

Ontologia política da doença: em defesa da saúde pública

Savio Gonçalves dos Santos¹, Gabriele Cornelli²

Resumo

O debate acerca do papel e da abrangência do Sistema Único de Saúde brasileiro tem gerado inúmeras posições e propostas de mudança, que vão desde a manutenção do atual modelo – universal – até a completa privatização. Este artigo visa defender o modelo universal e público de saúde, tendo como referência a obra do sanitarista italiano Giovanni Berlinguer. Esta proposta considera que a saúde é bem coletivo, público, e, portanto, deve ser gerida por esse mesmo coletivo, observadas as necessidades particulares. Baseada na releitura dos trabalhos de Berlinguer, referência para o modelo brasileiro, esta pesquisa avança na discussão sobre saúde pública e sua ligação com a estabilidade social. Considerar essa influência no contexto de bem-estar social significa, ao mesmo tempo, não segregar, não excluir e permitir que todas as pessoas tenham vida digna.

Palavras-chave: Política. Sistema Único de Saúde. Doença.

Resumen

Ontología política de la enfermedad: en defensa de la salud pública

El debate sobre el papel y el alcance del Sistema Único de Salud brasileño, ha generado innumerables posiciones y propuestas de cambio, que van desde el mantenimiento del actual modelo – universal – hasta la completa privatización. El artículo se inclina por la defensa del modelo universal y público de salud, teniendo como referencia la obra del sanitarista italiano Giovanni Berlinguer. Esta propuesta considera que la salud es un bien colectivo, público y, por lo tanto, debe ser gestionada por ese mismo colectivo, observadas las necesidades particulares. Basada en la relectura de los trabajos de Berlinguer, referencia para el modelo brasileño, esta investigación avanza en la discusión sobre la salud pública y su conexión con la estabilidad social. Considerar esta influencia en el contexto de bienestar social significa, al mismo tiempo, no segregar, no excluir y posibilitar que todas las personas tengan una vida digna.

Palabras clave: Política. Sistema Único de Salud. Enfermedad.

Abstract

Policy ontology of the disease: in defence of public health

The debate about the role and scope of the Sistema Único de Saúde Brasileiro (Brazilian Unified Health System) has generated numerous stances and proposals for change, ranging from maintaining the current model, which is universal, to full privatization. This article aims to defend the universal and public health model, with reference to the works of the Italian sanitarist Giovanni Berlinguer. The basis of support for this proposal lies in the fact that health is a collective public good and, therefore, must be managed by this same collective, according to the particular needs. Through a re-reading of Berlinguer's works, a reference for the Brazilian model, the proposal advances in the discussion about the necessary public health and the connection of this with social stability. To consider such an influence in the context of social welfare means, at the same time, not segregating, not excluding and enabling all people to have a dignified life.

Keywords: Politics. Unified Health System. Disease.

1. **Doutorando** oivasavio@gmail.com – Universidade de Brasília (UnB) 2. **PhD** cornelli@unb.br – UnB, Brasília/DF, Brasil.

Correspondência

Savio Gonçalves dos Santos – Av. Dr. Odilon Fernandes, 205, apt. 1.501 CEP 38017-030. Uberaba/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Desde 2017, a sociedade brasileira tem assistido a inúmeras contravenções dos direitos sociais conquistados. Não faltam exemplos de como paulatinamente as lutas e garantias coletivas vêm sendo substituídas por interesses subjetivos, oligárquicos, mercadológicos e financistas. Junte-se a isso o extremo desinteresse de parte da população em tratar ou mesmo defender seus interesses e direitos ou participar da vida política, a essência democrática.

Não raro é possível assistir à eclosão de movimento transformista que afasta o protagonismo das classes subalternas e usa a pauta comum para promover interesses meramente individuais. As consequências imediatas variam desde a penalização econômica da sociedade até o sucateamento proposital da máquina pública, que “justifica” a privatização¹. Sendo a saúde direito social garantido pelo Estado, é também uma das áreas afetadas por esse movimento de privatização.

