

# A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes

I<sup>1</sup>Jairnilson Silva Paim I

**Resumo:** Passados 20 anos da 8ª. Conferência Nacional de Saúde e três décadas da fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, justifica-se uma análise sobre o projeto, processo e perspectivas da Reforma Sanitária Brasileira. Desse modo, o objetivo da presente investigação é analisar a emergência e o desenvolvimento de uma Reforma Sanitária numa formação social capitalista, seus fundamentos e características, discutindo os desafios da práxis. Partindo de quatro tipos de práxis e de mudanças em sociedades - reforma parcial, reforma geral, movimentos políticos revolucionários e revolução social total - defende-se a tese segundo a qual a Reforma Sanitária Brasileira, como fenômeno social e histórico, constitui uma reforma social. O estudo tem como hipótese que a Reforma Sanitária Brasileira, embora proposta como práxis de *reforma geral* e teorizada para alcançar a *revolução do modo de vida*, apresentaria como desfecho uma *reforma parcial* - setorial e institucional. Realizou-se um estudo de caso, a partir de pesquisa documental, em duas conjunturas, tendo como componente descritivo o ciclo idéia-proposta-projeto-movimento-processo e, como componente explanatório, a análise do desenvolvimento da sociedade brasileira, recorrendo ao referencial "gramsciano", particularmente às categorias de *revolução passiva* e *transformismo*. Procura-se discutir a relevância do elemento jacobino no caso de uma *Reforma Democrática da Saúde*, cuja radicalização da democracia contribuiria para a alteração da correlação de forças, desequilibrando o binômio conservação-mudança em benefício do segundo termo e conferindo um caráter mais progressista para a *revolução passiva*.

<sup>1</sup> Professor Titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.  
Endereço eletrônico: jairnil@ufba.br.

Recebido em: 30/11/2008.  
Aprovado em: 15/12/2008.

► **Palavras-chave:** Política de Saúde, Reforma Sanitária, Brasil.

## Introdução

O estudo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) permite aprofundar a análise de seus fundamentos e características, apontando suas especificidades, quase como um caso exemplar. O Sistema Único de Saúde (SUS) dela derivado corresponde a uma reforma setorial cuja origem não se encontra no Estado nem em governos, mas sim no interior da sociedade civil, a partir de movimentos sociais que combateram o autoritarismo desde os anos 1970, defendendo a democratização da saúde. Assim, uma das bandeiras de luta era: saúde é democracia, democracia é saúde (AROUCA, 1987; ESCOREL, 1988).

Inicialmente, podem ser destacados dois elementos para a análise: *idéia* e *movimento*. A *idéia* da Reforma Sanitária aparece como resposta à crise da saúde durante a ditadura brasileira e como referente cultural resultante da leitura de experiências de outros países, a exemplo da Itália (BERLINGUER, TEIXEIRA & CAMPOS, 1988). Outros três elementos poderiam ser considerados, compondo um ciclo para a análise de RSB: *proposta*, *projeto* e *processo*. Com efeito, um *movimento* de idéias (movimento ideológico), transformando-se em movimento social (GOHN, 2004), poderia sustentar uma *proposta*, um *projeto* e um *processo* (PAIM, 2008) que, ao incidir sobre as relações de poder, transformar-se-ia num *movimento* político. Este tem sido o percurso da Reforma Sanitária Brasileira.

Algumas pesquisas têm recorrido às teorias sobre política social para analisar a RSB (GERSCHMAN, 1989). Essa autora reconhecia no episódio histórico da 8ª. Conferência Nacional de Saúde (8ª. CNS) a possibilidade de investigar o momento da *formulação*, enquanto a reforma administrativa propiciada pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, sinalizava o início da *implantação*. Em outra oportunidade explicitou como objeto de investigação “o estudo dos movimentos sociais em saúde referidos ao processo de formulação e implantação das políticas de saúde no período que se estende de meados da década de 70 a 1994” (GERSCHMAN, 1995, p. 15).

Esses estudos representaram importantes contribuições na análise das políticas de saúde, contemplando outros sujeitos coletivos e individuais que participaram do processo político da saúde, além do Estado. O movimento sanitário, enquanto sujeito coletivo, tem sido referido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e, mais recentemente, como “movimento pelo direito à saúde” ou “movimento da saúde” (FALEIROS et al., 2006). Portanto, a Reforma Sanitária,

enquanto *movimento* político-ideológico, foi investigada na década de 80 (SCOREL, 1998), com algumas atualizações nos anos seguintes (RODRIGUES, 1999; MISOCZKY, 2002). Além dos ensaios e pesquisas produzidos no país nas duas últimas décadas, envolvendo mais de uma centena de artigos na base Lilacs, foram identificadas no banco da Capes 171 dissertações ou teses tendo esse tema como uma das palavras-chave. Foram também localizadas 18 dissertações ou teses nesse banco com a expressão “Reforma Sanitária” nos respectivos títulos. Ainda assim, a maioria dessas pesquisas centrava-se no SUS. Na revisão da literatura internacional sobre reformas setoriais (1997-2007), foram identificados 1. 572 títulos na base de dados Medline e 1. 251 na base Lilacs. Ainda que existam repetições entre essas bases, não é possível desconhecer a expressividade dessa produção. Na base Medline foram encontrados 41 artigos sobre reforma dos serviços de saúde no Brasil, a maior parte enfocando a descentralização ou a implementação do SUS em algumas unidades da federação.

