



3

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: AVANÇOS, LIMITES E PERSPECTIVAS

Jairnilson Silva Paim

Quando são comemorados vinte anos da Constituição da República Federativa do Brasil e de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), encontramos-nos diante de uma oportunidade especial para refletir sobre avanços, limites e perspectivas do 'processo' da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Os obstáculos constatados na década de 1990 propiciaram o aparecimento de uma tese segundo a qual o 'projeto' da Reforma Sanitária havia se esgotado. Apesar de o movimento sanitário recusar tal conclusão (Abrasco, 2000, 2002; Abrasco/Cebes, 2002), persistia certo incômodo quando a RSB se apresentava em discursos e editoriais da área da saúde simplesmente como figura de retórica.

Tendo em conta essas posições divergentes caberia investigar a RSB a partir de algumas perguntas fundamentais: O que se entende por Reforma Sanitária? Quais as suas bases de sustentação política e ideológica? Que perspectivas se colocam para tal 'projeto'?

Essas questões foram contempladas em estudo recente, considerando-se alguns pressupostos (Paim & Teixeira, 2007). O primeiro afirma que a RSB não se confunde com as reformas setoriais difundidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pelo Banco Mundial, desde a década de 1980. O segundo admite que a RSB não se reduz ao SUS, ainda que este represente algumas das suas dimensões setorial, institucional e administrativa. O terceiro reconhece que a RSB não se enquadra, integralmente, na



noção de ‘políticas sociais’ nem se limita ao tópico das ‘políticas de saúde’, tal como tem sido abordada em estudos anteriores (Gerschmann, 1995; Almeida, 1995). Mesmo que a sua implementação possa ser traduzida por algumas dessas políticas, a exemplo do SUS (Lobato, 2000), sua concepção e formulação transcendem às políticas estatais. Assim, o objetivo aqui é identificar e discutir certos avanços e limites da RSB e do SUS, analisando suas perspectivas na sociedade brasileira.

ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

Concebemos a RSB como uma ‘reforma social’ que articula proposições de mudanças, sob diversas dimensões (Arouca, 1988), mobilizando um bloco de forças políticas no âmbito do movimento sanitário. Nessa perspectiva, podemos analisá-la a partir de momentos distintos: idéia-proposta-projeto-movimento-processo.

O momento ‘idéia’ pode ser demarcado pela tese *O Dilema Preventivista*, defendida em 1975 (Arouca, 2003), e pela criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, expresso por uma percepção, uma representação, um pensamento ou reflexão inicial.

O momento ‘proposta’ envolve um conjunto articulado de princípios e proposições políticas difundidos no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados (Brasil, 1980), especialmente quando foi defendida, pela primeira vez, a criação do SUS, por meio do documento “A questão democrática na área da saúde” (Cebes, 1980).

O momento ‘projeto’ corresponde ao planejamento e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), em 1986 (Brasil, 1987), configurando um conjunto de políticas articuladas ou uma “bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças” (Arouca, 1988).

O momento ‘movimento’ valorizou um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, tais como aquelas empreendidas pelo movimento da democratização da saúde, também conhecido como movimento sanitário (Escorel, 1998).

Finalmente, o momento ‘processo’ implica um conjunto de atos, em distintos tempos e espaços em que se realizam práticas sociais, tais como se pode verificar após a 8ª CNS com os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), a Constituição de 1988 e, especialmente, nas conjunturas que se sucederam desde então (Paim, 2002).

O recurso metódico a esse ciclo para fins descritivos não se solidariza com a concepção de que as idéias fazem história. Uma idéia passa a ter significado e sentido à medida que uma força social a sustente, mobilizando sujeitos e produzindo fatos políticos. Assim, a análise da conjuntura em que emergiu a 'idéia' da RSB aponta para uma crise de hegemonia que não se esgotava entre o autoritarismo e a democratização, conforme as análises de então (Cardoso, 1975). Ainda que a ditadura fosse combatida por setores democráticos, liberais e populares, o que estava em jogo para as forças econômicas relevantes, desde 1974 – o grande empresariado, sobretudo de São Paulo, era um formato de Estado no qual pudessem exercer o domínio com certo grau de consenso e menor grau de coerção. Esta crise de hegemonia expressou-se com mais clareza na Constituinte, ilustrando a metáfora segundo a qual “o velho não morreu e o novo não pode nascer”.

Para que a 'idéia', a 'proposta', o 'projeto' e o 'movimento' da RSB alcançassem amplos segmentos da sociedade associaram-se à questão democrática e à defesa de direitos sociais, mobilizando as forças sociais que lutavam pela democracia e por um novo projeto de sociedade para o Brasil. Conseqüentemente, foram essas forças sociopolíticas que, em luta, engendraram a RSB e não uma mera 'idéia' proveniente de alguma mente brilhante.

Essas reflexões apontam a necessidade de analisar a RSB examinando seus fundamentos (Paim, 1997; Fleury, Bahia & Amarante, 2007) e discutindo o seu 'processo' à luz das teorias da mudança social e dos tipos de práxis (Heller, 1986). Segundo Agnes Heller, têm sido identificados, historicamente, nas sociedades, quatro tipos de práxis: reforma parcial, reforma geral, movimentos revolucionários e revolução no modo de vida.

No caso da 'reforma parcial' verifica-se um conjunto de atividades que se propõe a alterar setores particulares, instituições ou relações da sociedade. Na 'reforma geral' observa-se a mudança de toda a sociedade mediante reformas parciais. Os 'movimentos políticos revolucionários' visam à transformação radical de toda a sociedade com a conquista do poder político. Finalmente, a 'revolução do modo de vida' ocorreria quando as bases do movimento se alargam, envolvendo estratos cada vez mais amplos da população, com uma modificação da vida cotidiana das pessoas (Heller, 1986). Assim, cada sociedade faz a sua reforma ou revolução, mesmo que seja uma 'revolução passiva' (Vianna, 2004).

Nos estudos realizados sobre a RSB diversos conceitos e categorias de análise têm sido utilizados na explicação e interpretação da realidade brasileira, tais como bloco histórico, Estado ampliado, hegemonia, intelectuais orgânicos, conjuntura,



guerra de posição (Coutinho, 1985; Oliveira, 1988; Paim, 1988, 2006; Teixeira, 1989; Gallo & Nascimento, 1989; Damaso, 1989). No caso do presente texto, destacam-se dois outros conceitos: ‘revolução passiva’ e ‘transformismo’. “O conceito de revolução passiva me parece exato não só para a Itália, mas também para outros países que modernizaram o Estado por meio de uma série de reformas ou de guerras nacionais, sem passar pela revolução política de tipo radical-jacobino” (Gramsci, 2002: 220).

No caso do ‘transformismo’, trata-se de um fenômeno vinculado à ‘revolução passiva’ quando certos atores mudam de lado e reforçam posições conservadoras das classes dominantes e das forças da ordem estabelecida. A pertinência dessas ferramentas teóricas no presente estudo pode ser justificada pelo fato de a RSB ser considerada um ‘processo’ aberto: “As modalidade de revolução passiva (...) aparecem a análise como processos abertos, a serem aferidos em seu percurso e resultados por meio do comportamento e protagonismo dos sujeitos históricos” (Aggio, 1998: 172. Supressão do autor).

Esse referencial teórico-conceitual sumarizado anteriormente será adiante retomado para análise, compreensão e crítica da RSB.

ANTECEDENTES DO SUS

No caso do setor Saúde, uma reforma pode ter como pressuposto a saúde como bem público ou como mercadoria. Do mesmo modo, a organização e o planejamento do sistema de serviços de saúde podem privilegiar as necessidades ou as demandas – espontânea ou induzida. Reconhecendo-se a historicidade dos sistemas de saúde cabe examinar os antecedentes de uma dada reforma e aproveitar o conhecimento produzido com base em análises comparadas, verificando-se identidades e divergências entre os sistemas existentes. Portanto, é preciso conhecer o que existia antes do SUS, para que possamos avaliá-lo, aperfeiçoá-lo, valorizá-lo, educando permanentemente os novos sujeitos que poderão fazer avançar a RSB.

O ‘sistema de saúde’ brasileiro, formado ao longo do século XX, teve como marca a dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar. De um lado, as campanhas sanitárias e, de outro, a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária e, posteriormente, as empresas médicas. Antes de 1930, não havia o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil. A partir da Era Vargas, introduz-se o direito à assistência médica apenas para os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada. A extensão de cobertura para os trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), efetuada durante o



autoritarismo, apresentava-se mais como concessão do que como um direito. O mesmo podia ser dito em relação ao acesso das populações rurais e das periferias urbanas aos Programas de Extensão de Cobertura (PECs) e, posteriormente, às Ações Integradas de Saúde (AIS) e aos Suds (Paim, 2002).

Somente com a Constituição de 1988 a saúde foi reconhecida como um direito social, cabendo ao Estado assegurar o ‘direito à saúde para todos os cidadãos’, uma das maiores conquistas do movimento sanitário no Brasil. Até então, o ‘sistema de saúde’ vigente apresentava as seguintes características: 1) insuficiente; 2) mal distribuído; 3) descoordenado; 4) inadequado; 5) ineficiente; 6) ineficaz; 7) autoritário; 8) centralizado; 9) corrupto; 10) injusto (Bastos, 1975; Paim, 2002). Foi contra a crise da saúde, a permanência da ditadura e as características perversas desse ‘sistema’ que segmentos sociais se mobilizaram por mudanças, configurando o ‘movimento’ da RSB ou movimento sanitário. Este assentava-se num tripé formado pelo movimento popular de saúde, pelo movimento estudantil, por intermédio da Semana de Saúde Comunitária (Sesac) e do Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (Ecem), e pela articulação de professores e pesquisadores de medicina social e saúde pública, além de profissionais da saúde em torno do Cebes, da Abrasco, Movimento de Renovação Médica (Reme) entre outros (Escorel, 1998; Cordeiro, 2004; Faleiros *et al.*, 2006).