Assiste-se, portanto, ao loteamento dos bens públicos e à terceirização das responsabilidades governamentais, fundadas na redução da participação política de parte da sociedade e na anuência remunerada de outra parte: a empresarial². A necessária proposição de ações que contraponham movimentos que parecem colocar em perigo a saúde para todos requer adequada fundamentação teórica que, por sua vez, possibilite – e justifique – práticas transformadoras.

Como forma de resgatar a história e apontar caminhos para reconstruir o presente, é preciso revisar as ações ocorridas no Brasil nos idos de 1970, especialmente em relação à reforma sanitária brasileira, e as proposituras de seu patrono, o sanitarista italiano Giovanni Berlinguer. A ideia é demonstrar como a ontologia política da doença atinge toda a sociedade, justificando a manutenção de sistema de saúde público e de qualidade. A partir disso, a proposta será apontar situações e analisar contextos que comprovam que práticas mercantis no modelo de gestão do sistema de saúde no Brasil podem levar a consequências para todo o país.

A partir das bases teóricas de Berlinguer, este artigo pretende demonstrar que a saúde é bem público que deve ser gerido pela própria coletividade. Dessa forma, a melhor forma de o fazer seria por meio de modelo de saúde universal que reconheça os determinantes sociais da doença, evitando sua ontologia política e primando pela dignidade da vida. Evidentemente, este texto contraria a privatização e terceirização da saúde e, ao mesmo tempo, propõe resgatar a história brasileira e a de todas as pessoas envolvidas e comprometidas com o movimento

sanitarista, conscientes de seu papel na construção de modelo de saúde universal, público e de qualidade. Busca, na verdade, a garantia da dignidade humana tão defendida por Berlinguer em sua obra.

Ontologia política da doença

Em seu livro “A doença”, Giovanni Berlinguer parte da ideia de que *devemos admitir que cada elemento e cada fenômeno natural, como também cada condição de existência do homem, pode igualmente transformar-se em fonte de doenças*³. Tal reflexão se embasa no pressuposto dos determinantes sociais da moléstia: o autor faz questão de frisar que existe desigualdade mesmo em relação à doença.

Não que Berlinguer evoque a necessidade de igualdade patológica, mas a partir dos componentes da enfermidade é possível determinar como será sua percepção, evolução e tratamento – isso por conta de questões sociopolíticas ou potencial socioeconômico. Essa observação é comprovada ao se defrontar o modo como uma doença avança em determinado país: as nações do Hemisfério Sul, de modo geral, não têm as mesmas condições de enfrentamento que a maioria das do Norte. Praticamente o que se tem são tipos diferentes de patologia nos países desenvolvidos e naqueles subdesenvolvidos ou mesmo em desenvolvimento.

Ao refletir sobre a doença, Berlinguer⁴ atesta que, independentemente da questão econômica ou social, ela é composta por três aspectos: 1) alterações corpóreas; 2) maior ou menor conhecimento da sociedade; e 3) certa interpretação da sociedade sobre a condição. Junte-se a isso o fato de que a enfermidade sempre será definida e, conseqüentemente, acarretará forma de ação/reação/combate construída a partir da realidade cultural e temporal.

Em cada tradição e época a doença assume determinado papel, definição e modo de tratamento. Entretanto, cabe ressaltar que apesar de ser, preliminarmente, perigosa ao ser humano, a patologia precisa ser compreendida e considerada *fenômeno vital; um processo, um movimento de ação-reação entre agressão-defesa; que se combate com estímulo à saúde substancial, onde o foco é o bem-estar, o sentir-se bem*⁵. É, portanto, processo presente na lógica do desenvolvimento humano e social que não pode e não deve ser evitado ou negligenciado.

Berlinguer sustenta que a saúde é bem coletivo. Entretanto, mesmo o sendo, apresenta características individuais, visto que cada pessoa se relaciona com

ela de forma diferente. No entanto, apesar de seus aspectos subjetivos, a doença diz respeito a toda a sociedade, principalmente considerando as consequências de se negligenciar determinada condição. De maneira direta, toda a sociedade é afetada pela afecção, surgindo daí a necessidade de que toda a comunidade se solidarize com o doente, cujo sofrimento, além de pessoal, é coletivo⁴.