Apesar desses estudos, a análise do significado e da viabilidade do projeto da RSB exige a realização de mais investigações sobre seu *processo*, no sentido de analisar suas perspectivas e identificar atores sociais relevantes. Tais investigações poderiam estimular a produção de outras reflexões e novas proposições políticas. O presente artigo, derivado de uma pesquisa documental (PAIM, 2008), tem como objetivo discutir alguns elementos teórico-conceituais para a análise da Reforma Sanitária, confrontando o momento do *processo* com algumas hipóteses explicativas geradas durante a elaboração do seu *projeto*.

## Aspectos teórico-conceituais e metodológicos

A RSB, enquanto fenômeno histórico e social (construção teórica), requer uma “teoria do objeto” (BOURDIEU, CHAMBOREDON & PASSERON, 1999), identificando conexões com outros objetos a partir de um *modelo teórico* que articule elementos conceituais como Estado, estrutura social, ideologia, setor saúde, entre outros. Ainda em termos teóricos, podem-se analisar as implicações de distintas possibilidades de práxis, em função da *proposta* e o *projeto* da RSB: reforma parcial, reforma geral, movimentos revolucionários e revolução do modo de vida (HELLER, 1986). Nesse sentido, o estudo reuniu, no momento empírico da pesquisa, material documental relativo à RSB, dialogando com a contribuição de teóricos marxistas e de intelectuais que formularam e organizaram o saber sobre a Reforma Sanitária no Brasil.

Tomando como referencial teórico certas reflexões da filósofa húngara, as perguntas formuladas sobre o objeto implicam, em última análise, indagações acerca da sociedade brasileira que podem ser traduzidas em um “sistema de proposições” que orientaram a formulação da hipótese da investigação. Considerando a RSB como um *projeto de reforma social*, a hipótese geral do estudo sustentava que ela foi concebida como *reforma geral*, tendo como perspectiva uma *revolução do modo de vida* (HELLER, 1986). Portanto, o estudo partia de um quadro teórico de referência, centrado nas relações sociais, de onde foram buscados os fundamentos para a construção do *modelo teórico* e, especialmente, a indicação das relações entre os conceitos para o “sistema de proposições” e, em última análise, a hipótese da pesquisa.

As relações sociais objetivadas na ciência política fundamentada no marxismo dizem respeito àquelas estabelecidas entre as classes sociais, ou seja, as relações sociais de produção, de moldes capitalistas que definem as classes sociais fundamentais - a burguesia e os trabalhadores. Dadas as contradições geradas nesse processo de produção, ergue-se uma superestrutura político-ideológica que assegura as condições não materiais para a reprodução dessa estrutura social (MARX, 1996). Embora esse autor não tenha chegado a formular uma teoria do Estado, ofereceu os fundamentos para a compreensão das relações entre a base material da sociedade e o caráter do Estado. As formulações contidas no jovem Marx do *Manifesto Comunista*, todavia, eram de um “Estado restrito”, um mero comitê executivo dos negócios da burguesia. Tal concepção contrariava o pensamento liberal prevalente e o controle do Estado pela burguesia, expressando, concretamente, o Estado realmente existente que Marx criticava. No início do século 20, porém, foi elaborada uma concepção mais abrangente sobre o Estado:

Se ciência política significa ciência do Estado e Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados, é evidente que todas as questões essenciais da sociologia não passam de questões da ciência política (GRAMSCI, 2000, p. 331).

Nessa perspectiva, para além das relações sociais de produção, cabe considerar as *relações sociais políticas* e as *relações sociais ideológicas* que vão constituindo sujeitos individuais e coletivos. Portanto, não existe uma natureza humana anistórica, mas um conjunto de relações sociais. Esse corpo teórico fornece elementos para a análise

dos sujeitos sociais pela ciência política: “o conjunto das relações sociais historicamente determinadas, isto é, um fato histórico comprovável, dentro de certos limites, através dos métodos da filosofia e da crítica” (GRAMSCI, 1976, p. 9).

Nessa perspectiva, as representações utilizadas pelos indivíduos, seja como visões de mundo, seja como imagens invertidas do real ou mesmo auto-engano, passam a interessar o estudo da práxis dos atores no processo político. Dentro do marxismo, a *ideologia* tem sido tratada como falsa consciência mas também enquanto concepção de mundo:

Desde que se dê ao termo “ideologia” o significado mais alto de uma concepção do mundo, que se manifesta implicitamente na arte, no direito, na atividade econômica, em todas as manifestações de vida individuais e coletivas (GRAMSCI, 1999, p. 98-99).

Já o conceito de *bloco histórico* (PORTELLI, 1977), atribuído a Georges Sorel (1847-1922), pensador socialista (GRAMSCI, 1999), apreenderia a unidade entre estrutura e superestrutura estabelecida pelo marxismo. A possibilidade de construção de um *bloco histórico* na sociedade brasileira sustentador do *projeto* da Reforma Sanitária chegou a ser examinada (GALLO & NASCIMENTO, 1989), mesmo recorrendo à ambigüidade da noção de cidadania (TEIXEIRA, 1989). Vinculada a uma perspectiva social-democrata, tal noção possibilitaria um efeito de mascaramento ao negligenciar a existência de classes sociais e privilegiar o indivíduo numa relação com o Estado com base em direitos. Contudo, o avanço da cidadania colocaria, dialeticamente, “na ordem do dia a necessidade do socialismo” (COUTINHO, 1989, p. 57), pois, para esse autor, não é possível compatibilizar a plena cidadania política e social com o capitalismo.

