

**Ministério da Saúde**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**

**Três momentos, três dilemas:**  
**Transformação e conservação na obra de Arouca, na**  
**Reforma Sanitária e na Saúde Coletiva**

**Henrique Contreiras**  
**Rio de Janeiro, junho de 2009**

**Henrique Contreiras**

**Três momentos, três dilemas:**

**Transformação e conservação na obra de Arouca, na  
Reforma Sanitária e na Saúde Coletiva**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, apresentado como parte dos requisitos para a obtenção do título de “Especialista em Saúde Pública”, sob a orientação do Prof. Dr. Gustavo Matta.

**Rio de Janeiro, junho de 2009.**

## **Henrique Contreiras**

**Três momentos, três dilemas:**

**Transformação e conservação na obra de Arouca, na Reforma  
Sanitária e na Saúde Coletiva**

Data da defesa: 17 de julho de 2009

Banca Examinadora:

---

Lígia Bahia

---

Tatiana Wargas de Faria

Rio de Janeiro, 1º de junho de 2009.

## RESUMO

A pesquisa tem como objetivo uma análise das contradições da prática política da Saúde Coletiva em três momentos. O primeiro é a tese de doutorado de Sergio Arouca, “O dilema preventivista”, considerado um marco da fundação da Saúde Coletiva e da Reforma Sanitária. Arouca analisa a Medicina Preventiva, demonstrando como, subjacente a seu discurso de mudança, reside uma prática conservadora. O segundo momento é a Reforma Sanitária, apreendida através de análises de autores que, logo após a promulgação da Constituição de 1988, questionavam seus rumos e as possibilidades de transformação, vivenciando o chamado ‘dilema reformista’. O terceiro momento é a construção da saúde no Brasil nesses 20 anos de SUS, através de análises que ponderam o afastamento entre as políticas de saúde e as políticas dos governos e de Estado. Verifica-se a derrota da proposta de um sistema público em favor de um sistema misto público e privado e a fragilidade da Saúde Coletiva em apontar e enfrentar esta derrota. Questiona-se o papel dos novos sanitaristas que, atraídos para o campo pelo seu discurso de transformação, arriscam-se a desempenhar um papel essencialmente conservador, situação que constituiria o ‘dilema sanitarista’. Propõe-se como caminho a explicitação do dilema, como ocorreu em Arouca, com importantes frutos

## SUMÁRIO

RESUMO.....	4
SUMÁRIO.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
CAPÍTULO I – “O DILEMA PREVENTIVISTA”.....	8
1. O contexto.....	8
2. A tese.....	10
2.1. A Medicina Preventiva.....	10
2.2. Referenciais teóricos.....	12
2.3. Análises e conclusões.....	13
a) Conceitos estratégicos.....	13
b) Articulação entre medicina e sociedade.....	14
c) A viabilidade do projeto preventivista.....	15
3. A repercussão.....	18
CAPÍTULO II – A REFORMA SANITÁRIA.....	22
1. Cronologia.....	22
2. Análises: a Reforma Sanitária como “guerra de posição” e o dilema reformista.....	23
a) Referencial teórico.....	24
b) Estratégias.....	26
c) As negociações políticas.....	29
d) Perspectivas.....	32
CAPÍTULO III – A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL PÓS-CONSTITUINTE.....	34
1. O contexto.....	34
2. Cronologia.....	34
3. Análise.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

## INTRODUÇÃO

Os aniversários redondos nos convidam à reflexão. Nos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos autores tentam entender o contraste entre as ideias igualitárias originais para a saúde da população expressas no texto constitucional e a realidade do sistema atual, e chegam a conclusões interessantes. Que o sistema de saúde que temos hoje é um sistema estratificado, misto de público e privado, em que a saúde se apresenta simultaneamente como direito e como objeto de consumo. Que o sistema público é sinônimo de precariedade e de excelência. Que o sistema original, enfim, foi reformulado por políticas contraditórias, frutos de uma disjunção crescente entre projetos de Estado, dos governos e do setor saúde.

É nessa realidade que atuarão os novos sanitaristas. Estes se graduaram em diferentes áreas da saúde, e ao longo de seus estudos viram e ouviram as mazelas do SUS, as críticas e as propostas de correção. Cresceram em um país democrático, em um mundo já sem utopias de transformação da sociedade, mas se identificaram com os ideais de transformação da realidade sanitária da Saúde Coletiva e ‘desviaram’ o seu curso profissional em direção a este campo. Porém, olhando para a história das políticas de saúde e os resultados a que chegamos, podemos afirmar que estes sanitaristas encontram-se diante de um dilema. O quanto este caminho que eles escolheram para a transformação poderá realmente transformar?

Se fizermos um exercício de volta às origens, perceberemos que outros momentos da história da Saúde, em seu âmbito político, foram marcados por dilemas. Aliás, foi a partir de um dilema que essa história começou. “O dilema preventivista”, tese de doutorado que Sergio Arouca concluiu em 1975, é considerada uma obra seminal: um marco da fundação do campo da Saúde Coletiva e do movimento político que culminou na criação do SUS. Àquela época, a Saúde Pública dita tradicional limitava-se a intervenções pontuais de caráter coletivo, como controle de endemias, não apresentando um caráter crítico. Os médicos que compartilhavam um olhar crítico e uma implicação com as questões sociais tinham como referência um movimento que, criticando a medicina, propunha-se a transformá-la, com objetivo de transformar as condições de vida da população. Era a Medicina Preventiva, objeto da tese de Arouca. Analisando seu discurso e relacionando-o às condições políticas, econômicas e sociais, Arouca nos revela que residia um ideal de conservação sob sua proposta aparentemente transformadora. A Medicina Preventiva seria uma prática ideológica, que carecia de uma produção de conhecimentos que explicasse a realidade nem tencionava

intervir politicamente para transformá-la. A partir da explicitação deste dilema, explicitação esta que vinha se gestando no meio acadêmico, começou a se constituir uma prática teórica, que hoje chamamos de Saúde Coletiva, e uma prática política, que foi a constituição de um movimento que propôs e lutou pela transformação da saúde no país.

Chegamos, pois, à Reforma Sanitária. Na efervescência da redemocratização do país, intelectuais da área da saúde, profissionais de saúde e movimentos sociais se uniram em uma atuação política em favor da transformação da saúde, como meio para transformação da sociedade. Após mais de uma década, obteve significativa vitória: o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado estava lavrado na Constituição de 1988, em um de seus capítulos mais progressistas. Mas o clima não era de euforia. As dificuldades do processo materializaram-se em concessões no texto final da Constituição. Os intelectuais tentavam entender os rumos do próprio movimento, o seu papel, as estratégias escolhidas e os seus objetivos. Percebiam-se diante de um novo dilema: tinham consciência de que nada estava garantido, e havia no ar a possibilidade de que a própria reforma, tal como vinha se concretizando, pudesse obstruir a possibilidade de uma verdadeira reforma na saúde e de uma transformação futura da sociedade. Era o dilema reformista.

Este trabalho revisita os dilemas passados da saúde com o objetivo de contribuir para explicitarmos o nosso dilema atual. O texto se estrutura da seguinte forma. No capítulo 1, acompanhamos o raciocínio de Arouca demonstrando o dilema preventivista, mostrando suas repercussões e o modo como desembocou na Reforma Sanitária. No capítulo 2, após uma cronologia da Reforma Sanitária, apresentamos as análises sobre o processo realizadas no período pós-constituente imediato, pontuando as principais questões que compuseram o dilema reformista. No capítulo 3, nos debruçamos sobre o processo de construção do sistema de saúde brasileiro nos anos 1990 e 2000. Após breves contextualização e cronologia, mostramos as análises de autores tentando compreender as transformações do setor no período, o resultado a que chegamos e seu significado para a atuação dentro do campo hoje. Por fim, nas considerações finais, uma síntese.

## CAPÍTULO I – “O DILEMA PREVENTIVISTA”

### 1. O contexto

Antes de descrevermos as principais ideias expressas no livro de Arouca, é preciso apresentar o contexto em que foram desenvolvidas. Como contexto, referimo-nos às condições de produção de ideias na sociedade em geral e na academia em particular, às correntes de ideias que ganhavam força no campo acadêmico da saúde, às condições de emergência da medicina preventiva como um objeto de pesquisa para a academia e para o autor, e à forma de organização dos serviços de saúde disponíveis para a população brasileira.

A supressão de direitos civis imposta pela ditadura militar, especialmente após o Ato Institucional no. 5, de 1968, restringiu a produção de ideias e a mobilização política em todos os âmbitos da sociedade<sup>1</sup>. Qualquer movimento de contestação à ordem vigente, apresentando ou não um horizonte socialista, poderia ser duramente reprimido. A academia, no entanto, pela sua menor visibilidade, pôde muitas vezes constituir um espaço de resistência em que era possível uma elaboração teórica que viria a embasar uma atividade política<sup>2</sup> que, se no início dos anos 70 ainda era muito restrita, se intensificaria no fim da década, com o arrefecimento do autoritarismo. No entanto, ainda que possível, a postura militante não deixava de constituir uma exceção dentro da academia, encontrando, no interior desta, mecanismos de repressão. Assim, na Universidade Estadual de Campinas, Arouca enfrentou resistências, e teve de esperar um ano após a entrega de sua tese para defendê-la, o que foi feito somente quando já havia conseguido emprego na Escola Nacional de Saúde Pública, na Fundação Oswaldo Cruz. Tambellini se refere ao episódio como “cassação branca”<sup>3</sup>. Tal repressão também foi sofrida por outros pesquisadores.

As relações que então se estabeleciam entre produção teórica e militância política no campo da saúde estavam intimamente ligadas às transformações pelas quais vinha passando a teoria neste campo. Escorel, citada por Silva<sup>4</sup>, se refere ao “esforço realizado (...) de incorporar as ciências sociais à análise das questões de saúde e [de] que esta incorporação fosse feita criticamente rejeitando a ideia de equilíbrio universal da dominante corrente do funcionalismo, a neutralidade da ciência do positivismo e assumindo a sociedade como composta por classes em conflito e luta”. Começava, portanto, um movimento que, bebendo de fontes que já procuravam relacionar saúde e realidade social desde os anos 50, como Josué de Castro e Samuel Pessoa, intentava superar as formas dominantes de se pensar saúde –



representadas pelo enfoque biológico clássico e pela mais recente incorporação das ciências sociais em sua corrente funcionalista. Era um movimento de construção de uma nova teoria social da saúde, com forte referência no marxismo, e portanto ligados a um projeto socialista, da qual são pioneiros Maria Cecília Donnangelo e o próprio Arouca e. Esse movimento incluía, e pode-se dizer que partia da análise crítica do modo como se vinha pensando saúde até então.

Contextualizar no interior da academia o objeto eleito por Arouca, a Medicina Preventiva, que será detidamente examinado em outra parte, permitirá a visualização do modo até então predominante de se pensar saúde. A Medicina Preventiva foi um movimento de reforma do ensino e da prática médicas, cujo início no Brasil data dos anos 50, e em cuja difusão pelas escolas médicas e serviços básicos de saúde estavam implicados diferentes organismos internacionais como a Organização Panamericana de Saúde. À época de Arouca, o movimento já se encontrava institucionalizado em departamentos e disciplinas obrigatórias nas faculdades de medicina. O movimento propunha-se a uma transformação da realidade sanitária da população. Por um lado, tal caráter pretensamente transformador constituía um motivo de atração para médicos e estudantes mobilizados na questão social<sup>5</sup>. Por outro, já se começava a questionar os princípios do movimento e a desvelar seu caráter essencialmente conservador. Tal crítica encontrou um espaço institucional para se desenvolver nos “Encontros dos Departamentos de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo”, entre 1969 e 1973.

Cabem também, para efeitos de contextualização, algumas palavras a respeito da organização do sistema de saúde à época. A oferta era concentrada pelo Estado, através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). A titularidade era condicionada ao trabalho formal, ou seja, apenas os trabalhadores registrados e seus dependentes tinham acesso aos serviços estatais, através de um financiamento de origem tripla constituído por contribuições do empregado e do empregador e por recursos do Estado. Apesar dessa limitação, a criação do Inamps, em 1966, havia representado uma efetiva ampliação da cobertura da assistência, antes restrita a algumas categorias profissionais, além de ter possibilitado uma uniformização dos serviços ofertados. O Estado, no entanto, ainda que financiador, não era o principal produtor de serviços. A estratégia principal, especialmente na área de assistência hospitalar, era a compra de serviços de instituições privadas contratadas. Em 1970, 99% dos hospitais da rede do Inamps eram privados. Outra modalidade de parceria público-privada era a contratação pelo Estado de empresas conhecidas como de Medicina de Grupo, que se responsabilizavam pelos empregados de uma

determinada empresa, e que recebiam pagamento *per capita*, o que lhes conferia maior autonomia na gestão dos recursos e lhes permitia a implementação de medidas de racionalização da assistência com o fim de maximização de lucros<sup>6</sup>.

Em suma, tínhamos um sistema de saúde que, por um lado, se configurava como resultado de um processo de ampliação, ainda que incompleta em sua abrangência, dos direitos sociais, e, por outro, privilegiava e incentivava o crescimento do setor privado, e que portanto se submetia à sua racionalidade. Havia ainda, no âmbito exclusivamente público, iniciativas de incorporação do ideário da Medicina Preventiva, através de projetos voltados para populações selecionadas que eram conhecidos como Medicina Comunitária.

