV, isto é, o que é dito e visto nela, é um denominador comum necessário para ser alguém que pertence a essa sociedade, atualiza permanentemente as práticas sociais, informa valores, juízos, motivadores, objetos de desejo e rejeição, e produz fatos coletivos que são, segundo Lefèvre⁸, *aquele conjunto de informações de natureza coletiva destinadas a orientar os cidadãos na vida em sociedade.*

Este é o contexto onde uma "Saúde Coletiva" é fabricada enquanto representações correntes neste espaço de padronização. *Através deste prisma, a Saúde Coletiva pode ser vista como o conjunto de informações ou fatos sobre saúde e doença que são 'publicizados' pela mídia numa dada formação social, num dado momento histórico. Numa formulação sintética, poderíamos dizer que a Saúde Coletiva é, também, a saúde-que-aparece-na-mídia⁸.*

Aqui se pode ultrapassar a noção clássica unidirecional do processo de comunicação, na qual se concebe que a mensagem é formulada no emissor e, através de um canal, chega ao receptor. Esse esquema simplificado distorce o processo de produção social dos discursos midiáticos, como se as mensagens pudessem ser produzidas por um emissor autônomo destacado da sociedade, da audiência, das tendências do mercado, da

notícia que corre na internet, da diversidade de causas e choques de opiniões correntes nos meios sociais. Num outro modelo, de comunicação em rede, a formulação da mensagem é gestada numa rede de interlocução. Emissores e receptores não são autônomos, mas fazem parte de uma rede comunicativa, multipolar, onde a noção de comunicação é menos a de transferência de sentidos, e mais de trama de sentidos, formando um *mercado simbólico* no qual os bens simbólicos são produzidos, circulam e são apropriados pelas pessoas⁹. Esse modelo de comunicação em rede está cada vez mais atual, dado o crescimento de uma massa de mídia na internet paralela à mídia de massa dos canais convencionais.

A saúde no Jornal Nacional

Para investigar os temas de saúde neste contexto complexo elegemos o Jornal Nacional como campo de pesquisa durante o ano de 2012. O Jornal Nacional ocupa um lugar de interlocução importantíssimo nesta rede e, por isso mesmo, é influente e está fortemente sujeito a influências de múltiplas conexões no “mercado simbólico”, do qual é um porta-voz largamente reconhecido. Em 2012, o Jornal Nacional tinha uma audiência média de 25 milhões de telespectadores diários, 56% dos televisores do país ligados, somando 33 pontos no Painel Nacional de Televisão – PNT-I-bope¹⁰, o que representa mais de 6 milhões e 300 mil domicílios nas 14 principais regiões metropolitanas do país. Essa audiência é flutuante, e em 2012 teve um crescimento em torno de 5%, devido a uma série de fatores como a audiência das novelas, a performance da apresentadora, pequenas variações no horário em que o jornal vai ao ar, o que indica um trabalho permanente do veículo em busca de um público que se concentra de 70% a 75% nas classes de consumidores A, B, C¹¹.

Nesta investigação na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo foram analisadas 246 inserções no Jornal Nacional, distribuídas ao longo dos 12 meses de 2012, totalizando 7 horas e 15 minutos de vídeo disponibilizadas no site <http://g1.globo.com/jornal-nacional/videos> e acessadas através da palavra chave SAÚDE. Estas 246 inserções foram apresentadas em 158 edições do Jornal, isto é, o tema saúde aparece em metade de todas as edições ao longo do ano, sendo que em 60% delas aparece uma única vez, em 30% das edições aparecem duas inserções, e 10% registra 3, 4, 5, até 6 inserções sobre saúde em uma única edição. Ao longo do ano de 2012, saúde foi matéria de abertura de 9 edições do jornal.