No presente estudo não se privilegia o movimento sanitário em si, mas sua criação ou a criatura: a Reforma Sanitária Brasileira (AROUCA, 1988). Ainda assim, reconhece a pertinência de dialogar com pesquisas anteriores (SCOREL, 1998; GERSCHMAN, 1995), considerando algumas sugestões para a análise realística de um dado movimento, a saber:

1) conteúdo social da massa que adere ao movimento; 2) que papel desempenhava esta massa no equilíbrio de forças que se vai transformando [ . . . ]; 3) qual o significado político e social das reivindicações que os dirigentes apresentam e que obtêm consenso?; 4) exame da conformidade dos meios ao fim proposto; 5) só em última análise, e apresentada sob forma política e não moralista, formula-se a

*hipótese* de que tal movimento necessariamente será desnaturado e servirá a fins diferentes daqueles que a massa de seguidores espera. [ . . . ] Além do mais, enquanto estes movimentos não alcançam o poder, pode-se sempre pensar que constituem um fracasso [ . . . ]; a pesquisa, portanto, deve orientar-se para a identificação dos elementos de força, mas também dos elementos de fraqueza que tais movimentos contêm em seu interior (GRAMSCI, 2000, p. 54-55).

Ainda assim, o estudo sobre a RSB não se resume ao movimento sanitário. Supõe analisá-la como *proposta, projeto e processo* de reforma social. Nessa análise buscam-se identificar os diferentes graus de relações de forças - quer sociais - estreitamente ligada à estrutura, objetiva, independentemente da vontade dos homens - quer políticas -, de acordo com a avaliação do grau de homogeneidade de autoconsciência e de organização alcançada pelos vários grupos sociais. Compreendendo a questão saúde como objeto de ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos, caberia observar no processo político como se enfrentam as forças sociais diante dessa questão, sejam classes, frações de classe, grupos de interesse, corporações ou movimentos em duas conjunturas: a da transição democrática (da fundação do Cebes à Constituição de 1988) e a pós-constituente (1989 a 2008). Desse modo, “seria possível estudar concretamente a formação de um movimento histórico coletivo, analisando-o em todas as suas fases moleculares” (GRAMSCI, 2000, p. 288) na perspectiva de construção de uma dada hegemonia.

Para analisar o momento do *processo* da RSB nessas conjunturas, recorreu-se a uma “hipótese concorrente” derivada de um conjunto de reflexões teóricas preliminares sobre *democracia e Reforma Sanitária* apresentadas como “hipóteses explicativas” (TEIXEIRA, 1989). Trata-se de uma estratégia de investigação para tornar a pesquisa mais fecunda e robustecer as interpretações e conclusões de um estudo de caso (YIN, 2005). A escolha pelo desenho de um *estudo de caso* justifica-se por examinar, também, acontecimentos contemporâneos. Tal desenho conta com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas com certa especificidade:

o poder diferenciador do estudo de caso é sua capacidade de lidar com uma variedade de evidências - documentos, artefatos, entrevistas e observações - além do que pode estar disponível no estudo histórico convencional (YIN, 2005, p. 27).

Na conjuntura da transição democrática foram identificadas três modalidades na dependência da correlação de forças: revolucionária, pactuada e por colapso. Essas vias seriam influenciadas pelo caráter político-ideológico da coalizão impulsionadora da democratização, pelos embates com as forças tradicionais, pela articulação do processo da Reforma Sanitária com as estratégias de transição (socialista ou capitalista) e pelo *timing* da reforma quanto ao momento da democratização (TEIXEIRA, 1989). Tais reflexões foram sistematizadas em dez “hipóteses explicativas” para investigar, “no calor da luta”, o desenvolvimento da RSB. Assim, a organização social da produção teria uma concretização histórica e singular na dependência da democracia, das lutas populares cotidianas capazes de se expressar na saúde, das identidades sócio-políticas em que classes populares e trabalhadores se constituem como sujeitos políticos em aliança com setores médios; saúde teria um caráter dual - valor universal e “núcleo subversivo da estrutura social”, possibilitando a construção de alianças suprapartidária e policlassistas, de um lado, e demandas sanitárias, de outro; tais demandas poderiam resultar em dispositivos legais e institucionais, distintas cidadanias, confirmação de identidades políticas e sociais, com o desenvolvimento da luta política através daquelas alianças; no caso da aliança com setores médios, apareceria a concepção da determinação social do processo saúde-doença e a organização social das práticas de saúde, constituindo o paradigma derivado da Medicina Social e da Saúde Coletiva; finalmente, as alianças permitiriam minar a base política dos oponentes setoriais e enfrentar a seleção estrutural do Estado capaz de privilegiar aspectos racionalizadores da Reforma, de sorte que as mudanças na estrutura institucional dependeriam da capacidade da coalizão reformadora (TEIXEIRA, 1989).

Ainda segundo essas hipóteses, o formato e o conteúdo da Reforma Sanitária dependeriam de “características invariantes”, tais como: controle social do sistema de saúde; criação de instrumentos de gestão democrática; desenvolvimento de uma nova ética profissional; ampliação da consciência sanitária; construção de uma arco de alianças políticas para o direito à saúde; existência de restrições de ordem política e financeira; permeabilidade da burocracia às mudanças necessárias; e equacionamento dos conflitos com outros atores (setor privado e profissionais). Embora as perspectivas da reforma fossem fixadas em função da capacidade da coalizão reformadora, eram entendidas como “possibilidades” sempre inacabadas” (TEIXEIRA, 1989).

