

Conjuntura da transição democrática

da criação do cebs à constituição

Jairnilson Silva Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PAIM, JS. Conjuntura da transição democrática: da criação do cebs à constituição. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 69-152. 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/).

CONJUNTURA DA TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA: DA CRIAÇÃO DO CEBES À CONSTITUIÇÃO

A maioria dos seres humanos atua como historiadores: só em retrospecto reconhece a natureza da sua experiência (HOBBSAWM, 1995, p. 253).

Antes de tomar como referência para esse primeiro período de análise a fundação do Cebes, caberia caracterizar essa conjuntura reconhecida como transição democrática que tem o ano de 1974 como emblemático no que tange ao processo político brasileiro.

O General Geisel iniciou o governo admitindo que depois do sucesso da abertura econômica que teria levado ao “milagre brasileiro” pela “Revolução”, caberia dar início a abertura social e política. Assim, foi lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) onde se afirmava que a “Revolução” não se solidarizava com a idéia de que seria preciso o bolo crescer para depois dividi-lo. Defendia que enquanto o país crescesse economicamente poderiam ser executadas políticas compensatórias, apontando para investimentos sociais (BRASIL. Presidência da República, 1974). Do mesmo modo, o governo anunciava uma distensão política “lenta, segura e gradual”, aliviando

a censura da grande imprensa e disponibilizando o senador Petrônio Portela para dialogar com setores da sociedade civil (SILVA, 1979). Foram realizadas as eleições legislativas em novembro, flexibilizando as restrições vigentes. O então Movimento Democrático Brasileiro (MDB) elegeu 16 senadores, conquistando 45% dos votos para a Câmara Federal (VAN STRALEN, 1995).

O discurso social do Governo Geisel face aos impasses econômicos e políticos do regime tomava corpo, então, no II PND. Estabeleceram-se novas estratégias de planejamento social e no caso do setor saúde tiveram início as chamadas *políticas racionalizadoras*. Tais políticas incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário. Esta foi a resposta do Estado brasileiro à crise sanitária no período do “milagre econômico”, seja em relação às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, seja no que se refere às condições de saúde, como o aumento da mortalidade infantil, a epidemia dos acidentes de trabalho, o recrudescimento de endemias e a questão da meningite.

O SNI informara ao presidente que ‘notícias alarmantes sobre a ocorrência de surtos de doenças graves e perigosas, tais como a meningite’, uma vez ‘exploradas pelos meios de comunicação’, poderiam intranquilizar o povo. Quando Geisel recebeu esse documento, São Paulo vivia o pico de uma epidemia de meningite que atingira 18 mil pessoas e matara cerca de duzentas. Duas semanas depois o governador Laudo Natel proibiu que se dessem informações à imprensa (GASPARI, 2004, p. 110).

Técnicos do governo perguntavam por que motivos a “Revolução” não conseguia por ordem no caótico sistema de assistência médica e sanitária (BASTOS, 1975). Nesse contexto o planejamento instalou-se como prática institucional no Ministério de Saúde, pois até então restringia-se às experiências frustradas e isoladas em alguns Estados, ou mera retórica de discursos oficiais e acadêmicos. Na medida em que o autoritarismo se debilitava a questão social voltava à tona, indicando momentos de crise do Estado ou de hegemonia (LUZ,

1979). Apareceram nesse quadro certos movimentos em torno da questão de saúde nos seguintes segmentos: populares, estudantis, profissionais e intelectuais.

No segmento popular surgiram as mobilizações contra a carestia (Movimentos do Custo de Vida), os clubes de mães, os conselhos comunitários e as organizações na Zona Leste e na periferia de São Paulo, muitos deles vinculados a setores progressistas da Igreja Católica (JACOBI, 1993). Tais iniciativas podem ser identificadas em outras localidades do país vinculadas ao denominado Movimento Popular de Saúde (MOPS).