O movimento sanitário estimulou a articulação de movimentos sociais em saúde e sua atuação com o Parlamento desde a realização do I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979 (Brasil, 1980). Desse modo, o Cebes e a Abrasco constituíram-se como centros intelectuais coletivos, espaços de militância e de formulação, especialmente mediante a publicação da revista *Saúde em Debate*. Em termos gramscianos, exerceram uma contra-hegemonia política e cultural ancorada na questão democrática da saúde. Atuaram na defesa do direito à saúde, enfatizaram os determinantes sociais do processo saúde-doença e desenvolveram a ‘idéia’ e a ‘proposta’ da Reforma Sanitária desde o terceiro número de *Saúde em Debate*, em 1977 (Paim, 2007).

Com a redemocratização, em 1985, a construção da RSB e do SUS passaram pela produção de um conjunto de fatos sociais, exaustivamente estudados, entre os quais se destacam a realização da 8ª CNS (1986) – quando foi sistematizado o ‘projeto’ da RSB –, a implantação dos Suds (como ‘estratégia-ponte’ para o SUS), a instalação da CNRS, os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte (1987-1988) e, finalmente, a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (Paim, 1988; Escorel, Nascimento & Edler, 2005).

Esta breve revisão sobre os antecedentes permite-nos destacar que a RSB e o SUS nasceram dos movimentos sociais, na sociedade civil (Faleiros *et al.*, 2006). Não foram criados pelo Estado brasileiro, por governos nem por partidos. Portanto, o SUS é uma conquista histórica do povo, podendo ser considerado a maior política pública gerada da sociedade e que chegou ao Estado por meio dos poderes Legislativo, Executivo e, progressivamente, Judiciário.

A CONSTRUÇÃO DO SUS

O SUS tem sido reconhecido como uma política pública construída pelos movimentos sociais que lutaram pela democracia, ocupando espaços na Constituição e nas leis, tendo os governos a obrigação de implementá-la. É um dos caminhos para a garantia do 'direito à saúde' dos cidadãos, como dever do Estado, constituindo o maior sistema público de saúde do mundo. Corresponde a um sistema de serviços de saúde de caráter público, organizado com as seguintes orientações: a) atendimento integral, com ênfase nas ações preventivas e sem prejuízo das ações assistenciais; b) participação da comunidade; c) descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

Do ponto de vista organizativo, é uma forma de articular e produzir ações e serviços de saúde, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos no ordenamento jurídico, ou seja, estabelecidos pela Constituição da República, Leis 8.080/90 e 8.142/90 e outros instrumentos jurídico-normativos. Portanto, o SUS 'não é' um mero meio de financiamento e de repasse de recursos federais para estados, municípios, hospitais, profissionais e serviços de saúde. Não é um programa de saúde pública, nem um 'plano de saúde' para pobres. Também 'não é' um sistema de serviços de saúde destinado apenas aos pobres e 'indigentes'. Não se reduz a uma política de governo – federal, estadual ou municipal –, muito menos a uma proposta política exclusiva desse ou daquele partido. Enfim, não é caridade de instituição beneficente, organização não governamental, prefeito, vereador, deputado, governador, senador ou presidente.

Entre os princípios que inspiram o SUS podem ser mencionados os seguintes: dignidade da pessoa humana; saúde como direito social – condição da cidadania; universalidade – para todos; igualdade – assistência sem preconceitos ou privilégios; equidade – atenção de acordo com as necessidades, ou seja, 'discriminação positiva', quando se priorizam os que têm mais necessidades; integralidade;

preservação da autonomia das pessoas; direito à informação às pessoas assistidas, sobre a sua saúde.

No caso das diretrizes podem ser lembradas as seguintes: ‘participação da comunidade’ – representação do governo, trabalhadores da saúde, prestadores e usuários; ‘descentralização’ – direção única em cada ente federativo; divulgação de informações; utilização da epidemiologia; serviços públicos sem duplicidade de meios. Entre as inovações da formulação do SUS podem ser destacadas a adoção do conceito ampliado de saúde e seus determinantes, a integralidade e a inter-setorialidade.

Não obstante todos esses valores, princípios, diretrizes e inovações, o SUS é apenas uma das respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde. Outras respostas significativas dizem respeito às políticas econômicas, sociais, ambientais, culturais que incidem sobre determinantes e condicionantes de saúde. Apesar da existência do SUS, o sistema de saúde no Brasil ainda não é único, continua segmentado, tendo em vista o fortalecimento do Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS) e a manutenção do chamado Sistema de Desembolso Direto (SDD), representado por consultórios, clínicas e hospitais particulares nos quais o pagamento é realizado após a prestação de serviços.

A RSB, no entanto, não se limitava à construção do SUS. Expressando uma ‘reforma social’, não se reduzia a determinadas dimensões setorial, institucional ou administrativa. E os descaminhos da RSB e do SUS passaram por processos distintos, a saber: reformas neoliberais; clientelismo político; políticas de ajuste macroeconômico; desrespeito à Constituição e à Lei Orgânica da Saúde; decisões da área econômica dos governos desde 1988 etc. (Paim & Teixeira, 2007).

Os sucessivos governos da década de 1990 não se empenharam na construção do SUS, muito menos no avanço da RSB. Assim, o governo de Fernando Collor de Melo caracterizou-se pela crise econômica, com redução de recursos federais para a saúde, embora tenha criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), promulgado a Lei Orgânica e implantado a Norma Operacional Básica 1991 (NOB/91) e, depois de muita protelação, realizado a 9ª Conferência Nacional de Saúde (9ª CNS). No governo de Itamar Franco manteve-se a crise financeira na seguridade social, instalando-se uma disputa inaceitável entre a saúde e a previdência, mas pode-se destacar o avanço na municipalização, a partir da Norma Operacional Básica 1993 (NOB/93), e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Já o governo Fernando Henrique Cardoso, apesar da crise de financiamento setorial, resultando na criação da Contribuição Provisória de

Movimentação Financeira (CPMF) e da Emenda Constitucional 29 (EC-29) pelo Congresso Nacional, foram implantados a Norma Operacional Básica 1996 (NOB/96), o Piso da Atenção Básica (PAB) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas/2001), realizadas a 10ª e a 11ª CNS, ampliada a municipalização e o PSF, além de iniciativas importantes como o apoio internacional à Convenção-Quadro, a regulação da chamada 'saúde suplementar' e a instalação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva, mesmo sem serem equacionadas as questões do financiamento e da força de trabalho do SUS, manteve-se a expansão do PSF, foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), desenvolveu-se a Reforma Psiquiátrica e foram formuladas políticas nacionais de saúde bucal, atenção básica, promoção da saúde, entre outras, além de lançado o Pacto da Saúde (Teixeira & Paim, 2005; Brasil, 2006a, 2006b; Paim, 2007).

ANÁLISE DOS COMPONENTES DO SUS

Entendendo o SUS como um sistema de serviços de saúde, podemos examiná-lo a partir de cinco componentes fundamentais: financiamento, gestão, organização, infra-estrutura e modelo de atenção.

No que se refere ao financiamento, a OMS estima um gasto total em saúde no Brasil equivalente a 7,9% do PIB em 2004. O gasto privado correspondia a 51,9% do gasto total, ao passo que o gasto direto das famílias representava cerca de 64% do gasto privado. Naquele ano, o governo federal contribuiu com 50,7% do financiamento do SUS, o nível estadual com 26,6% e os municípios com 22,7% (OPS/OMS, 2007). Em termos comparativos podemos observar a situação de outros países: Estados Unidos – 13,1% do PIB e US\$ 4.432 *per capita*; Canadá – 9,3% do PIB e US\$ 2.151 *per capita*; Argentina – 9,1% do PIB e US\$ 697 *per capita*; e México – 5,3% do PIB e US\$ 221 *per capita*. Assim, o problema maior do financiamento da saúde no Brasil ainda é o reduzido gasto público. Em 2005, o gasto em saúde da União correspondeu a R\$ 36.474 bilhões (orçamento executado), isto é, R\$ 198,03 ou US\$ 62,67 *per capita*. Se somados todos os recursos da União, estados e municípios verificamos que apenas R\$ 1,00 por pessoa por dia é o que o Estado brasileiro destinava para a saúde dos cidadãos. Correspondia à metade do que recebe cada argentino ou uruguaio e a 10% dos recursos destinados a cada habitante da Europa, Japão e Canadá (Carta de Brasília, 2005; Entrevista, 2005; Ministério da Saúde, 2005; Reforma Sanitária Brasileira, 2005). Para 2008, calcula-se que o gasto por

brasileiro seja de US\$ 483,87, embora deva ser lembrado que ao setor público coube participação de 49% no financiamento da saúde em 2007, enquanto o setor privado participou com 51% (Orçamento da Saúde, 2008).