Foram, portanto, essas as condições em que Arouca produziu sua tese: um país em estado de exceção, com supressão de direito civis e, portanto, da atividade política e da liberdade de pensamento; uma Academia em que à possibilidade marginal de produção de um conhecimento contra-hegemônico se contrapunha à possibilidade de repressão intra-institucional; e um movimento teórico crescente em que confluíam as críticas à estrutura social, à conjuntura política, aos princípios da organização dos serviços de saúde, às propostas que se apresentavam como solução para o setor e às próprias bases teóricas da saúde.

## **2. A tese**

Nesta seção, nos dedicaremos a expor as principais ideias da tese de Arouca: o seu objeto, a Medicina Preventiva, tal como por ele delimitado; os seus referenciais teóricos; e suas principais análises e conclusões.

### **2.1. A Medicina Preventiva**

O autor se propõe a apreender seu objeto através de uma perspectiva histórica. Negando que fosse apenas um conjunto de conhecimentos em práticas preventivas, Arouca afirma que a Medicina Preventiva “representa um novo fenômeno no campo conceitual da área médica, ao estabelecer uma nova articulação com uma sociedade em profundas mudanças decorrentes da chamada Revolução Industrial”<sup>3</sup>.

Tendo suas raízes na Higiene do século XIX, a Medicina Preventiva surge na Inglaterra e nos Estados Unidos na década de 20, como uma resposta liberal aos problemas dos custos crescentes da atenção médica. Em uma conjuntura de surgimento dos direitos sociais e de fortalecimento do Estado, a Medicina Preventiva, como atitude a ser incorporada

na prática médica privada, coloca-se como alternativa à intervenção estatal, que tenta superar a crescente dificuldade do cidadão comum em arcar com suas despesas médicas através da socialização do sistema de saúde.

A Medicina Preventiva não se apresenta como uma especialidade médica; ao contrário, apresenta-se como uma nova medicina em potencial. Não é conhecimento novo, mas reorganização do conhecimento existente. Deve ser encampada por todos os médicos, consistindo dessa forma em proposta de mudança da prática médica, através de uma incorporação de uma nova “atitude”.

A reorganização do conhecimento se dá em torno de um novo paradigma, a História Natural da Doença. Segundo esse conceito, existem dois períodos na evolução de uma doença, entendida como um processo: o pré-patogênico e o patogênico. O primeiro seria a fase das determinações, em que a interação de diversos agentes, em dado ambiente (visto sob o ponto de vista físico, químico, biológico e social), com o hospedeiro (em seus aspectos biológicos, sociais e psicológicos) leva ou não à ocorrência de doença, que seria o segundo período.

Essa reorganização do conhecimento sobre a doença traz consigo novas propostas de intervenção a serem aplicadas a essa totalidade composta pela unidade das determinações e pela unidade do processo da doença.

A intervenção do médico não mais se restringiria ao momento da doença, mas a toda a vida do paciente, visto que este sempre estaria em algum ponto da história natural de alguma doença, interagindo com fatores que trariam probabilidade de doença, com múltiplas possibilidades de intervenções preventivas por esse novo médico, com essa nova atitude.

Para a construção dessa nova medicina e desse novo médico, a Medicina Preventiva elege como locus privilegiado de intervenção a educação médica. A Medicina Preventiva afirma que o médico recém-formado, assim como a sua prática, é inadequado às necessidades de saúde da população e pretende reformar a medicina através da reforma do ensino médico, superando o paradigma flexneriano da medicina científica. Pretende-se formar um profissional que além de trabalhar com uma concepção ecológica do processo saúde-doença, tenha habilidades no estabelecimento de relações não só com seu paciente, mas com a comunidade onde trabalha e com os outros profissionais de saúde que fazem parte de sua equipe.

Na América Latina, em que a introdução da Medicina Preventiva se deu a partir de seminários organizados por organismos internacionais, o movimento ganha especificidade, surgindo como constituinte da relação de dependência. Confrontado com as condições de

existência (endemias, fome, ausência de assistência médica, pobreza em geral), o discurso preventivista chega com seus objetos e estratégias e instrumental conceitual como matéria-prima para uma construção teórico-ideológica do real. Em um contexto onde a participação do Estado na saúde é mais importante, há uma aproximação da Medicina Preventiva com aquele e um distanciamento da sociedade civil. Mantém-se, no entanto, a concepção de transformação dessa realidade a partir desse novo profissional médico.

Arouca afirma que a Medicina Preventiva é, portanto, um foco discursivo que está no triângulo prática, conhecimento e educação médica, e que é um projeto de mudança.

## 2.2. Referenciais teóricos

Arouca inova ao unir de forma singular referenciais teóricos considerados opostos. Sua proposta é estudar o discurso da Medicina Preventiva. Para tanto, serve-se primeiramente da metodologia arqueológica proposta por Michel Foucault\*.

Foucault (1972) define História Arqueológica como aquela que ‘estuda as práticas discursivas na medida em que dão lugar a um saber e em que este saber assume o estatuto e o papel da ciência’. A tarefa que se impõe é determinar as noções que permeiam o processo da prática discursiva que leva à produção de um saber.<sup>3</sup>

No entanto, Arouca considera insuficiente esta metodologia, afirmando que Foucault, no estudo do conteúdo do discurso, perde a ideia de processo, trabalho, relações e, portanto, do sujeito que enuncia esse discurso e sua posição na estrutura social.

Entendendo que o discurso não circula livremente por sobre a sociedade, mas sim que emerge em uma dada formação social pertencente a um certo modo de produção com o qual mantém relações de organicidade, verificamos que essas relações o submetem a uma certa matriz de determinações e sobredeterminações, como também a formas específicas de trabalho do intelectual.<sup>3</sup>

Arouca quer relacionar as práticas discursivas às chamadas práticas extradiscursivas (a trama de relações econômicas, políticas e ideológicas). Para tanto, à metodologia arqueológica, ele une o materialismo histórico, referindo-se sobretudo a Althusser e Gramsci.

---

\* Neste momento, Foucault ainda não havia desenvolvido o método genealógico, em que se debruçava sobre as relações entre saber, poder e produção de subjetividade.

### **2.3. Análises e conclusões**

Optamos por expor um conjunto selecionado de análises de Arouca em três momentos. O primeiro, o estudo dos chamados conceitos estratégicos da Medicina Preventiva. O segundo, o estudo da articulação entre medicina e sociedade. E, por fim, o terceiro, em que, a partir da referida articulação, o autor tece suas conclusões sobre a viabilidade do projeto preventivista.

#### ***a) Conceitos estratégicos***

Arouca desvela, portanto, em um primeiro momento, o que seriam os conceitos estratégicos da Medicina Preventiva, que são os princípios que organizam o movimento preventivista enquanto prática em suas relações nas diversas instituições e que são: integração, inculcação e mudança.

A integração é a proposta de disseminação do discurso dentro da escola médica, com vistas a influenciar docentes e alunos a adquirir as atitudes preventivistas. Os limites de tal estratégia são: primeiro, que se desconsidera que as representações que fundamentam o ensino médico não nascem na própria escola, mas são reflexos da forma pela qual se organiza o conhecimento e a prática médicos, ou seja, especializada. E segundo, ao se centralizar no sujeito a posição de adesão ou não ao preventivismo, não é levado em conta que tanto o preventivista quanto os seus supostos adeptos em potencial estão imersos em relações técnicas e sociais que os posicionam.

O segundo conceito é a inculcação, é o processo através do qual é formada a atitude preventivista nos estudantes de medicina. A principal estratégia para tal seria o contato precoce com uma determinada realidade (comunidade, instituições de saúde pública); contato este que sensibilizaria e transformaria o estudante. Arouca desvela neste conceito duas concepções. Primeira, a de uma relação entre sujeito e objeto do conhecimento que supõe que o conhecimento acha-se inscrito no objeto e que requer somente o contato para ser apreendido. A segunda, a de um processo de aprendizagem que supõe que as representações sobre um objeto são construídas no próprio ato de conhecer. Opera-se ainda uma redução do espaço social à mesma categoria da observação clínica. Observa-se o espaço social e chega-se a uma impressão clínica e a uma conduta correspondente.

Arouca examina também as relações extradiscursivas do discurso da inculcação, entre elas a reprodução das desigualdades sociais pela escola, através da seleção material e da inculcação ideológica (como a ideia que transforma os privilégios culturais herdados

socialmente em desigualdades naturais e dons). O contato do estudante com a “realidade” se dá neste contexto: “os estudantes ‘miram’ o real, real que não conheciam por não fazer parte do seu espaço social; real que foi conhecido como paisagem e não como vida”. “Portanto, a Medicina Preventiva tenta um reencontro entre os possuidores e não-possuidores, que leva analogicamente à solução de desenvolver os dons ausentes na população através da educação, da mesma educação da qual já foram excluídas.”

O terceiro conceito, o de mudança (das condições de vida de certos grupos sociais) surge da tensão do encontro entre o discurso preventivista original americano e a realidade socioeconômica latino-americana. O agente desta mudança seria o profissional preventivista em sua prática cotidiana. Dentre as concepções que Arouca extrai desse conceito, estão a de que o sujeito faz a história, através de suas livres escolhas e ações, que não sofrem qualquer tipo de determinação; e a de que o setor saúde tem autonomia para, através da prática de seus agentes, não somente se mudar, mas também mudar o social.

Arouca depreende deste discurso uma relação específica que se dá entre ciência e sociedade. Trata-se de uma ideia de circularidade em que o avanço da ciência (no caso, a medicina) leva, ao melhorar certas condições de vida da população (neste caso, saúde), a transformações positivas no campo econômico, o que gera por sua vez ainda mais avanços na ciência. Este pensamento circular supõe que têm o mesmo peso causativo e o mesmo poder de determinação diferentes categorias como as biológicas, as sociais e as políticas, ideia subjacente ao enfoque mecanicista da história natural das doenças. De tal ideia se deduz que se pode intervir em qualquer ponto da cadeia para conseguir uma transformação da sociedade. Ou seja, apresenta-se assim a saúde como um lócus de intervenção que possibilitaria uma mudança social.

Para Arouca, tal discurso comporta ideologia na medida em que apresenta a medicina como neutra, como projeto e alternativa para as condições de vida da população, ocultando as contradições e determinações estruturais.

### ***b) Articulação entre medicina e sociedade***

Em um segundo momento, o autor se propõe a examinar as articulações da Medicina em geral com a sociedade, com o objetivo de apreender a especificidade da Medicina Preventiva.

Parte, para isso, da categoria “cuidado médico”, que é a menor unidade de análise no interior da Medicina. Na evolução da medicina, passou-se de uma época em que a possibilidade de alívio do sofrimento era socializada, baseada em um conhecimento que se

transmitia entre as gerações, para uma época em que um grupo social concentrou um saber, tornando o restante da população dependente diante do sofrimento. O homem que sofre passa a apresentar uma necessidade que pode ser somente satisfeita pelo médico, que detém o conhecimento. “Mas o que o primeiro recebe não é o conhecimento, e sim o *cuidado*, forma instrumental desse conhecimento monopolizado”

O autor trabalha o conceito de cuidado médico sob dois aspectos: primeiro, como processo de trabalho, que tem como objeto o homem em suas dimensões biológicas e psicológicas, e que tem como resultado a manutenção, recuperação e transformação de determinados valores vitais. Segundo, como “uma unidade de troca à qual é atribuído, social e historicamente, um valor.”

É ressaltado o caráter histórico das necessidades humanas em relação a esse cuidado, ou seja, as demandas por saúde. Arouca afirma que existe uma dimensão social que condicionará tanto diferentes usos dos valores vitais pelo homem (e, portanto, diferentes percepções acerca de seu comprometimento), quanto diferentes escolhas pela Medicina do que é considerado doença ou não.

A partir desse referencial, mostram-se as articulações da Medicina com os níveis da sociedade. Primeiro, com o econômico, em sua articulação com o capital. É a Medicina como forma de aumentar a produtividade da força de trabalho, de garantir sua manutenção e reprodução. Segundo, com o nível político-ideológico, quando se trata da assistência às camadas marginais; é a Medicina em sua função de atenuação dos conflitos sociais.

Por fim, estabelece uma relação entre a nova ordem do capitalismo monopolista e o declínio da prática liberal, com uma tendência de controle do trabalho médico por parte de empresas.

### ***c) A viabilidade do projeto preventivista.***

Arouca se propõe a equacionar as relações do discurso preventivista com os acontecimentos extradiscursivos, a fim de verificar os limites deste projeto.

As tensões próprias à Medicina seriam lidas pelo movimento preventivista de uma maneira liberal e civil:

A Medicina, no interior do modo de produção capitalista, define-se como uma área em tensão, por estar simultaneamente ligada ao processo de expansão do regime do capital que envolve universalização da mercadoria, a redefinição das categorias profissionais, a criação de necessidades não satisfeitas, a distribuição desigual dos recursos, a tecnificação do cuidado, e estar ligada aos chamados problemas sociais em que se afirma a ideologia da ética natural e universal do modo de produção. A isso devemos ainda acrescentar a existência de um “poder médico” que se configura,

desde a relação médico-paciente, no processo de medicalização, nas diferentes associações profissionais que defendem os direitos desse grupo como se fossem direitos inerentes ao próprio exercício da medicina e, portanto, como o modo de produzir, também naturais e universais. A Medicina Preventiva, com uma leitura liberal e civil desse campo de tensões, pretende redefinir as responsabilidades do médico, mantendo a natureza do seu trabalho; ampliar o seu espaço social, mantendo a organização hospitalar e de consultório privados; desenvolver uma preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca; diminuir o custo da atenção médica, mantendo o processo de medicalização e de tecnificação do cuidado; melhorar as condições de vida das populações, mantendo a estrutura social. Portanto, o que devemos perguntar é: qual a viabilidade desse projeto no interior do modo de produção capitalista?<sup>3</sup>

Para estudar a viabilidade da incorporação dos objetivos preventivistas ao cuidado médico, Arouca propõe dois modelos de organização do cuidado: o primeiro, em que coexistem a prática liberal, a participação do Estado e a prática empresarial; e o segundo, com o controle total das ações de saúde pelo Estado. Ou seja, ou como projeto da sociedade civil ou como projeto de Estado.