No segmento estudantil teve início a *Semana de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC)* onde se “formam consciências que mais tarde serão decisivas na constituição de movimentos que vão orientar o pensamento mais progressista de saúde no Brasil” (MACHADO, 1987, p. 301), a exemplo do Cebes e da Abrasco, conforme depoimento a seguir:

Em 1974, alguns estudantes de medicina da UFMG fundaram, através do Diretório Acadêmico Alfredo Balena, um ‘Centro de Estudos de Saúde’ e promoveram a partir daí várias discussões acerca da Medicina de Comunidade. Daí surgiu a idéia de se organizar, com apoio de alguns professores, a ‘I Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária’ - SESAC (SANTOS, 1995, p. 38).

Depois do “Pacote de Abril”, os estudantes da chamada “geração de 1977” pediam libertação dos presos políticos e liberdades democráticas. Na USP ocorreu uma greve com cerca de 60 mil jovens e 10 mil foram para as ruas, irradiando a mobilização para o Rio de Janeiro, Brasília, Belo Horizonte, Salvador e Porto Alegre. Enquanto isso, o Serviço Nacional de Informações (SNI), sob a marca de “secreto”, registrava em 5 de outubro de 1977 uma entrevista do presidente do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo, o Lula:

O estudante mantém o idealismo por quatro anos, depois passa a explorar a classe operária. Os estudantes estão de parabéns, pelo que estão fazendo, seu papel na sociedade é

este mesmo, mas não aceito a idéia de tentar envolver a classe operária (LULA *apud* GASPARI, 2004, p. 459).

No segmento profissional verifica-se uma mobilização dos médicos residentes em torno da regulamentação da Residência Médica, expandindo-se posteriormente para o conhecido Movimento de Renovação Médica (REME). No segmento intelectual ou da “academia” pode ser destacada a participação de docentes inseridos nos departamentos de medicina preventiva e social e escolas de saúde pública, além de pesquisadores vinculados à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), cujos debates anuais incidiam em críticas ao regime e ao governo. Nesse particular, têm sido mencionados o Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES) da Fiocruz, o Mestrado em Medicina Social do IMS/UERJ, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) da USP, da Santa Casa, da Paulista de Medicina, de Ribeirão Preto, de Botucatu, a Faculdade de Medicina da UFMG, o Mestrado em Saúde Comunitária da UFBA e o recém-criado DMP da Universidade Federal da Paraíba (SCOREL, 1995). Muitos desses professores apoiavam discussões dos estudantes na Sesac e no Encontro Científico de Estudantes de Medicina (ECEM) que, progressivamente, politizavam a saúde.

Esses movimentos representam antecedentes importantes da Reforma Sanitária Brasileira. Pode-se, ainda ressaltar a participação das universidades e dos serviços de saúde no desenvolvimento de programas de medicina comunitária, geralmente financiados por fundações americanas, contemplando a integração docente-assistencial, com ênfase no pessoal auxiliar, organização de serviços de saúde e participação da comunidade. Nesse particular, a experiência de Montes Claros representou a face mais ousada de um projeto contra-hegemônico, identificada como uma das origens institucionais da proposta da Reforma Sanitária e do SUS (VAN STRALEN, 1995, MACHADO, 1995, CAMPOS, 1995, LOBATO, 1995):

Como um laboratório da democratização na saúde, ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais

instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como o processo da Reforma Sanitária, tais como, a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais (FLEURY, 1995, p. 14).

Muitas dessas iniciativas, incluindo posteriormente o movimento sindical, desembocaram no Cebes. Em investigação realizada sobre o movimento sanitário foram destacados os seguintes componentes: a) as bases universitárias e “academia” (departamentos de medicina preventiva e social, Programa de Estudos Sócio-Econômicos de Saúde (PESES), etc.); b) o movimento estudantil e o Cebes; c) o movimento médico (Movimento dos Médicos Residentes e o REME); d) os projetos institucionais (Montes Claros, PIASS, etc.) (ESCOREL, 1998).