A observação das matérias de abertura, pelo destaque que recebem, já revela os temas, ideias e imagens centrais que norteiam as formas pelas quais a saúde e, em particular, a saúde pública é vista no Brasil, em 2012. 75% de todos os conteúdos de saúde no Jornal Nacional se concentram em quatro eixos temáticos:

a) 5 reportagens de abertura (12/4, 17/4, 2/5, 25/6, 11/10) tratam de *Assistência Hospitalar*, o que totaliza 76 inserções no ano, ou 31% das matérias de saúde;

b) 2 reportagens de abertura (19/4, 4/6) tratam de *Ciência e Tecnologia*, tema presente em 51 reportagens durante o ano ou 21% das inserções;

c) 2 reportagens de abertura (25/6, 14/9) sobre *Consumo de Produtos e Serviços* de saúde, que inclui 28 inserções ou 11,4%; e

d) 1 reportagem de abertura (28/9) sobre *Hábito e Comportamento* de risco, que aparece em 11,8% das inserções no ano.

Ao analisarmos as 246 inserções, observamos que o Hospital é o principal palco dos discursos sobre saúde, somando 1 hora e 47 minutos ou 25% do tempo destinado à saúde no Jornal Nacional em 2012. Nas matérias do Jornal Nacional não há outra referência assistencial que não o hospital. Não há outros equipamentos onde se possa tratar da saúde. As doenças são ameaçadoras e a intervenção hospitalar é decisiva para a salvação das pessoas com a máxima urgência. O hospital é o único recurso para quem deseja se proteger da morte.

Artur estava com hepatite fulminante e precisava com urgência de um transplante. A doença é rara e extremamente grave, e a perspectiva dele seria muito sombria, praticamente não teria perspectiva de sobrevivência. Com apenas 2 meses, Artur entrou na fila para enfrentar um desafio: ser o mais novo paciente do Brasil a passar por um transplante de fígado. (3/7/2012)

No hospital encontramos dois campos de representações: de um lado o hospital é o “sonho de consumo”, um super-hospital moderno, munido de sofisticada tecnologia, com UTI móveis até em aeronaves, e conduzido por médicos altamente especializados. Este ícone de consumo está associado à elite da sociedade, artistas famosos, e o alto escalão da República, em 23 matérias que apontam seus holofotes sobre internações e tratamentos de celebridades.

Reinaldo Gianequini está no hospital desde ontem e fez o PETscan: um exame que avalia as condições dos órgãos e tecidos do paciente. O PETscan mostrou que a doença respondeu ao tratamento, ou seja, ele tem condições de saúde pra fazer o auto-transplante de células tronco. (5/1/2012)

O tumor na laringe do ex-presidente Lula desapareceu. Mais do que desejado foi um resultado previsto pelos médicos: hoje, uma ressonância magnética e uma laringoscopia revelaram que, de fato, o câncer na laringe, que tinha 3 centímetros, desapareceu. (28/3/2012)

De outro lado, o hospital também é palco dos mais repulsivos, quando associado ao SUS. O Sistema Público de Saúde expresso nas reportagens realça as iniquidades, e caracteriza o que é público como pobre e carente. Das 42 reportagens nesta categoria, que compreende 17% de toda a programação anual, 24% se referem à Carência de Estrutura, 19% à Falta de Vagas, 19% à Falta de Médicos, 14% à Negligência e Falhas Graves, 12% às Greves e 12% à Crime ou Ocorrência Policial.

Pacientes que procuram atendimento nos dois maiores hospitais públicos de Natal encontram corredores superlotados e muita sujeira [...] pelos corredores, equipamentos encostados sem uso, mofo provocado pela infiltração, ferrugem e moscas em meio a muitos pacientes. (1/5/2012)

Só no mês de junho, a unidade registrou a morte de 16 recém-nascidos [...] em períodos normais são de 3, no máximo 6 óbitos no período. O ideal é um médico pra cada 10 crianças, hoje nós temos um médico pra 40 pacientes. (2/7/2012)

Embora muitas reportagens que enaltecem feitos hospitalares também reportem hospitais públicos ou conveniados ao SUS, como o Hospital das Clínicas de São Paulo, a Santa Casa de Porto Alegre, o Instituto de Cardiologia do DF, o Instituto Nacional do Câncer, entre outros, lá estes não são identificados como tais, e sua vinculação ao SUS é omitida. Inversamente, quando se trata de caracterizar o hospital público negativamente, associa-se explicitamente o *Sistema Público de Saúde* ou o *SUS* a esse hospital.