No que tange à gestão, os avanços conquistados na descentralização e a engenharia política exercitada para garantir o comando único em cada esfera de governo não devem obscurecer a vulnerabilidade do sistema às mudanças de governos, gestores e partidos. A gestão descentralizada, um dos grandes sucessos do SUS foi, ao mesmo tempo, um dos seus descaminhos. A falta de profissionalização dos dirigentes, o persistente clientelismo político, a alta rotatividade das equipes e o 'engessamento' burocrático reclamam uma nova institucionalidade para o SUS que se expressa, atualmente, na discussão sobre fundações estatais, autarquias especiais, agências etc. Daí a necessidade de garantir o caráter público do SUS, mas sem atrelamento ao Estado, protegendo-o da descontinuidade administrativa e de intercorrências desastrosas derivadas das 'manobras da política'. 'Publicizar' o SUS, sem privatizá-lo, assegurando-lhe autonomia perante o Estado, governos e políticos, porém submetendo-o ao controle público e democrático mediante gestão compartilhada pela sociedade civil, trabalhadores da saúde e governo, ou seja, um 'Estado ampliado'. Cabe investigar novos formatos institucionais que possibilitem ao SUS cumprir o seu dever e alcançar o devir concebido pela Reforma Sanitária brasileira (Paim & Teixeira, 2007).

No caso do componente 'organização' traz problemas insuficientemente resolvidos como a quase inexistência de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, sem dispor de mecanismos efetivos de regulação e de referência e contra-referência. A baixa efetividade da atenção básica leva à sobrecarga das demais instâncias, com aumento da tensão entre os níveis de complexidade da atenção, implicando a persistência de mecanismos de seletividade e iniquidade social. Do mesmo modo, o crescimento desordenado do SAMS em desarticulação com o SUS, tem consolidado a segmentação e o aparecimento de múltiplas portas de entrada no sistema, comprometendo a acessibilidade dos usuários do SUS e aumentando o sofrimento de pacientes e familiares quando necessitam de assistência.

A insuficiente infra-estrutura de estabelecimentos, serviços, equipamentos e de pessoal de saúde, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, reforçam as dificuldades de acesso da população ao SUS, prejudicando a sua credibilidade. Entre 1999 e 2004 o número de médicos por mil habitantes cresceu de 1,4 para 1,6 ainda que a sua distribuição desigual apresente 2,2 no Sudeste, 1,0 no Nordeste e 0,8 no Norte. Os enfermeiros passaram de 0,4 para 0,5 e os dentistas de 0,9 a 1,0 com

diferenças regionais semelhantes. Em 2002, 71% dos estabelecimentos de saúde eram ambulatoriais, dos quais 76% (35.086) eram públicos e, entre estes, 73% (33.747) municipais. Menos de 15% dos estabelecimentos privados sem internação eram contratados pelo SUS. No caso dos 7.397 hospitais, 4.809 pertenciam ao setor privado. Entre os 471.171 leitos hospitalares, 324.852 pertenciam ao setor privado e 146.319 (31%) ao setor público. Além dos leitos públicos, o SUS proporciona à população 83% dos leitos privados de modo que é possível estimar que 88% dos leitos existentes no país podem estar sendo utilizados pelo SUS. Entretanto, 95% dos estabelecimentos de apoio diagnóstico e tratamento são privados e destes apenas 35% prestam serviços ao SUS (OPS/OMS, 2007). Trata-se, portanto, de uma extrema dependência do SUS em relação ao setor privado, quando constitui seu dever cuidar da vida e da saúde de todos, individual e coletivamente.

Diante das insatisfações dos cidadãos quanto à garantia da assistência médica, como parte do direito à saúde, as denúncias chegam à mídia e novas distorções vão sendo produzidas como as que se convencionou denominar 'judicialização da saúde' (Ações judiciais, riscos para o SUS, 2007; Judicialização ganha perfil, 2007). Cabe lembrar não só os baixos gastos públicos em saúde no Brasil, já mencionados, mas especialmente a falta de investimentos em infra-estrutura que considerem as mudanças demográficas, a urbanização acelerada e os novos perfis epidemiológicos. O SUS pode ser um grande exemplo de política pública democrática, mas os cidadãos têm pago alta taxa de maus-tratos e desumanização nos serviços de saúde, estatais e privados. Seu sucesso pode significar, paradoxalmente, um fracasso na atenção às pessoas já que melhorias no financiamento, infra-estrutura, gestão e organização não são suficientes para assegurar o direito à saúde.

Finalmente, no que diz respeito ao modelo de atenção, persistem os modelos assistenciais hegemônicos, como o modelo médico-assistencial privatista e o sanitário. Contudo, vêm sendo incorporados, alternativamente, novos modos tecnológicos de intervenção tais como a oferta organizada, a vigilância da saúde, o trabalho programático e o acolhimento. O PSF representa uma espécie de laboratório para adoção dessas propostas alternativas. Encontra-se consolidado em municípios de pequeno porte e com pouca ou nenhuma capacidade instalada de serviços de saúde, funcionando mais como uma estratégia de expansão de cobertura. Maiores dificuldades de consolidação verificam-se nas capitais e grandes centros urbanos que apresentam exclusão de grandes parcelas da população aos serviços de saúde, complexos perfis de saúde-doença e redes assistenciais desarticuladas. Ainda assim, o aumento da cobertura e a consolidação do PSF contribuíram para a redução da mortalidade infantil no Brasil (Aquino, 2006), além de apresentar um impacto



positivo na reorganização dos serviços básicos e na própria organização do SUS. Se for considerado que as maiores taxas de mortalidade infantil concentram-se nas populações com baixas condições de vida e estas representam a maioria da população, pode-se inferir que o decréscimo observado nesse indicador aponta para uma contribuição do SUS/PSF na redução das desigualdades de saúde.

Em 2007 o PSF contava com um total de 27.324 equipes de Saúde da Família implantadas, em 5.125 municípios, com uma cobertura de 46,6% da população brasileira, ou seja, 87,7 milhões de pessoas. Estavam presentes 15,7 mil equipes de Saúde Bucal em 4,3 mil municípios com cobertura populacional de 40,9% da população, isto é, 77 milhões de brasileiros. No caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), existiam 211 mil em 5,3 mil municípios, correspondendo a uma cobertura de 56,8% da população brasileira, ou cerca de 107 milhões de pessoas (Brasil, 2008). Essa expansão do PSF tem possibilitado um 'caldeirão' de experimentos locais voltados para a integralidade, qualidade e efetividade da atenção. As combinações tecnológicas estruturadas, ao levarem em conta os perfis epidemiológicos, as desigualdades sociais e as condições de vida da população, engendram novas experiências de municípios e distritos sanitários, além da criação de redes de cidades saudáveis. Assim, no caso da articulação do PSF com o modelo da vigilância da saúde, diversas experiências em curso expressam a pertinência de tal combinação com ganhos em efetividade. O controle da tuberculose, a busca ativa para o diagnóstico precoce da tuberculose, a prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), o controle da hanseníase, o desenvolvimento de redes locais de proteção à violência, a participação dos ACS no combate à malária e à dengue, a ampliação da cobertura e homogeneidade entre as áreas para a vacinação representam casos exemplares. A integração da atenção básica com a vigilância da saúde tende a potencializar tais resultados (Vilasbôas & Teixeira, 2007).

Ainda em relação ao modelo de atenção, significativos avanços têm sido obtidos na área de saúde mental. Foram reduzidos 11.826 leitos nos hospitais psiquiátricos (de 51.393 para 39.567), entre 2003 e 2006, enquanto os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) passaram de 424 unidades para 1.011 e as residências terapêuticas quintuplicaram, saltando de 85 para 475 (Machado, 2008).

A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: AVANÇOS NO 'PROCESSO'?

As análises e proposições produzidas pelo movimento sanitário nas diferentes conjunturas, além de articulações de bastidores e outras ações políticas, geraram ganhos significativos para a RSB. Mas a década de 1990 desencadeou uma mudança



na correlação de forças políticas, também no interior do movimento sanitário. À medida que os movimentos sociais recuavam, os gestores alcançavam um protagonismo maior no processo político da saúde. Nessa correlação de forças torna-se compreensível a ênfase na dimensão institucional da RSB, ou seja, a implantação do SUS, secundarizando outros componentes do 'projeto'.

Portanto, durante o 'processo' da RSB e a implementação do SUS verificamos um deslocamento das bases de sustentação política do movimento sanitário, com um vetor dirigido para os gestores, representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Este fenômeno parece ocorrer com a expansão do neoliberalismo, do corporativismo e do pragmatismo, ao lado do refluxo dos movimentos sociais. Aparecem propostas de 'reforma da reforma', à esquerda e à direita, diante das ambigüidades dos governos FHC e Lula. Se o movimento sanitário foi capaz de neutralizar certas iniciativas contrárias ao SUS, não teve força para impedir a implosão da Seguridade Social e o uso abusivo da saúde nas barganhas político-partidárias. Assim, entre os impasses verificados no desenvolvimento do SUS muitos foram gerados pelos governos que se sucederam à promulgação da Constituição de 1988.

Presentemente, após a realização das duas últimas Conferências Nacionais de Saúde (a 12ª em 2003 e a 13ª em 2007), em que caminhos se encontram a RSB e o SUS? Em que medida projetos dessa natureza podem contornar as determinações estruturais e históricas do Estado e da sociedade no Brasil? De que modo a ação política dos atores pode alargar os horizontes do possível?

