

Introdução

Jairnilson Silva Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PAIM, JS. Introdução. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 25-34. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INTRODUÇÃO

Não tenho medo de que meu tema possa, em exame mais detalhado, parecer trivial. Receio apenas que eu possa parecer presunçoso por ter levantado uma questão tão vasta e tão importante (CARR, 2002, p. 44).

Em conferência proferida no 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado no Rio de Janeiro em 1986, o intelectual e senador do então Partido Comunista Italiano (PCI), Giovanni Berlinguer, indagou: – *O que é uma Reforma Sanitária?*

Destacando que as revoluções e as reformas não se exportam, defendeu a idéia de estudar a história das “reformas sanitárias” e enumerou um conjunto de aspectos que poderiam ser investigados: os conhecimentos científicos; as avaliações das doenças e dos direitos dos homens; as profissões e as formas de organização sanitária; a consciência popular; e a integração entre saúde e sociedade. Desse modo, mencionou algumas reformas ou revoluções: a *reforma hipocrática* que separou as ciências médicas da religião e a profissão médica do sacerdócio, além de estabelecer uma ética própria para os médicos e de reconhecer as relações entre saúde, ambiente e instituições políticas, bem como a norma como forma de prevenção; a *Reforma Sanitária* da passagem do século XIX para o XX, com o

desenvolvimento das ciências médicas, descobrimentos no campo das doenças infecciosas e do trabalho, condições de vida nas cidades, relação entre moradia e doença, incluindo as contribuições do *Capital* de Marx, de químicos como Pasteur e de cientistas como Oswaldo Cruz. Ressaltou, ainda, uma fase nova de Reforma Sanitária envolvendo a tendência contraditória de conquistar o direito universal à saúde e construir serviços nacionais ou sistemas integrados de saúde (BERLINGUER, 1987).

Nessas reformas sanitárias contemporâneas haveria dois exemplos históricos de construção: como *conseqüência* de uma revolução política e social (China e Cuba) ou como parte de um *processo* vinculado a uma revolução democrática, no qual as classes trabalhadoras e a intelectualidade comprometida poderiam exercer um papel de vanguarda.

Antes de Cuba organizar o sistema de serviços de saúde mais bem estruturado entre os países das Américas, após 1959 (ROJAS OCHOA; LÓPEZ SERRANO, 2000) e a China valorizar a medicina tradicional com a moderna, utilizando em larga escala os chamados “médicos de pés descalços” (DROBNY, 1974), cabe mencionar a reestruturação dos serviços de saúde realizada após a Revolução Bolchevique na Rússia, em 1917, incluindo o setor saúde nos planos quinquenais (LISSÍTSINE; BATÍGUINE, 1980).

No segundo grupo poderia ser citada a implantação do *National Health Service* no Reino Unido em 1948, primeiro sistema estatal em país capitalista e uma das conseqüências do Relatório Beveridge de 1942, que fundamentou o *Welfare State*, além das reformas canadense (1974) e daquelas resultantes da queda das ditaduras da Espanha e de Portugal naquela mesma década (ROEMER, 1985). A Itália foi incluída nesse segundo grupo de países, podendo “ser considerada um dos caminhos da ‘longa marcha’ através das instituições e do processo de transformação da sociedade e o Estado” (BERLINGUER, 1987).

No caso do Brasil, surgiu em meados da década de 70, um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a

ditadura. Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 (FLEURY, 1997). A conquista da democracia em 1985 possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano seguinte. Nesse evento, reafirmou-se o reconhecimento da *saúde como um direito de todos e dever do Estado*, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação).

A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização da saúde que naquela época cunhou o nome de *Reforma Sanitária*, concebida nos seguintes termos:

Discutir a REFORMA SANITÁRIA nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental de todos aqueles que, em diferentes países como o Brasil, Itália, Bolívia, Espanha, Portugal etc. estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela Reforma Sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil (AROUCA, 1989b).

Passadas duas décadas da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e ao completar 20 anos da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, que incorporou muitos dos valores, princípios e proposições do movimento sanitário, cabe analisar a situação concreta vivida pela sociedade no início do século 21, no que tange à proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), procurando responder a um conjunto de questões: o que se entende como Reforma

Sanitária? Quais as suas bases conceituais, teóricas e políticas? Em que condições foi criada e formulado o *projeto*? Quais as estratégias pensadas e acionadas no momento da formulação e da implantação? Que dilemas enfrentou na sua concepção e no seu *processo*? Seria a Reforma Sanitária Brasileira uma *promessa não cumprida* pelas forças políticas que apostaram no processo de redemocratização do país? Que perspectivas se colocam, atualmente, para tal *projeto*?