A utilização dessas proposições poderia contribuir para tornar compreensível a *proposta* da RSB e os limites e possibilidades do *movimento* que a engendrou, conseguindo inscrever parte substantiva do seu *projeto* na Constituição da República e na legislação infra-constitucional, ainda que tenha enfrentado dificuldades no *processo* para realizar o que prometera. Mesmo assim, a transição pactuada teria possibilitado a inclusão na cena política e em aparelhos estatais de sujeitos oriundos das lutas sociais contra a ditadura e a favor do reconhecimento dos direitos sociais pelo Estado brasileiro, viabilizando o protagonismo de outros atores políticos na conjuntura, articulados ou não à classe trabalhadora, passíveis de apostar no desenvolvimento da cidadania no Estado moderno.

Essas hipóteses, buscando articular a produção de conhecimentos e a orientação para a ação política, sugerem um modelo teórico para o *projeto/processo* da reforma, cotejado com os tipos de práxis (HELLER, 1986) e com as categorias gramscianas selecionadas para a elaboração do quadro teórico. Portanto, no tempo e no modo em que foi elaborada, a “hipótese concorrente” tinha um compromisso com a imediatez da prática política. Embora buscasse uma teoria numa perspectiva científica, não deixava de enfrentar as dificuldades de distinguir na ciência política os movimentos mais permanentes e os ocasionais:

No estudo de uma estrutura, devem-se distinguir os movimentos orgânicos (relativamente permanentes) dos movimentos que podem ser chamados de conjuntura (e que se apresentam como ocasionais, imediatos, quase acidentais). Também os fenômenos de conjuntura dependem, certamente, de movimentos orgânicos, mas seu significado não tem um amplo alcance histórico: eles dão lugar a uma crítica política miúda, do dia-a-dia, que envolve os pequenos grupos de dirigentes e as personalidades imediatamente responsáveis pelo poder. Os fenômenos orgânicos dão lugar à crítica histórico-social, que envolve os grandes agrupamentos, para além das pessoas imediatamente responsáveis e do pessoal dirigente. Quando se estuda um período histórico, revela-se a grande importância dessa distinção (GRAMSCI, 2000, p. 37).

Em ambas as conjunturas foram examinados fatos pró e anti-RSB, com seus respectivos atores, políticas de saúde e organização de serviços. Enquanto na primeira conjuntura prevaleceu a transição democrática, a segunda foi marcada pela difusão do neoliberalismo na década de 90, que impregnou tecnocratas da economia, academia, mídia e segmentos da população. Contudo, essa preocupação de articular o teórico com o empírico não implica uma submissão ao empirismo:



a investigação de uma série de fatos para encontrar a relação entre eles pressupõe um “conceito” que permita distinguir aquela série de fatos de outras séries possíveis. Como ocorrerá a escolha dos fatos a aduzir como prova de verdade da própria tese, se não preexiste o critério de escolha? Mas o que é este critério de escolha, se não algo superior a qualquer fato singular observado? (GRAMSCI, 1999, p. 271).

O discurso cujo conteúdo foi analisado é entendido, segundo a concepção gramsciana, como um produto de relações e práticas ideológicas e políticas de intelectuais da saúde (orgânicos ou tradicionais) e de filósofos que elaboram o senso comum ou o bom senso:

É preciso destruir o preconceito, muito difundido, de que a filosofia é algo muito difícil pelo fato de ser a atividade intelectual própria de uma determinada categoria de cientistas especializados ou de filósofos profissionais e sistemáticos. É preciso demonstrar preliminarmente que todos os homens são “filósofos”, definindo os limites e as características desta “filosofia espontânea”, peculiar a “todo o mundo”, isto é, da filosofia que está contida: 1) na própria linguagem [...]; 2) no senso comum e no bom senso; 3) na religião popular e, conseqüentemente, em todo o sistema de crenças, superstições, opiniões, modos de ver e de agir (GRAMSCI, 1999, p. 93).

Mesmo essa “filosofia espontânea” dos militantes e teóricos da Reforma Sanitária pode ser objeto de análise na investigação da *proposta*, do *projeto* e do *processo* da RSB. Assim, o *componente explanatório* (YIN, 2005) da pesquisa procurou articular os pólos epistemológico, teórico, morfológico e técnico (BRUYNE, HERMAN & SCHOUTHEETE, 1977), partindo da hipótese segundo a qual a RSB foi concebida, como práxis de *reforma geral* e teorizada para alcançar, progressivamente, a *revolução do modo de vida*, ainda que as condições concretas em que foi implantada possam ter reduzido sua práxis a uma *reforma parcial* setorial. Nesse particular, os conceitos de *revolução passiva* e *transformismo* foram acionados para explicar essa possível configuração da Reforma Sanitária na sociedade brasileira. Partiu-se da hipótese do estudo, considerando-se certas teorias da mudança social e discutindo-se a relação entre os quatro tipos de práxis já referidos, as distintas necessidades e as teorias que os expressam (HELLER, 1986). Foram examinados os fundamentos teóricos da RSB e analisados os campos de forças em que seus atores atuaram nas conjunturas em questão, reflexões essas que orientaram a discussão dos resultados a partir das evidências produzidas. Desse modo, buscou-se responder por que a RSB não teria cumprido a promessa difundida na década de 80.