No primeiro modelo, há a incorporação das medidas preventivas ao cuidado médico da prática liberal, mas enquanto um valor de troca. Estabelece-se um novo tipo de consumo de cuidados médicos, que passa a incorporar tecnologia e articular-se com o setor industrial. Ou seja, incorporação do preventivismo com um viés comercial. O preventivismo é absorvido também no âmbito do trabalho, na medida em que aumenta a produtividade (saúde ocupacional), e é nesse contexto que se observa a incorporação desse discurso pelas empresas médicas. O Estado, de sua parte, se serve do preventivismo em suas políticas, com objetivo de controle de doenças ou processos vitais, no que se dirige sobretudo às populações marginais. Em resumo, “as atitudes preventivistas são incorporadas ao trabalho do médico segundo as características das várias formas desse trabalho e segundo as classes sociais a que ele se dirige”. Além disso, no campo educacional, se reflete a forma como se organiza a prática médica, e é por isto que uma transformação da escola médica não é possível.

A eficiência dessas práticas encontra-se exatamente colocada sobre a contradição fundamental da Medicina, uma vez que o uso atribuído à vida como força de trabalho a ser consumido no processo produtivo é o núcleo gerador fundamental das patologias. A eficiência (ou impacto) das medidas preventivas choca-se, em última instância, contra a base fundamental do modo capitalista de produção.<sup>3</sup>

No segundo modelo, o Estado assume o controle das ações de saúde, reorganizando profundamente o trabalho médico e exercendo seu poder sobre as indústrias do setor. Obter-se-ia um ganho de eficácia ao se racionalizar o trabalho médico. O ensino médico



seria transformado *a posteriori*. Ou seja, a incorporação dos objetivos preventivistas só seria possível na prática em um contexto de estatização total do setor saúde.

Em seguida, Arouca interroga o posicionamento da Medicina Preventiva – tomada como um movimento ideológico que se relaciona com o conhecimento, a educação e prática médicos – no conjunto de relações que a determinam.

Chega à conclusão de que a Medicina Preventiva apresentava uma Prática Discursiva, uma Prática Ideológica – a formação da consciência no estudante e no docente – e uma Prática Empírica Experimental – ao propor “novas formas de existência das individualidades, que comporta uma tentativa de demonstração da Medicina Preventiva como prática em um espaço controlado, tendo como atores os médicos e a população”.

Carecia, no entanto, de uma Prática Teórica, que discutisse as determinações dos problemas da saúde, e de uma Prática Política que transformasse esse quadro.

Portanto, embora se apresentasse como uma solução para os problemas encontrados na formação social (incidência de doenças, falta de acesso aos cuidados médicos), “na realidade a Medicina Preventiva constituiu-se em um sistema conservador das estruturas da prática médica existente”.

Arouca estende o movimento ocorrido no interior da Medicina às outras ciências. As necessidades não resolvidas geradas dentro do sistema capitalista, na medida em que são objeto das ciências, provocam nestas a tentativa de resolvê-los sem sair de seu âmbito, através da criação de disciplinas-tampão que criticam a ciência dentro da qual nascem, centram suas estratégias de modificação da prática no ensino, possuem organização institucional legitimada e se constituem em práticas discursiva, ideológica e empírica experimental.

De uma forma geral, essas disciplinas representariam uma institucionalização de relações especificadas entre Ciência e Saber, e contribuiriam para a estabilização ideológica dos propósitos mais gerais e idealistas das ciências e sua realização como prática concreta em uma dada formação social. ... Em última análise, dada a articulação da Medicina com o modo de produção capitalista, a Medicina Preventiva surge como uma disciplina-tampão que, referindo-se a uma mudança da prática médica, em última instância contribui para a manutenção da articulação referida, oferecendo-se como um projeto interno de mudança que não existe como prática concreta, mas somente no mundo das representações.<sup>3</sup>

O “dilema preventivista” consistiria então na contradição entre o discurso de transformação da Medicina Preventiva e o seu real caráter de conservação.

Por fim, duas considerações. Primeiro, o autor apresenta o projeto da Medicina Comunitária, então em implementação em diversas partes da América Latina, como uma evolução da Medicina Preventiva, representando “a emergência de novas regras discursivas,

com uma nova positividade, determinada pelas contradições internas à Medicina Preventiva e pelo desenvolvimento de novas relações extradiscursivas, com o fortalecimento do Estado, principalmente nos países da América Latina”.

A Medicina Comunitária vai além da Medicina Preventiva na medida em que propõe a racionalização e a operacionalização das condutas do profissional de saúde. No nível do discurso, o que se tem é uma “racionalidade ampliada, em que a formação das atitudes é paulatinamente substituída pelos estudos de custo-benefício, de técnicas de programação e avaliação, em desdobramentos do cuidado médico, em atos que podem ser controlados etc.”.

Segundo, a importância que teve a Medicina Preventiva no desenvolvimento do debate teórico na saúde. “Ao introduzir nas escolas médicas uma discussão sobre a Teoria da Medicina, a Medicina Preventiva tem possibilitado o aparecimento de núcleos de reflexão sobre esta teoria, que poderão se constituir em um novo campo da Prática Teórica, delimitando o ideológico no interior da Medicina.”

### **3. A repercussão**

A tese de Arouca, juntamente com a tese de Donnangelo, “Medicina e Sociedade”, é considerada um marco da inauguração de uma nova corrente de pensamento dentro da saúde, uma teoria médico-social de base marxista que experimentava um reconhecimento acadêmico crescente.

Esse movimento teórico, que vinha se constituindo à época da elaboração da tese, encontra-se explicitado na própria obra de Arouca, que usa o termo Medicina Social para caracterizá-lo, com a ressalva de que a denominação é utilizada para diferentes conceitos. O autor destaca a definição de Medicina Social como um movimento que indaga a própria produção do conhecimento da medicina, seus marcos conceituais, seus objetos, se colocando em oposição à Medicina Preventiva.

Existem duas formações discursivas em confronto, que se definem em relação à organicidade dos seus discursos; assim, por um lado, a Medicina Preventiva aparece como uma prática ideológica, organicamente ligada aos grupos hegemônicos da sociedade civil e existindo como uma norma que não se instaura, por suas próprias contradições decorrentes da articulação da medicina com o econômico, na prática. Por outro lado, a Medicina Social, que tenta realizar uma ruptura com esta postura ideológica e delimitar um objeto de estudos a partir do qual pudesse produzir conhecimentos que contribuíssem para uma prática transformadora. Trata-se de um discurso que procura a sua organicidade na contradição das classes sociais, assumindo uma posição diante dessas contradições na teoria.<sup>3</sup>

Através de uma difusão informal nos meios acadêmicos e estudantis, que, como já dito, eram núcleos de mobilização política relativamente protegidos em razão da pouca visibilidade, a obra de Arouca estimulou uma onda de debates em seminários, encontros e cursos de pós-graduação. Dentre os espaços mais importantes de discussão à época, estavam a Unicamp, o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, os Encontros Científicos de Estudantes de Medicina e as Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária. Nos Cursos Básicos e Regionalizados de Saúde Pública, promovidos pela Escola Nacional de Saúde Pública em parceria com Secretarias Estaduais de Saúde e Departamentos de Medicina Preventiva e Social, a tese de Arouca permitiu a problematização dos conteúdos<sup>7</sup>.

Dessa forma, portanto, muitos adeptos da Medicina Preventiva puderam revisar suas posições. Paim afirma que “ao levantar o véu da ideologia que cimentava os saberes e práticas dos preventivistas, este estudo abria horizontes de prática teórica e de prática política para os que pretendessem sair do ‘dilema’”<sup>7</sup>.

A nova abordagem se materializou em uma numerosa produção acadêmica. Esse esforço de construção de uma nova teoria social da saúde, abrangendo os aspectos conceitual, científico e técnico, constituiu o embrião do que hoje chamamos de campo da Saúde Coletiva, tanto em sua dimensão teórica, quanto em sua dimensão política. Essas duas dimensões estavam intrinsecamente relacionadas, visto que o debate teórico alimentava a prática política. Começavam as articulações entre movimento estudantil, academia e movimentos sociais, e a organização da luta política dentro da saúde através da criação de organismos como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), do qual Arouca foi um dos fundadores, e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Era, portanto, o início do movimento sanitário, que veio a desembocar na Reforma Sanitária, no bojo das lutas pela redemocratização e por transformação social que puderam florescer na nova conjuntura que se estabelecia no final dos anos 70: a abertura política, propiciada pela crise fiscal e de legitimidade por que vinha passando o regime militar.

De fato, embora a tese de Arouca não seja tão explícita quanto às características da prática política tida como necessária para um real enfrentamento dos problemas em saúde quanto o é em relação à prática teórica, podem ser inferidos alguns aspectos fundamentais que constituem o que Paim<sup>8</sup> chama, em seu esquema descritivo que será apresentado adiante, de *ideia* da Reforma Sanitária.

Um primeiro aspecto depreende-se da própria proposta de prática teórica, que busca as determinações das condições de saúde da população, assumindo a sociedade como

composta por classes antagônicas. Defende-se, portanto, ampliar a discussão e a ação política do setor saúde para o nível da sociedade em geral, acenando-se em direção ao socialismo.

Outro aspecto pode ser apreendido quando o autor, ao apontar a inviabilidade do projeto preventivista no âmbito da sociedade civil, vê como única possibilidade para sua implantação a estatização do setor. Trata-se, portanto, de um esboço de proposta de organização do sistema de saúde.

O autor vê no papel do Estado uma possibilidade de rearticulação do setor saúde, através da reorganização do trabalho médico e da utilização de seu poder político para regular e controlar as indústrias do setor. Essa proposta reformista supõe o rompimento com a origem liberal e civil do projeto da Medicina Preventiva, rumo a um movimento de mudança, a uma Reforma Sanitária.<sup>9</sup>

No entanto, a essa proposta o autor contrapõe que:

O impacto das concepções preventivistas sobre as condições de saúde da população fica limitado, nos dois modelos [o projeto preventivista da sociedade civil e estatal, respectivamente], à não solução da contradição fundamental existente, isto é, ao uso atribuído à vida humana nas diferentes formações sociais.<sup>3</sup>

Portanto, na tese de Arouca, já se esboça um eixo ao longo do qual se situará a prática política da reforma sanitária, em termos de alcance dos objetivos.

Em um extremo deste eixo, mais restrito ao setor saúde, e com forte componente técnico, reivindica-se uma racionalização do sistema de saúde, no que se defende, se não a estatização completa, ao menos a submissão da prática privada a uma lógica racionalizadora de interesse público. Denuncia-se o favorecimento pelo Estado de setores restritos e a distorção resultante na oferta e no acesso aos serviços<sup>10, 11</sup>.

No outro extremo, defende-se a transformação total das relações sociais, ou seja, a superação do sistema capitalista e a implantação do socialismo. Nesse sentido, há uma coincidência de objetivos com alguns movimentos partidários e sociais. A luta pela saúde, nesse caso, poderia ser entendida, por um lado, como uma consequência da transformação geral; por outro, como um meio para essa transição: o processo de mobilização pelos direitos de saúde e a sua conquista estariam em uma relação dialética com a formação de uma consciência política na população: daí o conceito de consciência sanitária, em seu sentido mais amplo. Paim fala a respeito dessa “consciência que, na saúde, poderia ser denominada *consciência sanitária*”<sup>12</sup>: “a consciência para impulsionar essas ações [de intervenção da população sobre as políticas públicas de saúde] não se forma isoladamente, mas depende de

uma concepção geral de vida, dentro de um momento histórico e em função de condições e características ‘de um mundo que se deseja alcançar’ »<sup>13</sup>.

Entre os dois extremos do eixo, encontra-se o movimento de democratização, para o qual confluem amplos setores, populares e médios, liberais e socialistas. Ressalta-se que a própria democratização pode ser entendida de diferentes formas, havendo uma disputa pelo termo que vai marcar as diferentes propostas para a saúde. Bobbio expõe três diferenças fundamentais, encontradas na literatura sobre o tema, entre os dois extremos dos sentidos do termo, a saber, as concepções liberal (ou burguesa) e socialista (ou proletária) de democracia:

Enquanto a democracia liberal (...) nasceu como uma democracia representativa na qual os representantes eleitos tomam suas decisões sem vínculo de mandato, a democracia socialista (...) será (...) direta, no duplo sentido de democracia de todo o povo sem representantes e de democracia não de representantes, mas de delegados cujos mandatos vinculados estão sujeitos a revogação. Apenas a democracia socialista permitirá a participação popular também na tomada de decisões econômicas que numa sociedade capitalistas são tomadas autocraticamente, representando nesse sentido não só um reforço da participação em intensidade, mas também uma extensão quantitativa, como efeito da abertura de novos espaços para o exercício da soberania popular em que consiste a essência da democracia. Enfim, aquilo que mais importa: enquanto na democracia liberal a atribuição ao povo do direito de participar direta ou indiretamente nas decisões políticas não procede no mesmo passo de uma mais equânime distribuição do poder econômico e, portanto, faz do direito ao voto uma mera aparência, na democracia socialista essa mais equânime distribuição, tornando-se um dos objetivos primários da mudança do regime econômico, transforma o poder formal de participação em poder substancial e, ao mesmo tempo, realiza a democracia inclusive em seu ideal último, que é o da maior igualdade entre s homens.<sup>14</sup>

Portanto, na tese de Arouca, a Reforma Sanitária, enquanto ideia, já emerge esboçando as múltiplas possibilidades políticas e tensões que irão marcá-la ao longo das décadas seguintes.

