

Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira

An analysis on the process of Reform in the Brazilian Health Sector

Jairnilson Silva Paim ¹

¹ Doutor em Saúde Pública; professor titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA).
jairnil@ufba.br

RESUMO *Passados 20 anos da Constituição de 1988 e três décadas da fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), justifica-se uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo da presente artigo é discutir o desenvolvimento da Reforma Sanitária no Brasil, recorrendo ao referencial Gramsciano, particularmente as categorias de revolução passiva e transformismo. Procura-se acentuar a relevância do elemento Jacobino, cuja radicalização da democracia contribuiria para a alteração da correlação de forças.*

PALAVRAS-CHAVE: *Política de Saúde; Reforma Sanitária – Brasil; Medicina Social; Saúde Pública.*

ABSTRACT *Twenty years after the accomplishment of Constitution of Federative Republic of Brazil and three decades after the foundation of The Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) it is justified an analysis on the process of Brazilian Health Sector Reform and Single Health System (SUS). Therefore, the aim this paper is to discuss the development of a Health Care Reform in Brazil, based on Gramsci's theories, particularly the categories of passive revolution and transformation. The importance of the Jacobin compound in a democratic Health Care Reform is discussed. In this case, the democratic radicalization would contribute to change the correlation of forces.*

KEYWORDS: *Health Policy; Brazilian Health Care Reform; Social medicine; Public Health.*

I N T R O D U Ç Ã O

Todos que acompanharam a concepção, nascimento e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando formas de contornar adversidades e obstáculos nos últimos vinte anos tendem a enumerar diversas conquistas. Mas, diante da generosidade do projeto da Reforma Sanitária Brasileira não é possível conter a indignação frente à persistência de certos problemas na realidade atual.

Questões referentes ao sistema de serviços de saúde, como financiamento, organização, infra-estrutura e gestão, já poderiam ter sido equacionadas considerando-se possibilidades reais de um país como o Brasil oferecer uma atenção mais digna aos seus cidadãos. Os esforços e energias poderiam ser dirigidos presentemente ao desenvolvimento de modelos de atenção integral, efetivos e de qualidade.

No entanto, ainda nos deparamos com obstáculos identificados há quase duas décadas tais como: clientelismo político, fisiologismo e favoritismo; debilidade da base de sustentação política; formas obsoletas de gestão; falta de compromisso com os serviços públicos; deficiências no suprimento de insumos (PAIM, 1990).

O que fazer para promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde de todos os brasileiros?

Vinte anos atrás teríamos muitas dificuldades em responder razoavelmente a esta indagação. Apesar de os livros de Medicina Preventiva trazerem o modelo da história natural das doenças acoplado aos níveis de prevenção na perspectiva da integralidade, não se via com clareza as possibilidades de adotar tal enfoque num país como o Brasil. Se de um lado havia questões relacionadas ao saber disponível, de outro existiam obstáculos econô-

micos, políticos e ideológicos para estabelecer a saúde como um direito social vinculado à cidadania.

Naquela época era possível analisar a realidade de saúde a partir de três dimensões: saúde enquanto área do saber; saúde enquanto setor produtivo; saúde enquanto um estado da vida.

A saúde, enquanto área do saber, disponibilizava o conhecimento médico para intervir na recuperação, limitando os danos produzidos pela doença e evitando mortes e seqüelas. A proteção dependia da saúde pública convencional, atuando na prevenção de doenças através do Ministério da Saúde e certas secretarias estaduais e municipais de saúde, fundamentalmente mediante vacinas e saneamento do meio. A reabilitação, dependente da atuação das áreas da fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, fonoaudiologia e psiquiatria, entre outras, não era muito tematizada a ponto de não ser mencionada pela Constituição de 1988 nos artigos referentes à Saúde. A promoção, apesar de considerada, era limitada ao período pré-patogênico e remetia-se geralmente à educação, à nutrição e ao trabalho.