Do lado do Estado foi criado, ainda, nessa conjuntura o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) quando, junto à privatização da assistência médica da Previdência Social, eram produzidos os programas verticais do Ministério da Saúde e PECs. Os Programas de Extensão de Cobertura (PECs), inspirados na Medicina Comunitária, apresentavam-se como uma proposta de prestação de serviços a grupos populacionais excluídos do consumo médico. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Pias), criado em 1976 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e executado pelo Ministério da Saúde, representou um espaço de articulação de grupos progressistas, alguns oriundos da experiência de Montes Claros, onde podem ser identificados elementos organizativos do futuro SUS. A expansão dos PECs, no entanto, deveria ser programada de tal modo a não incidir sobre os interesses privados cristalizados no setor saúde. Assim, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, a Campanha da Meningite, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (Lei 6259/75), a Rede de Laboratórios de Saúde Pública, o Programa Especial de Controle da Esquistossomose

(PECE) o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan) e a chamada “Política Nacional de Saúde” (PAIM, 1981).

Além dessas iniciativas político-institucionais foram produzidos dispositivos legais, a exemplo do envio do projeto de lei ao Congresso Nacional, instituindo o Sistema Nacional de Saúde, objeto de discussão da V Conferência Nacional de Saúde:

O Sistema Nacional de Saúde não tem em vista unificar, sob a égide do Estado, a prestação de serviços pessoais de saúde, mas contempla a organização e a ampliação do exercício dessas atividades pelo setor público como um meio de assegurar a todo cidadão o acesso aos benefícios da medicina científica (BASTOS, 1975, p. 50-51).

Não se pretendia, portanto, criar um sistema único sob responsabilidade estatal mas, fundamentalmente, organizar as atividades do setor público. A própria opção pelo enfoque sistêmico podia ser entendida como intervenção racionalizadora sem a pretensão de modificar substancialmente a estrutura de prestação de serviços de saúde. Um documento elaborado no Ministério da Previdência e Assistência Social com uma abordagem mais ampla foi proibido de circular na V Conferência Nacional de Saúde, a não ser sob versão “pirata”. Houve censura no próprio título do documento, riscado por pincel atômico, não sendo possível ler integralmente o conteúdo da folha de rosto.¹

O referido texto trazia uma análise da organização sanitária brasileira com um breve histórico e apresentando as seguintes características do “sistema” então vigente: insuficiente, descoordenado, mal distribuído, inadequado, pouco eficaz e com baixa eficiência. Apresentava uma sinopse caracterizando a “situação atual” e a “situação prevista” no que tange aos objetivos, atribuições, processo decisório, clientela, dispêndio de recursos, controle e avaliação. Propunha que o SNS fosse dirigido e coordenado pelo Conselho de Desenvolvimento Social a partir de três subsistemas: Saneamento e Controle do Meio Ambiente (SCMA), Prestação de Serviços de Saúde às Pessoas (PSSP) e Atividades de Apoio ao SNS (SSAA).

Finalmente, explicitava as responsabilidades dos estados e municípios no “sistema” proposto.

No âmbito da oposição já se demonstrava a limitação dessas iniciativas governamentais, destacando-se a composição da “morbidade moderna” com a “morbidade da pobreza” e, simultaneamente, a justaposição da incapacidade de solução de problemas básicos com uma tecnologia moderna. Assim, o “sistema de saúde” brasileiro era composto por uma medicina de baixa densidade de capital e grande extensão social, precariamente organizada, e um componente de alta densidade de capital e com pequeno alcance social, mas voltado para um padrão internacional (AROUCA, 1975). E ao proceder a uma crítica do setor saúde, esse autor procurou caracterizar a crise da saúde e da medicina em particular, para além de questões de organização e racionalização, destacando aspectos mais estruturais:

O setor saúde encontra-se em uma crise de realização decorrente do baixo impacto e alto custo do atual conhecimento médico. [...] A medicina contemporânea caracteriza-se pela crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, exercida por agentes altamente especializados, diversificados e prestigiados, em que cada vez mais o ato médico se transfigura na técnica e no instrumento, provocando uma baixa cobertura populacional. [...] O setor saúde possui como fator preponderante o diagnóstico e a terapêutica, e centra suas ações sobre o ‘complexo de efeitos’, reproduzindo constantemente uma população necessitada de serviços médicos (AROUCA, 1975, p. 17-19).