## CAPÍTULO II – A REFORMA SANITÁRIA

### 1. Cronologia

Aqui nos serviremos do potencial descritivo do ciclo *ideia-proposta-projeto-movimento-processo*, de Paim, que o próprio autor comenta<sup>12</sup>:

Esse ciclo (...) tem apenas um sentido analítico, não orgânico. Na realidade, esses momentos encontram-se, dialeticamente, imbricados: o movimento gera o projeto e desencadeia o *processo* e este condiciona o próprio *movimento*. Uma ideia, em si mesma, sem relações sociais que a transformem em proposta, projeto, movimento, política e prática, é apenas uma ideia.

Paim refere como momento da *ideia* a tese de Arouca e a fundação do Cebes (1976) e da Abrasco (1979).

O marco do momento *proposta* é o evento realizado na Câmara dos Deputados em 1979, o I Simpósio de Política Nacional de Saúde, quando já se identificava um conjunto de proposições políticas bem definido. Nesta ocasião foi apresentado pelo Cebes o documento “A questão democrática na Área da Saúde”. Os objetivos do documento estão expostos a seguir:

Frente a este quadro [piora das condições de saúde da população e irracionalidade do viés privatista do sistema de saúde], é dever da população e dos profissionais de saúde, nos locais de trabalho e reunidos em torno de entidades representativas, apresentar seu diagnóstico da situação. Mais ainda, somando-se ao clima de debates que hoje caracteriza a conjuntura política nacional, avançar e propor plataformas de luta que busquem reunir suas aspirações na linha de constituição de uma medicina democrática.<sup>15</sup>

Foi a primeira vez que se propôs a criação do SUS, apontando ampla e detalhadamente obstáculos e seus princípios. O cunho democratizante, no sentido de participação direta, fica explícito no trecho a seguir:

[A descentralização] visa sobretudo ampliar e agilizar uma autêntica participação popular a todos os níveis e etapas na política de saúde. Esse é talvez o ponto fundamental desta proposta, negador de uma solução meramente administrativa ou ‘estatizante’. Trata-se de canalizar as reivindicações e proposições dos beneficiários, transformando-os em voz e voto em todas as instâncias.<sup>15</sup>

A partir de 1980, surgiram planos governamentais que acenavam para uma forma alternativa de organização do sistema de saúde, como o Prev-Saúde e as Ações Integradas em

Saúde, já em um contexto em que se observava a ocupação de postos no governo por atores ligados às propostas alternativas.

O momento *projeto*, para Paim, é representado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e que superou o caráter setorial das conferências anteriores ao se abrir para a participação de movimentos sociais e sindicais, além dos tradicionais representantes do governo, dos profissionais de saúde e da academia. Reuniu mais de 4.000 participantes e 135 grupos integrados por profissionais e representantes de organizações da sociedade civil, de sindicatos e de grupos das bases populares<sup>4</sup>.

Os debates foram embasados por uma ampla produção teórica produzida especialmente para o evento. A discussão foi concluída com um relatório final cujas linhas mestras foram: ampliação do conceito de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; criação de um sistema único de saúde; participação popular; e constituição e ampliação do orçamento social.

O momento *movimento* é representado pelo “conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, tais como aquelas empreendidas pelo movimento da democratização da saúde, também conhecido como movimento sanitário”<sup>16</sup>. São características do movimento o suprapartidarismo e o não corporativismo.

Finalmente, o momento *processo* se refere à formalização do projeto. Pertencem a este momento as iniciativas governamentais de rearticulação do setor saúde que antecederam o SUS (como o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS); a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), responsável por elaborar documentos para a Assembleia Constituinte; a Plenária da Saúde, instância de ação política formada por partidos, movimentos sociais, universidades, sindicatos; o processo de elaboração da Constituição de 1988; as leis orgânicas do SUS e todo o processo político posterior, em que a Reforma Sanitária enfrentou grandes dificuldades.

## **2. Análises: a Reforma Sanitária como “guerra de posição” e o dilema reformista**

Nesta seção, privilegiaremos análises de alguns autores que buscavam compreender qual era o significado das vitórias e derrotas do movimento da Reforma Sanitária, quais os pontos fortes e fracos do movimento, quais eram as convergências e divergências, quais os objetivos da luta e quais as estratégias para o seu prosseguimento. Buscava-se enfim compreender qual o lugar da luta sanitária no interior do conjunto de

movimentos que haviam se desenvolvido na redemocratização. Abordaremos inicialmente o referencial teórico utilizado. Em seguida, apresentaremos discussões acerca de estratégias fundamentais da reforma, discussões sobre as negociações políticas no processo de formalização do SUS e, por fim, análises sobre as perspectivas que então se abriam para o movimento.

### **a) Referencial teórico**

Muitos autores<sup>17, 18, 19, 20, 21</sup> recorreram ao arsenal teórico de Gramsci para analisar a Reforma Sanitária. Cabe aqui, portanto, uma breve apresentação das ideias deste autor. Gramsci é considerado um renovador da teoria marxista<sup>17</sup> que se concentrou no campo da política<sup>22</sup>, e uma das suas principais contribuições foi a formulação do conceito ampliado de Estado. O conceito de Marx, chamado posteriormente de concepção restrita, entendia o Estado como monopolizador de toda a atividade política, e como “expressão direta e imediata do domínio de classe, exercido através da coerção”. O Estado seria, portanto, uma entidade que, em nome de um suposto interesse geral, defenderia exclusivamente os interesses da classe burguesa.

Gramsci analisou uma realidade distinta. No começo do século XX, na Europa Ocidental, se verificava uma socialização da política, resultante do sufrágio universal e da organização dos sindicatos e dos partidos de massa. A partir disto, ele cria o conceito de sociedade civil, que seria “o conjunto de instituições responsáveis pela representação dos interesses de diferentes grupos sociais, bem como pela elaboração e/ou difusão de valores simbólicos e de ideologias; ela compreende assim o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, as organizações profissionais, os meios de comunicação, as instituições de caráter científico e artístico etc.”<sup>22</sup>. O aparato burocrático-executivo ligado à imposição da lei e ao monopólio legal do uso da violência (polícia, forças armadas) corresponderia à sociedade política. O Estado é entendido como sendo a união da sociedade civil com a sociedade política. Cada uma dessas esferas exerce uma função diferente na organização da vida social e a articulação e reprodução das relações de poder. “No âmbito da ‘sociedade civil’, as classes buscam exercer sua hegemonia, ou seja, buscam ganhar aliados para os seus projetos através da direção e do consenso, [através de suas instituições, denominadas aparelhos privados de hegemonia]. Por meio da ‘sociedade política’... ao contrário, exerce-se sempre... uma dominação baseada na coerção”.



Gramsci defende que a existência de uma política mais socializada, ou seja, uma sociedade civil desenvolvida e, portanto, um Estado ampliado, é o que caracteriza as sociedades que ele classifica de ‘ocidentais’ (termo que não pretende ser geográfico), enquanto que as sociedades mais atrasadas, de Estado restrito, monopolizador da política, com uma sociedade civil fraca, “gelatinosa”, seriam as ditas “orientais”. Uma importante implicação dessa diferença seria a estratégia para a revolução, ou seja, para a superação do sistema capitalista e implementação do socialismo. Nas sociedades orientais, a revolução seria do tipo explosivo, caracterizada pelo choque frontal, pela tomada do Estado pelas organizações populares, tal como aconteceu na Rússia. Nas sociedades ocidentais “a luta de classe tem como terreno prévio e decisivo os aparelhos ‘privados’ de hegemonia, na medida em que essa luta visa à obtenção da direção político-ideológica e do consenso.” Em outras palavras, “quando o país apresenta uma sociedade civil rica e pluralista (...) a obtenção de uma ampla hegemonia deve preceder a tomada do poder”<sup>22</sup>. Ao conceito explosivo de revolução, corresponde a estratégia de guerra de movimento; ao conceito processual, o de guerra de posição:

A expansão da hegemonia das classes subalternas implica a conquista progressiva de posições através de um processo gradual de agregação de um novo bloco histórico, que inicialmente altera a correlação de forças na sociedade civil e termina por impor a ascensão de uma nova classe (ou bloco de classes) ao poder do Estado.<sup>22</sup>

Os conceitos gramscianos serão, portanto, chave para a teorização da Reforma Sanitária, que é considerada parte de uma guerra de posição<sup>18</sup>. Fleury se alinha a esse referencial teórico ao destacar a necessidade de superação de concepções marxistas mecanicistas que tomavam as políticas sociais exclusivamente como instrumentos de acumulação de capital e legitimação da classe dominante:

A incorporação das análises dos teóricos marxistas contemporâneos a respeito do Estado possibilitou transpor a compreensão da política pública para além de seu papel legitimador, como um espaço na luta pela manutenção da hegemonia ou na consolidação de propostas contra-hegemônicas e formação de um novo bloco histórico.<sup>17</sup>

No entanto, ressalta que o uso destas categorias pelos estudiosos em geral ainda se encontrava em um estado inicial e, portanto, pouco consistente. A autora afirma a necessidade de se estudar as condições de realização da Reforma Sanitária, ou seja, as relações entre Estado e sociedade naquele momento específico e a forma como essa configuração influenciava a formulação das políticas de saúde. Isto significa entender as políticas de saúde

como resultado de uma correlação de forças, postura que, segundo a autora, convergiria para o estudo das estratégias políticas para o setor.<sup>17</sup>

Toma-se, portanto, o referencial gramsciano para descrever o processo da Reforma Sanitária, entendido como dentro de projeto de transição ao socialismo. Critica-se o chamado “golpismo” da esquerda, que seria a mobilização de cúpula, sem apoio das bases, e aponta-se “a conquista de reformas no interior do capitalismo, como condição de consolidação de uma contra-hegemonia, e mesmo como uma via de transição ao socialismo que preserve as conquistas democráticas alcançadas.”<sup>17</sup>.

O setor saúde, dentro da luta política geral, é identificado como um lócus privilegiado para a formação dessa contra-hegemonia. Teixeira<sup>17</sup> afirma que as razões para isso seriam o duplo caráter da saúde. Por um lado, constitui núcleo subversivo da estrutura social, na medida em que o processo saúde-doença, enquanto processo coletivo que atinge o indivíduo – o corpo, tanto em seu caráter biológico, mas também em seu caráter social, de corpo que trabalha – possibilita a formação de uma consciência sanitária que, ao desenvolver-se, também desenvolve a consciência de cidadão, que só se explicita ao nível da estrutura de classes. Por outro lado, a saúde é valor universal, o que permite o estabelecimento de amplas alianças. Para Escorel<sup>19</sup>, tal privilegiamento se deve ao fato de a saúde ser “um campo de múltiplas interseções e relações com as demais esferas do desenvolvimento das sociedades. Também porque a saúde é um elemento vital, que mexe com a vida e morte dos seres humanos, que perpetua e liberta (possibilita a libertação) das relações de dominação.”

Muitas das análises vão tentar, utilizando ou não Gramsci, identificar e criticar as estratégias passadas e então em curso no setor, avaliando os resultados da correlação de forças daquele momento e as possibilidades em termos de uma reforma mais radical (a transição ao socialismo) ou mais conservadora (uma reforma racionalizadora).

## **b) Estratégias**

Passemos às análises que têm como objeto as estratégias, dentre as quais destacamos a constituição ou não de uma base popular para o movimento e a infiltração no aparelho do Estado.

A questão da ausência de uma base popular para o movimento sanitário foi tratada por diversos autores. Teixeira e Mendonça<sup>21</sup>, ao comparar as Reformas Sanitárias italiana e brasileira, concluem que, se foram ambos casos de grande mobilização política e social em

torno de reformas no sistema de saúde, diferiram significativamente no tocante a suas bases sociais e estratégias de luta.

No caso italiano, há uma concentração social e política nas questões relativas à saúde nas fábricas, já que as grandes centrais sindicais e os partidos de massa de base popular são as forças sociais impulsionadoras do processo de reforma. As consequências desse direcionamento vão se fazer sentir na trajetória da reforma, tanto no fenômeno de sua partidarização (forte conteúdo partidário na gestão do sistema) como na sua capacidade de ingerência ao nível de processo produtivo. No caso brasileiro, a base social do Movimento Sanitário está concentrada, desde suas origens nas camadas intelectuais e da burocracia pública, progressiva mas esporadicamente ampliando essa composição com a inclusão das organizações sindicais e dos movimentos populares.

Gallo e Nascimento<sup>18</sup>, embora afirmem que o movimento, apesar de originário das camadas intelectuais do setor saúde, visa a defender os direitos das classes subalternas, observam que ainda não se conseguiu uma base social respaldada na consciência sanitária.

Teixeira<sup>17</sup>, em seu esforço de compreender a diversidade da organização popular e sua baixa mobilização, cita Kowarick ao falar da heterogeneidade estrutural da economia dos países capitalistas periféricos, fruto da incorporação abrupta e fragmentada de tecnologia e da precocidade do caráter monopolista na organização da produção. Tal fato geraria a concomitância de relações capitalistas e não tipicamente capitalistas na divisão social do trabalho, resultando em uma classe trabalhadora altamente heterogênea, que não se identificaria a partir de seu papel na produção, mas no consumo. Desse modo, tornariam-se menos importantes os sindicatos e partidos e privilegiariam-se os movimentos sociais urbanos de composição policlassista. A autora aponta a necessidade de articulação entre as diferentes formas de organização, para “a superação do caráter fragmentário dos movimentos sociais e da debilidade estrutural do movimento sindical.”