## Reforma sanitária brasileira: elementos do *processo* em duas conjunturas

O desafio posto pela investigação foi explicar (e não apenas descrever ou justificar) por que a RSB ter-se-ia reduzido a uma mera *reforma parcial*. Embora a maior parte das evidências produzidas tenham sido analisadas em outra publicação (PAIM, 2008), no presente texto procura-se argumentar que a conquista da democracia, a construção de um arcabouço legal e a existência de um determinado movimento social, tal como explicitado na “hipótese concorrente”, não foram suficientes para a implementação da Reforma Sanitária de acordo com o que postulava seu *projeto*. Esta generalização analítica, em vez de estatística, pode ter certa utilidade na análise e interpretação de outros projetos de reforma sanitária.

Os estudos sobre o movimento sanitário apontam a importância dos seguintes elementos na primeira conjuntura (transição democrática): a) as bases universitárias e “academia” - departamentos de medicina preventiva e social, escolas de saúde pública, programas de pós-graduação em Saúde Comunitária, *Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde* (PESES), entre outros; b) o movimento estudantil e o Cebes; c) o movimento médico - Movimento dos Médicos Residentes e *Movimento de Renovação Médica* (REME); d) os projetos institucionais, a exemplo do *Projeto Montes Claros* e do *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste* (PIASS) (ESCOREL, 1998; ESCOREL, NASCIMENTO & EDLER, 2005). Esses atores se mobilizaram diante da crise do setor saúde que se expressava pela baixa eficácia da assistência médica, pelos altos custos do modelo médico-hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde em função das necessidades da população (AROUCA, 1975). Esta crise convivía com a falência do “milagre econômico” da ditadura, com a crise do capitalismo mundial do início dos 70 e com o decréscimo de legitimidade do autoritarismo, evidenciado pelos resultados das eleições de 1974. Nesse sentido, surgia um espaço de luta para as forças progressistas.

Diante das dificuldades de regulamentar a Lei nº 6. 229/75, instituindo o Sistema Nacional de Saúde, o governo Geisel investiu nos chamados Programas de Extensão de Cobertura (PECs) que, embora se caracterizassem como propostas dominadas por referência ao conjunto das políticas de saúde e ao modelo médico-hospitalar dominante, representavam uma “estratégia de reserva” do Estado face à crise do setor. No governo seguinte foram formulados o *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde* (PREV-SAÚDE), o *Plano de Reorientação da Assistência à*

*Saúde no Âmbito da Previdência Social* (Plano do CONASP) e as *Ações Integradas de Saúde* (AIS) que, após a redemocratização, foram transformadas nos *Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde* (SUDS). Após a 8ª CNS foi instalada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), enquanto o movimento sanitário criava a Plenária da Saúde.

Embora o *processo* da RSB tenha sido desencadeado a partir da realização da 8ª CNS e, especialmente, com os trabalhos da CNRS, somente com a promulgação da Constituição de 1988, encerrando a conjuntura da transição democrática, torna-se possível analisar, de modo mais consistente, a implantação da RSB. Na conjuntura pós-constituinte pode-se identificar “anos de instabilidade” (1989-1994), a reforma do setor saúde nos governos da “social democracia conservadora” (MISOCZKY, 2002) do período de 1995 a 2002 e a as ambigüidades dos governos Lula. Os elementos que marcam esta conjuntura apontam para um esvaziamento do movimento sanitário, com uma atuação claudicante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e do Cebes, e um maior protagonismo dos gestores, representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

No final do governo Sarney, constata-se uma séria crise econômica com hiperinflação e a exacerbação do fisiologismo político na gestão pública. O *processo* da Reforma Sanitária só contabilizou retrocessos, seja pela recentralização das políticas do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), seja pelo adiamento do envio do projeto de Lei Orgânica da Saúde para o Congresso Nacional. No período Collor, apesar da ausência de compromissos com o SUS, foram sancionadas as Leis nº 8. 080/90 e 8. 142/90. No período Itamar, a saúde se via ameaçada pela proposta de *revisão constitucional*, enquanto as barganhas político-partidárias continuavam comprometendo o *processo* da Reforma Sanitária. Mesmo com o clientelismo ameaçando o SUS e o *processo* da RSB, algumas mudanças eram percebidas, a exemplo da NOB 93, que fez avançar a descentralização da gestão do SUS para estados e municípios.

No governo FHC, além do ajuste macroeconômico, das políticas de estabilização monetária e da privatização das empresas estatais, teve início uma Reforma do Estado na contramão da Reforma Democrática postulada pelo *projeto* da RSB. A Reforma Sanitária não se apresentava na agenda do governo já não era enfatizada pelo movimento sanitário que, no limite, tentava a preservação do SUS. As lutas

que se efetuaram concentraram-se a defesa do SUS, particularmente na questão do financiamento, a exemplo da Emenda Constitucional 29 (EC-29). Nesse contexto hostil ao desenvolvimento da RSB, no qual até parte dos seus aliados admitia que sua agenda havia-se esgotado, foi necessário uma tomada de posição da nova diretoria da Abrasco (gestão 2000-2003), reafirmando seus princípios e proposições.