O fragmento acima indicava que as medidas racionalizadoras, apesar de necessárias, eram insuficientes para enfrentar os determinantes da crise do setor saúde. Essa crise 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. Além disso, convivía com a falência do “milagre econômico”, com a crise do capitalismo mundial do início dos anos setenta e com o decréscimo de legitimidade do

autoritarismo, evidenciado pelos resultados das eleições de 1974. Todos esses elementos pareciam configurar, em termos gramscianos, uma crise de hegemonia:

A economia, cada vez mais dependente da entrada de recursos externos, perdera fôlego industrial e ganhara ânimo financeiro. Os empresários reclamavam dos juros, mas o dinheiro caro era uma fatalidade. Sem pagar taxas superiores às do mercado internacional, seria impossível captar petrodólares. Tornara-se preferível tomar dinheiro emprestado no exterior e aplicá-lo no mercado financeiro nacional a investi-lo na produção (GASPARI, 2004, p. 336).

Conseqüentemente, uma reforma a ser concebida para o sistema de serviços de saúde teria de transcendê-lo, superando meros arranjos administrativos. No entanto, mesmo um governo autoritário que conseguiu sem dificuldades a aprovação da Lei 6229/75 pelo Congresso Nacional enfrentou obstáculos na sua regulamentação no sentido de assegurar a organização e implantação do Sistema Nacional de Saúde:

A proposição do atual Sistema Nacional de Saúde provém de diferentes interesses, preocupações e necessidades. [...] Isto, faz, portanto supor que entre os determinantes dos estudos paralelos, que acabaram por produzir a atual lei, estivesse acrescentada a disputa pela hegemonia - ou uma proposta de reorganização ou de redistribuição - dentro do poder público das esferas que desempenhavam ações mais ou menos autônomas no campo da saúde (QUADRA; CORDEIRO, 1976, p. 3).²

Como forma de contornar esses obstáculos, o governo investiu nos 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 e, simultaneamente, um espaço de luta para as forças progressistas:

Quaisquer que tenham sido os propósitos e objetivos do Estado, com a implementação dos programas de extensão de coberturas de serviços de saúde, o fato é que eles são

aproveitados pelos setores mais progressistas do sanitário brasileiro para levar à frente práticas participativas que, se não têm grande impacto no sentido de fazer avançar a democracia, iniciam um longo e rico processo de resistência ao autoritarismo no setor (MACHADO, 1987, p. 301).

Nessa conjuntura ocorria um questionamento do autoritarismo em todas as suas formas, com ampliação dos espaços políticos em busca da democratização da sociedade brasileira mediante a “contrapolitização da saúde” exercida pelos trabalhadores da saúde e setores populares. Discutia-se a crise da saúde e o autoritarismo impregnado às práticas de saúde propondo-se uma redefinição de tais práticas a partir de uma crítica por dentro das mesmas. Admitia-se a validade dessas iniciativas na medida em que o avanço das forças democráticas e populares conseguisse realmente por em crise o autoritarismo do planejamento e o do regime (PAIM, 1981).

O nascimento do Cebes

Na segunda metade da década de 1970, enquanto se aprofundam as contradições no âmbito do setor saúde, ocorreu um renascimento dos movimentos sociais, envolvendo a classe trabalhadora, setores populares, estudantes, intelectuais e profissionais da classe média. Tais movimentos se expressaram na saúde, como se descreveu no tópico anterior, constituindo-se em possibilidades de articulação de forças sociais contrárias às políticas de saúde autoritárias e privatizantes:

O ano de 76, por exemplo, registra o espancamento do Bispo Don Adriano Hipólito; as mortes do operário Manuel Fiel Filho, nos porões do DOI-CODI, e dos três dirigentes do PC do B em São Paulo; a cassação de inúmeros parlamentares; a edição da famigerada Lei Falcão; as explosões de bombas na ABI, na OAB, no CEBRAP, na Editora Civilização Brasileira. São tempos duros de violência e de resistência (AMARANTE, 1997, p. 163).