Scorel<sup>19</sup> menciona o “fantasma da classe ausente”, que seria uma crise de legitimidade do movimento sanitário, originada no fato de este não contemplar em seus debates e decisões os organismos formalmente representativos das classes trabalhadoras. No entanto, a autora defende o movimento da acusação de elitista, afirmando que, embora composto por intelectuais, o movimento defende não interesses próprios destes, mas do conjunto das classes subalternas, conquistando espaços que depois são abertos para “os setores marginalizados, cuja falta de organização ou organicidade não tem lhes permitido avançar e conquistar posições.” Ressalta, porém, que o privilegiamento da atuação técnico-político e institucional do movimento, utilizando o Estado como palco de luta, o tem afastado da classe trabalhadora. A autora destaca o papel técnico-político do movimento em melhorar

as condições de saúde da população, que considera estar sendo secundarizado, e condiciona o futuro apoio popular ao sucesso obtido neste âmbito.

A questão da estratégia de infiltração no aparelho do Estado foi também extensivamente trabalhada. O tema se refere ao processo de incorporação de diversos intelectuais do movimento sanitário à burocracia estatal no período de democratização, e à possibilidade de uma atuação por dentro da máquina estatal que seja potencialmente transformadora. Teixeira<sup>17</sup> e Oliveira<sup>20</sup> remetem-se a Poulantzas, que desenvolveu a teoria de Estado a partir de Gramsci, analisando o contexto do Welfare State, já em crise, da França dos anos 70. Poulantzas estendeu a luta de classes da sociedade civil para dentro do Estado.

A comparação entre as reformas italiana e brasileira de Teixeira e Mendonça<sup>21</sup> é elucidativa também neste ponto.

No caso italiano, a pressão por mudança [do arcabouço e das práticas institucionais] se faz sentir desde fora o aparato institucional, isto é, nos canais de representação de interesses da sociedade civil que são os partidos de massa e as centrais sindicais. Já, no Brasil, a ausência dessas organizações na condução da luta pela reforma acarreta o direcionamento do processo para dentro das instituições governamentais, que passam a ser ocupadas por elementos vinculados ao Movimento Sanitário. Essa estratégia repõe a cada passo as condições de reprodução ampliada do dilema reformista (Teixeira, 1988b), já que as características da transição [para a democracia] pactada impõem limites estreitos às mudanças propostas. Havendo que implementá-las desde ‘dentro’ – sendo governo sem ser poder – corre-se o risco de comprometer assim todo o processo reformador.

Oliveira<sup>20</sup> também alerta para o risco de mera incorporação de novos atores ao Estado, sem problematização e enfrentamento da questão da hegemonia, o que poderia levar a uma reprodução da “estratégia social-democrata de mera ‘ocupação’ e gestão ‘humanizada’ do Estado capitalista”.

Em polêmico debate na revista Saúde em Debate, Campos<sup>23</sup> critica o que chama de “tentativa de impor reformas ‘por cima’, por intermédio do aparelho estatal”, afirmando que, no Brasil, não houve alianças com a classe trabalhadora e que “o principal agente das transformações teria sido o ‘partido sanitário’ encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas”. Menciona o limite das políticas, que teriam como critério de escolha a sua aplicabilidade dentro da correlação de forças do momento, a qual não se tentaria modificar. Campos discorre sobre os:

limites ‘transformistas’ (no sentido gramsciano, de reforço de bloco politicamente dominante) [das políticas] e da renúncia, a priori, de qualquer veleidade de trabalhar, junto à sociedade, pela construção de uma nova hegemonia, de um novo bloco

histórico, capaz de dar concretude, apesar dos constrangimentos impostos pela realidade brasileira, a um projeto de socialismo.

Fleury<sup>24</sup>, em resposta a este tópico, alude ao papel marcante do Estado na condução dos processos econômicos e sociais, papel este típico das sociedades de industrialização retardatária, e ao fato de que “a construção de uma nova hegemonia deverá passar, necessária, mas nunca exclusivamente, pelas lutas no interior do aparelho estatal”. Afirmo que, com o processo de redemocratização, se “introduziu uma tensão entre elementos de continuidade e fatores de inovação que se expressaram na composição da burocracia e nas próprias políticas públicas.” E que a presença dos intelectuais no poder teria sido consequência da pressão de todos os movimentos ativos na questão da saúde.

Campos<sup>25</sup>, em sua tréplica, aponta a limitação da atuação dos intelectuais no interior o Estado:

Quando estes intermediários [da burguesia na gerência do Estado] ousam ultrapassar [em suas ações] estes limites [dados pelo projeto histórico dominante] coloca-se, em geral, a imperiosa necessidade por substituí-los por novos partidos, novos segmentos de tecnocratas, por novas formulações ideológicas.

### **c) As negociações políticas**

Passemos agora às análises que tomam como objeto aspectos mais específicos da Reforma Sanitária: o processo de negociações políticas anteriores e durante a Constituinte e seus resultados.

Vários autores trataram do processo de formulação do texto constitucional para a saúde, que foi iniciado desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, passando pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária e pela Plenária da Saúde, para se concluir na Assembleia Constituinte, após discussão nas subcomissões. Os autores fazem um balanço das vitórias e das derrotas deste processo, concretizadas nos artigos da Constituição. Segundo Rodriguez-Neto<sup>26</sup>:

Não há dúvidas (...) que o texto aprovado não representa tudo o que se desejava e propunha, na medida em que, desde a Subcomissão, quando foi aprovado o primeiro anteprojeto, o processo tem sido de perdas sucessivas, a nível de detalhe e conteúdo.

Oliveira<sup>27</sup> também se refere às:

dificuldades políticas de viabilização (nascidas, em síntese, dos interesses empresariais setoriais privados beneficiários do status quo anterior na área, e das

articulações que esses setores conseguiram desenvolver, ao interior da burocracia governamental e das ‘máquinas políticas’ aí influentes. E estas dificuldades de viabilização, quando não levaram ao fracasso total das proposições de controle e reforma apresentadas no período, produziram pelo menos fortes limitações no impacto e nas consequências destas propostas.

Fleury<sup>28</sup> pondera as perdas e os ganhos:

É evidente que se fez concessão. Não se está estatizando, não se está expropriando, mas é uma formulação muito mais próxima do nosso projeto político que o do setor privado. Neste embate nós fomos mais fortes, eu acho que nos temos que avaliar essa nossa fora também.

E acrescenta que o maior fracasso técnico e político na Constituinte foi a área de financiamento<sup>28</sup>, apontando como causas o fato de não haver por parte do movimento uma proposta consolidada e pela própria dificuldade do tema, que é ponto de confronto entre os setores progressistas da área social e os reacionários da área econômica.

Um ponto apontado pelos autores foi o fato de que, em algumas negociações, fora necessário recuar para que se fechassem acordos, o que significou, para algumas proposições específicas, mutilações de conteúdo que as tornaram um tanto vagas. A ideia era que, nas negociações posteriores à Constituinte, quando da elaboração das leis ordinárias que regulariam o setor, se pudesse recuperar algo da radicalidade das propostas originais. Rodriguez-Neto<sup>29</sup> comenta essas negociações e suas consequências:

Durante o processo de negociação, junto à votação houve, no entanto, muita polêmica sobre a consciência do acordo nos termos em que era feito. O que deve ficar claro é que dar respaldo aos parlamentares que negociadores em nome do ‘movimento’ para fecharem acordo não significa a concordância com os retrocessos; significa, antes de tudo, impedir que pela simples vaidade de marcar posições (já por todos conhecidas) se pudesse por a proposta a perder no seu todo. Assim entenderam os partidos políticos, a Plenária da Saúde, o Cebes, a Abrasco e o Conass aí presentes, numa atitude madura e consequente, tendo-se consciência de que em muitos aspectos a luta foi apenas adiada para a etapa posterior à Constituinte, que é a da elaboração da nova lei do Sistema Único de Saúde.

Em mesa-redonda organizada pela Abrasco<sup>28</sup>, o exemplo da assistência em Saúde do Trabalhador, objeto de disputa com o Ministério do Trabalho, que se conseguiu que fosse citada no texto como parte do sistema de saúde, mas de maneira muito imprecisa e mutilada em seu conteúdo. E menciona também a concessão que representou a admissão do setor privado como complementar, como minoritário dentro de um projeto estatizante de longo prazo. No entanto, o texto, por sua imprecisão, traz o risco de inverter-se essa relação entre o público e o privado. A autora considera que a tarefa de se retomar o conteúdo das propostas

na elaboração das leis ordinárias será dura, advertindo que não se terá a mesma visibilidade que durante o processo constituinte.

Baptista<sup>30</sup> estudou a cisão existente dentro da própria área social, caracterizada pela divergência de interesses entre os chamados reformistas da saúde, os técnicos da área da previdência e o grupo formado pelos aposentados e trabalhadores – estes últimos defendendo uma política protetora meritocrática para os trabalhadores formais e uma política de proteção seletiva, assistencialista, financiada pelo Estado, para as parcelas da população excluídas do vínculo formal de trabalho.

Bahia<sup>31</sup> escreveu sobre as diferenças entre as regras para as relações entre os setores público e privado tal como apareciam originalmente no relatório da 8ª CNS – que defendiam o caráter público da assistência à saúde – e tal como foram inscritas na Constituição, substancialmente alteradas em favor do setor privado:

As concepções sobre as relações públicas com o ‘setor privado’ dos apoiadores da ‘estatização progressiva’, aprovada na 8ª CNS em contraposição à proposta de ‘estatização imediata’ apoiaram-se no pressuposto da viabilidade de rever a natureza dos contratos com os prestadores privados transformando-os em ‘concessão’. A aceção de que a ‘participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público ‘concedido’ e o contrato regido sob as normas do Direito Público’ orientou o debate sobre a inserção da saúde no texto constitucional e os primeiros passos da política setorial em direção ao reordenamento das relações entre o público e o privado (8ª CNS, 1986). ... De acordo com o testemunho de Eleutério Rodriguez Neto, as pressões das representantes dos empresários da saúde, que não disputaram suas posições na 8ª CNS, mas influenciaram o processo de debate e redação do capítulo da saúde, resultaram numa solução negociada no artigo 199 [que dispõe sobre a manutenção da abertura do setor saúde à iniciativa privada e seu caráter complementar dentro do SUS, além da vedação da destinação de recursos públicos para subvenções às instituições privadas com fins lucrativos] da Constituição de 1988. As propostas derivadas da 8ª CNS propugnavam que todas as ações e serviços de saúde integrariam o SUS, que as ações e serviços de saúde são de natureza pública e que compete ao poder público a regulamentação, a execução e o controle das ações de saúde e que os serviços prestados poderiam participar.

Campos<sup>32</sup> destaca a ausência nos debates da discussão acerca da mudança do modelo assistencial então hegemônico, caracterizado por um “padrão medicalizante de serviços, centrado na assistência médica individual, na valorização excessiva da ‘produtividade’ e no atendimento curativo da demanda.” Critica o que vê como excessiva ênfase na racionalização institucional e organizativa, e duvida do potencial democratizante da descentralização e das possibilidades de controle sobre o setor privado.

## d) Perspectivas

Sintetizaremos agora as possibilidades e limites apontados pelos autores para o processo da Reforma Sanitária, considerando que já foram expostos os questionamentos relativos aos efeitos da ausência da base popular e dos perigos da estratégia de implementar as mudanças atuando por dentro do Estado. Teixeira<sup>17</sup> observa que o contexto mundial em que esta se desenvolve é desfavorável, apontando como obstáculos o predomínio do discurso liberal e a escassez de recursos financeiros ligados à recessão, condições bastante diversas da encontradas na emergência dos Welfare States, quando imperava a ideologia social-democrata e a economia encontrava-se em franca ascensão.

Para a autora, a Reforma Sanitária brasileira ocorre em um contexto semelhante a de outros países como Nicarágua, Espanha, Itália, qual seja, um processo de democratização e de emergência dos setores médios e populares como atores políticos, e que a forma como se dá tal processo, se de forma revolucionária, pactuada ou por colapso do governo autoritário, determina as formas e o curso posterior da reforma. E elenca alguns fatores que influenciarão o caráter da reforma, tais como o caráter político-ideológico do movimento democratizante, o curso de seus embates com as forças tradicionais, a relação de precursora ou efeito da reforma da saúde em relação ao processo de democratização, a capacidade de aumentar a qualidade dos serviços de saúde e manter o apoio social, a mudança da cultura política em relação a universalização dos direitos sociais e à participação popular, entre outros. Em síntese:

As perspectivas da Reforma Sanitária decorrerão da capacidade apresentada pela coalizão reformadora de imprimir mudanças efetivas e no tempo certo nas estruturas institucionais, de forma a evitar que sejam filtrados pelo Estado apenas os aspectos racionalizantes dessa proposta, minando a sua base política.<sup>17</sup>

Oliveira<sup>27</sup> é otimista ao perceber o novo período que se abre como uma possível nova etapa, em que a luta contra-hegemônica poderia se sobrepor aos projetos meramente racionalizadores. Campos<sup>32</sup> discorda, afirmando que “só aqueles que trabalham com um conceito muito restrito de reforma sanitária poderiam imaginar que a atual composição de forças políticas, a nível federal e na maioria dos estados, abriria uma nova perspectiva.”