O desmonte do SUS como promoção da doença

A imposição do modelo neoliberal vem tomando conta das políticas públicas e dilapidando conquistas sociais. Essa realidade não exclui as políticas de saúde e, conseqüentemente, o projeto de reforma sanitária brasileiro, originário do Sistema Único de Saúde (SUS). Pelo contrário, a partir do novo modelo de regime fiscal – adotado pela Emenda Constitucional 95 –, o congelamento de gastos específicos para a saúde corresponde à *desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde, (...) redução do gasto público per capita com saúde (...) [e] aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde*⁶. Cumpre observar que essa mesma emenda elencou as despesas com saúde, ao lado das previdenciárias, como a causa do desequilíbrio fiscal do Brasil, o que levou à formação de grupo ministerial, com participação de empresas de planos de saúde, para a criação de planos populares⁷.

Paralelamente à situação de desmonte do Estado e, conseqüentemente, do SUS, surge no ideário político e econômico outro ponto nevrálgico: a área social. A ação do Estado volta-se para esse setor como parte de suas atribuições, pois é uma das questões mais sensíveis às condições e imposições do mercado. A obrigatoriedade – não que exista realmente no propósito do Estado de bem-estar social – de satisfazer os interesses financeiros, principalmente motivados pela proposta de ajuste econômico ou reforma, tem levado a novos problemas e à manutenção de velhas situações na saúde pública. Esse cenário acaba por aprofundar desigualdades.

Não há mais integração: *As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional/estadual, caindo numa visão localista onde o local é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais “eficientes” e acordos às necessidades da população (não por acaso reduzida hoje a “comunidade”)*⁸.

O movimento localista, fortalecido pelo desmonte do SUS, responsabiliza famílias e pessoas por sua saúde e bem-estar. Essa terceirização do dever do Estado, revestida da falsa ideia de empoderamento, leva a situações específicas de promoção da doença, uma vez que, na maioria dos casos, a população não dispõe de educação sanitária para lidar com patologias. Essa realidade se agrava quando se considera a parcela da população empobrecida, que depende única e exclusivamente da assistência pública. Além do mais, o Estado acaba por se isentar do papel fundamental, constitucional, de salvaguardar a saúde e a vida dos cidadãos brasileiros⁹.

Nos governos democráticos, nos quais (em teoria) o povo se interessa e participa como centro da estruturação social e onde vigora a *res publica*, o Estado será apenas instituição social encarregada da organização popular. Não há, portanto, ação estatal que seja contrária ao processo democrático. Da mesma forma, toda alteração no Estado, e mesmo nas políticas dele derivadas, carece da aprovação dos cidadãos que o compõem.

Assim, quando há necessidade de reforma, seja em que âmbito for, a participação popular é fundamental e obrigatória. Entretanto, o que se tem visto nos últimos anos é o afastamento dos interesses públicos para a satisfação de subjetividades mercadológicas. Justifica-se a reforma com presumida crise do Estado, fundamentando-se em suposta ingovernabilidade caso determinadas mudanças não sejam realizadas. Inverte-se, assim, a lógica da crise: não é a falência do Estado, por conta do atendimento de demandas particulares, que causa a crise; é a crise da saúde, falência do atendimento público, que gera a crise do Estado. É o gasto da previdência, e não as concessões aos devedores, que obriga a reforma.

Essas teses são semelhantes às que vigoraram em 1970 nos países desenvolvidos⁹. Dessa forma, a saída justificada pelo governo, que solapa o povo, passa obrigatoriamente pelo *ajustamento fiscal (note-se que não se trata de uma reforma fiscal no sentido mais amplo, a qual, por sinal, está “adiada” sine die); reformas econômicas “orientadas para o mercado” que, supostamente, garantiriam a “concorrência interna” e condições para o “enfrentamento da competição internacional” (!); reforma da previdência social, a qual tem como propósito fundamental “retirar privilégios” cortando, na prática, benefícios e gastos; reforma do aparelho de Estado com vistas a aumentar a “governança”*¹⁰.

A saída final encontrada pelo sistema é a entrega quase completa de todo gerenciamento público para a iniciativa privada. Esse é o golpe

derradeiro, camuflado sob a égide de “liberdade econômica”, “controle do mercado” – dinâmicas aclamadas como privatização e descentralização para supostamente otimizar o Estado. Todo esse movimento acaba transferindo o controle de bens sociais para empresas e organizações privadas, que dificilmente levarão em conta a promoção da saúde; ao contrário, considerarão, evidentemente, o lucro antes de qualquer outro resultado.