Os primeiros balanços no governo Lula apontaram um saldo positivo para a saúde (Mendonça *et al.*, 2005). Mesmo os críticos que viam a política de saúde aprisionada à 'dialética do menos pior' não deixavam de reconhecer os esforços empreendidos pelas equipes do Ministério da Saúde para tocarem as ações na contramão das prioridades do governo, centradas na manutenção da política macroeconômica de Fernando Henrique Cardoso, elevação das taxas de juros, pagamento das dívidas aos bancos, preservação da Desvinculação das Receitas da União (DRU) e no chamado superávit primário (Teixeira & Paim, 2005; Mendes & Marques, 2005). Em 2005, por exemplo, a Medida Provisória 261 (MP 261) tentou retirar R\$ 1,2 bilhão da saúde para o Fome Zero, além de recursos para hospitais das Forças Armadas (11/2005), e transferiu R\$ 186 milhões para o Ministério das Cidades tratar esgotos. Dos 17 estados que enviaram balanços de 2004, só 13 ficaram acima dos 12%, de acordo com a EC-29 – 22% dos municípios nem enviaram seus



balanços para alimentar o Sistema de Informações do Orçamento Público em Saúde (Siops) (Westin, 2005).

Contudo, independentemente da avaliação que se possa fazer dos governos na área da saúde, cumpre destacar que as forças políticas e sociais que se têm movimentado nessa conjuntura possibilitaram uma retomada do tema da Reforma Sanitária na agenda política. A título de ilustração, poderíamos lembrar que a expressão ‘Reforma Sanitária’ esteve ausente nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde realizadas em 1992, 1996 e 2000 (9^a, 10^a e 11^a), só voltando a aparecer no Relatório Final da 12^a CNS, em 2003 (Paim, 2007). A equipe dirigente do Ministério da Saúde até julho de 2005 era majoritariamente constituída por integrantes do movimento sanitário e mesmo as mudanças de ministros que ocorreram depois não alteraram, substantivamente, tal composição. Nesse particular um mérito pode ser creditado ao presidente Lula em relação à saúde: até o momento, nenhum ministro da saúde dos seus governos foi contrário ao SUS. Mais que isso, todos os ministros vinculavam-se ao movimento da RSB.

Um marco da retomada do ‘processo’ da RSB pode ser atribuído ao 8^o Simpósio sobre Política Nacional de Saúde com o lançamento de um documento crítico (Carta de Brasília, 2005). Ao proceder a uma crítica ao Estado brasileiro e aos governos incapazes de contribuir na consecução da RSB, o movimento sanitário recuperou sua especificidade e autonomia no âmbito da sociedade civil, sem desprezar a articulação necessária com o Executivo, o Legislativo e o Judiciário. Desse modo foi criado o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (2005), sob a liderança da Abrasco e do Cebes, e configurada uma articulação política denominada ‘refundação do Cebes’ (2006). Estabeleceu-se uma agenda conhecida como “SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade”, centrada nas seguintes proposições: a) romper o insulamento do setor Saúde; b) estabelecer responsabilidades sanitárias e direitos dos cidadãos usuários; c) intensificar a participação e o controle social; d) formar e valorizar os trabalhadores da saúde; d) aprofundar o modelo de gestão; e) aumentar a transparência e o controle dos gastos; f) ampliar a capacidade de regulação do Estado; g) superar a insegurança e o subfinanciamento (Cebes, 2006).

Paralelamente, a amplitude de questões envolvidas em iniciativas que transcendem o setor Saúde, permitem-nos vislumbrar uma nova inflexão no ‘processo’ da Reforma Sanitária. Ou seja, se no primeiro momento da RSB a ênfase foi concedida à implantação do SUS, nesse novo momento torna-se possível tematizar mais uma vez a ‘totalidade de mudanças’ concebida no seu ‘projeto’ original. Assim, a retomada da defesa da RSB passou a estar presente no movimento sanitário e,



também no discurso governamental. No primeiro caso, verificam-se ações voltadas para a retomada e o fortalecimento da RSB, pelo Cebes, pela Abrasco e aliados. No segundo caso, o 'processo' da RSB encontrou ressonância em pelo menos três fatos produzidos em 2006: a) aprovação do Pacto pela Saúde, incluindo o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2006b); b) formalização da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006a); c) criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008).

A CONJUNTURA ATUAL

Na pesquisa que realizamos até 2006 sobre o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira a análise fixou-se em duas conjunturas: a da transição democrática e a conjuntura pós-constituente (Paim, 2007). Ao atualizarmos aqui parte do estudo cabe-nos mencionar o Plano de Governo 2007-2010 (Lula Presidente, 2006), divulgado pelo candidato Lula nas últimas eleições presidenciais, o Mais Saúde (2008-2011) apresentado pelo Ministro da Saúde em 5 de dezembro de 2007 (Brasil, 2007) e alguns fatos produzidos em 2008.

O Plano de Governo 2007-2010 apresentava as seguintes proposições para a saúde:

Fortalecer a gestão do SUS, pública e democrática, com controle social, como instrumento de identificação das necessidades da população, atendimento ao interesse público e combate à corrupção; Organizar as ações e serviços em rede nacional única e integrada de atenção à saúde; Universalizar o cartão SUS (...); Assegurar a universalização do acesso às ações e serviços de atenção básica, por meio das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde; Criar os Centros de Atendimento Especializados de média complexidade (...); Manter a prioridade ao Programa Brasil Sorridente, ampliando a rede de Centros de Especialidades Odontológicas do país; Criar o Telesáude (...); Apoiar estados e municípios na criação de Centrais de Regulação (...); Ampliar o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – Samu (...); Dar continuidade à implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (...); Fortalecer e ampliar as ações preventivas das doenças sexualmente transmissíveis e do HIV (...); Continuar as ações de modernização e ampliação da capacidade instalada e da produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (...); Fomentar a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico e industrial sustentável, para a auto-suficiência na produção de matéria-prima, de hemoderivados, vacinas, medicamentos e equipamentos. (Lula Presidente, 2006: 26-27.)

Em que pese a pertinência de muitas dessas ações, tratava-se, na realidade, de fazer um pouco mais do mesmo nos âmbitos setorial e institucional, reproduzindo o modelo médico hegemônico. Nada que sugeria um compromisso mais amplo com a RSB. O orçamento federal para a saúde elaborado para o ano de 2007, por exemplo, já indicava os obstáculos futuros (Carvalho, s.d.).

Contudo, a indicação do novo ministro da saúde apontava novas perspectivas para a RSB e para o desenvolvimento do SUS. O ministro José Gomes Temporão tem sido um militante histórico do movimento sanitário; professor, pesquisador, ex-dirigente do Cebes e com uma significativa folha de serviços prestados ao SUS. E a equipe dirigente do Ministério da Saúde, particularmente os ocupantes das secretarias nacionais, tem inserção no movimento sanitário, gozando de apoio e simpatia de parte significativa dos militantes da saúde.

Enquanto o ministro Temporão era bem recebido como novidade pela mídia (De Lavor, 2007), quatro temas foram destacados no debate público da saúde: a descriminalização do aborto, o licenciamento compulsório de medicamentos, a criação das fundações estatais de direito privado e a regulamentação da EC-29. Ao introduzirem a questão da restrição à propaganda de cervejas na televisão e à venda de bebidas alcoólicas nas rodovias federais o ministro e a saúde saíram das graças da mídia e passaram a ser objeto das campanhas desestabilizadoras de sempre. Assim, a tragédia crônica da assistência hospitalar brasileira, especialmente no Nordeste, passou a ocupar os telejornais diante da pressão dos médicos especialistas (cardiologistas, anestesistas, neurologistas etc.). Segmentos do Conselho Nacional de Saúde ganhavam espaço político e midiático por se oporem à proposta das fundações estatais, especialmente durante a 13ª CNS. E o jornal *O Globo*, por sua vez, tratou de atacar a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Machado, 2008). Se num primeiro momento o ministro Temporão foi 'adotado' pela mídia (Dominguez, 2008a), passou a ser 'massacrado' quando a conjuntura mudou.

No caso do Conselho Nacional de Saúde, dirigentes sindicais que conseguiram obter maioria nas votações passaram a ignorar, quando não hostilizar, análises e propostas dos representantes do Cebes, da Abrasco e de gestores. Antecipou uma votação contra a proposta das fundações estatais, comprometendo a sua ampla discussão. Durante a organização da 13ª CNS rejeitou a construção de teses e a elaboração de documentos de referência, sob o pretexto de que as propostas legítimas nasceriam naturalmente 'das bases' e de que a Conferência não precisava da contribuição de 'iluminados'. As hostilidades e vetos contra gestores e intelectuais ficaram evidentes nas composições das mesas e na contenção dos debates durante o evento

(13ª Conferência Nacional de Saúde, 2008; Beabá da seguridade, 2008; Que herança deixaremos?, 2008; Plenárias Temáticas, 2008; Plenária Final, 2008).

Ainda assim, o movimento sanitário articulado em torno do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, composto pelo Cebes, Abrasco, Rede Unida, Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa) e a ONG Crioula, apresentou suas posições e proposições para os três eixos da conferência. Reconhecia aquele momento como crucial para a democratização da saúde, devendo ser valorizado “para manter vivo o espírito do Movimento da Reforma Sanitária, responsável pela agregação de valores, princípios e interesses em torno de um projeto comum” (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, s.d.-a). Convidava para uma reflexão sobre as bases sociais e políticas da RSB, bem como sobre a institucionalidade do SUS, indagando se a capacidade de transformação e de inovação da atual coalizão de forças, os formatos de gestão e as práticas de saúde seriam suficientes para construir um sistema universal numa sociedade como a brasileira.