O Ministério Público Federal investiga a suspeita de que médicos do SUS estariam usando Hospitais Federais do Rio de Janeiro como clínicas de estética [...] Além da prótese mamária, a própria cirurgia de face com anestesia local, lipoaspiração de pescoço, abdômen e dorso, todos os atendimentos são pagos pelo Ministério da Saúde, em suma, por todos nós, os contribuintes. (15/6/2012)

O médico que faltou ao plantão de natal no Hospital Municipal do Rio de Janeiro prestou depoimento hoje. Na ausência dele, uma menina baleada na cabeça teve que esperar 8 horas para ser operada. A.C.G. desfalcou a emergência do Hospital Municipal Salgado Filho, zona norte do rio, quando a menina A.S. de 10 anos mais precisava dos serviços de um neurocirurgião. (28/12/2012)

Esse foco na assistência hospitalar, tanto em positivo, no hospital rico e privado, como em negativo, no hospital público, se sustenta sobre uma larga base de informação médico-científica reunida em 1 hora e 33 minutos de matérias que reportam pesquisas realizadas nas mais renomadas instituições do planeta, como as Universidades Columbia, Johns Hopkins, Harvard, Cambridge, além do Nobel de medicina e química. Todo esse arsenal científico conflui para a expectativa de disponibilização no mercado de fármacos e procedimentos inéditos demonstrados em laboratórios altamente sofisticados. É uma vitrine das mais promissoras inovações, que instiga o desejo do consumidor de logo tê-las ao alcance no mercado hospitalar e farmacêutico.

Por fim, 28 reportagens tratam de problemas que consumidores enfrentam no mercado. As reportagens sustentam uma proteção ao consumidor pela qual o Estado se responsabiliza, por exemplo, provendo cirurgias pagas pelo SUS para a troca de próteses mamárias impróprias, que mulheres adquiriram por motivos estéticos ou de saúde em clínicas particulares ou através do SUS. Ou a defesa de clientes de planos de saúde frustrados diante da demora no atendimento. Esse consumidor é o público do *Jornal Nacional*: mesmo que operadoras de planos privados sejam anunciantes, clientes patrocinadores da emissora, isso não impede que o *Jornal Nacional* assuma a defesa dos consumidores. Como veremos a seguir não é o direito social e econômico à saúde que sustenta essa defesa.

A saúde como direito e como mercado

O fato de no Brasil o mercado crescer fortemente no campo da saúde coloca em discussão o estatuto desta como direito. Uma questão extremamente complexa e prenhe de contradições, que diz respeito não somente ao crescimento dos consumidores de planos privados de saúde, mas também ao lugar do Estado como comprador no mercado de produtos e serviços privados e ao crescimento do mercado de instituições privadas prestadoras de serviços públicos de saúde. Questiona o crescimento dos recursos judiciais baseados no exercício do direito à saúde, a cidadania que sustenta esse direito, e faz refletir sobre as condições históricas de construção desta cidadania no Brasil. Esta discussão também remete às transformações sociais no mundo contemporâneo, que instauraram um processo de crise da modernidade, que, entre outros sintomas, põe em cheque o Estado de Proteção Social e os direi-

tos humanos de segunda geração, isto é, direitos econômicos e sociais entre eles o direito à saúde.

O direito à saúde é uma construção histórica, filiada ao pensamento liberal desenvolvido na Europa nos séculos XVII e XVIII, que erigiu as bases jurídicas da modernidade na forma dos direitos do homem e do cidadão, cuja matriz está na concepção de um indivíduo autônomo e prioritário em relação ao todo social, titular de um direito subjetivo oposto ao poder do Estado¹². Como analisa Danièle Lochak¹², aqui reside já uma contradição inerente ao direito à saúde: de um lado temos sua filiação liberal como “direito do homem” e, de outro, seu caráter econômico, coletivo e dependente do Estado. Em contradição com sua matriz liberal, os direitos econômicos requerem a intervenção ativa do Estado, a mobilização de meios materiais e o estabelecimento de serviços públicos. O Estado de proteção social, provedor de prestações positivas, aumenta os impostos, que restringem a liberdade de cada um de dispor dos seus ganhos como bem entenda, e estreita o campo da autonomia individual¹².