Gallo e Nascimento<sup>18</sup> apontam possibilidades de avanço e de recuos:

[Entre as possibilidades de avanço estaria] a aparente convergência dos socialistas e a perspectiva de manter a ação conjunta com os social-democratas, embora sem a direção destes. (...) Dessa forma parece possível acrescer a dimensão da modernização uma rigorosa democratização, e construir uma cidadania que instaure a modernidade singular da sociedade brasileira, suplantando o projeto neoliberal e



criando outras condições que possam ser exploradas pelos socialistas em relação ao seu objetivo estratégico. Com relação aos obstáculos, o primeiro – e óbvio – seria a derrota da proposta da democracia de massa/Movimento Sanitário pela neoliberal. Isso caracterizaria uma situação histórica de consequências no mínimo graves para uma proposta que pretende responder aos anseios dos setores subalternos. O segundo problema seria – na hipótese de se sobrepor ao neoliberalismo – o do bloco ideológico progressista ser hegemonizado pelos social-democratas. Neste caso poder-se-ia até chegar a uma sociedade modernizada e embasada na cidadania, mas certamente não se teria atingido o homem, que continuaria condenado à pré-história da humanidade.

O que se verifica, portanto, no final dos anos 80, é um movimento de avaliação e questionamento das possibilidades e limites da Reforma Sanitária enquanto uma ação de transformação social. Para tanto, procede-se a análise direta dos acontecimentos do processo enquanto fruto de alianças políticas e de negociações com os setores opositores; ao estudo das estratégias utilizadas, e a construção de uma teoria que possibilite compreender essas estratégias em face dos objetivos do movimento. Há certa concordância sobre a necessidade de se superar a mera racionalização, e observa-se a permanência de um horizonte socialista. Concorda-se sobre as limitações que vem sofrendo a prática política, mas discorda-se sobre o peso que estas têm para comprometer a reforma.

## CAPÍTULO III – A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL PÓS-CONSTITUINTE

### 1. O contexto

Os anos 90 assistiram a profundas modificações políticas em todo o mundo. O papel do Estado vinha sendo profundamente questionado desde o fim dos anos 70, no movimento conhecido como neoliberalismo, que tinha inicialmente como alvo o *Welfare State*, o Estado do Bem-Estar Social europeu, profundamente interventor no mercado. O movimento ganhou força na América Latina nos anos 90. No plano político interno brasileiro, a penetração dos princípios liberais de reordenamento do Estado esteve relacionada à sucessão de governos conservadores que se instalaram no poder desde a eleição direta para presidente de 1989 – a primeira em quase três décadas –, em que o candidato Lula, que reunira as esquerdas no segundo turno, foi derrotado por Collor. As novas propostas para o Estado iriam afetar profundamente as políticas sociais. Segundo Machado<sup>33</sup>, assim pode ser caracterizada a agenda de reforma do Estado à época:

a) no plano econômico, ênfase na estabilização monetária e no controle da inflação, abertura comercial, contenção de gastos públicos, privatização de empresas estatais e fragilidade da política industrial e das estratégias de desenvolvimento de longo prazo; b) no plano administrativo, ênfase nas medidas de enxugamento da estrutura e do funcionalismo públicos, com destaque para a descentralização e novas relações entre público e privado; c) na área social, restrições à lógica abrangente de proteção social, contenção de gastos, expansão da prestação privada (inclusive na saúde) e trajetória fragmentada das políticas sociais, com avanços institucionais esparsos e resultados limitados para a população.

Portanto, o SUS universal foi inscrito na Constituição e concretizado em uma época em que se questionavam os direitos universais e que, nas agências internacionais e nos fóruns nacionais, “proliferaram propostas de focalização do gasto público nos setores mais pobres da população, deixando para o mercado a produção de serviços sociais destinados aos setores mais favorecidos”<sup>34</sup>.

### 2. Cronologia

Promulgada a Constituição, estabelecida a condição da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, restava muito a fazer, a começar pela formulação das leis ordinárias que regeriam o setor. Estas foram adiadas para 1990, já sob o governo Collor: as chamadas

leis orgânicas da saúde, 8080/90, e 8142/90, cuja formulação envolveu intensos debates e negociações, com ganhos e retrocessos.

A criação do SUS representou uma real extensão da titularidade em relação aos serviços de saúde a toda a população residente no país, ou seja, a universalização da cobertura. Ainda que orientadas por princípios outros que não a universalidade, a previdência e a assistência social também experimentaram expansão e redistribuição, na medida em que se passou a praticar:

uniformidade e equivalência de benefícios a populações urbanas e rurais, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na participação e custeio... e [se garantiu] a introdução de uma renda de sobrevivência, de caráter não contributivo, ... [sob a forma de] um benefício financeiro de prestação continuada aos idosos e deficientes incapazes de trabalhar.<sup>35</sup>

No entanto, a união da previdência, saúde e assistência social dentro de um sólido sistema de seguridade social, conforme previa a Constituição, foi logo de início descartada ao ser impossibilitada a criação de um Ministério da Seguridade Social – em 1990, foi efetivada a vinculação do Ministério da Previdência e Assistência Social ao Ministério do Trabalho, e criado um Ministério da Assistência Social independente<sup>30</sup>.

A questão do financiamento centralizou os debates da saúde nestas duas décadas de dificuldades orçamentárias. Havia sido estabelecida na Constituição a criação de um Orçamento da Seguridade Social (OSS). As três áreas da seguridade, ainda que não institucionalmente vinculadas, dividiriam portanto os recursos desta rubrica do orçamento. Logo em 1990, as despesas com os encargos previdenciários da União (EPU) passaram do Orçamento do Tesouro para o OSS, gerando uma redução neste de 20%. “No período 90-93, as disputas por recursos acirraram as negociações entre saúde, previdência e assistência, criando impasses de financiamento principalmente na saúde e na assistência.”<sup>30</sup>

Em 1993, a reforma constitucional permitiu a desvinculação orçamentária dos três setores da seguridade social: como consequência, os recursos das contribuições previdenciárias passaram a ser exclusivos da previdência e as fontes de financiamento da saúde foram especializadas (e limitadas)<sup>35</sup>. A Desvinculação dos Recursos da União foi outra medida do governo que permitiu a retirada de recursos da área social (20%). Em 1995, foi aprovada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), inicialmente destinada a prover a Saúde, mas que acabou sendo redirecionada para outras finalidades. Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que estabelece percentuais mínimos para despesas com saúde para as três esferas do governo, mas que, por ainda não ter sido

regulamentada, permite a inclusão na rubrica saúde de gastos de outras áreas sociais. O debate atual sobre o financiamento do SUS gira em torno da proposta de reforma tributária, em curso no Congresso Nacional, que, como está, prejudica as áreas de proteção social.

Uma das mais inovadoras diretrizes do SUS, o controle social, foi institucionalizado por meio dos Conselhos municipais, estaduais e nacional de Saúde – com representação paritária da população usuária em relação ao conjunto dos representantes dos gestores, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviço – e das Conferências de saúde, que têm sido extensivamente realizadas. Todos os municípios e estados da federação contavam com conselhos em 2005<sup>36</sup>. Os conselhos foram reformulados em 2003, através da resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, Moreira<sup>37</sup> mostra a precariedade de funcionamento dos conselhos, especialmente nos municípios de menor porte.

Uma política central no período foi a descentralização, conduzida pelo Ministério da Saúde por meio dos instrumentos reguladores legais denominados normas operacionais, editadas em 1991, 1993, 1996 e 2001<sup>38</sup>. As normas institucionalizaram a transferência de poder e de recursos entre as esferas de governo, com uma gradativa municipalização da gestão dos serviços de saúde. Foram criadas as Comissões Intergestoras (Tripartite, nacional, e Bipartites, estaduais), instâncias de pactuação entre as três esferas de governo. As normas também tiveram influência no modelo assistencial, contribuindo para a expansão da atenção básica. O desenvolvimento recente das políticas de descentralização tem se focado no resgate da esfera estadual e na regionalização da assistência dentro de cada estado, ou seja, a racionalização de oferta de serviços de média e alta complexidade entre municípios vizinhos. A regionalização foi um dos eixos do Pacto pela Saúde, de 2006, que ainda estabeleceu o mecanismo de termo de compromisso de gestão para a definição pactuada das responsabilidades entre as três esferas, além de simplificar o repasse de recursos, antes excessivamente fragmentado e de difícil manejo, e de induzir alterações no modelo assistencial e no controle social.

Um dos objetivos da descentralização, a busca de maior eficiência do Estado, estava atrelado a uma agenda de reforma do Estado que marcou os anos 90 no mundo e no Brasil. Um outro ponto dessa agenda na saúde é representado pelas propostas de novos modelos gerenciais, com destaque para a de separação entre financiamento, que continuaria sendo responsabilidade do Estado, e execução, que passaria a ser responsabilidade do setor privado<sup>39</sup>; propostas estas que experimentaram implementação apenas pontual. As limitações ao funcionalismo público, outro ponto da agenda, tiveram repercussões bem mais extensas, gerando uma importante precarização do trabalho no setor.

Nestes 20 anos de SUS, o Estado se consolidou como provedor de serviços. Houve notável expansão da rede pública de assistência à saúde e dos serviços prestados<sup>31</sup>. A partir de 1994, entrou em cena o que viria a se tornar a principal política do Ministério da Saúde no âmbito da assistência, o Programa Saúde da Família (PSF). Em 2007, eram 87 milhões de pessoas atendidos por 27 mil equipes de saúde de família, contribuindo para tornar o SUS o “maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas”<sup>40</sup>. O PSF procurava responder às necessidades de expansão do acesso aos serviços de atenção básica e de mudança do modelo assistencial, anteriormente focada no atendimento médico-hospitalar, e agora incorporando mais consistentemente princípios como territorialidade, inserção comunitária, longitudinalidade, prevenção e promoção da saúde.

A atenção de média e alta complexidade também atingiram enormes dimensões. Os números impressionam:

Em 2007, 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais; 610 milhões de consultas; 10,8 milhões de internações; 212 milhões de atendimentos odontológicos; 403 milhões de exames laboratoriais; 2,1 milhões de partos; 13,4 milhões de ultra-sons, tomografias e ressonâncias; 55 milhões de sessões de Fisioterapia; 23 milhões de ações de vigilância sanitária; 150 milhões de vacinas; 12 mil transplantes; 3,1 milhões de cirurgias; 215 mil cirurgias cardíacas; 9 milhões de seções de radioquimioterapia; 9,7 milhões de seções de hemodiálise.<sup>40</sup>

Uma política de destaque foi a de assistência à AIDS, em especial a assistência farmacêutica que, em conjunto com as políticas de prevenção, foi a grande responsável pelo controle da epidemia no país e projetou o SUS no exterior. A priorização da AIDS pode ser inferida por dados como o crescimento das despesas com assistência farmacêutica, em sua desproporcional ao crescimento verificado para gastos com outros medicamentos<sup>33</sup>. Houve ainda grande crescimento da atuação do Estado em outras áreas, como a Saúde Indígena, em que atuou como financiador, e Vigilância Sanitária.

Em que pese o notável aumento da rede pública, o setor privado contratado continuou desempenhando importante papel dentro do SUS. As relações com o setor privado dentro do SUS de forma geral continuaram fugindo ao controle de diretrizes de caráter público, continuando freqüentes a seleção de clientela, a dupla entrada em hospitais universitários e outras distorções que comprometeram o caráter público do sistema de saúde. Houve diversas políticas de estímulo ao setor privado dentro do SUS, como linhas de crédito favoráveis para o pagamento de dívidas e criação de fontes de recursos permanentes como loterias. Uma exceção foi o Pacto de Gestão, componente do Pacto pela Saúde, que representou um esforço para aprimoramento das relações convencionais, por meio de

mecanismos como incentivo aos estabelecimentos que destinassem sua capacidade instalada total ao atendimento universal e outros mecanismos que pudessem conferir maior estabilidade ao processo de regionalização, imunizando-o de ingerências político-partidárias conjunturais<sup>31</sup>.

O setor privado independente do SUS, a saúde suplementar, passou por grande crescimento nas últimas duas décadas, com amplo apoio do Estado, por meio de políticas sobretudo fiscais. Já passa dos 40 milhões o número de beneficiários (ANS). Destacam-se as mudanças na legislação que facilitaram a dedução dos gastos com saúde do imposto de renda, tanto por pessoa física, quanto por empresas em relação a seus empregados. As empresas de saúde também tiveram acesso diferenciado a crédito e redução de alíquotas de contribuições como a COFINS e CSLL, além de redução de impostos sobre despesas operacionais e reservas técnicas. A importação de equipamentos médico-hospitalares também foi isenta de ICMS. Em 1998, foi promulgada a lei 9.656, primeira iniciativa estatal de regulação do mercado de planos de saúde, função plenamente assumida no ano 2000, data da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Em 2006, foi alterado o Regime Jurídico Único, com vistas a permitir a universalização dos planos privados de saúde para os servidores da União.

### **3. Análise**

Muitos autores se propuseram a realizar um balanço das políticas de saúde das últimas duas décadas, discutindo conquistas e retrocessos da “tarefa de transformar em realidade os dispositivos formais/legais definidos na Constituição”<sup>34</sup>. Já não se trata aqui de avaliar a ação de um grupo político, como no período pré-constituente. Agora, o objeto de estudo são os processos políticos que, dentro e fora do Estado, envolveram e contrapuseram diferentes grupos e interesses, dando origem a um conjunto de políticas contraditórias que resultaram no sistema de saúde que possuímos hoje, cujo significado político se procura apreender.