Esses enfrentamentos, juntamente com a impossibilidade econômico-financeira de o Estado enfrentar a crise sanitária e de buscar

legitimidade popular pela extensão dos serviços de saúde, mantendo o modelo dominante de atenção médico-hospitalar, favorecem a reatualização do discurso oficial e a formulação de contra-políticas. Enquanto o governo implementava políticas racionalizadoras, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em julho 1976, durante a 32ª *Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*, realizada na UnB (Brasília), trazendo para discussão a questão da democratização da saúde e constituindo-se como um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde.

Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas ‘originais’; significa também, e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, ‘socializá-las’ por assim dizer; e portanto, transformá-las em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato ‘filosófico’ bem mais importante e original do que a descoberta, por parte de um ‘gênio’ filosófico, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais (GRAMSCI, 1999, p. 95-96).

Não se identificou na revisão da literatura uma publicação específica sobre a história do Cebes. Apenas foi identificada uma apresentação em Congresso (SOUZA, 2000). Diferentemente da Abrasco que produziu recentemente uma publicação sobre a sua história (LIMA; SANTANA, 2006), o Cebes preferiu republicar, no seu processo de “refundação”, certos “textos clássicos” ou “referências das referências” (FLEURY; BAHIA; AMARANTE, 2007) em vez de contar a sua própria história.

Ainda assim, é possível afirmar que essa “multidão” de mulheres e homens que se mobilizaram para pensar e mudar a saúde em torno do Cebes, constituíram o movimento pela democratização da saúde, a partir da socialização da produção acadêmica crítica da emergente Saúde Coletiva brasileira (CORDEIRO, 2004), passando a realizar a filosofia, a política em ato: “não se pode separar a filosofia da política; ao contrário,

pode-se demonstrar que a escolha e a crítica de uma concepção do mundo são, também, fatos políticos” (GRAMSCI, 1999, p. 97.).

Como intelectual coletivo da RSB, o Cebes utilizou a democratização a saúde na construção de identidades, denunciando as iniquidades da organização econômico-social e as perversidades do sistema de prestação de serviços de Saúde privatizado, mas participando das lutas pela democratização do país e por uma dada racionalidade na organização das ações e serviços de saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003). Propiciou um conjunto de debates sobre saúde, editou a Revista *Saúde em Debate*, publicou livros (Samuel Pessoa, Carlos Gentile de Melo e Giovanni Berlinguer) e promoveu reuniões em parceria com a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC):

Uma espécie de conjunto de intelectuais orgânicos, digamos assim, na perspectiva gramsciana. [...] uma espécie de desaguadouro de síntese do que vinha dos movimentos sociais urbanos, das associações de moradores, da igreja, do sindicalismo, da academia, dos departamentos de medicina preventiva que estavam pensando criticamente a coisa da saúde (TEMPORÃO *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 58).

Assim as políticas formuladas, além de um componente racionalizador, apresentavam um caráter democratizante. Associava a luta política a propostas técnicas. Esse movimento de pessoas e idéias era “uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado” (SCOREL, 1995, p.141). Apesar de inicialmente contar com a influência de militantes do antigo Partido Comunista Brasileiro (PCB) e de reunir profissionais de saúde, o Cebes caracterizava-se pelo suprapartidarismo e pelo não corporativismo (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Não é um partido, não é uma burocracia, não tem regimento interno. As pessoas se identificam, porque têm uma mesma abordagem teórica, um mesmo discurso e uma mesma luta. As pessoas se tornam parceiras de uma proposta de transformação e entram e saem e vão e voltam (SCOREL *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 66).

Nessas iniciativas constata-se a configuração de um conjunto de elementos que, posteriormente, vão constituir a *idéia* da Reforma Sanitária, inspirada nas ciências sociais marxistas. Assim, logo no número 2 da Revista *Saúde em Debate* aparecia no seu editorial o princípio “de que a saúde é um direito de cada um e de todos os brasileiros”, assumindo “a necessidade de organizar a prestação de serviços de saúde em nova perspectiva [...], desejando uma mudança real das condições de saúde do povo” (EDITORIAL, 1977a, p. 3-4). A expressão Reforma Sanitária foi mencionada três vezes no editorial do número seguinte da revista, quando vinculava tal *idéia* às tarefas do Cebes:

Trata-se de desenvolver o CEBES como um órgão democrático e que preconiza a democratização do setor saúde, recebendo todas as contribuições que atendam aos objetivos de uma Reforma Sanitária, que deve ter como um dos marcos a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade (EDITORIAL, 1977b, p. 3).