A observação dessa natureza contraditória do direito à saúde é importante para compreender sua falibilidade diante dos efeitos da sociedade de consumo que, entre outros aspectos, aprofunda as tendências de individualização. Os casos de judicialização do direito à saúde no Brasil são uma amostra dessa tendência. Diante da falibilidade do direito coletivo e da falta de sustentação deste pelo exercício da cidadania, o judiciário é uma via para que o indivíduo seja ouvido em sua necessidade de saúde, pela afirmação do seu direito individual contra o Estado.

Outro aspecto marcante na genealogia do direito à saúde reside no fato da sociedade produzir uma população de desprovidos que necessita assistência para sobreviver. Embora a Declaração dos Direitos do Homem de 1793 já mencione a proteção aos cidadãos “desvalidos”, somente em 1848, dada a pauperização da classe operária, esse sentido de dívida da sociedade para com seus membros é formalizado constitucionalmente: daí emergem o direito ao trabalho, o seguro contra o adoecimento, o desemprego, a velhice, o direito a uma habitação decente¹². Nessa medida, essa genealogia já indica o advento dos direitos econômicos como um paliativo para sobrevivência da população pobre. O direito à saúde já nasce num contexto compensatório para dar conta dos efeitos da pobreza gerada pela sociedade.

Embora o direito ao provimento público tenha origem na proteção social “aos cidadãos desprovidos” como medida paliativa, a construção

do sujeito cidadão e o exercício dos direitos como prática social é um fator promotor da dignidade e protetor da universalidade e da qualidade dos serviços públicos, como se sucedeu em países do primeiro mundo onde os direitos econômicos e sociais atingiram alto grau de desenvolvimento. No entanto ao se observar tanto o provimento dos serviços públicos destinados à proteção dos setores desprovidos, quanto o exercício da cidadania no Brasil, depara-se com condições adversas: no Brasil, o governo, na qualidade de responsável pelo “SUS pobre”, não pode deixar de subfinanciar este sistema, na medida em que ele é um sistema vigente numa sociedade que privilegia o acesso ao sistema privado de saúde, mas onde a maior parte da população necessita proteção estatal.

Na pesquisa em curso sobre as representações de saúde nas reportagens do Jornal Nacional, no ano de 2012, a tensão entre o déficit de provimento estatal e a busca de serviços no mercado, é um tema que atravessa as reportagens. A matéria de abertura da edição de 14 de setembro chama a atenção para o aumento dos gastos do consumidor com saúde:

Boa Noite! As famílias brasileiras estão gastando mais com transporte e com saúde e menos com alimentação.

A pressão dos gastos com transporte e saúde no orçamento familiar prenuncia o descontentamento que irá eclodir nas manifestações de junho de 2013, as quais se iniciam em torno do aumento das tarifas de ônibus, mas logo canalizam outras questões, com destaque para a saúde. Na reportagem de 18 de janeiro de 2012, dados do IBGE mostram uma estrutura de gastos públicos em que o Estado se ocupa de apenas 44% do gasto total em saúde:

Segundo uma pesquisa do IBGE divulgada hoje, as famílias brasileiras gastaram mais com saúde do que o governo em 2009. Os gastos privados chegaram a 835 reais por pessoa enquanto as despesas públicas ficaram em 645 reais por pessoa.

Além da denúncia do subfinanciamento do SUS, presente no Jornal Nacional em 26, reportagens sobre o hospital público, que tratam da carência de estrutura (10 reportagens), falta de vagas (8 reportagens) e falta de médicos (8 reportagens), o subfinanciamento da saúde pública é pautado nas reportagens que tratam do orçamento da União: na edição de 22 de fevereiro a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil critica o corte de mais de 5 bilhões de reais no orçamento do Ministério da Saúde, e na edição de 16 de janeiro a presidente veta artigos da Lei Orçamentária:

A presidente vetou 15 artigos da lei, entre eles o que obrigava o governo federal a destinar mais dinheiro a saúde em caso de revisão do PIB.