A saúde enquanto setor produtivo era, antes do SUS, uma mistura de inúmeros componentes (BASTOS, 1975): medicina liberal com médicos e dentistas em consultórios particulares; medicina previdenciária com hospitais públicos e Postos de Assistência Médica (PAM) do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, após 1977, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Delegacias Regionais de Trabalho (DRT) e FUNDACENTRO, Delegacias Federais de Saúde, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), programas especiais do Ministério da Saúde, unidades sanitárias e mistas da Fundação SESP, centros e postos de saúde de secretarias estaduais e municipais, além das vigilâncias epidemiológica e sanitária centralizadas e separadas. Paralelamente, havia estruturas ligadas à medicina

de grupo, cooperativas médicas, seguros-saúde, laboratórios, clínicas e hospitais privados, universitários, beneficentes e filantrópicos. A produção de vacinas e medicamentos era bastante restrita, concentrada em poucas empresas estatais e com dependência externa das multinacionais.

Já a saúde, enquanto estado vital das pessoas e da população, era descrita por indicadores limitados a dados de mortalidade, notificação de doenças infecciosas e acidentes de trabalho. Já se constatava certo decréscimo na proporção de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, em contraste com o crescimento da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e por causas externas, especialmente acidentes de transporte, de trabalho e intoxicações. Havia grandes disparidades regionais nesses indicadores, com a persistência de endemias como malária, doença de Chagas, esquistossomos, febre amarela silvestre e leishmaniose, bem como a emergência de novos agravos à saúde (PAIM, 1987).

A proposta da Reforma Sanitária Brasileira contemplava essas três dimensões da saúde, além de articular uma “totalidade de mudanças” (AROUCA, 1988) implicando uma ampla reforma social. Nessa perspectiva, o presente artigo pretende discutir a Reforma Sanitária brasileira e o SUS como respostas estruturadas pela sociedade no enfrentamento da questão relativa à saúde no Brasil.

A OUSADIA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Como enfrentar as condições de saúde vinculadas ao modo de vida da população, considerando o saber disponível, a oferta de serviços e outras respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde?

Retrospectivamente, pode-se afirmar que os brasileiros responderam a esse desafio com muita ousadia, articulando lutas sociais com a produção de conhecimentos. Enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. De um lado, engendravam a idéia, a proposta, o movimento e o projeto da Reforma Sanitária brasileira e, de outro, construía um novo campo científico e um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva.

Nesse particular, o SUS poderia ser considerado uma política de saúde de natureza ‘macro-social’ derivada do projeto da Reforma Sanitária brasileira, articulando um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, regulação, humanização, promoção da saúde, entre outras) e desenvolvendo distintas práticas de saúde.

Portanto, mesmo correndo o risco de haver um certo triunfalismo, podemos afirmar que houve avanços na saúde e que os brasileiros fizeram história. O SUS, como um dos filhos mais diletos da Reforma Sanitária Brasileira (mesmo não sendo o único) teve a sua história reconhecida a partir da sua formalização pela *Constituição Cidadã*. Mas, na verdade, a história real do SUS antecede 1988 e foi construída pelos movimentos sociais de mulheres e homens que teceram a Reforma Sanitária brasileira.

Por isso, um olhar enternecido sobre a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS não pode deixar de lado Cecília Donnangelo, Carlos Gentile de Mello, Eric Jenner Rosas, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Ricardo Lafeté, David Capistrano Filho, Antônio Sérgio da Silva Arouca, Guilherme Rodrigues da Silva, entre tantos outros. Ao mesmo tempo, não se pode desviar da crítica aos impasses do SUS para que sejamos dignos de honrar os nossos mortos, comprometendo-nos com todos que persistem na luta.

UM POUCO DE TEORIA

No tópico anterior foi assinalado que a Reforma Sanitária pode ser esquematicamente descrita como ‘idéia, proposta, projeto, movimento, processo’, o que requer certa construção teórica desse objeto. Enquanto fenômeno histórico e social, a Reforma Sanitária pode ser analisada com base em conceitos gramscianos, cuja extensa bibliografia encontra-se disponível no link <http://soc.qc.cuny.edu/gramsci/index.html>. Esse referencial tem sido acionado para o esboço de uma teoria da Reforma Sanitária desde a década de 1980 (OLIVEIRA, 1988) até a atualidade (PAIM, 2008).