No âmbito do Estado, especialmente em municípios com governos progressistas, iniciou-se uma mobilização de secretários municipais de saúde. Em 1978, por exemplo, ocorreu o primeiro Encontro de Secretários Municipais de Saúde das capitais do Nordeste, seguido de muitos outros (SANTOS, 1987). A partir desse momento começava a se elaborar a *proposta* da Reforma Sanitária, enfatizando a unificação dos serviços, a participação dos usuários, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção. Reconheciam-se entre os obstáculos para a sua consecução as atividades lucrativas ligadas à saúde, entre as quais as empresas e cooperativas, as indústrias farmacêuticas e alimentícias, bem como as vinculadas aos equipamentos hospitalares e instrumentos médicos. E ao entender o Cebes como parte de um movimento de opinião, defendia o acompanhamento crítico do setor “visando definir mais concretamente o conteúdo de uma Reforma Sanitária” (EDITORIAL, 1977b, p.4). Portanto, a partir de uma *idéia* pouco estruturada sobre a pertinência de uma Reforma Sanitária no

Brasil, constata-se uma evolução para transformá-la em uma *proposta*, com base em uma definição mais concreta do seu conteúdo.

As mobilizações sociais, inclusive da classe operária, apontavam para a pertinência de tais formulações. Em maio de 1978, por exemplo, 2 mil operários da Saab Scania e 11 mil trabalhadores da Ford de São Bernardo do Campo (SP) paralisaram o trabalho, reivindicando 20% de aumento salarial, melhores condições de transporte e melhoria da assistência médica (SILVA, 1979).

Nesse momento de tantas manifestações políticas, o Cebes apresentou no *I Simpósio de Política Nacional de Saúde* da Comissão de Saúde (BRASIL. Câmara dos Deputados, 1980) o documento *A Questão Democrática da Saúde* (CENTRO BRASILEIRO..., 1980) propondo, pela primeira vez em 1979, a criação do SUS. Esse texto foi divulgado anteriormente durante a VI SESAC, realizada em Florianópolis, possivelmente entre 8 e 13 de abril de 1979, (coletânea sem data), com o título *A questão democrática na área de saúde* e autoria de Hésio Cordeiro, José Luiz Fiori e Reinaldo Guimarães. A importância histórica desse texto, entre outros aspectos, reside no fato de, pela primeira vez, propor a criação do “Sistema Único de Saúde (SUS)”, posteriormente, adotado como documento do Cebes Nacional e apresentado por Sérgio Arouca no *I Simpósio de Política de Saúde da Câmara de Deputados*. Essa VI SESAC teve quatro mesas-redondas programadas que ilustram muito bem as preocupações políticas do período: Condição de Saúde e Vida, Universidade Ensino e Saúde, Sistema de Saúde e Trabalhos Práticos. Assim, na referida coletânea foram publicados mais três textos anteriormente divulgados pela Revista do Cebes, *Saúde em Debate* que problematizavam a atenção primária em saúde: *Uma experiência de assistência sanitária primária* (Nilton Tornero, Darli Soares, Lília Magalhães e Paulo Gutierrez), *Medicina Comunitária: Introdução a uma análise crítica* (Jairnilson Paim) e *Medicina de Comunidade: Implicações de uma teoria* (Anamaria Tambellini Arouca e Antônio Sérgio Arouca).

O referido documento do Cebes representou um marco na construção da *proposta* da RSB, ou seja, não se tratava mais de

uma *idéia* da necessidade de uma reforma, mas de um conjunto de proposições, como se realçara no editorial a seguir:

A questão fundamental que atualmente se coloca é a da organização de um sistema democrático na área da saúde e portanto de sua gestão, ou seja, de que os verdadeiros interessados na área, os seus profissionais (médicos, enfermeiras, nutricionistas, etc.) e os usuários representados por seus sindicatos e associações, e os partidos políticos possam abrir um amplo debate sobre a Política Nacional de Saúde e influenciar efetivamente na sua definição (EDITORIAL, 1980, p. 3).