Segundo Eugênio Vilaça¹, *As evidências internacionais mostram que todos os países que estruturaram sistemas universais de saúde, beveridgeanos ou bismarckianos, apresentam uma estrutura de financiamento em que os gastos públicos em saúde são, no mínimo, 70% dos gastos totais em saúde. [...] Com a estrutura vigente de gastos públicos em saúde não se pode pretender consolidar o SUS como direito de todos e dever do Estado. [...] ao se especializar um sistema singular para os pobres, dada a desorganização social desses grupos excluídos e sua baixa vocalização política, esse sistema tende a ser subfinanciado.*

Embora as manifestações massivas de 2013 tenham cobrado do Estado responsabilidade para com direitos sociais, ao que o executivo aceitou com grande preocupação e minúsculas medidas, o conjunto dos dizeres e reivindicações dos cartazes, que espontaneamente os manifestantes exibiram ao mundo, não questionam nem modificam a falta de sustentação e de mobilização social em defesa do SUS. Segundo Vilaça¹, *estima-se que seria necessário quase dobrar o orçamento do Ministério da Saúde para chegar-se a uma relação que torne viável a universalização da saúde. Por isso, não há que ter muita esperança para a solução desse problema nesta década e, como consequência, o gasto público deverá permanecer em valores próximos a 50% dos gastos totais em saúde, o que manterá a segmentação do sistema de saúde.* Isto é, a mobilização social necessária para viabilizar o sistema público e único de saúde requer restringir enormemente o subsistema privado e dobrar o gasto público. Na realidade, as manifestações atacaram ao SUS e deixaram os planos de saúde intocados, embora estes tenham sido alvo de reclamações frequentes no Procom, que levaram em 2012 à suspensão da venda de mais de 300 planos de saúde de 38 operadoras pelo péssimo atendimento. Um dos cartazes que se repetiu com frequência nas manifestações diz “enfia os 20 centavos no SUS”, como paródia de uma locução popular depreciativa que se emprega quando se rejeita algo e ao outro. Ao rejeitar o SUS pela comparação que esta paródia faz, e o Estado a quem pertence o SUS, a frase denuncia a carência de financiamento da Saúde. Em resposta a que destino dar ao financiamento público reclamado, outro cartaz que se repetiu com frequência diz “hospitais padrão Fifa”, indicando a aspiração própria da sociedade de consumo em relação à saúde. Como vimos anteriormente, estas tendên-

cias expressas nas manifestações, seja em relação à rejeição ao SUS pobre e carente, seja a aspiração central pelo consumo de tecnologia hospitalar de alto padrão, estão fartamente representados na mídia, e não trazem nova sustentação ao sistema público e universal de saúde.

Outro aspecto da questão se relaciona com o processo tardio de desenvolvimento da cidadania no Brasil, tributário de uma herança colonialista e escravocrata, que paradoxalmente inaugura a entrada na modernidade com uma população analfabeta, uma economia monocultora e latifundiária e um Estado absolutista. Sentimos hoje as implicações desta herança numa realidade econômico-político-social que viola, burla ou ignora as leis do país, onde uma confluência de fatores, quando não dificulta, minimiza o exercício de direitos. Um desses fatores é que no Brasil nunca foi possível ser cidadão de uma nação soberana, dada a submissão histórica originalmente à Portugal, depois à Inglaterra e posteriormente aos EUA e ao FMI. Além disso, o processo de construção da cidadania, impulsionado no pós-II Guerra, foi barbaramente violentado por duas décadas de regime militar, e a partir dos anos 80 a redemocratização do país encontra o Estado-nação enfraquecido, como em todo planeta nesta era globalizante, a reboque de esferas de poder supranacionais. No final do sec. XX, Hobsbawm¹³ observa que *os Estados-nação territoriais, soberanos e independentes, inclusive os mais antigos e estáveis, viram-se esfacelados pelas forças de uma economia supranacional ou transnacional.* Esse processo de redução do poder dos Estados, como aponta José Murilo de Carvalho¹⁴, *produz uma mudança das identidades nacionais existentes, afeta a natureza dos antigos direitos e reduz a relevância do direito de participar.* Neste contexto, aquele cidadão moderno e participante ativo dos processos de construção da nação democrática, preconizado nas diretrizes que fundam o SUS, é uma inferência teórica que nestes 25 anos se defrontou com uma realidade que desconstruiu este modelo.