As publicações disponíveis, de um modo geral, têm focado a Reforma Sanitária na perspectiva da implantação do SUS (SOUSA, 1996, LOBATO, 2000, CORDEIRO, 2004), da equidade (COHN; ELIAS, 2002), dos atores sociais (LOBATO, 1994, VASCONCELOS, 1997) e, da política de saúde ou política social (GERSCHMAN, 1989, PEREIRA FILHO, 1994, RODRIGUES, 1999, GRYNSPANM, 2005). O próprio movimento sanitário, reconhecido como um ator central de sustentação para a RSB, foi investigado da sua emergência até o início da década de 90 (SCOREL, 1998), mas pouco analisado na conjuntura pós-constituente (GERSCHMAN, 1994, MISOCZKY, 2002). Conseqüentemente, a análise do significado e da viabilidade do projeto da RSB exige uma reflexão sobre o seu *processo*, na passagem da década de 90 para a primeira do século XXI. Autores que estudaram, especificamente, o desenvolvimento da RSB registraram dificuldades e impasses para a sua implementação (GERSCHMAN, 1995, SOUSA, 1996, VASCONCELOS, 1997), chegando a questionar “o motivo pelo qual a Reforma Sanitária havia fracassado em sua perspectiva contra-hegemônica” (GALLO, 1995, p. 51). Essas questões podem estar indicando que a RSB não se enquadra completamente no que se convencionou chamar de políticas sociais (ou de proteção social), nem se limita ao tópico das políticas de saúde (GERSCHMAN, 1995, LOBATO, 2000).

Esses estudos têm recorrido às teorias sobre política social para analisar o *processo* da RSB, “tanto no que diz respeito à sua formulação [...] como no que se refere ao processo de implantação” (GERSCHMAN, 1989, p. 21) ou tomam como foco movimentos sociais em saúde (GERSCHMAN, 1995, p. 15), não a Reforma Sanitária “em si”.

Restringiam-se a uma concepção de reforma setorial, deixando de considerar mudanças mais amplas que a RSB ambicionava na construção da transição democrática.

Ainda que parte da implementação da RSB possa ser traduzida por políticas de saúde, a exemplo da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sua concepção e sua formulação transcendem às políticas estatais. Do mesmo modo, apesar de ter como sujeito coletivo o “movimento sanitário”, as origens e desenvolvimento da RSB não permitem enquadrá-la, facilmente, no conjunto de pesquisas contempladas pelas teorias dos movimentos sociais (GOHN, 2004). Também o recurso ao conceito de corporativismo depara-se com certas dificuldades diante da especificidade do movimento sanitário:

O movimento sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses [...]. O que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar, além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos [...]. O movimento se identifica como condutor das aspirações de grupos de consumidores, de usuários dos serviços de saúde enquanto cidadãos (VAITSMAN, 1989, p. 153-154).

Portanto, esses estudos sobre a RSB (GERSCHMAN, 1989, 1995, VAITSMAN, 1989, ESCOREL, 1998) deram ênfase ao movimento sanitário, admitindo o movimento médico e o movimento popular em saúde como componentes dos “movimentos sociais em saúde”. Do mesmo modo, os *positions papers* e ensaios publicados sobre a Reforma Sanitária não tiveram o fôlego suficiente para sistematizar os fundamentos, discutir as suas eventuais debilidades de concepção e de formulação, bem como de analisar os obstáculos para a sua implementação. Enquanto multiplicam-se os estudos sobre o SUS e certos componentes como financiamento, controle social, gestão (AYRES, 2000, LEVCOVITZ *et al.*, 2003, PAIM; TEIXEIRA, 2006), são relativamente poucas as iniciativas que tomam a RSB, em si, como objeto de investigação. Foram localizadas 18 dissertações ou teses no banco da Capes com a expressão Reforma Sanitária integrando o

título do estudo. Ainda assim, a maioria dessas pesquisas centrava-se no SUS.

A literatura internacional tem concedido um destaque maior para as reformas setoriais,¹ inclusive em países da América Latina.² Ainda que certos autores utilizem a expressão “reforma sanitária”, na realidade referem-se a reformas setoriais ou reformas do setor saúde (MENDES, 2001). Este autor, por exemplo, faz uma revisão de tipologias e gerações de reformas para em seguida propor uma “reforma da reforma sanitária brasileira”.