Com base nessa *proposta*, o movimento sanitário foi se desenvolvendo desde o final do período autoritário, ampliando-se com a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), com a conquista de entidades pela Renovação Médica (REME), com a mobilização nacional pelas *Diretas já* e culminando com a elaboração do Programa de Governo de Tancredo Neves quando se anunciava a fundação de uma *Nova República* e se propunha uma “reviravolta na saúde” (SCOREL, 1988, 1998). Assim, o Cebes tem sido reconhecido como o primeiro “protagonista institucionalizado” do movimento sanitário brasileiro (RODRIGUEZ NETO, 1997), ou mesmo “um espaço muito importante de formulação, divulgação e propaganda dessas novas idéias e de luta pela Reforma Sanitária” (TEMPORÃO *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 58). Trata-se, portanto, menos de uma entidade, mais um movimento:

[...] Um movimento que reúne intelectuais, profissionais da área de saúde, organizações e associações, tendo como referencial ético a saúde como valor universal, o que só pode ser concretizado através da reformulação do sistema, para atingir a universalização e equidade (VAITSMAN, 1989, p. 153).

A história do Cebes e a sua vinculação orgânica à Reforma Sanitária Brasileira ilustram o ciclo no qual uma *idéia* pode desencadear *movimento* capaz de apresentar *proposta* que se torna *projeto e processo*:

O nascimento do movimento sanitário fazia com que as idéias tivessem a capacidade de empolgar corações e mentes das coletividades, porquanto as idéias já existiam, e uma coisa são as idéias, mas os formuladores de idéias transformaram-nas num movimento social. Esse salto de qualidade se deu no segundo quinquênio dos anos 70 (SANTOS *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 59).

A aproximação com segmentos populares, especialmente com a classe operária nos anos seguintes, buscou superar o “fantasma da classe ausente”³ e ampliar as bases de sustentação política para as transformações necessárias, conforme a síntese a seguir:

Resumindo, o movimento intelectual da academia, o movimento de gestão direta dos serviços, tanto no Inamps quanto nos governos estaduais e municipais, os movimentos sociais, dos quais faziam parte operários e trabalhadores, os movimentos populares [de vizinhança] e o movimento da política formal criaram as condições políticas para a Reforma Sanitária (NORONHA *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 99).

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde)

O Governo Figueiredo inicia em 1979 com o III Plano Nacional de Desenvolvimento (III PND) que nada de novo prometia para a Saúde e Previdência (BRASIL. Presidência da República, 1979). Composto de mais de 16 páginas concedia apenas 21 linhas para Saúde e Previdência Social, repetindo os velhos clichês de outros planos de desenvolvimento tais como: ampliar e melhorar os serviços de saúde pública, combater as endemias, fortalecimento de atividades de medicina preventiva, reduzir custos, expandir atividades previdenciárias “inclusive as do setor privado”. Reconhecia também as funções do Ministério da Saúde, na definição e coordenação das políticas de saúde, acenava para a descentralização de atividades para Estados e municípios e prometia esforço de desburocratização e racionalização do sistema de arrecadação da Previdência.

Ao contrário do que se podia esperar daquele governo, tendo em vista o conteúdo do III PND, a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em março de 1980, constituiu-se num marco do chamado discurso “democrático-social” do Estado brasileiro. Não que a saúde e a previdência passassem a se constituir uma prioridade no âmbito das políticas sociais, contempladas com percentuais significativos dentro do orçamento. Essas questões, por conformarem um campo de luta política e ideológica em tempos de crise de hegemonia, estimularam novas estratégias para a ação estatal. Como explicar, que esse mesmo governo apresentasse durante a VII CNS, um discurso “democrático-social”, enfatizando a atenção primária da saúde (BRASIL, 1980a), anunciando o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), apelando para a “participação social” e prometendo o resgate da “dívida social” para com os excluídos do processo de desenvolvimento brasileiro?