Acreditamos que é hora de superar o discurso ufanista em defesa do SUS e reconhecer que ele só poderá melhorar, ganhando apoio da população, quando as antigas e novas lideranças do Movimento Sanitário, na sociedade e no governo, se solidarizarem com o(a) cidadão(ã), com necessidades e demandas no cotidiano de suas vidas, e iniciarem um processo de transformação conseqüente, orientado por dois princípios: a) intransigência e combate a todas as formas de iniquidades; b) centralidade do(a) cidadão(ã) no cuidado e atenção ao usuário(a) do SUS. Os que defendem realmente o SUS e a Reforma Sanitária Brasileira precisam discutir modelos de atenção e de gestão que sejam capazes de enfrentar e superar as dificuldades criadas pelos seus inimigos (...) Para nós o caminho do sistema universal é o único possível se queremos democratizar a saúde. Sendo a Reforma Sanitária uma Reforma Solidária, as políticas que desenhamos devem apontar para a sociedade que almejamos e nós não queremos políticas que reifiquem a fragmentação social que ameaça nossa sociedade. Ao afirmarmos o caráter civilizatório da Reforma Sanitária estamos entendendo que, por meio desse processo de transformação da sociedade e do Estado brasileiro, seremos capazes de alcançar um patamar civilizatório no qual as relações sociais e as políticas sejam regidas pelo primado da justiça social. (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, s.d.-b)

Naquela oportunidade foi questionado o falso dilema entre financiamento e gestão, defendendo-se maior investimento público para a saúde. O Fórum da Reforma Sanitária Brasileira denunciou o uso clientelista e político-partidário da gestão das unidades de saúde que conduz à ineficácia e corrupção, advertindo que só com a revisão dessas perigosas relações de poder seria possível transformar a



gestão da saúde. Lembrou, ainda, que o equacionamento desses problemas implica enfrentar interesses cristalizados que transformam os cargos de direção em “moeda de negociação partidária” e os recursos do setor em “meio de enriquecimento ilícito de corruptos”. Considerando o controle social como questão estratégica, o documento público explicava por que a Reforma Sanitária é uma reforma solidária:

Uma reforma solidária implica a distribuição de recursos por meio de orçamento público que contemple as necessidades do setor;

Uma reforma solidária requer o cumprimento da legislação sobre o financiamento da saúde e a rejeição de manobras políticas que comprometem a disponibilidade de recursos, a exemplo da regulamentação da EC 29 concebida pelo governo que torna a saúde refém, a cada ano, da ditadura da área econômica;

Uma reforma solidária requer o estancamento da drenagem de recursos financeiros dos setores sociais para a área econômica através da DRU;

Uma reforma solidária implica retomar e aprofundar a Seguridade Social, pois não há saúde se os benefícios previdenciários e assistenciais são ameaçados e também neles se preservam iniquidades;

Uma reforma solidária exige que encaremos a existência de um setor privado que se beneficia de recursos públicos e requer nossa definição de mecanismos e formas de controle que assegurem a prevalência dos interesses públicos;

Uma reforma solidária não pode mais adiar, por quaisquer justificativas, a garantia de atendimento digno aos cidadãos;

Uma reforma solidária exige dos atores que a sustentam a defesa radical e cotidiana da garantia do direito à saúde como direito humano singular, da democracia nas relações políticas, da transparência e probidade no uso dos recursos públicos e da equidade no acesso e uso dos serviços;

Uma reforma solidária implica a busca permanente de mecanismos que assegurem que os direitos coletivos sejam preservados e que as garantias jurídicas de proteção aos direitos individuais sejam orientadas por normas compatíveis com a defesa de patamares cada vez mais elevados de cidadania. (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, s.d.-c)

As entidades integrantes do Fórum da RSB alertavam a fim de que a 13ª CNS não fosse desperdiçada, admitindo a possibilidade de que, apesar das diferenças de caminhos, as forças progressistas estivessem unidas em torno do projeto da RSB. Mas pouco valeram os esforços do fórum e das entidades a fim de buscar a distensão das relações entre a CNS e o Ministério da Saúde antes da 13ª Conferência, bem como de apresentar proposições e textos voltados para os três eixos desta. As articulações entre as forças contrárias à descriminalização do aborto e os segmentos sindicais que se opunham à proposta das fundações estatais polarizaram,



artificialmente, a conferência em torno dessas duas questões, visando a impingir derrotas políticas às forças progressistas do movimento sanitário.

Como se já não bastassem os oponentes da RSB e do SUS, muitos e fortes como classe dominante, o movimento sanitário passou por esse teste difícil ao encontrar em conselhos e conferências por ele propostos não só resistência ao novo, mas, sobretudo, oposição política sistemática articulando setores retrógrados da sociedade com segmentos sindicais e populares (Goulart, 2008). Em termos gramscianos, mais um episódio de 'transformismo' como integrante da 'revolução passiva'.

Esse fenômeno recentemente manifestado na participação e controle social do SUS merece ser estudado e melhor compreendido. Todavia, para além de objeto de pesquisa, o tema demanda novas articulações políticas que permitam contornar as tensões acumuladas, transformando em positividade a negatividade aparente dos conflitos e superando, sempre que possível, as contradições identificadas.

Outras derrotas não tardaram para o movimento sanitário. A aprovação do Projeto de Lei 03 (PL-03) na Câmara dos Deputados em 31 de outubro de 2007 (Regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, 2007) ficou prejudicada com a derrubada da CPMF no Senado na madrugada de 12 para 13 de dezembro (Mês de Expectativa na Saúde, 2008) e com a manutenção da DRU dias depois pelo mesmo Senado.

O Conselho Político, reunido no Palácio do Planalto com a presença de parlamentares aliados e dos ministros José Gomes Temporão e Guido Mantega, da Fazenda, atrelou o rumo do PLP a acordo com a oposição pela aprovação da CPMF pelo Senado. (...) Como as equipes econômicas historicamente rejeitam a vinculação de gastos à arrecadação de impostos, inclusive a atual, e o PLP destina 10% das receitas correntes da União, não surpreendeu que a Câmara, onde o governo tem maioria, entrasse no jogo político. (Carvalho, 2007: 8)

Mais uma vez o SUS sofria as conseqüências da 'arte do possível'. A jogada do governo, vinculando a saúde à prorrogação da CPMF, só fez protelar e prolongar a agonia do financiamento, quando bastaria cumprir-se a lei (Machado, 2007). Assim, o lançamento do chamado Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (PAC da Saúde) ou Programa Mais Saúde, que anunciava a destinação de R\$ 88,6 bilhões a serem aplicados nos próximos quatro anos (R\$ 64,6 bilhões do Plano Plurianual [PPA] e R\$ 24 bilhões da EC-29) foi ofuscado pela extinção da CPMF e pela polêmica gerada desses fatos políticos. Baseado em quatro pilares (Promoção e Atenção à Saúde; Produção, Desenvolvimento e Cooperação em Saúde; Gestão, Trabalho e Participação; e Mais Acesso – Melhor Qualidade), o programa não



contou com a devida divulgação e o debate necessário. Não se deu destaque ao acompanhamento das equipes de Saúde da Família nas escolas nem à organização de Territórios de Atenção Integrada à Saúde (Teias), organizando a cobertura, a qualidade e a descentralização do atendimento. Negligenciou-se a relevância da meta de atingir, por meio do PSF, 130 milhões de brasileiros, contra os 87 milhões atuais, cujas equipes passariam a contar com mais 1.500 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), além de quatrocentos novos centros de especialidade odontológica, 430 Caps e a construção de mais duzentas novas unidades de Pronto Atendimento integradas ao Samu. A promessa de aquisição de mais de quatro mil novas ambulâncias, a montagem de uma Força Nacional de Emergência para crises, dispondo de até dois mil médicos, dez mil enfermeiros e mil dentistas, bem como a qualificação de 110 mil profissionais, a especialização de oitenta mil e a capacitação de 373 mil técnicos (Brasil, 2007), não mereceu a atenção da opinião pública.

Esta, porém, foi despertada no início de 2008 ao ser criada uma epidemia artificial de febre amarela pela mídia (Dominguez, 2008b). E logo em seguida o Rio de Janeiro concentrou as atenções nacionais diante de uma grave epidemia de dengue, com elevada letalidade em crianças. Diante dessa situação, o recado dos grupos dominantes aos dirigentes do Ministério da Saúde parece muito claro: vão fazer o 'dever de casa', controlando epidemias e cuidando dos hospitais públicos em vez de atirar temas polêmicos como aborto, financiamento público para a saúde e controle do uso abusivo do álcool, prejudicando os negócios e dogmas das televisões, empresários, economistas, igrejas, cervejarias e agências de publicidade. Só para ilustrar, o governo cedeu ao *lobby* dos fabricantes de bebidas alcoólicas, liberando a sua venda nas rodovias federais em estabelecimentos e postos de combustíveis e mantendo a sua proibição apenas em áreas rurais, conforme se verifica a seguir:

A Câmara aprovou, ontem, a medida provisória que libera a venda de bebidas nos postos de combustíveis e estabelecimentos que ficam localizados no perímetro urbano dos municípios. Agora, a proibição está restrita a pequenos bares e postos de combustíveis em estradas federais. (Proibição apenas em áreas rurais, 2008: 16)

A Medida Provisória 415, que vedava a venda de bebidas alcoólicas em postos de gasolina, bares e restaurantes à margem das rodovias federais, teve, infelizmente, aplicação parcial.

Houve pressão dos comerciantes, sob alegação de prejuízos financeiros e desemprego. É o *lobby* poderoso dos fabricantes de cerveja e outras bebidas, que muito pesa nos comerciais da televisão e do rádio e ocupa páginas coloridas de jornais e revistas. (...) A idéia de regulamentação desses comerciais, em proveito da saúde pública e da ética, ficou em demonstração de intenções. (Editorial, 2008b: 3)



Esses e outros fatos expostos adiante demonstram os retrocessos do governo Lula em relação à saúde. Mas não há situação mais emblemática que a questão do financiamento do setor.