A partir de uma abordagem histórica e estrutural buscava-se identificar as relações entre a estrutura de classes e as políticas e práticas de saúde em três níveis:

ao nível econômico, através das diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital que incidem ou se realizam através do setor saúde; ao nível político, ao compreender as políticas de saúde como parte do processo de legitimação do poder do Estado, e, conseqüentemente, da manutenção do domínio de classe; ao nível ideológico ao desvendar as articulações entre a produção científica, as práticas sociais e o conjunto de valores que organiza o universo cultural e moral dos profissionais de saúde, com a inserção desses agentes na estrutura social. (TEIXEIRA, 1989, p. 17-18).

Com essas indicações teóricas, procurava-se analisar as respostas sociais, via ação estatal, decorrentes das necessidades do processo de acumulação capitalista ou derivadas das lutas pela hegemonia:

[...] para o campo das políticas sociais confluem interesses de natureza diversa e mesmo contraditórios, advindos da presença dos atores na cena política, de sorte que a problemática da emergência da intervenção estatal sobre as questões sociais encontra-se quase sempre multideterminada. (TEIXEIRA, 1989, p. 21).

A intervenção e o crescimento do Estado nas sociedades capitalistas eram atribuídos “às necessidades sociais crescentes do capital e às exigências sociais dos trabalhadores” (NAVARRO, 1983, p. 147). Assim, para compreender a natureza de políticas sociais, a exemplo da saúde, no Estado capitalista haveria de se considerar as seguintes premissas:

a) Não há uma única explicação para políticas sociais: elas se explicam pela combinação dos fatores mencionados e a natureza e o número destas combinações dependerão das origens históricas de cada fator, da forma política que os fatores determinem e sua relação com os outros e de sua função nessa formação social específica; b) Não há um corte dicotômico claro entre as necessidades sociais do capital e as demandas sociais do trabalho. Qualquer política utilizada pode servir a ambos. Na verdade as políticas sociais que servem aos interesses da classe trabalhadora podem ser adotadas consecutivamente para benefício dos interesses da classe dominante. (NAVARRO, 1983, p. 147-148).

Compreendendo a questão da saúde como objeto de ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos, além de ser um espaço de luta pela conquista da hegemonia pelas classes subalternas, tentava-se observar como se apresentava o processo político em saúde em cada conjuntura, ao que equivale dizer, como se enfrentavam as forças sociais diante da questão da saúde.

Apesar das tentativas de imposição do chamado pensamento único e da invasão do neoliberalismo e pragmatismo no campo da saúde nas duas últimas décadas, alguns esforços têm sido empreendidos para analisar os impasses da Reforma Sanitária brasileira e do SUS, em particular. Quando tais iniciativas se fundamentam em teorias críticas não há como fugir ao caráter do Estado brasileiro e às contradições da sociedade contemporânea.

ALGUMAS NOTAS SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A Reforma Sanitária surge como idéia, ou seja, uma percepção, uma representação, um pensamento inicial. Vinculava-se de um lado à crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo. Para enfrentar o “dilema preventivista” (AROUCA, 2003) sugeria-se uma ‘prática teórica’ produtora de conhecimentos, e uma ‘prática política’ voltada à mudança das relações sociais. Para o enfrentamento da crise da saúde (AROUCA, 1975), a criação do CEBES, em 1976, e da ABRASCO, em 1979, foram respostas sociais que buscavam articular as práticas política e teórica.

A Reforma Sanitária, cuja idéia já se encontra registrada no editorial do terceiro número da *Saúde em Debate*, organiza-se mais tarde como ‘proposta’, ou seja, um conjunto articulado de princípios e proposições políticas. O documento *A questão democrática na área da saúde*, apresentado pelo CEBES durante o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, registra esse momento da proposta (CEBES, 1980). Dessa forma, surgiu em 1979 a proposição de criação do SUS, retomada e ampliada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS).

A partir dessa conferência de 1986, a Reforma Sanitária configura-se como um ‘projeto’ em seu Relatório Final, isto é, como um conjunto de políticas articuladas (PAIM, 2002, p. 125) ou “bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças” (AROUCA, 1988). Parte da formalização desse projeto encontra-se na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, de 1990.

Sustentando essa idéia, proposta e projeto, a Reforma Sanitária tinha como suporte um *movimento*

que envolveu um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, conhecido como movimento pela democratização da saúde ou “movimento sanitário” (ESCOREL, 1998).