Esse quadro de falta de mobilização em defesa do SUS também reflete outro traço característico das sociedades contemporâneas. Esse esvaziamento da *ágora* do Estado-nação se dá num contexto mais geral de enfraquecimento dos vínculos institucionais – de família, classe social e partido político – como desdobramento de rupturas próprias da modernidade¹⁵. Concomitante ao enfraquecimento dos vínculos institucionais, a produção social de identidade baseada no consumo e no mercado vai configurando uma *sociedade*

individualizada. Segundo Bauman¹⁶, a esfera pública vem sendo colonizada pelos interesses privados, limpa de suas conexões públicas e pronta para o consumo privado, mas dificilmente para a produção de laços sociais. Nesta sociedade individualizada há uma renúncia da soberania do Estado em relação aos mercados consumidores, enquanto a soberania dos mercados vai ficando mais ousada e obstinada¹⁷. Em última análise a individualização significa dependência do mercado em todas as dimensões da conduta humana⁷. Com isso parte das responsabilidades antes depositadas em instituições sociais se transferem para o indivíduo na mesma medida em que estas instituições se enfraquecem. Cada vez mais recai sobre o indivíduo o peso de suas escolhas e iniciativas, para se virar por conta própria como um consumidor no mercado.

Podemos ver nos protestos que sacudiram o país em 2013, efeitos dessa *sociedade individualizada*. Um traço marcante dessas eclosões é o ataque frontal aos partidos políticos, ao Congresso Nacional e outras instituições do Estado, inclusive o SUS, expressando a distância existente entre tais instituições, frutos da redemocratização do país, e os cidadãos. Tentativas de organizações de classe e líderes sindicais de se juntarem ao movimento fracassaram, demonstrando o quanto essas manifestações foram arreadas a vinculações institucionais. A diversidade de cartazes, dizeres e expressões, onde cada manifestante traz consigo uma reivindicação própria, orquestra uma polifonia de singularidades na multidão, compondo um mosaico extremamente representativo dessa modernidade das sociedades contemporâneas.

O SUS gratuito

Ao olhar o SUS como gratuito, as representações sociais do seu provimento se situam num campo simbólico que duvida da qualidade do benefício. Mesmo quando se observa um provimento estatal de boa qualidade, e ainda por cima gratuito, a reação é de uma surpresa inesperada, uma exceção à regra, como vemos na edição do *Jornal Nacional* de 31 de março depoimentos de usuários sobre as cirurgias robotizadas no Instituto Nacional do Câncer:

Mônica se livrou de um câncer na garganta ha menos de um mês e está curada: “Não senti dor. Foi tudo muito tranquilo! E sem pagar nada, né!”

Ou sobre a avaliação da qualidade de atendimento hospitalar em Vitória feita para o IDSUS na edição de 1 de março:

Lá, o atendimento dos casos mais complexos é considerado muito bom pelo Ministério. Dona Te-

resa faz tratamento de câncer no pâncreas, descoberto no ano passado: “Muito bem atendida! Sinceramente, desde os médicos, a rádio, a química: Eu estou surpresa!”