Com três meses de atraso, várias tentativas fracassadas de acordo e muito bate-boca entre governo e oposição, o plenário do Congresso Nacional enfim votou, na noite de 12 de março, a Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2008 (...) Para este ano foram reservados à Saúde R\$ 48,4 bilhões. (Orçamento da Saúde, 2008: 8)

A regulamentação da EC-29, com base na aprovação pelo Senado do Projeto de Lei Complementar 121/07 do Senador Tião Viana (PT-AC), em abril, a contragosto da área econômica do governo, ainda precisa passar pela Câmara dos Deputados e pelo crivo da Presidência da República. Pelo que circula na imprensa a EC-29 está longe de ter um desfecho tranqüilo e favorável à saúde:

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva pretende cobrar hoje dos líderes dos partidos da base aliada uma ofensiva para evitar que a Câmara aprove o pacote de medidas que já passaram pelo Senado (...) No dia 9, o plenário do Senado aprovou a regulamentação da Emenda 29, que destina recursos públicos para a área da Saúde. A proposta rachou a base aliada que apóia o governo. O grupo liderado pelo senador Tião Vianna (PT-AC), que é médico, saiu vitorioso e aprovou a medida. Por esta proposta, a União deve repassar 8,5% da sua receita bruta para o setor. Até 2011, o percentual deverá chegar a 10%. (Lula tenta evitar mais despesas, 2008: 20)

Em reunião hoje com ministros e aliados, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT) condicionou o aumento de recursos para a Saúde – definidos pela Emenda 29 – a uma nova fonte de financiamento. A reportagem apurou que, se não houver essa definição, Lula deve vetar a medida. (Alencar, Pinho & Cabral, 2008: 22)

O presidente da República instruiu a base aliada na Câmara a levantar sólida barreira contra um pacote de medidas aprovadas no Senado (...) Quanto à saúde pública, reduzir seus recursos, com o Rio de Janeiro infestado pela dengue e a doença a se alastrar de forma epidêmica no Ceará e em Sergipe, seria um atestado decisivo de crueldade. (Editorial, 2008a: 3)

Como se fora pouco, o contingenciamento de recursos em 2008 imposto pelo governo atingiu drasticamente o Ministério da Saúde:

Os ministérios das Cidades, da Saúde e do Turismo foram os que sofreram os maiores cortes orçamentários absolutos no bloqueio de despesas promovido pelo governo, revelou decreto presidencial publicado no *Diário Oficial da União* de ontem. O orçamento das Cidades foi reduzido em R\$ 2,720 bilhões, para R\$ 3,213 bilhões e o da Saúde sofreu um corte de R\$ 2,594 bilhões, para R\$ 40,656 bilhões. (União faz corte de R\$ 2,5 bi na saúde, 2008: 20)



Portanto, o SUS continua um 'sistema em construção' e para tanto não bastam leis e normas. Ainda enfrenta um conjunto de desafios como a instabilidade e insuficiência do financiamento, investimentos reduzidos, distribuição desigual dos recursos e da infra-estrutura, acesso insuficiente, baixa eficácia, qualidade insatisfatória, ineficiência na gestão dos recursos, humanização deficiente, desrespeito ao cidadão, desatenção e maus-tratos.

Como toda análise de conjuntura realizada em cima dos fatos recentes, há grandes possibilidades de erros de interpretação, sobretudo por não se dispor de informações suficientes e oportunas e por ocasionar vieses em virtude da sua natureza auto-referente. Sendo o autor, também, um possível ator que tem posições e projetos em relação à saúde e à sociedade, há que relativizar as análises e interpretações. Não obstante essas devidas cautelas podemos afirmar que as políticas de saúde desenvolvidas a partir de 2007 e os fatos produzidos até o presente não possibilitaram identificar avanços substantivos no SUS nem perspectivas mais amplas para a RSB. Parece-nos que a leitura crítica que fizemos em relação ao desenvolvimento da RSB não perdeu a vigência depois de encerrada a pesquisa em 2006. No próximo tópico veremos que os limites impostos para a RSB e o SUS relacionam-se com a atual correlação de forças político-ideológicas e, especialmente, com a natureza do Estado e com os determinantes estruturais da sociedade brasileira.

ANÁLISE POLÍTICA

Apesar da base jurídico-normativa disponível (Constituição, Leis 8.080/90 e 8.142/90, normas e pactos), governantes, políticos, profissionais e trabalhadores da saúde, estudantes, mídia e população ainda mantêm visões distintas sobre o SUS. Assim, tem-se o 'SUS para pobres', um produto ideológico resultante do modelo institucionalizado de saúde pública, de políticas focalizadas influenciadas por organismos internacionais e de restrições à expansão do financiamento público. O 'SUS real', moldado pelas políticas econômicas monetaristas e de ajuste macroestrutural, pelo clientelismo, patrimonialismo e partidarização na saúde. O 'SUS formal', estabelecido pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde e portarias pactuadas, também conhecido como 'aquele que está no papel'. E há o 'SUS democrático' que integra, organicamente, o projeto da RSB na sua dimensão institucional: universal, igualitário, humanizado e de qualidade. Essas representações em torno do SUS traduzem interesses cristalizados na 'indústria da saúde', em governos e corporações profissionais, de um lado, e ideais de mudança social, de outro.



Revelam, ainda, diferentes projetos em disputa como o 'mercantilista', o 'revisionista' e o da 'RSB'.

O projeto 'mercantilista' assume a saúde como mercadoria, defendendo o mercado como a melhor opção para a alocação de recursos e para a satisfação das demandas e necessidades dos indivíduos, com base no valor 'utilidade'. Reúne interesses de empresas médicas, seguradoras e operadoras de 'planos de saúde', indústrias de medicamentos e de equipamentos, parte de entidades médicas e de profissionais da saúde, além da mídia e de empresas de publicidade. Defende que os serviços de saúde devem ser comprados pelos que podem pagar, cabendo ao Estado financiar àqueles que não podem fazê-lo.

O projeto 'revisionista' tem sido formulado por segmentos que anteriormente defendiam a RSB e o SUS mas que, diante dos seus dilemas, preferem flexibilizar seus princípios e diretrizes para ajustá-los aos imperativos da ordem econômica e aos interesses do Estado e da política das classes hegemônicas.

O projeto da RSB toma como referência as proposições sistematizadas e aprovadas na 8ª CNS, legitimadas na Constituição de 1988, estabelecidas no arcabouço legal e reatualizadas pela produção intelectual, discussões e práxis do movimento sanitário.

Por conseguinte, os limites estreitos para o desenvolvimento da RSB e do SUS estiveram condicionados pelas suas bases de sustentação política. A RSB e o SUS têm encontrado apoio em movimentos populares e sindicais, em segmentos de trabalhadores da saúde, técnicos, pesquisadores, intelectuais e burocratas que atuam no Cebes, na Abrasco, na Abres, na Rede Unida, entidades de saúde etc. Nos partidos, com variações conjunturais, tem parte de suas propostas defendidas pelo PCB, PC do B, PMDB, PSDB e PT, além do PDT, PPS, PSB, PSOL, PSTU etc. Entre os gestores e políticos destaca-se a atuação do Conass, Conasems e Frente Parlamentar da Saúde. Mais recentemente, adquire grande relevância a participação de representantes do Ministério Público, congregados em torno da Ampasa.

Já os oponentes da RSB e do SUS dispõem de uma força política, econômica e ideológica não desprezível. Contam nas suas fileiras com o empresariado da saúde, as oligarquias e setores clientelistas e fisiológicos da política, corporações de profissionais, partidos da direita (mesmo que não se identifiquem como tal), capital industrial (medicamentos, equipamentos etc.), capital financeiro (especialmente vinculado ao Sams), Banco Mundial, maior parte da mídia e das empresas de publicidade. Trata-se, portanto, de uma correlação de forças extremamente desfavorável ao pleno desenvolvimento do SUS e ao avanço do 'processo' da RSB (Paim, 2007).

Para os que apostam na garantia do direito à saúde e na elevação da consciência sanitária da população não há como desconhecer a pertinência de avançar nos seguintes passos: a) luta para a conquista da cidadania plena; b) mobilização da sociedade civil; c) articulação dos movimentos sociais; d) ação política organizada não redutível aos partidos; e) democratização do Estado, instituições e tecnoburocracia.

Nessa perspectiva, a eleição de governos que façam avançar o ‘processo’ da RSB e a sustentabilidade do SUS representam ganhos relevantes para a democratização da saúde, do Estado e da sociedade. Mas a conquista do Estado empreendida pela burguesia e seus aliados históricos, desde 1964 (Dreifuss, 1981), não foi redefinida pela construção do Estado Democrático de Direito, advindo do pacto social que permitiu a promulgação da Constituição Cidadã. As classes dominantes brasileiras vieram com toda a força, pela eleição do Presidente Collor, restringir os direitos sociais recém-formalizados, consolidando o seu projeto nos oito anos de FHC. O continuísmo dos governos Lula, particularmente na condução da economia, confirma a hegemonia da burguesia financeira, industrial e ligada ao agronegócio na direção do Estado brasileiro, além de viabilizar a penetração do capital e de seus interesses em praticamente todos os espaços e interstícios da sociedade.