Já o ‘processo’ da Reforma Sanitária brasileira, entendido como conjunto de atos relacionados a práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas – pode ser analisado especialmente após a 8ª CNS, com a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e o desenvolvimento dos trabalhos da Assembléia Constituinte, Constituição de 1988 e conjuntura pós-88. Desse modo, o processo da Reforma Sanitária brasileira pode ser analisado na conjuntura da transição democrática e no período pós-constituinte (PAIM, 2008).

A Reforma Sanitária brasileira, enquanto reforma social concebida e desencadeada em um momento de crise de hegemonia, defendia a democratização do Estado e da sociedade. No âmbito da saúde, até entre técnicos do governo durante a ditadura questionava-se a associação entre o crescimento econômico obtido nos anos do ‘milagre’ e o caos do setor:

Por que [sic] motivos a Revolução, que superou tantos antagonismos para tirar o País do subdesenvolvimento não consegue por ordem em nosso caótico sistema de assistência médica e sanitária? (BASTOS, 1975, p. 31).

Enquanto crescia a privatização da assistência médica na Previdência Social o governo tentava uma racionalização do setor através da lei 6.229 de 17 de julho de 1975, que propunha a criação do Sistema Nacional de Saúde. Diante dos obstáculos políticos encontrados para a regulamentação desse dispositivo legal, o Ministério da Saúde procurou responder à crise do setor mediante implantação de diversos programas verticais, especialmente os Programas de Extensão de Cobertura (PEC).

As limitações das ‘políticas racionalizadoras’ propiciavam certo espaço para o desenvolvimento de ‘políticas democratizantes’ e, em especial, para a defesa da ‘proposta’ da Reforma Sanitária e da organização do SUS. A chamada ‘Nova República’ poderia apostar num conjunto de reformas como um meio de saldar a dívida social acumulada em 21 anos de regime militar, mas o fim melancólico do governo responsável por conduzir a transição democrática terminou por contribuir com cores de farsa para a tragédia brasileira.

Os Governos que sucederam ao *impeachment* na conjuntura pós-constituente (Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso e Luiz Ignácio Lula da Silva) foram incapazes de fazer avançar o ‘processo’ da Reforma Sanitária brasileira. No limite, esses governantes produziram fatos que levaram à implantação tortuosa do SUS. Existe uma farta literatura a respeito das dificuldades e de certas conquistas desses 20 anos do SUS que não cabe, neste espaço, reproduzir. Cumpre apenas destacar que, não obstante o retraimento dos movimentos sociais nesse período, os canais de participação social propostos pela Reforma Sanitária brasileira e o SUS, bem como o persistente movimento sanitário, possibilitaram a continuidade do ‘processo’ da Reforma. Apesar das contradições e conflitos gerados, a criação de espaços de participação social, como conferências e conselhos de saúde, permitia a constituição de novos sujeitos que se transformavam em atores políticos:

E foi no conselho, como sindicalista, que eu aprendi a negociar, a ouvir, a ponderar, a fazer acordos naquilo que era possível e não naquilo que era o desejável para nós, no nosso ponto de vista. (DRUMMOND apud FALEIROS; SILVA; VASCONCELLOS; SILVEIRA, 2006, p.141).

Ainda assim, A Reforma Sanitária brasileira esteve ausente dos editoriais do CEBES nos anos de 1999 e 2000, a não ser quando foi feita uma homenagem póstuma ao sanitarista e militante David Capistrano

Filho, reaparecendo a partir de então. Esteve ausente, também, dos editoriais da ABRASCO durante duas diretorias (1994-1996 e 1996-2000), com exceção do que trazia a posição da entidade acerca da 10ª CNS. Como discurso, a Reforma Sanitária brasileira volta a comparecer no documento elaborado pela ABRASCO para a 11ª CNS e passa a freqüentar, enquanto tal, os editoriais da entidade até meado de 2003, tornando a desaparecer nas diretorias subseqüentes. Assim, a Reforma Sanitária brasileira foi banida dos Relatórios Finais da 9ª, 10ª, e 11ª Conferências, só reaparecendo na 12ª, ocorrida em 2003. Mesmo como ‘retórica sanitária’ em vez de Reforma Sanitária, o ‘projeto’ foi subsumido em função das agendas do SUS (PAIM, 2008). Essa situação deve ter contribuído para o aparecimento da tese segundo a qual a agenda da Reforma Sanitária brasileira havia se esgotado (ABRASCO, 2002).