A agenda política da Reforma Sanitária Brasileira não se encontra esgotada. Cumpre incluir novos sujeitos sociais no seu desenvolvimento e incidir politicamente em cada conjuntura no sentido de reafirmar princípios e diretrizes, além de construir alianças e pactos comprometidos com a radicalidade da proposta de democratização da saúde. (ABRASCO, 2002, p. 327).

A perspectiva de uma nova correlação de forças, após as eleições presidenciais de 2002, representava uma oportunidade de o projeto da RSB ser retomado e reinserido na agenda das políticas públicas do país. No entanto, os ganhos setoriais no desenvolvimento do SUS durante o primeiro governo Lula não foram suficientes para fazerem avançar o *processo* da Reforma Sanitária (MENDONÇA et al., 2005; TEIXEIRA & PAIM, 2005). Alguns passos à frente do movimento sanitário, a exemplo da Carta de Brasília, do instalação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira e da refundação do Cebes, acompanhados por iniciativas governamentais relevantes como a inclusão da promoção da saúde e dos determinantes sociais da saúde na agenda política foram neutralizados por uma série de reverses no ano de 2008 (PAIM, 2008b).

## Discussão com hipóteses concorrentes

Neste estudo considerou-se como “hipótese concorrente” um conjunto de dez proposições formuladas por cientistas sociais e militantes do movimento sanitário, apresentadas resumidamente no tópico sobre aspectos teórico-conceituais e metodológicos. Constituíam uma resposta crítica ao “dilema preventivista” na medida em que buscavam uma articulação entre prática teórica e prática política (AROUCA, 2003), configurando parte da construção do campo científico da Saúde Coletiva. O triedro ideologia-saber-prática, concebido inicialmente para a delimitação desse campo (SCOREL, 1998), gerava novas perguntas e hipóteses a partir da práxis.

Não é pretensão dessa discussão refutar hipóteses concorrentes, muito menos comprovar ou falsear outras, tão ao gosto do positivismo. Trata-se, apenas, de um recurso metodológico capaz de contribuir no fortalecimento das conclusões de

um estudo de caso (YIN, 2005), ao tempo em que pode ensinar novas investigações e uma continuidade dos debates sobre o *processo* da RSB.

Na proposição 1, destacava-se que “a incorporação das demandas sanitárias por meio de um conjunto de dispositivos legais e institucionais, configurando distintas cidadanias, é, ao mesmo tempo que resultante da correlação de forças existente, um elemento ativo na conformação de identidades políticas e sociais, isto é, no desenvolvimento subsequente da luta política” (TEIXEIRA, 1989, p. 29). Apesar da incorporação dessas demandas pelo Estado, não parece ter resultado em novas identidades. As bases sociais e políticas da RSB ainda são restritas, não obstante a inclusão de novos atores como a Frente Parlamentar da Saúde, a Rede Unida, a AMPASA, entre outros (CARTA de Brasília, 2005).

Na proposição 2, saúde “é vista ao mesmo tempo como resultado das formas de organização social da produção, mas sempre como fruto das lutas populares cotidianas, ambos atuando na conformação de sua concretização histórica e singular [. . .], resultante/indutor das formas de organização social da produção e da luta política” (TEIXEIRA, 1989, p. 30). Embora esta concepção tenha sido incorporada pela Constituição de 1988 e pela Lei nº 8. 080/90, não é reivindicada pelas lutas populares nem difundida para o desenvolvimento de consciência sanitária crítica. Mesmo o direito à saúde, já assimilado parcialmente pela população e considerado pela mídia e pelo Judiciário, não é reconhecido com uma conquista política, mais parecendo uma dívida do Estado ou de governos.

Segundo a proposição 3, “a democracia é o processo de reconhecimento dos trabalhadores como sujeito político a partir de suas lutas, em um processo mútuo de auto e heterorreconhecimento de identidades sociopolíticas entre diferentes sujeitos” (TEIXEIRA, 1989, p. 38). Não obstante o aparecimento de grandes centrais sindicais e o crescimento do PT, ocupando governos municipais e estaduais, inclusive a Presidência da República, essas “identidades sociopolíticas” não parecem ter contribuído para a sustentação e desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira.

De acordo com a proposição 4, “os processos de Reforma Sanitária quase sempre emergem em um contexto de democratização [...] e estão associados à emergência das classes populares como sujeito político (geralmente em aliança com setores médios)” (TEIXEIRA, 1989, p. 38). No Brasil o *processo* da Reforma Sanitária tem sofrido as conseqüências do “fantasma da classe ausente”, uma vez que o “contexto de democratização” não contribuiu para a constituição das classes

populares como sujeito político. Ao contrário, o refluxo dos movimentos sociais na conjuntura pós-constituente, o avanço do fundamentalismo neoliberal e o *transformismo* de segmentos da esquerda, inclusive de lideranças sindicais e partidárias, desorganizaram as classes populares, com a honrosa exceção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST).

A hipótese 5 assumia que “o caráter político da Reforma Sanitária será dado pela natureza de transição democrática experimentada em cada contexto nacional” (TEIXEIRA, 1989, p. 39). Esta proposição pode ser ilustrada pelo caso brasileiro, no qual a “pactuação pelo alto” restringiu a mobilização das energias populares, cedendo espaço cada vez maior para a disseminação da *revolução passiva* (PAIM, 2008a).