Ao se juntar privatização com menos investimentos de recursos públicos em saúde, especialmente após a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241, temos o retorno aos índices de aplicação de capital em saúde de 2003, segundo dados do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde¹¹. A consequência imediata de tamanha aberração é o sucateamento do SUS, que afeta diretamente famílias carentes e empobrecidas, promovendo doenças e agravando situações muito complexas.

O desmonte do SUS promove ações que, na verdade, deveriam ser combatidas; é aqui que as ideias de Berlinguer surgem como defesa da saúde pública. Para o professor italiano, a doença possui cinco processos que devem ser enfrentados e, ao mesmo tempo, tomados como referência de ação: 1) sofrimento; 2) diversidade; 3) perigo; 4) sinal; e 5) estímulo.

O sofrimento pode, muitas vezes, vir de causas aliadas à enfermidade – pode derivar dos sintomas ou ser motivado pela perda de poder físico, motricidade, independência e dignidade. Tais condições ficam ainda mais evidentes quando se considera o fato de que são, na maioria, os saudáveis (prepotentes) que acabam por definir o futuro do doente¹² (impotente e desempoderado).

Visando minimizar o sofrimento causado pela doença, Berlinguer insiste na necessidade de que todo tratamento seja sempre contra a enfermidade, nunca contra o doente. Ressalta ainda que estar doente não significa perder direitos. O enfermo, pelo contrário, deve receber atenção da comunidade, pois seu tratamento é benefício social. Mas o cuidado não pode ser oferecido de qualquer maneira – deve ser também acompanhado rigorosamente por toda a sociedade, resguardando o paciente de abusos durante o tratamento, o que causaria ainda mais sofrimento. O importante é que exista solidariedade por parte de toda a sociedade, não como compaixão ou misericórdia, mas sim como comprometimento e responsabilidade comum: a solidariedade do cuidado.

O segundo processo pode parecer estranho, como o próprio Berlinguer faz questão de ressaltar, mas a ideia de doença como diversidade visa

traduzir as diversas situações de normalidade e anormalidade que definem a condição de vida das pessoas. Essas condições podem provocar exclusão social, principalmente no caso de determinadas enfermidades, como hanseníase (lepra), tuberculose e doenças mentais. No passado, havia ainda episódios em que questionar a normalidade (ou a anormalidade) significava ser portador de moléstias, o que suscitava isolamento. Muitas vezes, essa diversidade é julgada pelo viés de valores culturais e morais, sendo seu resultado incerto. Fato é que dificilmente, nesses casos, a doença seria a causa da exclusão, mas claramente passa a ser instrumento nas relações de poder da sociedade¹².

O entendimento da saúde como diversidade ajuda também a explicar algumas barreiras seletivas que se apresentam em programas de saúde pública, cuja limitação não raro é justificada pelo Estado com embasamento “científico”. No caso brasileiro, o desmonte pelo qual o Estado vem passando mostra como a saúde pode ser afetada: para se obter tratamento, a normalidade diz que as pessoas devem pagar planos de saúde ou acionar o judiciário para fazer valer seus direitos.

O problema é que esse tipo de atuação não contribui para reduzir condições patogênicas, especialmente porque não se investe em prevenção ou atenção primária. Não se observa que as doenças favorecem a marginalização das pessoas e o desemprego. Não se compreendeu ainda – aqui direcionado ao papel e ao interesse da sociedade em detrimento da vontade do setor privado – que o investimento em saúde significa potencializar todas as áreas da sociedade.

A doença nunca é fato isolado, sem consequências para o coletivo. Ela envolve toda a sociedade e traz mais danos se não é controlada. O perigo fica mais evidente quando não se tomam ações contra a enfermidade, mas sobre o doente. Esse fenômeno não é raro: em muitos casos, o doente é tomado como “indivíduo-alvo” (bode expiatório, na linguagem vulgar), excluído da sociedade e considerado como problema isolado. Entende-se que assim os efeitos da doença serão minimizados.