Portanto, a década de 1990 foi hostil ao ‘processo’ da Reforma. Como se posicionavam naquela época os atores/autores do movimento sanitário diante das mudanças propostas pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), sob a condução do Ministro Bresser Pereira? Como se configurava a Reforma Sanitária Brasileira a partir da ‘reforma da reforma’, proposta à esquerda e à direita? Qual a visão que o Ministério da Saúde tinha sobre a realidade sanitária? A releitura da produção acadêmica e de entidades como CEBES, ABRASCO, Rede Unida, CONASS e CONASEMS, sujeitos que contribuíram para a sustentação política do ‘projeto’ embora parte deles voltados, fundamentalmente, para o desenvolvimento do SUS, aponta muita perplexidade, conformismo, pragmatismo e resignação. Uma espécie de pensamento único parece ter invadido o âmbito da saúde, abrindo-se poucos espaços oxigenados pela crítica. O CEBES e a *Saúde em Debate* foram algumas das exceções.

Mesmo assim, no segundo mandato de Fernando Henrique foi aprovada a Emenda Constitucional

nº 29. O CONASEMS registrou o apoio do ministro José Serra que prometeu conversar com o Presidente do Senado e pedir a distribuição do projeto e sua tramitação rápida¹. Essa entidade, que desde 1995 vinha discutindo no Executivo de modo pioneiro a promoção da saúde, qualidade de vida e intersectorialidade², voltou-se para questões mais prementes como financiamento, repasses de recursos, responsabilidade sanitária e pactos de gestão.

Levando em conta a produção de diversos fatos políticos relevantes na conjuntura, a Reforma Sanitária deixou de ser enfatizada por esses atores. Mesmo a questão dos chamados recursos humanos, presente na agenda política desde a 8ª CNS, não encontrou ressonância nem prioridade, apesar do acúmulo de estudos e reflexões sobre o tema:

Os recursos humanos têm que ser pensados no intercruzamento da esfera assistencial e da esfera gerencial e, sobretudo, inserido em situações de conflito entre essas mesmas esferas. Tomá-los como síntese de autoridades em disputa, na busca pela recuperação de decisões mais autônomas, de um lado, e, de outro, na busca pela racionalização de todo o processo tal como realizado pela perspectiva administrativa, conforme dito anteriormente, será a abordagem fundamental para qualquer organização moderna de prestação de serviços de saúde. (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 296).

Essas possibilidades de pensar os sujeitos-agentes das práticas de saúde ainda não tiveram consequências na educação e na gestão do trabalho em saúde, de modo que tal questão constitui uma grande dívida do Estado brasileiro com aqueles que constroem o SUS a cada dia.

QUANDO O INSTITUÍDO PARECE DOMINAR O INSTITUINTE.

O ‘processo’ da Reforma Sanitária brasileira chega ao Governo Lula sem muitas energias instituintes, mas com a expectativa de ser reforçado com a mudança da correlação de forças. A ênfase na gestão participativa, com a criação de uma secretaria específica no Ministério da Saúde sob a direção de Sérgio Arouca, parecia uma indicação de mudança, sobretudo com a antecipação da convocação da 12ª CNS, realizada logo em seu primeiro ano de governo. Mas, no que se refere à participação social em saúde, a ambigüidade têm sido a marca, conforme se pode constatar nos fragmentos a seguir:

[...] Não dá para dizer que o Conselho Nacional de Saúde debate com a sociedade, não dá para dizer que a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, debate com a sociedade [...]. (CANTARINO apud FALEIROS; SILVA; VASCONCELLOS; SILVEIRA, 2006, p. 232).

A crítica deveria ser bem-vinda. A bandeira do SUS não é uma bandeira dos sanitaristas. É uma bandeira muito mais ampla [...]. A proposta que eu entendi é que a saúde faria parte de um universo maior de possibilidades e de responsabilidades que diziam respeito àquelas condições que produzem a doença e a saúde [...] Essas questões eram primitivas quando se começava a discutilas na década de 1970. (TABELLINI apud FALEIROS; SILVA; VASCONCELLOS; SILVEIRA, 2006, p. 266).