Conforme a hipótese 6, “são elementos desse processo: a ampliação da consciência sanitária; a construção de um paradigma analítico oriundo do campo disciplinar denominado Medicina Social ou Saúde Coletiva, organizado a partir das noções de determinação social do processo saúde-doença e da organização das práticas; o desenvolvimento de uma nova ética profissional; a construção de um arco de alianças política na luta pelo direito à saúde; a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde (TEIXEIRA, 1989, p. 39-40). Tais “características invariantes” distinguiriam os processos de Reforma Sanitária das políticas de proteção social resultantes do *Welfare State* dos países de capitalismo central. Esses elementos constituintes da RSB, embora servissem de cimento ideológico na construção de alianças, foram insuficientes até mesmo para Saúde Coletiva privilegiar linhas de pesquisa em torno da determinação social do processo saúde-doença e da organização social das práticas de saúde. Poucos foram os grupos de pesquisa que tematizaram tais questões e menos ainda o compromisso da Abrasco com tal prioridade. Somente em 2006 foi estabelecida uma linha de financiamento com editais de pesquisa (COMISSÃO NACIONAL..., 2008).

No caso da hipótese 7, trata-se de um conjunto complexo de proposições:

O formato e conteúdo político da Reforma decorrerão da confluência de pelo menos alguns fenômenos, tais como: o caráter político-ideológico da coalizão impulsionadora do processo de democratização e o curso de seus embates com as forças tradicionais; a articulação do processo de Reforma Sanitária com as estratégias de transição à democracia (socialista ou capitalista); o *timing* da Reforma em relação ao processo de democratização, isto é, a sua inserção desde ser um cursor das lutas pela democratização (Brasil) até ser resultado do processo

de democratização (Espanha); a capacidade de alterar a cultura política prevalente em direção à universalização dos direitos sociais e à garantia de práticas administrativas participativas; a capacidade de promover mudanças efetivas em nível de gestão institucional, de forma a elevar a qualidade dos serviços (maior eficácia/eficiência) e garantir o apoio social à Reforma; a existência de restrições de ordem política e financeira à construção de um sistema abrangente de proteção social; o equacionamento dos conflitos gerados com o processo da Reforma e outros atores sociais, tais como o setor privado e os profissionais de saúde; a permeabilidade da burocracia às mudanças necessárias à efetivação do processo de Reforma (TEIXEIRA, 1989, p. 40-41).

Nos fatos produzidos nas conjunturas da transição democrática e da pós-constituente, podem ser constatados muitos dos fenômenos assinalados nesta hipótese, a exemplo do *timing* da Reforma. Apesar da constatação empírica dessas proposições, a situação brasileira requer um quadro explicativo mais amplo que não parece residir em questões conjunturais. A *revolução passiva* brasileira, nesse particular, talvez seja “mais completa tradução”.

Do mesmo modo, a hipótese 8 afirma que “exatamente por seu caráter dual, a saúde - que pode ser tomada ao mesmo tempo como valor universal e núcleo subversivo da estrutura social - é um campo especialmente privilegiado para construção de alianças suprapartidárias e policlassistas” (TEIXEIRA, 1989, p. 42). Isto pode ser observado na conformação da “Frente Parlamentar da Saúde” e no apoio do CONASS e CONASEMS (CEBES, 2005a; 2005b) durante a implementação do SUS, embora ao custo de neutralizar o seu “núcleo subversivo”. Este, levado a reboque pelos grupos hegemônicos, passou a compor a “metamorfose da utopia” (PINHEIRO, 2003).

No que tange à hipótese 9, “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 sua base política”. A seletividade estrutural do Estado capitalista explica a confirmação desta hipótese no caso brasileiro, comprometendo o alargamento das bases sociais e políticas da RSB. Os “filtros” impostos ao seu *processo* (SCHRAIBER, 2008), se não a desfiguraram completamente, reduziram seu escopo a uma reforma setorial, administrativa e institucional, configurando parte da “despolitização da Reforma Sanitária Brasileira” (RODRIGUES, 1999).

Finalmente, a hipótese 10 referia-se a um desafio para essas “hipóteses explicativas”: “Esse é o dilema reformista, enigma que poderá ser decifrado a partir da afirmação da saúde como núcleo permanentemente subversivo da estrutura social, o que indica uma possibilidade sempre inacabada no processo de construção social” (TEIXEIRA, 1989, p. 45). A superação desse dilema requer sujeitos sociais capazes de desestabilizar a *revolução passiva* em favor das forças progressistas, recusando o “canto da sereia” que embala os *transformismos*.

Ao revisitar recentemente essas “hipóteses explicativas” a partir da análise de três processos simultâneos, porém não convergentes - constitucionalização, institucionalização e individualização -, a autora destaca a constituição dos sujeitos e atores políticos, reconhecendo que a construção dessa institucionalidade é “*altamente desfavorable y está lleno de dilemas y contradicciones a ser enfrentados*” (FLEURY, 2007, p. 153). Em síntese, essas “hipóteses explicativas” parecem reforçar a tese segundo a qual o desfecho atual da RSB reside numa *reforma parcial*, independentemente das possibilidades de seu “núcleo subversivo” empurrar o seu *processo* para uma *reforma geral* e, eventualmente, para uma *revolução no modo de vida* (PAIM, 2008a). A via de transição democrática centrada na pactuação, conforme tal “hipótese concorrente”, ao se reduzir a uma “pactuação pelo alto”, ilustra como a *revolução passiva* e o *transformismo* representam elementos constituintes da formação social brasileira (VIANNA, 2004).