Entretanto, negligenciam-se as dificuldades específicas – angústias e dificuldades que essa mesma moléstia causa no âmbito familiar e social do enfermo. A doença, apesar de assim entendida, não pode ser tratada como responsabilidade específica de uma ou outra pessoa, ou mesmo só de uma instituição, como o hospital. Esse entendimento modifica a realidade da condição: de apenas um doente perigoso, passa-se ao perigo do enfermo.

O que se tem, a partir dessa situação, é a necessidade de medicina punitiva, para a qual estar doente é se colocar como peso ou problema para a sociedade, resolvido pelas práticas médicas. Abre-se mão do diagnóstico e passa-se ao julgamento político da doença e do doente¹². Saber interpretar a enfermidade como sinal e providenciar sua solução é requisito elementar de subsistência. Isso porque há relação elementar entre indivíduo, doença e sociedade: o indivíduo está para a doença assim como ela está para a sociedade. A afecção é, dessa forma, sinal coletivo, cujo caminho para a mudança passa por epidemiologia, prevenção e participação de todos no processo de saúde¹². Somente assim é possível falar em transformação da realidade.

Por fim, a enfermidade precisa estimular solidariedade entre indivíduos, de modo que combatam o isolamento, inclusive o proposital. É preciso agregar – nunca desagregar – os indivíduos em sociedade. O combate à doença deve incitar igualdade, pela equidade, evitando toda e qualquer diferenciação. Cabe ressaltar que a diferença em questão é a negativa, que deve instigar o debate sobre direitos do doente, em contraposição ao paternalismo vigente em muitos tratamentos. A doença deve estimular a atenção global à saúde, na qual a participação ativa do doente é requisito fundamental para transformar a vida.

É preciso, assim, partir do patológico para transformar a realidade¹². O desmantelamento do SUS provoca toda essa situação ao invés de minimizá-la, de modo que se torna urgente defender a saúde pública, mais do que como direito, como necessidade incontestável. Negligenciar a saúde afetará não apenas determinada classe social ou determinado país, mas toda a humanidade.

A necessária saúde pública: apologia de Giovanni Berlinguer

Giovanni Berlinguer sempre foi um cientista preocupado com questões sociais e empenhado em construir e defender a saúde como direito universal. Para ele, essas questões não deveriam ser relegadas ao domínio de apenas alguns indivíduos: a saúde e, conseqüentemente, a doença são e devem ser preocupações coletivas.

Com esse entendimento e apresentando suas conseqüências para toda a sociedade, Berlinguer apontou a necessidade de tratar determinantes específicos que podem prevenir outros complicadores ou impedir que os existentes se agravem. Esse processo

passa por questões fundamentais para a manutenção da vida, pois, como afirma Henry Sigerist, citado por Berlinguer, *em qualquer sociedade, a incidência da doença é amplamente determinada por fatores econômicos. (...) Baixa qualidade de vida, falta de comida, roupas e combustível, condições precárias de moradia e outros sintomas de pobreza sempre foram as principais causas de doenças*¹³.

Essa observação se coaduna com a disposição apresentada pelo Fórum Mundial de Saúde em 1995 que, como apontam Garrafa, Oselka e Diniz, indicava *que o principal fator de mortalidade e a primeira causa de morbidade e de sofrimento em todo o planeta aparecia quase ao final da Classificação Internacional de Doenças (CID), sob o código Z59.5 (...): extrema pobreza*¹⁴. Em muitos casos, essa condição social aponta situações graves em que a própria opressão e o autoritarismo do Estado contribuem para o surgimento de patologias.

A inexistência de condições mínimas de sobrevivência e de higiene, aliada à ineficiência do Estado em relação à saúde, propicia enfermidades que trazem conseqüências sociais. Propõem-se, em contraposição, aspectos que podem se converter em promotores de saúde. Dessa forma, só se pode falar em saúde diante da liberdade e prosperidade social – contextos, hoje, controlados pelas disposições econômicas.