Mais do que limites e ambigüidades, essa situação requer novas reflexões teóricas, novas pesquisas e, possivelmente, distintas formas de prática política. Quando o ‘movimento’ da Reforma Sanitária reduziu-se ao

¹Ver: *Jornal do CONASEMS*, 59, fev. 2000.

²Ver: Promovendo a qualidade de vida. Secretários apontam a intersectorialidade como modelo para o bem-estar social. *Jornal do CONASEMS*, 62, p. 3, maio de 2000.

‘sistema’ (SUS), limitou-se a questões de financiamento, organização e gestão, reduzindo o seu conteúdo reformista ou revolucionário. O instituído dominou o instituinte (FALEIROS; SILVA; VASCONCELLOS; SILVEIRA, 2006) e a dialética do menos pior continuou imperando (TEIXEIRA; PAIM, 2005). Conseqüentemente, as relações entre saúde e condições de vida, bem como as questões relativas à determinação social das doenças, problemas e necessidades de saúde perderam seu espaço apesar dos esforços para se construírem os distritos sanitários, da territorialização e dos modelos de atenção voltados para a diretriz da integralidade.

A reforma do sistema público de saúde, no que diz respeito à sua identificação com as mudanças ocorridas em alguns países europeus como Inglaterra e Itália antes da “adoção do neoliberalismo como referencial para a reforma das reformas” (TEIXEIRA; SOLLA, 2005, p. 456), apresenta especificidades, pois seu ‘projeto’ transcende a dimensão setorial. Vem daí um certo pessimismo de analistas ao se defrontarem com o concreto:

A conjuntura política de ajuste macroeconômico não era a mais apropriada para a expansão e realização de uma proposta deste teor. A idéia da Reforma Sanitária e seus princípios cresceram e se desenvolveram, no Brasil, na contramão da conjuntura histórico-política internacional e, particularmente, latino-americana. (GERSCHMAN; D’A VIANA, 2005, p. 309).

Contudo, a incorporação de parte do discurso da Reforma Sanitária brasileira pela 12ª CNS e por dirigentes e técnicos da saúde durante o Governo Lula, propiciou o reconhecimento, da parte de certos autores e militantes, de novas possibilidades na conjuntura:

[...] a retomada das diretrizes da Reforma Sanitária na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, repôs o debate da saúde no contexto dos direitos da cidadania e da conquista de uma democracia efetiva. (BAHIA, 2005, p. 446).

No que se refere à ciência, tecnologia e inovação um dos autores da Saúde Coletiva registrou o fato de essa temática ter sido, também, negligenciada pelo ‘processo’ da Reforma Sanitária brasileira, apontando-o como um “paradoxo na Reforma Sanitária”:

[...] o vetor que partia da saúde coletiva em direção à reforma desenvolveu-se plenamente. Já o vetor no sentido oposto, da reforma em direção à pesquisa em saúde, permaneceu atrofiado. (GUIMARÃES, 2005, p. 249).

A realização da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação, em 2004, e o estabelecimento de uma Agenda Nacional de Pesquisas, com uma articulação maior entre o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde e as agências de fomento, foram iniciativas relevantes para a redução desse fosso, com uma ênfase posterior no chamado “complexo produtivo da saúde” e no apoio do lançamento de diversos editais de pesquisa.

A equipe dirigente do Ministério da Saúde, embora majoritariamente constituída por integrantes do movimento sanitário e comprometida com a formulação e implementação de políticas voltadas para o fortalecimento do SUS, esteve distante de proposições mais radicais da Reforma Sanitária brasileira. Apesar das mudanças dessa equipe em meados de 2005, houve continuidade nas políticas a exemplo da ampliação do Programa Saúde da Família (PSF), implementação da Reforma Psiquiátrica, instituição do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), política de Saúde Bucal e a elaboração e aprovação do *Pacto pela Saúde*. No entanto, o Presidente Lula, ao disputar a reeleição em 2006, pouco valorizou as conquistas do seu próprio governo na área da saúde. Assim, a Professora Sonia Fleury, Presidente do CEBES, denunciava:

A saúde ainda não é prioridade para os partidos políticos. Esta é uma eleição sem política e não há nos

*programas de saúde nenhum caráter político inovador que diferencie um do outro*³.