Dessa forma, ao se inscrever o SUS num campo de gratuidade, seu provimento se torna doação, benefício e, paradoxalmente, retira do SUS o seu valor como direito à saúde. Essa é uma questão que remete a outra herança da nossa formação histórica: o paternalismo político que se arvora provedor de benefícios à população. Nesta medida, aquilo que deveria ser direito social historicamente conquistado pelo cidadão é, no Brasil, dado por governantes. O paternalismo político é próprio de uma condição passiva da população receptora de benefícios sociais. A influência do populismo, no estilo “Pai dos Pobres”, que vem da ditadura do Estado Novo, se estende até nossos dias impregnando os discursos de políticos de todos os matizes. Neste contexto também se pode analisar os serviços gratuitos do SUS como dádivas cedidas pelos governantes que assim se apropriam delas como realizações de seus governos. Isso sem mencionar a dimensão propriamente político-partidária do problema, na medida em que a saúde funciona como uma significativa moeda de troca no jogo eleitoral, já que a maioria da população que vota é SUS dependente.

Outra face desta questão está na utilização combinada de serviços privados e públicos por uma parcela significativa de clientes de planos de saúde. Estes atuam no mercado como consumidores, fazem cotações, contas, analisam custo-benefício, mudam de plano conforme suas necessidades e nisso incluem os serviços gratuitos do SUS no cardápio de opções. Consultas de especialidades, fraldas e materiais de curativos domésticos, remédios, exames, um leque de produtos e serviços gratuitos são consumidos não pelo *SUS dos pobres* como se referiu Paim, mas por clientes que compram no mercado. Aqui o SUS é o sistema complementar ao qual se recorre por direito como uma forma de economizar.

À guisa de conclusão

Afinal, somos ou não somos (de um modo geral e particularmente no que toca à saúde) uma sociedade de consumo? É possível que sim, ainda que “à moda brasileira”, ou seja, carregando no presente fortes marcas de nosso passado histórico, de nossa herança escravagista, de nosso viés paternalista/autoritário. Particularmente, no relativo à saúde, para onde vamos?

Difícil ou muito arriscada qualquer previsão. Pensamos, contudo, que seria uma promissora linha de investigação aquela que busque de modo sistemático e rigoroso, no que toca à saúde, indicadores ou conjuntos de indicadores do futuro no presente.

Colaboradores

E Caron, F Lefèvre e AMC Lefèvre participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados* 2013; 27(78):27-34.
2. Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Cien Saude Colet* 2003; 8(1):9-18.
3. Bauman Z. *O mal estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
4. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):273-280.
5. Paim J. O futuro do SUS. *Cad Saude Publica* 2012; 28(4):612-613.
6. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):753-762.
7. Beck U. *Sociedade de Risco: Rumo a uma outra modernidade*. São Paulo: Editora 34; 2010.
8. Lefèvre F. A Saúde Como Fato Coletivo. *Saúde e Sociedade* 1999; 8(2):83-91.
9. Araújo I. Cartografia da Comunicação. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC, Ignarra R, organizadores. *O Conhecimento de Intersecção*. São Paulo: IPDSC; 2007.
10. Feltrin R. Ibope do Jornal Nacional no país cresce com Patrícia Poeta. *Folha de São Paulo - UOL - F5* [periódico na internet]. [acessado 2012 maio 9]. Disponível em: <http://f5.folha.uol.com.br/columnistas/ricardo-feltrin/1087708-ibope-do-jornal-nacional-no-pais-cresce-com-patricia-poeta.shtml>
11. Globo.com [Portal na Internet]. [acessado 2012 maio 9]. Disponível em: http://comercial.redglobo.com.br/programacao_jornalismo/Jornal_Nacionalac5_intro.php
12. Lochak D. *Les droits de l'homme*. Paris: Éditions La Découverte; 2005.
13. Hobsbawm E. *Era dos Extremos O breve Século XX 1914-1991*. São Paulo: Cia das Letras; 1995.
14. Carvalho JM. *Cidadania no Brasil O Longo Caminho*. São Paulo: Civilização Brasileira; 2010.
15. Giddens A. *As Consequências da Modernidade*. São Paulo: Editora Unesp; 1991.
16. Bauman Z. *A Sociedade Individualizada Vidas Contadas e Histórias Vividas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2009.
17. Bauman Z. *Vida Para Consumo A Transformação das Pessoas em Mercadoria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2008.

Artigo apresentado em 04/10/2013

Aprovado em 01/06/2014

Versão final apresentada em 04/06/2014