Uma vez que o direcionamento social se apresenta pelo viés econômico, que acaba segregando, excluindo os indivíduos e, conseqüentemente, impedindo a geração de saúde e promovendo a doença, a luta pela mudança cabe a todos os membros dessa sociedade que, incomodados com a situação, no ápice de sua participação política, denunciam as condições que impedem a vida digna e seu ciclo. Pois *se a medicina deseja atingir seus objetivos completamente, deve entrar completamente na vida política e indicar todos os obstáculos que impedem a consumação normal do ciclo de vida*¹⁵. Daí a importância de saber ler os determinantes sociais que promovem a doença, para assim estabelecer ações diretas e contundentes.

Berlinguer analisa aspectos importantes para chegar aos determinantes sociais da enfermidade, como os avanços industriais e tecnológicos. Em muitos casos, a falsa sensação de que esse desenvolvimento favorece a qualidade de vida esconde conseqüências práticas no campo da saúde, que se convertem em promotores de doenças. Entre outros, podemos citar *horas excessivas de trabalho, comida insuficiente e inadequada, a exploração feroz de mulheres e crianças, casas insalubres e a ausência de qualquer forma*

de educação¹⁵. E ainda *pobreza nas suas diversas manifestações, injustiças, (...) insegurança na nutrição, marginalização e discriminação social, proteção insuficiente da primeira infância, discriminação contra as mulheres, (...) deterioração urbana, falta de água potável, violência generalizada, lacunas e disparidade nos sistemas de segurança social*¹⁶.

Manter as condições que provocam ainda mais enfermidades gera o que Berlinguer¹⁷ chama de “genocídio pacífico”. Essa situação acaba sendo agravada pela falta ou ineficiência de fiscalização e pela inércia do Estado, e só se modifica quando a sociedade passa a se organizar e a reivindicar melhorias nas condições de trabalho e vida. A partir de então, da conquista de benefícios sociais, da ampliação dos direitos, da universalização do acesso à saúde, pode-se pensar em avanços na qualidade de vida e, conseqüentemente, em mais dignidade e autoestima para a população.

Berlinguer sustenta, como complemento às ações contra os determinantes sociais da doença, que é preciso cuidar dos determinantes sociais da saúde, principalmente *a proteção e o enriquecimento de ativos globais comuns, como a água, o ambiente e o conhecimento, que são indivisíveis, insubstituíveis e muitas vezes não reprodutíveis*¹⁸. Esses são bens comuns, não estatais, que pertencem ao povo.

Outra proposta importante é transformar condições de saúde a partir de 11 providências: 1) *participação do público e sua influência na sociedade*; 2) *seguridade econômica e social*; 3) *condições favoráveis durante a infância e adolescência*; 4) *vida profissional saudável*; 5) *meio ambiente e produtos saudáveis e seguros*; 6) *sistema de saúde que promova boa saúde*; 7) *proteção efetiva contra doenças infecciosas*; 8) *sexo seguro e saúde reprodutiva*; 9) *mais exercício físico*; 10) *hábitos saudáveis de nutrição e alimentos seguros*; 11) *menos uso de álcool e tabaco e liberação de drogas*¹⁹.

Vale ressaltar que todas as ações propostas por Berlinguer voltam-se à dimensão global e consideram a saúde como um bem. Ele adianta que a cooperação internacional é fundamental para superar injustiças e desigualdade, tendo em vista a boa saúde global como *parte integrante dos direitos de cidadania e (...) garantida como um “bem global público”*²⁰.

A proposta de Berlinguer para a saúde pública parte do pressuposto de que a medicina social não tem capacidade suficiente de análise e atuação. Isso porque não há como separar, no ideário do professor italiano, saúde e política. Então toda ação em prol da saúde é política; fazer política é pensar em

saúde. Assim, mais do que simples consideração prática, a saúde é processo comum de interesse de toda a sociedade e, portanto, questão coletiva.

Para compreender como a saúde coletiva está diretamente ligada às questões sociais, às questões comuns, Berlinguer analisa alguns aspectos centrais da vida em sociedade e suas conseqüências. Ao pensar essa realidade, traz à tona conceito que se tornou essencial para o contexto brasileiro: a consciência sanitária, definida como *um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas, como esse direito é sufocado e este interesse é descuidado, a consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar esse objetivo*²¹.