Santos<sup>40</sup> resume o processo político ocorrido ao afirmar que o SUS foi concebido como uma política de Estado, de governo e do setor saúde, mas que sofreu as consequências de uma progressiva desidentificação de projeto entre estas três instâncias. Menicucci<sup>34</sup> discute o processo de implementação das políticas, evocando a tendência recente de oposição à ideia clássica de que a implementação seria uma fase do ciclo das políticas públicas em que se executam atividades necessárias para sua execução, ideia esta que considera qualquer

problema de implementação como um “desvio de rota”. Pelo contrário, a autora chama a atenção para o caráter autônomo do processo de implementação, que pode gerar resultados bem diferentes da concepção original, visto que adapta-se ao novo contexto e envolve decisões com potencial para criar novas políticas. Para obter êxito, uma dada política formulada requereria “decisão e iniciativa governamental, e instrumentos para efetivá-la, entre os quais a disponibilidade de recursos financeiros e suporte político organizado, particularmente, por parte dos grupos sociais afetados positivamente pela política”.

Para a autora, a implementação do SUS “se fez em condições precárias e de forma incompleta, desvirtuando a concepção de seus formuladores”. Para a maioria dos analistas, o ponto de estrangulamento seria o financiamento, cuja redução seria consistente com o contexto de negação das políticas universais. A autora defende, no entanto, a existência de outras mediações, ao afirmar que “mesmo não negada no discurso, nem mesmo tendo sido objeto de uma redução programática, a atenção à saúde universal e igualitária foi objeto de veto implícito e de inviabilização sistêmica”. No contexto da redemocratização, negar os fundamentos do SUS e reestruturar o texto constitucional da saúde implicaria em um enorme custo político. O veto se concretizou, portanto, através de um mecanismo indireto que logrou reduzir o alcance e a efetividade do SUS: o subfinanciamento.

A autora, portanto, qualifica a justificativa de ausência de recursos, que seria uma expressão da ausência de uma disposição uniforme no âmbito governamental de implementação da reforma, e não apenas uma limitação de recursos inviabilizando uma disposição efetiva de materializar a assistência à saúde universal.

Portanto, os princípios do SUS foram definidos como política de governo (ou de Estado, visto que expressos na Constituição) em uma conjuntura favorável, no contexto da redemocratização. Porém, no quadro político que se seguiu – “dominado por forças políticas conservadoras e em contexto marcado pela perda de apoio e legitimidade de políticas sociais universalistas e pela valorização do mercado em detrimento da ampliação da esfera de atuação do Poder Público” –, observou-se o abandono da agenda publicista da saúde na política de governo. A implementação do SUS, portanto, não consistiu apenas na mera execução de decisões anteriores, mas em um novo processo de formulação. Para a autora, as decisões mais importantes para a redefinição da Reforma Sanitária foram “o estabelecimento do marco regulatório da assistência privada, que explicita a segmentação e derruba formalmente as pretensões universalistas, e as relativas ao financiamento, que ainda são objeto de disputa”<sup>34</sup>.

A autora destaca a precocidade desta redefinição, expressa na demora na promulgação das leis orgânicas e da operacionalização do SUS, e nas inconstitucionalidades

da primeira Norma Operacional. Baptista<sup>30</sup> também examina os determinantes dos desvios mais precoces da reforma. A autora analisa o processo de desmonte da seguridade social ocorrida logo após 1990 e encontra suas raízes no processo pré-constitucional, especialmente na debilidade da base política da saúde e da área social em geral. As fragilidades do texto constitucional decorrentes das derrotas e acordos nas negociações, que preocupavam os autores no fim dos anos 80, mostraram-se de fato essenciais para o fracasso das políticas da seguridade social, tanto nas estratégias de cooperação e integração entre os setores (previdência, saúde e assistência social), que não existiu, quanto na política de financiamento. Os governos seguintes se serviram das amplas brechas fornecidas pela imprecisão e distorção dos textos para, legalmente, preterir a área social em favor da econômica.

Outros autores se deterão nas repercussões das políticas na construção do direito à saúde. Fleury<sup>41</sup> afirma que uma das grandes vitórias da Reforma Sanitária foi a difusão, mediada pela universalização da saúde, de uma consciência sanitária, ou seja, a consciência da saúde como um direito. Por outro lado, porém, reconhece que a utopia democrática igualitária do movimento, defendida em total dissonância com o individualismo e o pragmatismo hegemônicos, havia de fato fracassado. A realidade de uma sociedade altamente hierarquizada e discriminadora e a inexistência de um projeto nacional de desenvolvimento que tomasse a questão da desigualdade acabam por minar as possibilidades de se concretizar um sistema igualitário de saúde. A dura lição teria sido: “não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei”.

Paim é mais cético quanto à realização dessa consciência sanitária:

no povo em geral e nos trabalhadores da saúde, nem a reforma sanitária nem o SUS parecem ser considerados conquistas por que valha a pena lutar, seja para preservar ou para avançar. [...] Não se ampliou a consciência sanitária, a realização da cidadania na saúde e a melhoria das condições de vida e de saúde de amplos contingentes da população.<sup>12</sup>

Santos<sup>40</sup> também reconhece um retrocesso na consciência social de direitos, que se manifesta no arrefecimento das perspectivas e esperanças iniciais das camadas médias e dos servidores públicos em relação ao pertencimento do SUS – expressa nessa migração dos setores médios e funcionários públicos para a saúde privada

A fragilização da noção de direito é expressa na utilização cada vez mais freqüente do termo “SUS-dependente” para identificar os que recorrem aos serviços públicos. O cidadão mantém um vínculo de dependência com o SUS, visto que não pode pagar um plano de saúde, não se configurando uma situação de exercício de direito, mas de consumo<sup>42</sup>.



No lugar da universalização, o que se observava era a transformação do SUS em uma política social focalizada, visto que os setores médios haviam migrado para a saúde privada<sup>41</sup>.

A focalização do SUS é uma preocupação de vários autores. Um exemplo recorrente é o PSF. A criação do PSF veio na esteira de um dos pontos considerados como negligenciados pela Reforma Sanitária, as práticas em saúde ou o modelo segundo o qual se oferece os serviços de saúde. A discussão a respeito do modelo assistencial vai ser prioridade da agenda acadêmica no período, visto que se reconhece que o SUS, ainda que sólido em suas bases institucionais, não se viabilizaria caso se mantivesse o modelo médico-hospitalar anterior. Um novo modelo assistencial seria essencial não só do ponto de vista da racionalização dos custos, mas pela garantia efetiva de saúde à população, pela construção da consciência sanitária e pela publicização do sistema. Paim<sup>43</sup> comenta a negligência ao discorrer sobre os desvios tecnocráticos do processo da Reforma Sanitária, que teria priorizado as questões políticas e institucionais e não se detido nas próprias práticas de saúde. Fleury<sup>40</sup> afirma que se a noção de saúde como direito “se reduz ao consumo de serviços curativos, exames e medicamentos, esta é uma evidência de que a reforma, ademais de democrática, necessitaria reencontrar a sua dimensão sanitária”. Rodriguez-Neto<sup>44</sup> queixa-se do “afastamento do SUS do seu princípio doutrinário mais central que é a integralidade, isto é, a indissociabilidade entre prevenção e atenção curativa”. Campos<sup>45</sup> reafirma o papel do setor saúde na produção da saúde, atentando para o perigo de a crítica da saúde deixar-se dissolver nas teorias sociais e para o perigo de se confundir “nosso papel [da saúde] com o das instituições políticas, ou dos movimentos sociais, ou de outras agências governamentais.” Merhy<sup>46</sup> se refere à “profunda crise de falta de eficácia e efetividade dos serviços de saúde, públicos e privados... a desumanização dos serviços em relação à clientela; a falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde”. Desenvolvem-se inúmeras iniciativas de experimentação de modelos assistenciais, de planejamento e de gestão, com forte incorporação das noções de promoção à saúde e vigilância em saúde<sup>29</sup>.

Outro fator que contribuiu para o desenvolvimento e expansão do PSF foi o respaldo encontrado nas agências internacionais da área da saúde e da área econômica<sup>13, 47, 39</sup>, como o Banco Mundial, e que preconizavam para a América Latina o fortalecimento das ações básicas e a focalização das ações do Estado nas populações de baixa renda (pacote básico de serviços, subsídios, etc.).

Portanto, o PSF engendrou uma dupla possibilidade. De um lado, uma transformação do modelo assistencial que garantisse saúde à população. De outro lado, uma

política focalizadora. No entanto, a balança parece ter pendido para a focalização. Pois, ainda que o PSF tenha representado uma real e fenomenal expansão da clientela dos serviços públicos de saúde, segundo Santos<sup>40</sup>, a estratégia foi “focalizada nos estratos sociais mais pobres, com baixo custo (e orçamento), baixa resolutividade, baixa interação com unidades básicas e de apoio, baixa efetividade, como porta de entrada no sistema e sem condições de efetivar ações estruturantes no sistema”. Ainda segundo ele, “o modelo público de atenção à saúde se estabiliza em pobre e focalizado aos 80% pobres da população, e em complementar e menos pobre aos 20% compradores de planos privados”. A expansão diferenciada entre atenção básica e hospitalar, respectivamente de 80% e 42% entre 1988 e 2002, é apontada por Menicucci<sup>34</sup> como indicador da priorização da atenção básica em detrimento da especializada. A dimensão política da focalização é evidenciada em um editorial do Cebes, onde se afirma que “concentrar-se apenas na atenção primária não é apenas um equívoco técnico, é uma opção política pela focalização em detrimento de sua articulação no interior de sistemas universais e integrais, os únicos capazes de garantir a plenitude dos direitos sociais”<sup>42</sup>.

Como consequência, no âmbito das representações, o setor público passou a ser identificado com precariedade, o que é reforçado pela permanente e parcial exposição de suas mazelas, segundo Cebes<sup>42</sup>. Segundo Baptista<sup>30</sup> “no (des)acordo da seguridade social e nos efeitos perversos que se reproduziram nos anos 90, foram criados novos consensos: a saúde pública é ineficaz, a previdência social é deficitária, a iniciativa privada é a solução. Os novos consensos apontam uma realidade que parece não ter mais volta, uma realidade econômica de poucas possibilidades.” As novas verdades se baseavam em dois fatos: a precarização dos serviços públicos e a o fortalecimento do setor privado. Os autores divergiram sobre como relacionar estes dois fatores. Favaret e Oliveira<sup>48</sup> se referem ao fenômeno da “universalização excludente”, representado pelo movimento de fuga dos estratos médios da sociedade para o setor privado diante da percepção da falta de qualidade do setor público. Outra perspectiva<sup>31</sup>,<sup>34</sup>,<sup>42</sup> evocam as políticas privatizantes da saúde e apontam um duplo papel do Estado, ativamente desqualificando o setor público e incentivando o privado; mediando, portanto, essa fuga.

Bahia critica os fundamentos de muitos estudos que se dedicaram ao crescimento do setor privado, por desconsiderarem a indução estatal, ou seja, as escolhas políticas que permitiram o fenômeno<sup>31</sup>. O fato de que esta expansão se realiza às custas de subsídio público constitui, nas palavras de Rodriguez-Neto<sup>44</sup>, um desrespeito ao princípio da equidade na alocação de recursos e, segundo Fleury<sup>41</sup>, a deformação da equidade em segmentação e da publicização em uma articulação complexa e descontrolada entre o público e o privado.

As distorções verificadas na rede privada do SUS datam da época do Inamps e foram objeto de intenso debate no período pré-constituente. Com a inclusão do artigo 199, que definia o caráter de complementaridade do setor privado dentro do SUS, os esforços se voltaram para uma regulamentação dessa atuação privada a começar pela revisão dos contratos, iniciativa esta que foi mal sucedida<sup>31</sup>. Segundo Menicucci<sup>34</sup>, os setores empresariais lograram, por meio de uma forte penetração no governo, proteger seus interesses no sentido de minimizar qualquer regulação estatal que garantisse o interesse público na compra de serviços.

Bahia chama a atenção para a contradição entre a ideia de eficiência do privado e a dependência do setor em relação ao Estado, referindo-se aos subsídios e crédito facilitado<sup>31</sup>. Também assinala a frouxidão da regulamentação que permite aos empresários manter uma capacidade ociosa quando não lhes interessam os preços pagos pelo Estado, ou a dupla porta de entrada dos hospitais universitários e filantrópicos. Menicucci<sup>34</sup> aponta a priorização da lógica privada da oferta em detrimento da lógica da demanda e o favorecimento do atendimento de segmentos privilegiados da população. Bahia compara as proposições da 8ª CNS com o que efetivamente ocorreu:

Embora tenha havido ‘ fortalecimento do setor estatal nos níveis federal, estadual e municipal’, nem bem os prestadores de serviço passaram a ‘ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos’, nem se tornaram ‘subordinados ao papel diretivo da ação estatal, garantindo o controle dos usuários por meio de segmentos organizados’ e muito menos foi considerada a ‘possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público’.

Para Menicucci, torna-se necessária uma regulação mais forte por parte do governo que viabilize uma publicização da rede privada do SUS. Inclui como dificuldades para essa regulamentação, além das restrições políticas, limitações operativas do sistema público em definir sua demanda, implantar e fiscalizar contratos. Mesmo nas instituições em que se conseguiu a efetivação de um contrato de direito público, não se verificou ainda uma alteração significativa na relação entre o Estado e o prestador.