Desse modo, cabe uma distinção inicial entre reforma sanitária e reforma setorial. Não se pretende nenhum preciosismo semântico, mas apenas alertar o leitor para o fato de que uma reforma pode pretender transcender o setor, ainda que tenha como referência a saúde. Desse modo, podem-se distinguir as reformas que privilegiam mudanças no sistema de serviços de saúde (reforma no setor saúde) e aquelas outras que, reconhecendo os sistema de serviços como uma das respostas sociais, pretendem intervir de forma ampla no atendimento das necessidades de saúde, com vistas à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população (reforma sanitária).

Na região das Américas, a expressão reforma do setor saúde tem sido utilizada no sentido de descrever processos voltados para mudanças nas funções setoriais com vistas à eficiência, efetividade e equidade, tendo como propósito atender as necessidades de saúde das populações (EDITORIAL, 1999).

Nessa direção, cinco princípios orientadores têm sido acionados para essas reformas planejadas: equidade, qualidade, eficiência, sustentabilidade e participação social. As tentativas de acompanhamento dessas iniciativas indicam que a natureza das reformas é muito diversa, com variações no conteúdo e na dinâmica das mudanças (INFANTE *et al.*, 2000). Na América Latina, as reformas em saúde podem ser analisadas considerando o *timing* em relação ao processo de redemocratização e às políticas de ajuste macroeconômico. No caso brasileiro, por exemplo, a proposta de reforma surgiu durante a redemocratização do país, anteriormente às políticas de ajuste. Já na

Argentina, a reforma ocorreu depois da redemocratização e durante o ajuste estrutural, enquanto no México o processo situou-se no período posterior à crise econômica e antes da ampliação da democracia.³

Mais recentemente, alguns autores admitem a Venezuela, com o programa denominado *Misión Barrio Adentro*, como a única alternativa, junto a Cuba, contra a tendência neoliberal de reformas setoriais que teriam afetado *todos* os países da América Latina (MUNTANER *et al.*, 2006). Essa opinião parece ignorar a experiência brasileira, pois apesar das tentativas de influência dos organismos internacionais, particularmente o Banco Mundial, para realizar reformas setoriais orientadas para o mercado (JASSO-AGUILAR *et al.*, 2004), o Brasil formulou o seu *projeto* de Reforma Sanitária na década de 80 com um sentido completamente diverso. A reforma não decorreu de uma iniciativa das áreas econômicas do Poder Executivo nem de uma indução internacional, como no caso da Colômbia, nem de um processo revolucionário como Cuba (DE VOS *et al.*, 2006), mas desenvolveu-se numa conjuntura de transição democrática, com ampla participação da sociedade civil.

Na presente década, o monitoramento e a investigação das reformas do setor saúde na América Latina e Caribe (ORGANIZACIÓN..., 2001) tem conduzido a uma *Nova Agenda de Reformas Setoriais*, contemplando distintas estratégias e políticas, a saber:

- 1) reduzir as iniquidades na área de saúde;
- 2) aumentar a solidariedade no financiamento;
- 3) direcionar intervenções às populações vulneráveis;
- 4) utilizar modelos de atenção baseados na promoção da saúde e prevenção de doenças;
- 5) promover a saúde pública;
- 6) promover o desenvolvimento abrangente e sustentável dos recursos humanos na área de saúde;
- 7) fortalecer a Função Gestora;
- 8) promover a Expansão da Proteção Social em saúde (RIVAS-LORIA *et al.*, 2006, p. 7).

Assim, a experiência internacional aponta para quatro formatos institucionais de sistemas de serviços de saúde: monopólio estatal, sistema público, competição gerenciada e livre mercado (MENDES, 2001). No primeiro caso, tem-se um Estado regulador, financiador

e prestador de serviços (Cuba). No segundo, o sistema público não dispensa a ação reguladora do Estado, mediante contratualização e cooperação gerenciada, e procura separar as funções de regulação e financiamento das de prestação de serviços, combinando os controles tecnocrático e público, direto e indireto (Canadá). No formato da “competição gerenciada”, predomina a relação de agência com um controle que adiciona a atuação tecnocrática e pública, direta e indireta, com o mercado, tendo como financiamento via subsídio à demanda (Colômbia). No último caso, seu financiamento é privado, articulado e regulado pela demanda e pelo mercado, sem controle estatal (EUA). A partir desta revisão, o autor propõe uma “reforma da reforma sanitária” mediante a “construção de um sistema público com cooperação gerenciada, acessível a todos os brasileiros” (MENDES, 2001, p. 56).