Portanto, a defesa dos direitos sociais e da saúde, em particular, tão cara ao projeto da RSB, constitui uma luta contra-hegemônica mesmo diante de um governo federal conduzido por dirigentes considerados de esquerda. “A ruptura não veio, mas houve e está havendo a modernização capitalista e, em ‘ondas reformadoras sucessivas’, vem-se fortalecendo o processo de democratização que institui cada indivíduo dependente em um portador potencial de direitos à cidadania” (Vianna, 2004: 61).

A ‘revolução passiva’ reproduzida nos governos Lula e o ‘transformismo’ por que passaram partidos, lideranças de esquerda e segmentos sindicais só fazem ilustrar, com o caso brasileiro, certas elaborações teóricas gramscianas. Assim, elementos estruturais vinculados ao conceito de ‘revolução passiva’ parecem condicionar o ‘processo’ da RSB. As dificuldades e impasses desse ‘processo’ não se resumem às questões conjunturais como o retrocesso do governo Sarney, as políticas neoliberais de Collor, o ajuste macroeconômico de FHC (com a implosão da Seguridade Social e o desfinanciamento da saúde) e o continuísmo de Lula. São os determinantes estruturais econômicos e aqueles vinculados à superestrutura (em que se enfrentam contradições geradas na base econômica) os que melhor explicam a lentidão e características do ‘processo’ da RSB.



A transição brasileira, na verdade, se fez ‘centralizando o momento democrático’, político-institucional. (...) Sempre foi preciso, portanto, fazer política’ em todos os níveis (...). Alianças amplas, negociações, recuos táticos, transformações progressivas: as oposições democráticas só conseguiram progredir travando aquela prolongada ‘guerra de posição’ que exige ‘qualidades excepcionais de paciência e espírito inventivo’ como costumava dizer Gramsci. (Nogueira, 1985: 138)

Portanto, as formas de as classes dominantes atuarem em relação ao Estado e às classes subalternas no Brasil, tecendo a ‘revolução passiva’ e o ‘transformismo’, ajudam a compreender o conservar-mudando da sociedade e do Estado e, em última análise, da RSB.

COMENTÁRIOS FINAIS

A literatura disponível sobre a RSB sugere um ‘projeto’ de dupla face. De um lado, um ‘projeto contra-hegemônico’ que provocaria mudanças na forma de enfrentar a questão saúde na sociedade, incluindo uma dimensão ética. De outro, um ‘projeto setorial’ iniciando-se como uma reforma administrativa e contemplando a participação social no sistema de saúde. Essa dupla dimensão – societária e setorial – da RSB aparece em diferentes discursos e momentos, ainda que a polarização em torno de uma delas revele posições político-ideológicas distintas ou diferentes estratégias em conjunturas específicas.

Com base nos argumentos e reflexões apresentados neste texto pode-se concluir que a RSB é uma ‘reforma social’ centrada na democratização ‘da saúde’ por meio da elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e do reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao SUS e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão. É uma reforma ‘do Estado’ e dos seus aparelhos quando defende a descentralização do processo decisório, o controle social e o fomento da ética e da transparência nos governos. É, também, uma reforma ‘da sociedade e da cultura’ quando se propõe a alcançar os espaços da organização econômica e cultural mediante a produção e distribuição justa da riqueza, uma ‘totalidade de mudanças’ em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, articulado a uma reforma intelectual e moral (Paim, 2007).

A investigação do ‘processo’ da RSB revela que, como práxis (Heller, 1986), ele se expressa como ‘reforma parcial’, ou seja, setorial, institucional e administrativa. Já a análise do seu ‘projeto’ sugere uma ‘reforma geral’ e uma ‘revolução no modo



de vida, conforme a tipologia sistematizada pela filósofa húngara. As explicações para tal desfecho, resultando em ‘promessas não cumpridas’ pelas forças que apostaram na transição democrática, transcendem às questões conjunturais, como se argumentou. Portanto, a compreensão da sua história e do seu devir passa pelo entendimento dos determinantes da estrutura e da superestrutura da sociedade brasileira. Nessa perspectiva, as categorias gramscianas de ‘revolução passiva’ e ‘transformismo’ tendem a contribuir para a compreensão do ‘processo’ da RSB.

Com base nessa compreensão e crítica, a ‘revolução passiva’ poderá constituir um critério para os atores mudarem a direção do ‘transformismo’ (Vianna, 2004), com novos ‘príncipes modernos’ capazes de avançar a política. Sendo assim, a radicalização do ‘processo’ da RSB requer a reativação da sociedade civil, indagando a cada momento qual desenvolvimento, qual política e qual Estado?

O Estado brasileiro procura ser eficiente na área econômica, em que cuida bem do capital, e nos espaços em que protege ‘a razão de Estado’. Na Receita Federal e no Banco Central observam-se concursos públicos, carreiras técnicas, melhor remuneração e contenção do clientelismo político. No Itamaraty e nas Forças Armadas constata-se um empenho na qualificação, competência, carreira por mérito e menos espaço para manobras políticas e partidárias. No entanto, na área social o poder público transforma-se num ‘balcão de negócios’ de todos os tipos em que a vida e o sofrimento das pessoas é o que menos conta.

Ao contrário, o Estado brasileiro precisa ser eficiente e eficaz, também, na área social para que possa cuidar de gente e não apenas do capital e do poder. No caso do SUS urge construir seu futuro, conquistando autonomia e sustentabilidade econômica, política, institucional e científico-tecnológica. Necessita alcançar uma nova institucionalidade que assegure a sua natureza pública, deixando de ser refém das ‘manobras da política’, do clientelismo e do corporativismo.

Uma nova ‘configuração institucional’ para o SUS supõe ‘publicizá-lo’ sem privatizá-lo, nem partidariá-lo. Universidades públicas, fundações, institutos de pesquisa e agências de cultura têm experimentado arranjos organizacionais nessa direção. Investir na ‘despartidarização’ da gestão da saúde e na ‘blindagem’ do SUS contra a atuação desastrosa de governos faz parte da construção do futuro desde o presente. Para tanto cumpre apostar na profissionalização da gestão, em carreiras públicas dignas para os trabalhadores da saúde que fazem o SUS no cotidiano e em oportunidades pedagógicas que potencializem a formação e a educação permanente em saúde.

A rigor, não vemos saída para o SUS enquanto depender de governos, composições partidárias e clientelismos. Alternativas têm que ser construídas enquanto

não avançamos a Reforma Democrática do Estado, pois a saúde e a vida das pessoas e da população não podem esperar por tanto tempo. Essas reformas do Estado e da política ainda não se colocam inteiramente no horizonte e a Reforma Sanitária, ao implicar uma ‘totalidade de mudanças’, supõe um ‘processo’ de longo prazo.

A Constituição da República, ao reconhecer o direito à saúde como direito social, vinculado à conquista de uma cidadania plena, rejeita a saúde como mercadoria. Entendendo que o mercado é incapaz de tratar a saúde como bem público, a Carta Magna proclamou que a saúde é assunto de relevância pública e indicou o dever do Estado na sua promoção, proteção e recuperação.

Não existe, porém, um Estado abstrato, descontextualizado, a-histórico e neutro. Existe, sim, um Estado brasileiro com natureza e características que se contrapõem de um modo geral e em situações específicas aos valores, princípios e diretrizes do SUS. O patrimonialismo e o clientelismo que atravessam esse Estado privatizado no Brasil solapam, a cada momento, os avanços, as conquistas e os saldos positivos do SUS. Os ganhos obtidos em uma gestão estadual ou municipal são neutralizados por uma nova direção político-institucional, resultando em retrocessos a serem eventualmente contornados por uma gestão seguinte. Enquanto isso acumulam-se sofrimentos, desassistência, maus-tratos e epidemias, desqualificando os esforços empreendidos e deslegitimando o SUS perante a população.

Admitindo que a burocracia, como ator, tende a ser irresponsável, a RSB propôs um ‘SUS democrático’ com amplos canais de participação, a exemplo das conferências e conselhos de saúde. Além de assumir a democracia como um valor e um fim em si mesma, a gestão participativa proposta serviria de contraponto à tendência de burocratização do sistema, além de uma possibilidade de controle público sobre o Estado, instituições, técnicos e burocratas. Antecipou-se às propostas contemporâneas que defendem mecanismos de *accountability*. Todavia, o controle social instaurado pelo SUS por intermédio de conferências e conselhos, assim como a gestão participativa, não tem sido suficiente para superar as amarras burocráticas, aparentemente criadas para que ele não venha a dar certo.

Esta democratização deparou-se com uma cidadania débil e, nessa situação, os espaços de participação institucionalizados passaram a ser colonizados por interesses particulares, sejam partidários, empresariais, clientelistas, corporativos, religiosos ou mesmo dos chamados ‘usuários’ com patologias específicas. Nesse contexto, os cidadãos que destinam parte do tempo das suas vidas colaborando para o desenvolvimento do SUS pagam uma espécie de ‘mais-valia participativa’ para obter o mínimo do direito à saúde, enquanto outros consumidores são levados a pagar pelos seus ‘planos de saúde’.

A busca de sustentabilidade do SUS (Campos, 2007) para além do financiamento impõe investigar novas conformações institucionais que superem as limitações impostas pelo mercado, burocracia, partidos e governos. Os acúmulos que possamos sedimentar requerem, além do ‘consenso ativo dos governados’, uma ampla participação social. A conquista da sustentabilidade institucional e da sustentabilidade política aponta a necessidade de construção de um ‘bloco histórico’ específico, reunindo um feixe de forças que atravesse a sociedade civil e o Estado e envolvendo, no caso da saúde, entidades como as que integram o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, o Ministério Público, o Ministério e as secretarias estaduais e municipais de saúde, Conass, Conasems, o Parlamento, entre outros, em defesa do SUS e da RSB. Portanto, a constituição de novos sujeitos sociais e o desenvolvimento de uma consciência sanitária que promovam a desmedicalização da sociedade, o reforço à cidadania plena e a participação social parecem fundamentais para a sustentação do ‘processo’ da RSB e o desenvolvimento do SUS nos próximos anos.