Daí a pertinência de assinalar certos elementos estruturais vinculados à *revolução passiva* que podem ter condicionado o *processo* da RSB. Independentemente do *jacobinismo* ou do *transformismo* de seus autores e atores, prevaleceu uma *revolução passiva* com a dialética do conservar-mudando e do mudando-para-conservar. Mesmo não sendo poucos os seus feitos, a RSB restringiu-se a uma *reforma parcial* de natureza setorial e institucional traduzida pelos 20 anos de implementação tortuosa do SUS.

## Referências

ABRASCO. A agenda reiterada e renovada da Reforma Sanitária Brasileira. *Revista Saúde em Debate*, v. 26, n. 62, p. 327-331, 2002.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. A reforma sanitária brasileira. *Temal/Radis*, n. 11, p. 2-4, nov. 1988.



- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Introdução à crítica do setor saúde. *Revista Nêmesis*, n. 1, p. 17-24, 1975.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 268 p.
- BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury; CAMPOS, Gastão W. S. *Reforma sanitária-Itália e Brasil*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988. 207 p.
- BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean- Claude. *A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicas*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BRUYNE, Paul de; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc de. *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. 252 p.
- CARTA de Brasília. Documento final do 80. Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. *Medicina CFM*, n. 156, p. 12-13, ago-out. 2005.
- CEBES. O lugar estratégico da gestão na conquista do SUS pra valer (CEBES, 13 de junho de 2007). *Revista Saúde Debate*, v. 29, n. 31, p. 382-384, 2005.
- CEBES. SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. (CEBES, julho de 2006). *Revista Saúde em Debate*, v. 29, n. 31, p. 385-396, 2005a.
- COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Relatório Final. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 220 p.
- COUTINHO, Carlos Nelson. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco. 1989. p. 47-60.
- SCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 206 p.
- SCOREL, Sarah. Saúde e democracia, democracia e saúde. *Revista Saúde em Debate*, n. 21, p. 51-5, jun. 1988.
- SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nisia Trindade et al (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.
- FALEIROS, Vicente de Paula et al. *A Construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 297 p.

FLEURY, Sonia. Salud y democracia em Brasil. Valor público y capital institucional em el sistema único de salud. *Salud Colectiva*, v. 3, n. 2, p.147-157, 2007.

GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In:-- TEIXEIRA, Sonia (org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 91-118.

GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 189 p.

GERSCHMAN, Silvia. Sobre a formulação de políticas sociais. In: TEIXEIRA, Sonia (org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 119-138.

GOHN, Maria da Glória. *Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2004. 383 p.

GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. v. 1. 494 p.

GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v. 3. 420 p.

GRAMSCI, Antonio. *Maquiavel, a Política e o Estado Moderno*. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976. 444 p.

HELLER, Agnes. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Ediciones Península, 1986. 182 p.

MARX, Karl. Introdução [à Crítica da Economia Política]. In: MARX, Karl. *Os Pensadores*. São Paulo: Nova Cultural, 1996. p. 25-54.

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

MISOCZKY, Maria Ceci. *O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. 191 p.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Julio Cesar França (orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 91-122.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PINHEIRO, Márcia Cristina Chagas Macedo. *Do SUS ao SUS inexistente: a metamorfose da utopia*. 2003. 237 f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

PORTELLI, Hugues. *Gramsci e o Bloco histórico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. p. 119.

RODRIGUES, Paulo Henrique. *Do triunfalismo à burocratização: a despolitização da Reforma Sanitária Brasileira*. 1999. 109 p. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

SCHRAIBER, L. B. Prefácio. Saúde Coletiva: um campo vivo. In: PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 9-19.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Revista Saúde em Debate*, v. 29, n. 31, p. 268-283, 2005.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco. 1989. p. 17-46.

VIANNA, Luiz Werneck. *A revolução passiva: iberismo e americanismo no Brasil*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Revan, 2004. 242p.

YIN, Robert K. *Estudo de caso. Planejamento e Métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

## *Abstract*

### *The Brazilian Health Sector Reform and the Unified Health System: talking to competing hypotheses*

Twenty years after the accomplishment of the Eighth National Health Conference and three decades after the foundation of The Brazilian Center for Health Studies, it is justified an analysis on the project, process and perspectives of Brazilian Health Sector Reform. Therefore, the aim of the present research is to analyze the emergence and the development of a Health Sector Reform inside a capitalist social formation, its foundations and characteristics, discussing the praxis challenges. The point of depart are four types of praxis and social changes: partial reform, general reform, revolutionary political movement and global social revolution. The thesis that is supported is that the Brazilian Health Sector Reform, as a social and historic phenomenon, is a social Reform. The hypothesis of the study is that the Brazilian Health Sector Reform, even though proposed as a global reform in its praxis and theorized to reach a revolution in people's way of life, has become a partial reform - sectorial and institutional. It was carried out a case study research based on documental analysis over two conjunctures. The descriptive component of the study was the cycle: idea-proposal-project-movement-process, and the explanatory one was the analysis of Brazilian society's development based on Gramsci's theoretical referential, particularly the categories of passive revolution and transformism. The results points in the direction of a partial reform. The importance of the Jacobin compound in a Democratic Health Sector Reform is discussed. In this case, the democratic radicalization would help change the correlation of forces, unbalancing the binomial conservation-change in the benefit of the latter and conferring a more progressive characteristic for the passive revolution.

► **Key words:** Health Policy, Health Sector Reform, Brazil.