No caso do presente estudo, procura-se analisar as forças sociais capazes de sustentar, política e ideologicamente, o *processo* da RSB para além das políticas estatais, isto é, das políticas sociais e de saúde. Diferentemente daqueles que privilegiam os movimentos sociais ou o SUS, parte-se da tese segundo a qual a RSB é constituinte de um projeto de *reforma social*, não uma mera política social ou de saúde. O ângulo privilegiado de análise é a própria *reforma sanitária*, enquanto *idéia*, *proposta*, *projeto* e *processo*, ainda que só analiticamente seja possível distingui-la do *movimento*, assim como o criador em relação à criação e à criatura...

Antes da constituição dessa *proposta*, pode ser considerado o momento da *idéia*, do mesmo modo que a transformação em *projeto* e *processo* ocorre na presença do *movimento*. Ainda que se reconheça a importância do “momento da *idéia*”, este não se realiza completamente se não contar com as relações sociais que possibilitam a práxis dos sujeitos:

As idéias e opiniões não ‘nascem’ espontaneamente no cérebro de um indivíduo: tiveram um centro de formação, de irradiação, de difusão, de persuasão, houve um grupo de homens ou até mesmo uma individualidade que as elaborou e apresentou na forma política de atualidade (GRAMSCI, 2000b, p. 82).

Este ciclo *idéia-proposta-projeto-movimento-processo* 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 idéia, em si mesma, sem relações sociais que a transformem em proposta, projeto, movimento, política e prática, é apenas uma idéia:

Em suma, deve sempre valer o princípio de que as idéias não nascem de outras idéias, de que as filosofias não são geradas de outras filosofias, mas são expressão sempre renovada do desenvolvimento histórico real (GRAMSCI, 1999, p. 246).

Assim, parte-se do pressuposto segundo o qual a RSB representaria um *projeto de reforma social* e como tal faz-se necessário investigá-lo à luz das teorias da mudança social, examinar seus fundamentos e analisar o seu *processo* em distintas conjunturas no sentido de identificar obstáculos e possibilidades.

Mais que uma determinação estatal a partir de uma suposta funcionalidade das políticas sociais ao capitalismo, o estudo da RSB procura revelar a ação (ou a determinação) das forças sociais organizadas na sociedade civil, que tiveram a oportunidade e a potência de fazer com que o Estado viesse a incorporar essa *proposta* de forma contraditória:

Muito da proposta foi colocada em prática, mas por vezes de maneira tão tortuosa e até mesmo deturpada que as conseqüências negativas da implementação não podem ser atribuídas a problemas relativos a princípios gerais equivocados, diretrizes fora da realidade ou propostas mal elaboradas [...] possibilitando dessa forma perguntar: o que está em curso no Brasil é realmente um processo de Reforma Sanitária? (SCOREL, 1995, p. 155).

Este fragmento que distingue intuitivamente a *proposta* e o *processo* da RSB ilustra a indagação inicial deste livro. Considerando que o movimento sanitário não é um movimento social qualquer, mas um conjunto articulado de práticas ideológicas, políticas, científicas,

teóricas, técnicas e culturais, uma ênfase especial merece ser concedida às relações entre saber e práxis na RSB (DAMASO, 1989), na medida em que tal problemática é própria da sociedade burguesa, ou seja, “un producto de su estructura y una manifestación de ella” (HELLER, 1986, p. 161). Desse modo, o estudo procura analisar a emergência e o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) em uma formação social capitalista, seus fundamentos e características, discutindo os desafios da práxis.

Notas

¹ Weil (1993), Maynard e Bloor (1998), Wong e Chiu (1998), Langiano e Martin (1998), Donelan e outros (1999), Conill (2000), Souza e outros (2002), Wild e Gibis (2003), Lighat (2003), Davaki e Mossialos (2005).

² Infante e outros (2000), Cordeiro (2001), Hernández (2002), Belmartino (2002), Labra (2002), Mitjavila e outros (2002), Pego e Almeida (2002), Gakidou e outros (2007).

³ Ver: Agenda Política Brasil em Defesa da Saúde como Direito da Cidadania e como Bem Público, apresentada no Seminário Nacional Reformas do Estado, Saúde e Equidade no Brasil, realizado no Rio de Janeiro, em 20 junho de 2000.