Ao colocar a saúde como direito, as propostas para sua manutenção recaem sobre o mundo político. Não há, portanto, como propor saúde sem passar pela política. Da mesma maneira, se é necessário discutir saúde como política, e sendo esta essencialmente participação popular, a saúde passa a ser objeto de interesse social. Ressalte-se ainda que as ações (e as inércias) relacionadas à saúde trarão conseqüências para todos os indivíduos da comunidade, ou seja, nunca será fato isolado.

Essa consciência sanitária permite ver iniquidades sociais e deformações nas relações humanas, principalmente pelas contradições existentes entre lucro privado em saúde e saúde pública¹². Tal fato evidencia a nocividade do capital no que tange à saúde e sua garantia, mas, principalmente, possibilita às classes prejudicadas compreender sua situação e modificar a realidade. Essa consciência permite também entender a epidemiologia da determinação social do processo de saúde e doença, o que poderia sustentar a reforma sanitária, fundamental para a transformação desse cenário. Essa reforma não se perfaz somente com alterações no campo da saúde em si, mas com mudanças culturais, institucionais, profissionais e administrativas no que diz respeito à proteção à saúde.

Para demonstrar sua tese, Berlinguer propõe a análise criteriosa da saúde nas fábricas. Ali, onde tudo é mais intenso e violento, o verdadeiro agente nocivo é o capital, a exploração e os extremos nas condições de trabalho²². A realidade apresentada nas indústrias não permanece ali enclausurada; os problemas vão contaminar toda a sociedade, pois as condições do ambiente externo influem na saúde do trabalhador. A saúde, dessa forma, passa a ser determinada tanto por fatores internos quanto externos.

Para Berlinguer, portanto, a realidade só será transformada quando houver a participação de toda

a população, uma vez que todos são afetados pelo processo saúde-doença. Com esse embasamento, ele sustenta a ideia da reforma sanitária, que *não é apenas constituída de normas processuais, de decretos, de mudanças institucionais. Deve ser um processo de participação popular na promoção da saúde, que envolva milhões de cidadãos; deve impor mudanças sociais, ambientais e comportamentais que tornem a existência mais saudável; deve mobilizar dezenas de milhares de conselheiros de regiões, de província, de municípios, de circunscrições, de quadros dos movimentos sindicais, femininos, cooperativos, juvenis e milhares de assessores e de prefeitos; deve transformar a atividade cotidiana de médicos, técnicos e enfermeiros*²³.

Todo esse movimento reformista certamente vai provocar profunda mudança no contexto social e na realidade de cada indivíduo. Cabe ressaltar que apesar de a saúde se apresentar como fato privado, individual, a enfermidade não pode ser restringida da mesma forma. A doença requer atenção redobrada, principalmente por conta de suas consequências coletivas. Ela supõe igualmente respostas e ações também coletivas, seja no campo da prevenção, do tratamento, da reabilitação ou mesmo da reintegração do doente²². A reforma sanitária é movimento baseado na responsabilidade comum dos sujeitos sociais.

Considerações finais

Propor saúde coletiva é, obrigatoriamente, efetivar a equidade entre pessoas de uma sociedade. Funda-se na lógica da justiça distributiva e cada vez mais está relacionada à garantia do direito à saúde e dos direitos humanos, cuja promoção, apesar de compor discussão epistemológica que remonta aos gregos antigos, é fundamentalmente questão de respeito.

O modelo de saúde pública brasileiro, universal e igualitário, busca mais do que promover saúde – é meio pelo qual se pretende alcançar e manter a dignidade da vida. A proposta se enquadra no combate a modelos que estimulam desigualdades, na busca

pela estabilização social por meio do bem-estar social e, fundamentalmente, na defesa da vida.

Isso significa assumir e manter modelo em que a saúde seja considerada direito de todos e interesse da comunidade. Essa dinâmica marca o que Berlinguer chamou de consciência sanitária. Exatamente por esses motivos a saúde não pode ser considerada mero produto a ser negociado ou que tenha valor agregado. Politizar a questão, especificamente a partir dos determinantes da doença, torna-se meio para transformar a realidade social, pois toda enfermidade traz consequências coletivas.