No âmbito da sociedade civil, alguns acidentes de percurso levaram à revitalização do CEBES. Um desvio de recursos, atribuído a um funcionário de apoio à Diretoria do CEBES Nacional, comprometeu a regularidade na circulação da Revista *Saúde em Debate*, deixando a entidade em grave crise financeira, a ponto de se considerar a possibilidade de encerrar as atividades. Como as crises podem implicar criação, além de oportunidades, ocorreu um expressivo movimento de solidariedade em torno da entidade no sentido de enfrentar o problema financeiro e construir um novo protagonismo no processo político da saúde. Essa ‘refundação do CEBES’, ainda em curso, tem estimulado novas mobilizações e articulações⁴.

Assim, movimentos moleculares de resistência e crítica mais recentes favoreceram o reaparecimento da Reforma Sanitária brasileira no discurso político da saúde, especialmente após a realização do 8º *Simpósio de Política Nacional de Saúde*, realizado em 2005, que retomou algumas das proposições do ‘projeto’ da Reforma nas teses centrais postas no documento final (BRASIL, 2005). Um dos produtos dessa retomada do ‘processo’ da Reforma Sanitária brasileira foi a divulgação do documento *SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade*, no qual um dos tópicos explorava exatamente a sua relação com a Reforma Sanitária Brasileira (CEBES, 2005).

Apesar dessas iniciativas, vêm surgindo certos questionamentos quanto aos limites do movimento sanitário quando comparado, por exemplo, ao Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST). Um desses críticos alerta para o fato de que, ao defender intransigentemente a legislação do SUS, o movimento sanitário tenderia a se comprometer com uma “perspectiva inocente do direito”:

É preciso pensar nisso, pois é possível que tenha a ver com a formação científico-positiva dos profissionais de saúde, determinista, facilitadora de uma perspectiva inocente do direito, que outros movimentos sociais não têm. (JACQUES *apud* FALEIROS; SILVA; VASCONCELLOS; SILVEIRA, 2006, p. 195).

Se por um lado é compreensível a persistência da defesa do arcabouço legal da saúde, arduamente conquistado pelo movimento sanitário, por outro, a radicalização da Reforma Sanitária brasileira supõe o reconhecimento do seu elemento jacobino no sentido de desequilibrar a tendência da “revolução passiva” (GRAMSCI, 2000; VIANNA, 2004) que estrutura a sociedade brasileira e compromete ou condiciona o ‘processo’ da Reforma, cabendo superar o ‘transformismo’ da parte dos seus atores (PAIM, 2008).

COMENTÁRIOS FINAIS

Como estabelecer um olhar afetuoso e, ao mesmo tempo, objetivo e crítico sobre a Reforma Sanitária brasileira e o SUS? Como examinar a situação atual sem se fixar exclusivamente em seus problemas, considerando os ganhos obtidos e identificando alternativas para o seu desenvolvimento? Como realizar um gesto enternecido em defesa do SUS e da Reforma Sanitária quando se reflete sobre o seu significado nos seus 20 ou 30 anos?

Essas perguntas, de certo modo, inspiraram a elaboração deste texto, buscando no desenvolvimento histórico da Reforma Sanitária e do SUS razões para a ampliação de sua base política e social com a formação de novos sujeitos, individuais e coletivos. A recuperação dessa história é fundamental para o entendimento da Reforma Sanitária brasileira de forma que ultrapasse o

³Ver Boletim do CEBES. *Boletim Eletrônico*, n. 1, out. 2006.

⁴Ver: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: Em defesa do movimento sanitário. *Radis*, 51, novembro de 2006, p. 7.

Estado, governos e partidos, entendendo o SUS como uma conquista histórica do povo brasileiro.

A realização do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde e a *Carta de Brasília* parecem indicar uma nova inflexão da Reforma Sanitária brasileira. O lançamento do *Manifesto reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros*, subscrito pelo CEBES, ABRASCO, ABRES, Rede Unida e AMPASA em novembro de 2005, expressou uma crítica contundente ao Estado Brasileiro e aos governos incapazes de contribuir com a consecução dessa reforma democrática da saúde. Assim, o movimento sanitário, em sua vertente cebiana, retomava sua especificidade e autonomia no âmbito da sociedade civil, sem desprezar a articulação necessária com o Estado, através dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

As reuniões do *Fórum da Reforma Sanitária brasileira*, desde 2005, e a re-fundação do CEBES, a partir de 2006, ilustram a retomada do ‘movimento’ em torno da Reforma Sanitária brasileira. No âmbito governamental, iniciativas como o Pacto pela saúde, a Política nacional de promoção da saúde e a conclusão dos trabalhos da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) apontam, igualmente, para o fortalecimento do ‘projeto’ e avanço do ‘processo’ da Reforma Sanitária brasileira.