Em relação ao mercado de planos e seguros de saúde, Bahia ressalta que as políticas invisíveis de formação do mercado foram responsáveis pela transferência de 10 bilhões de reais de recursos públicos para as empresas do setor em 2006. As deduções do imposto de renda de pessoa física atingiram 4270,34 reais per capita em 2004, um valor cerca de 12 vezes superior ao gasto público com saúde per capita. O que contradiz uma declaração,

citada pela autora, do ministro da saúde Adib Jatene à Folha de São Paulo, a respeito dos planos de saúde: “todos os que podem pagar devem fazê-lo para que se viabilize o atendimento dos que não podem com os poucos recursos que o sistema possui”. A regulação dos planos de saúde pelo Estado, representada pela Lei n. 9.656/98 e pela ANS, foi um marco na inflexão da agenda da saúde, ao redirecionar as atribuições públicas no setor<sup>34</sup> ignorando as normas para o setor saúde definidas constitucionalmente<sup>31</sup>.

Menicucci sintetiza a questão ao afirmar que a implementação do SUS configurou-se como um processo de formulação de política de saúde cujo resultado foi a consolidação de um sistema híbrido, público e privado, apesar da definição de sistema único, público, universal e gratuito do texto constitucional.

A descentralização em suas diferentes conotações também foi objeto de análise. Carvalho<sup>49</sup> se refere a “um processo exuberante e acelerado de modificações na arquitetura e no funcionamento do Estado, sobretudo através da descentralização e da participação, tendentes ambas a elevar as pressões redistributivas”. Fleury<sup>41</sup> também relaciona o processo a uma democratização, ao mencionar a emergência de novos atores no cenário político setorial, o deslocamento de poder ocorrido e a construção de uma nova base técnica ao nível municipal, capaz de dar conta das tarefas inerentes à gestão pública da saúde, sem estar submetida a um poder centralizado. Machado<sup>13</sup> justifica a prioridade lograda por este processo à confluência entre duas agendas: a da saúde, em que a descentralização político-administrativa representava democratização e integração do sistema, e a liberal, de reforma do Estado, que tomava o mesmo princípio como estratégia para redução do tamanho do Estado e dos gastos públicos.

O papel das instâncias de controle social também foi questionado. Os conselhos e conferências mostram-se presos à intendências e não conseguem articular uma discussão mais abrangente. O reordenamento recente caracterizou-se pelo reforço da representação particular e segmentada.

Alguns autores apontam para a necessidade de uma mudança na perspectiva teórica na Saúde Coletiva. Marques<sup>50</sup> fala do reconhecimento crescente de pesquisas operacionais ou aplicadas voltadas para aprimoramento e avaliação do SUS, importantes para dar visibilidade a iniciativas bem sucedidas, em todo o país. Chama atenção para outro tipo de análise, com “interpretações mais holísticas, menos fragmentadas, retomando um tipo de análise comum nas décadas de 1960, 1970 e 1980”. Campos<sup>51</sup> divide a pesquisa teórica da Saúde Coletiva em duas vertentes. A primeira, predominante, buscaria compreender como funcionam as políticas, como as pesquisas avaliativas. A segunda, pouco usual, mas que julga

necessária, seria a que interroga: “qual o modo como se produziu, e como seguiria se reproduzindo, tal ou qual política social ou de saúde?”.

Bahia<sup>31</sup> critica a abordagem usual das relações público-privados, que considera se basear em uma concepção de mercado ideal, um pressuposto da economia neoclássica. Argumenta que se desconsideram as relações políticas subjacentes à questão, e que o debate político tem sido periferizado. A autora faz uma correlação entre a prática política em geral com a tendência verificada nas discussões da Saúde Coletiva ao afirmar que “em contextos nos quais as grandes transformações políticas parecem não apenas improváveis, como impossíveis, levar em consideração as relações de propriedade, os fluxos de circulação e apropriação dos recursos financeiros e poder no sistema de saúde brasileiro pode até parecer supérfluo.” A autora defende o potencial explicativo das categorias de Estado, sociedade, agentes, interesses econômicos e políticos.

Paim<sup>12</sup> faz uma análise da construção do SUS, que ele chama de momento *processo* da Reforma Sanitária, evidenciando seus limites e seu caráter ideológico, em uma comparação com a Medicina Preventiva:

A Reforma Sanitária Brasileira, enquanto projeto de reforma social, obteve como desfecho uma *reforma parcial*, predominantemente setorial e institucional, identificada como a construção e implantação do SUS. Os tipos de práxis acionados em reformas parciais tendem à manipulação político-ideológica na medida em que apontam para mudanças, mas mantêm o *status quo* da sociedade. Equivale ao binômio alusão-ilusão presente nas práticas ideológicas, tal como verificado no “dilema preventivista”, quando alude para um dado problema (ausência de práticas de saúde contemplando aspectos preventivos e sociais) e ilude quanto à solução (mudanças de atitude a partir da educação médica), mantendo a organização social dos serviços de saúde e uma sociedade que atribui diferentes valores de uso e de troca à vida humana. No caso do *processo* da Reforma Sanitária, alude quanto aos problemas de saúde e da organização dos serviços (decorrentes da determinação social) e ilude quanto à solução (reforma parcial), convivendo com iniquidades sociais e um Estado colonizado por interesses capitalistas, corporativos e partidários.”

Ocké-Reis e Sophia<sup>52</sup> também criticam os pressupostos da produção teórica no campo, citando Nogueira:

As preocupações políticas com a democratização dos sistemas de saúde e ligadas a um projeto de sociedade perderam atualidade e foram substituídas pelas categorias econômicas e administrativas, tais como flexibilidade, administração gerencial, efetividade, relação agente/ *principal etc.*

Os autores afirmam que, se existe o objetivo de construir uma nova hegemonia e práxis publicistas, é necessário discutir as contradições que dificultam a sua implementação.

Uma questão central seria a concepção de que o domínio privado ocupa funções de Estado, subtrai a natureza pública do SUS e nega o direito social de assistência. Propõem, portanto, que se formule uma agenda de reforma das instituições de mercado.

Fleury, em entrevista<sup>53</sup> ressalta o insulamento da área da saúde e a necessidade da revitalização do debate entre os sanitaristas e a sociedade. Também considera importante discernir os arranjos políticos e técnicos ligados a interesses particulares e enfrentá-los. Outra estratégia é identificar as forças sociais que poderiam apoiar o projeto. A autora sintetiza a crítica da Saúde Coletiva: “Conseguimos nos instituir como poder, mas estamos perdendo nossa característica crítica e transformadora”.

Bahia<sup>31</sup> destaca a importância de aprofundamento teórico e sistematização de evidências empíricas que avancem o conhecimento sobre o sistema de saúde; e a necessidade de se disputar, no campo da saúde pública, a retomada da centralidade do tema das relações entre público e privado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise que os autores trazem nos permitem refletir sobre a perda do potencial crítico e transformador da Saúde Coletiva. Ao mesmo tempo em que esta continua se referenciando em seus ícones e nas ideias transformadoras que deram origem a essa gigante manifestação concreta que é o SUS, não são muito comuns as análises que aprofundam a origem da derrota da criação de um real sistema único de saúde.

É claro que não se trata de fenômeno isolado e exclusivo do setor saúde. É um reflexo de uma conjuntura maior de desmobilização e perda do horizonte de transformação da sociedade.

Para os novos sanitários, com o indispensável cartão do plano de saúde na carteira, caberá lidar no dia-a-dia de seu trabalho com isso que poderíamos chamar de dilema sanitário. É esse caráter de conservação, ainda que travestido de mudança; é essa impossibilidade de se transformar, ou uma redução extrema do conceito de transformação.

Já passamos por outros dilemas. A partir de Arouca, compreendemos que a explicitação das contradições pode ser muito profícua no desenvolvimento de uma prática teórica e política com fins transformadores, com frutos inestimáveis, ainda que não percamos de vista as derrotas. Que aproveitemos a lição.

Há muitas questões a se desenvolver. A centralidade do PSF traz de volta noções caras ao preventivismo, como as estratégias de integração, inculcação e mudança, que podem representar uma atualização do dilema preventivista, agora incorporando novos conceitos como promoção de saúde e participação social local.

É necessário ainda, para um aprofundamento da evolução política da saúde, estabelecer uma correlação com os processos políticos gerais e da evolução da prática política em geral, que neste estudo não passou do limite de uma superficial contextualização.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreiras H. AI-5. Rio de Janeiro: Record; 2005.
2. Escorel S. Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. APUD Tambellini AT. Questões introdutórias: razões, significados e afetos – expressões do “Dilema Preventivista”, então e agora. In: Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003b. p. 48-102.
3. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
4. Silva GR. Prefácio. In: Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 13-20.
5. Santos EM. E agora: somos todos marqueteiros de cyborgues eternos? In: Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. p203-208.
6. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
7. Paim JS. Do “dilema preventivista” à Saúde Coletiva. In: Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 151-156.
8. Paim JS. 20 anos de construção do sistema único de saúde. *Tempus acta saúde coletiva*. 2008a; 2(3):63-86
9. Fleury S. Por uma teoria do movimento sanitário. In: Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 243-248.
10. Oliveira JA. O “Sistema Nacional de Saúde”. In: Fleury S, Bahia L, Amarante P, organizadores. *Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2008b. p.68-76.
11. Mello CG. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária. In: Fleury S, Bahia L, Amarante P, organizadores. *Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2008. p. 60-67.
12. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: J. S. Paim, 2007.
13. Machado, FA. Participação social em saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 299-305. APUD Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para*



- compreensão e crítica. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: J. S. Paim, 2007.
14. Bobbio N. Liberalismo e democracia. São Paulo: Brasiliense, 1994.
  15. Cebes. A questão democrática na área da saúde. In: Fleury S, Bahia L, Amarante P, organizadores. Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2008a. p. 149-150
  16. Escorel S. Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. APUD Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: J. S. Paim, 2007.
  17. Teixeira SF. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: Teixeira SF, organizadora. Reforma sanitária em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco; 1989a. p. 17-46.
  18. Gallo E, Nascimento PC. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: Teixeira SF, organizadora. Reforma sanitária em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco; 1989. p. 91-118.
  19. Escorel S. Saúde: uma questão nacional. In: Teixeira SF, organizadora. Reforma sanitária em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco; 1989. p. 181-192.
  20. Oliveira JA. Para uma teoria da Reforma Sanitária: “democracia progressiva” e políticas sociais. In: Fleury S, Bahia L, Amarante P, organizadores. Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2008a. p. 202-210.
  21. Teixeira SF, Mendonça MH. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: Teixeira SF, organizadora. Reforma sanitária em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco; 1989b. p. 193-232.
  22. Coutinho CN. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999
  23. Campos GWS. A Reforma Sanitária necessária. In: Fleury S, Bahia L, Amarante P, organizadores. Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2008a. p. 211-221.
  24. Fleury S. A análise necessária da Reforma Sanitária. In: Fleury S, Bahia L, Amarante P, organizadores. Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2008a. p. 222-224.
  25. Campos GWS. Tréplica: o debate necessário à construção de uma teoria sobre a Reforma Sanitária. In: Fleury S, Bahia L, Amarante P, organizadores. Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2008b. p. 225-230.
  26. Rodriguez-Neto E. A Saúde na nova Constituição: uma avaliação. In: Fleury S, Bahia L, Amarante P, organizadores. Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2008. p. 199.

27. Oliveira JA. Para uma teoria da Reforma Sanitária: “democracia progressiva” e políticas sociais. In: Fleury S, Bahia L, Amarante P, organizadores. Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2008a. p. 202-210.
28. Cebes. Reforma Sanitária: estratégias políticas para a Constituinte (mesa-redonda do Seminário da Abrasco). In: Fleury S, Bahia L, Amarante P, organizadores. Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2008b. p. 185-198
29. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997a. p.11-24.
30. Baptista TWF. Seguridade Social no Brasil. Rev serv público. 1998; 49(3):99-118.
31. Bahia L. A *démarche* do privado e o público no sistema de atenção aa saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008, In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV; 2008. p. 123-187
32. Campos GWS. A Reforma Sanitária necessária. In: Fleury S, Bahia L, Amarante P, organizadores. Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2008a. p. 211-221.
33. Machado CV. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. Rev Panam Salud Pública. 2006;20(1):44-9.
34. Menicucci T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. Saúde sociedade. 2006;15(2):72-87
35. Fleury S. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV; 2008c. p. 49-90.
36. Delgado M, Escorel S. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: Entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. Divulgação saúde debate. 2008; 43: 79-95
37. Moreira MR, Fernandes FMB, Sucena LFM, Oliveira NA. ‘Participação’ nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. Divulgação saúde debate. 2008; 43:48-61.
38. Silva JPV, Lima JC. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, organizadora. org Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
39. Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças. Ciênc. saúde coletiva. 1999;4(2):263-86.
40. Santos NR. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. Saúde debate. 2009;33(81):13-26.

41. Fleury S. A questão democrática na área da saúde. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997a.
42. Editorial. In: Saúde debate. 2009;33(81):3-5.
43. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997a. p.11-24.
44. Rodriguez-Neto E. A via do parlamento. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 63-72.
45. Campos GWS. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva a organização das práticas de saúde no SUS. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 113-124.
46. Mehry EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 125-142.
47. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. Saúde debate. 2009; 33(81):68-74.
48. Favaret PF, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Dados. 1989;32(2):257-283.
49. Carvalho, AI. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como reforma do Estado. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 93-111.
50. Marques MB, Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação. Saúde debate. 2009;33(81):56-65.
51. Campos GWS. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. Saúde debate. 2009;33(81):47-55.
52. Ocké-Reis CO, Sophia DC. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. Saúde debate. 2009;33(81):72-79.
53. Cebes [homepage a internet]. Rio de Janeiro: Cebes [acesso em 15 de maio de 2009]. Cebes comemora três décadas de atuação; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: [http://www.cebes.org.br/default.asp?site\\_Acao=MostraPagina&PaginaId=177](http://www.cebes.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&PaginaId=177)