É importante ressaltar, como bem o fez Berlinguer em defesa da reforma sanitária italiana, que a simples proposta de sistema público de saúde não significa total e plena resolução de problemas e dificuldades. Deve-se, a partir dessa conquista, fomentar movimento permanente de renovação e questionamento do modelo adotado. Isso significa dizer que a existência e a manutenção do SUS não dependem única e exclusivamente do governo ou de políticas públicas, mas se assentam sobre a participação social na promoção da saúde. É preciso buscar mudanças e transformações sociais, ambientais e culturais permanentes. Não cabem aqui, portanto, práticas individualistas e que contrariem a essência coletiva do SUS. Em verdade, todo o trabalho é luta constante para que a saúde se sobreponha à doença, para que a coletividade supere o individualismo, a política anule a politicagem, e o humanismo não dê lugar à dominação e à exploração.

Em síntese, garantir a saúde pública possibilita a manutenção da própria sociedade. O desmonte do SUS, como suposta prática de liberdade mercadológica, ou mesmo camuflando tal prática como reforma, além de agredir preceitos, direitos fundamentais dos cidadãos, ameaça a estabilidade social. Mais do que apologia, o alerta que se faz, a partir das análises de Giovanni Berlinguer, é que a falta de um sistema universal de saúde levará à falência social muitas famílias brasileiras. As consequências não serão somente físicas ou pessoais, mas diversas e inimagináveis, uma vez que a saúde (ou a doença) está relacionada a todas as instâncias coletivas.

Referências


1. Carvalho MSMV, Tonet HC. Qualidade na administração pública. RAP [Internet]. 1994 [acesso 14 jun 2018];28(2):137-52. Disponível: <https://bit.ly/200kzh0>
2. The Economist. Evaluating civic empowerment in the Americas. Denver: Humanitas360; 2018.
3. Berlinguer G. A doença. São Paulo: Hucitec; 1988. p. 15.
4. Berlinguer G. Op. cit.

5. Berlinguer G. Op. cit. p. 33.
6. Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil [Internet]. Brasília: Ipea; 2016 [acesso 5 abr 2019]. p. 4. (Nota técnica nº 28). Disponível: <https://bit.ly/2dInQ4j>
7. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [acesso 27 nov 2018];34(7):e00067218. Disponível: <https://bit.ly/2FR0nWN>
8. Soares LT. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. Rev Bras Enferm [Internet]. 2000 [acesso 14 jun 2018];53(Esp):17-24. p. 17. Disponível: <https://bit.ly/2D0gitv>
9. Soares LT. Op. cit.
10. Soares LT. Op. cit. p. 19.
11. Ocké-Reis CO, Funcia FR. Desmonte do SUS: mito ou verdade? Cebes [Internet]. 15 jul 2016 [acesso 14 jun 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2HY9pqc>
12. Berlinguer G, Teixeira SF, Campos GWS. Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec; 1988.
13. Berlinguer G. Determinantes sociais de las enfermedades. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 [acesso 16 jun 2018];33(1):1-14. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/2FRaoFf>
14. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. Bioética [Internet]. 1997 [acesso 12 maio 2018];5(1):1-6. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/2sInXzo>
15. Berlinguer G. Op. cit. 2007. p. 2.
16. Berlinguer G. Op. cit. 2007. p. 6.
17. Berlinguer G. Op. cit. 2007.
18. Berlinguer G. Op. cit. 2007. p. 9.
19. Berlinguer G. Op. cit. 2007. p. 12-3.
20. Berlinguer G. Op. cit. 2007. p. 13.
21. Berlinguer G. Medicina e política. São Paulo: Hucitec; 1978. p. 5.
22. Garrafa V, Amarante PDC. Giovanni Berlinguer: entre o cotidiano e as fronteiras da vida humana. Saúde Debate [Internet]. 2015 [acesso 14 maio 2018];39(107):912-9. Disponível: <https://bit.ly/2Z158b0>
23. Fleury S. Giovanni Berlinguer: socialista, sanitarista, humanista! Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2015 [acesso 14 maio 2018];20(11):3553-9. Disponível: <https://bit.ly/2TUXf2V>


Participação dos autores


Ambos os autores contribuíram para a redação do artigo.

Savio Gonçalves dos Santos

 0000-0001-9314-8343

Gabriele Cornelli

 0000-0002-5588-7898



Recebido: 9. 9.2018

Revisado: 27.11.2018

Aprovado: 10.12.2018