Se for válido celebrar os 20 anos de formalização do SUS pelo Estado brasileiro e os 30 anos das lutas sociais dos operários do ABC, vale comemorar em 2009 as conquistas dos movimentos sociais da saúde na defesa da Reforma Sanitária brasileira, com três décadas de esforços, para que o SUS venha a ser um sistema de saúde democrático, universal, justo, digno, efetivo, integral e de qualidade. Esse olhar afetivo e de festa passa a ter sentido quando seguido de gestos permanentes de crítica e compromisso social e político com a sua construção.

Essa pode ser uma via para o desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira, uma vez que esse projeto de reforma social enfrenta-se com a revolução passiva

da formação social brasileira (PAIM, 2008). E o conhecimento dessa sociedade e desse Estado, realmente existentes, se faz cada vez mais necessário para compreender o seu ‘conservar-mudando’ que condiciona o processo da Reforma Sanitária brasileira. Trata-se de fortalecer o elemento jacobino da Reforma Sanitária e radicalizar a democracia brasileira, pois “para construir história duradoura, não bastam os ‘melhores’, são necessárias as energias nacional-populares mais amplas e numerosas” (GRAMSCI, 2002, p. 52).

REFERÊNCIAS

ABRASCO. A agenda reiterada e renovada da reforma sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, v. 26, n. 62, p. 327-331, 2002.

AROUCA, A.S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/FIOCRUZ, 2003.

_____. *A reforma sanitária brasileira*. Tema: radis, n. 11, p. 2-4, 1988.

_____. Introdução à crítica do setor saúde. *Nêmesis*, n. 1, p. 17-24, 1975.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUAREZ, J.M. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 407-449.

BASTOS, M.V. O sistema nacional de saúde em debate. *Med Mod*, n. 4, p. 30-51, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta de Brasília*. Documento final do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Medicina CFM, n. 156, p. 12-13, ago./out. 2005.

CEBES. A questão democrática na área de saúde. *Saúde em Debate*, n. 9, p. 11-13, jan./mar. 1980.

_____. (2006) SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. *Saúde em Debate*, v. 29, n. 31, p. 385-396, 2005.

ESCOREL, S. *Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FALEIROS, V. P.; SILVA, J.F.S.; VASCONCELLOS, L.C.F.; SILVEIRA, R.M.G. A construção do SUS; histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

GERSCHMANN, S.; D'A VIANA, A.L. Descentralização e desigualdades regionais em Tempos de Hegemonia Liberal. In: LIMA, N.T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUAREZ, J.M. (Org.). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 307-351.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. v. 5.

_____. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v. 3.

GUIMARÃES, R. Ciência, tecnologia e inovação: um paradoxo na Reforma Sanitária. In: LIMA, N.T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUAREZ, J.M. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 235-256.

NAVARRO, V. Classe social, poder político e Estado e suas implicações na Medicina. In: ABRASCO/ENSP. *Textos de apoio: Ciências Sociais 1*. Rio de Janeiro: ENSP, 1983. p. 81-161.

OLIVEIRA, J.A. Para uma teoria da Reforma Sanitária: “democracia progressiva” e políticas sociais. *Saúde em Debate*, n. 20, p. 85-93, 1988.

PAIM, J.S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. *Saúde política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

_____. Obstáculos não superados na implantação do SUDS-BA. *Saúde em Debate*, n. 28, p. 16-21, 1990.

_____. *Direito à saúde, cidadania e Estado*. In: VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília. Anais... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987. p. 45-59.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, v. 29, n. 31, p. 268-283, 2005.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLÁ, J.P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N.T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUAREZ, J.M. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 451-479.

TEIXEIRA, S.F. (Org.) *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989.

VIANNA, L.W. *A revolução passiva: iberismo e americanismo no Brasil*. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

Recebido: Novembro/2008

Aprovado: Dezembro/2008