REFERÊNCIAS

- AÇÕES judiciais, riscos para o SUS. *Radis*, 63: 6, 2007.
- AGGIO, A. A revolução passiva como hipótese interpretativa da história política latino-americana. In: AGGIO, A. *Gramsci, a Vitalidade de um Pensamento*. São Paulo: Editora da Unesp, 1998.
- ALENCAR, K.; PINHO, A. & CABRAL, M. C. Emenda 29: novo imposto para a saúde. *A Tarde*, Salvador, 25 abr. 2008, p. 22.
- ALMEIDA, C.M. *As Reformas Sanitárias dos Anos 80: crise ou transição*, 1995. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado: Fundação Oswaldo Cruz.
- AQUINO, R. *Programa de Saúde da Família: determinantes e efeitos de sua implantação nos municípios brasileiros*, 2006. Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- AROUCA, A. S. A reforma sanitária brasileira. *Tema. Radis*, 11: 2-4, 1988.
- AROUCA, A. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora da Unesp, Editora Fiocruz, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Atualizando a agenda da Reforma Sanitária Brasileira. *Bol. Abrasco*, n. 79, out.-dez. 2000. Encarte.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). A agenda reiterada e renovada da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, 26(62): 327-331, 2002.

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO) & CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Em defesa da saúde dos brasileiros. Carta à sociedade brasileira, aos partidos políticos, aos governos federal, estaduais, municipais e distrital, à Câmara dos Deputados e ao Senado Federal. Rio de Janeiro, 13 de setembro de 2002. *Boletim Abrasco*, 85, 2002.
- BASTOS, M. V. O Sistema Nacional de Saúde em debate. *Méd. Mod.*, 4: 30-51, 1975.
- BEABÁ DA SEGURIDADE. *Radis*, 65: 19-21, 2008.
- BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. *I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*. Brasília, 1980.
- BRASIL. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 687 de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*, n.63, 31 mar. 2006a. Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Mais saúde – direito de todos, 2008-2011, 2007. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsaude/index.php>, <bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsaude/estrutura1.php>, <bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsaude/diretrizes.php>. Acesso em: 7 dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família, 2008. Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>. Acesso em: 25 abr. 2008.
- CAMPOS, G.W. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 301-306, 2007.
- CARDOSO, F.H. *Autoritarismo e Democratização*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.
- CARTA DE BRASÍLIA. Documento final do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. *Medicina CFM*, 156: 12-13, 2005.
- CARVALHO, G. *Orçamento Federal para a Saúde 2007*. s.l., s.d.
- CARVALHO, M. Regulamentação da EC 29. Do ideal ao possível. *Radis*, 63: 8-9, 2007.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). A questão democrática na área de Saúde. *Saúde em Debate*, 9: 11-13, 1980.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. *Saúde em Debate*, 29(31): 385-396, 2006.

- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, abr. 2008.
- CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis*, 14(2): 343-362, 2004.
- COUTINHO, C. N. As categorias de Gramsci e a realidade brasileira. In: COUTINHO, C. N. & NOGUEIRA M. A. (Org.) *Gramsci e a América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra 1985.
- DAMASO, R. Saber e práxis na Reforma Sanitária. Avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco, 1989.
- DE LAVOR, A. O ministro e os holofotes. *Radis*, 64: 2, 2007.
- 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Encontro de paradoxos. *Radis*, 65: 8-13, 2008.
- DOMINGUEZ, B. O SUS na mira da mídia. *Radis*, 67: 2, 2008a.
- DOMINGUEZ, B. Febre amarela: um fenômeno (clássico) de imprensa. *Radis*, 66: 16-17, 2008b.
- DREIFUSS, R. A. 1964. *A Conquista do Estado: ação política, poder e golpe de classe*. Petrópolis: Vozes, 1981.
- EDITORIAL. Barreira cruel. *A Tarde*, Salvador, 26 abr. 2008a, p. 3.
- EDITORIAL. Decisão simplista. *A Tarde*, Salvador, 27 abr. 2008b, p. 3.
- ENTREVISTA: Financiamento do SUS é o grande desafio. *Medicina CFM*, 156: 20-22, 2005.
- ESCOREL, S. *Reviravolta da Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. & EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- FALEIROS, V. P. et al. *A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- FLEURY, S.; BAHIA, L. & AMARANTE, P. (Org.) *Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.
- FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. Mudanças na Saúde exigem alteração no modelo de desenvolvimento e superação das desigualdades. 13ª Conferência Nacional de Saúde. Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento. Eixo 1. Elaborado com base no

documento 'O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) na 13ª Conferência Nacional de Saúde', s.d-a.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. A Reforma Sanitária é uma reforma solidária. 13ª Conferência Nacional de Saúde. Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde. Eixo 2. Elaborado com base no documento 'O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) na 13ª Conferência Nacional de Saúde', s.d.-b.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. O controle social é uma questão estratégica. 13ª Conferência Nacional de Saúde. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. Eixo 3. Elaborado com base no documento 'O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) na 13ª Conferência Nacional de Saúde', s.d.-c.

GALLO, E. & NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. (Org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.

GERSTMANN, S. *A Democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

GOULART, F. Pós-tudo. Um confronto anunciado. *Radis*, 65: 35, 2008.

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

HELLER, A. *Teoría de las Necesidades en Marx*. Barcelona: Ediciones Península, 1986.

JUDICIALIZAÇÃO ganha perfil, 2007. *Radis*, 64: 7, 2007.

LOBATO, L. V. C. *Reforma Sanitária e Reorganização de Sistema de Serviços de Saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços*, 2000. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado: Fundação Oswaldo Cruz.

LULA Presidente. *Plano de Governo 2007-2010*. 2006.

LULA tenta evitar mais despesas. *A Tarde*, Salvador, 24 abr. 2008, p. 20.

MACHADO, K. Bastaria cumprir-se a lei. *Radis*, 63: 9, 2007.

MACHADO, K. Ataque à reforma psiquiátrica brasileira. *Radis*, 67: 16-17, 2008.

MENDES, A. N. & MARQUES, R.M. O impacto da política econômica do governo Lula na Seguridade Social e no SUS. *Saúde em Debate*, 29(31): 257-267, 2005.

MENDONÇA, A.C.O. *et al.* Políticas de Saúde do Governo Lula: avaliação dos primeiros meses de gestão. *Saúde em Debate*, 29(70): 109-124, 2005.

MÊS de expectativa na saúde. *Radis*, 66: 6, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE investiu apenas 5,59% de seu orçamento. *Medicina CFM*, 156: 23, 2005.

- NOGUEIRA, M. A. Gramsci, a questão democrática e a esquerda no Brasil. In: COUTINHO, C. N. & NOGUEIRA, M. A. (Org.) *Gramsci e a América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- OLIVEIRA, J. A. Para uma teoria da Reforma Sanitária: 'democracia progressiva' e políticas sociais. *Saúde em Debate*, 20: 85-93, 1988.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Salud en las Américas, 2007: países*. Washington: OPS/OMS, 2007. v. 2. (Publicación Científica y Técnica, 622)
- ORÇAMENTO DA SAÚDE. Como sempre, recursos insuficientes. *Radis*, 68: 8-9, 2008.
- PAIM, J. S. A democratização da saúde e o SUDS: ocaso da Bahia. *Saúde em Debate*, 21: 39-44, 1988.
- PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- PAIM, J. S. *Saúde Política e Reforma Sanitária*. Salvador: Ceps-ISC, 2002.
- PAIM, J. S. Contribuições do marxismo para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). In: PEREIRA, M. F. & SILVA, M. D. F. (Org.) *Recortes do Pensamento Marxista em Saúde*. Brasília: Dreams, 2006.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*, 2007. Salvador, Tese de Doutorado: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- PAIM, J. S. & TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, supl.: 1.819-1.829, 2007.
- PLENÁRIAS TEMÁTICAS. Da bagunça ao método. *Radis*, 65: 25-27, 2008.
- PLENÁRIA FINAL. Os sem-debate. *Radis*, 65: 29-31, 2008.
- PROIBIÇÃO APENAS EM ÁREAS RURAIS. *A Tarde*, Salvador, 24 abr. 2008, p.16.
- QUE HERANÇA deixaremos? *Radis*, 65: 22-24, 2008.
- REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. Manifesto: reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros. Brasília, 2005. (Mimeo.)
- REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29. Sanitaristas de 'ressaca'. *Radis*, 64: 16-17, 2007.
- TEIXEIRA, C. F. & PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, 29(31): 268-283, 2005.
- TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco, 1989.
- UNIÃO FAZ CORTE DE R\$ 2,5 BI NA SAÚDE. *A Tarde*, Salvador, 24 abr. 2008, p. 20.



VIANNA, L. W. *A Revolução Passiva: iberismo e americanismo no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl.
Rio de Janeiro: Revan, 2004.

VILASBÔAS, A. L. Q. & TEIXEIRA, C. F. Saúde da família e vigilância em saúde: em busca
da integração das práticas. *Revista Brasileira Saúde da Família*, 16: 63-67, 2007.

WESTIN, R. Brecha na lei tira R\$ 9 bi da saúde. *O Estado de São Paulo*, 28 nov. 2005.