O Prev-Saúde foi então lançado durante a citada Conferência e apresentado aos seus 400 participantes com o aval do Presidente da República e de Ministros de Estado. No que pese a euforia que atravessou certos escalões tecnoburocráticos progressistas que viam nas propostas do Ministério da Saúde a possibilidade de um projeto alternativo em saúde ou mesmo o desânimo de alguns críticos que lamentavam a apropriação do discurso da esquerda pelo Governo, cabia o alerta feito no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em outubro de 1979:

Não vejo como considerar seriamente, nas condições atuais da sociedade brasileira e das organizações de serviços de saúde no Brasil, a possibilidade de viabilizar uma proposta de política de saúde ou de organização de serviços de saúde, radicalmente alternativa [...]. Ou esta proposta é construída com a população ou não será construída [...]. Entendo, ao mesmo tempo, que não se deve declinar de defendê-la (DONNANGELO, 1980, p. 87).

O Prev-Saúde, na sua versão original apresentava três objetivos: a) estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população; b) reorganizar o setor público de saúde, pela articulação

das diversas instituições existentes e pela reordenação da oferta de serviços, implicando a redução dos custos unitários e no aumento da produtividade dos recursos disponíveis; c) promover a melhoria das condições gerais do ambiente com ênfase em sistemas simplificados de abastecimento d'água e em medidas sanitárias necessárias ao controle da esquistossomose e da doença de Chagas.

A partir da primeira versão do projeto (julho de 1980), que iria se chamar, originalmente, Pró-Saúde e que, posteriormente, por imposição do Ministério da Previdência, passou a ser o Prev-Saúde, o processo ocorrido foi quase 'surrealista'. Nenhuma das versões elaboradas chegou a ser assumida oficialmente. As versões eram 'vazadas', havia debates públicos sobre as mesmas, eram negadas para, depois, aparecerem modificadas e seguirem o mesmo processo, até o começo de 1981, quando se extinguiu como projeto. Ao final de algumas versões, o Prev-Saúde havia se afastado tanto de suas proposições originais que Carlos Gentile de Mello já o chamava de 'nativmorto' (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 67).

Suas diretrizes referiam-se à responsabilidade pública pelos serviços básicos e pela condução e controle de todo o sistema; articulação entre as instituições públicas; descentralização decisória e operacional; integração entre ações de promoção, recuperação e reabilitação; regionalização; simplificação de técnicas e de meios; eficiência administrativa sem prejuízo da eficácia social; e participação comunitária. Tratava-se de um grande PEC, tendo em vista os 40 milhões de brasileiros excluídos do consumo médico e o controle de certas epidemias, mas como política racionalizadora visava o reordenamento do setor saúde para responder aos custos crescentes dos serviços.

Embora as análises preliminares da proposta indicassem os limites político-ideológicos da iniciativa governamental e questionassem a sua viabilidade se mantidos os interesses em jogo, não induziam, mecanicamente a uma oposição ao programa. Pelo contrário, o programa encontrou boa acolhida entre os profissionais de saúde preocupados com a melhoria dos serviços oferecidos à população, sendo

entendido como uma conquista dos grupos sociais que defendiam a democratização da saúde e da sociedade brasileira (PAIM, 1984). A oposição ao programa passou a ser feita por setores do próprio governo articulados com os empresários médicos.

No início de julho de 1980 a versão preliminar do anteprojeto do Prev-Saúde foi examinada pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) e no dia 24 daquele mês a Presidência do Inamps se posicionou contra a proposta. Denunciou que “se trata de um projeto nitidamente estatizante, que procura esvaziar a iniciativa privada e os organismos federais de assistência médica e sanitária”, questionando o repasse de recursos e a oportunidade de “ampliar a participação dos sindicatos de trabalhadores na área de assistência médica” bem como a participação comunitária “desde o início da implantação do programa” (PAIM, 1984).

Outra versão do programa foi elaborada e algum esforço foi envidado por técnicos progressistas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Inamps no sentido de distribuir a “versão agosto” do Prev-Saúde (BRASIL, 1980b) entre os eventuais aliados da proposta e de ampliar o debate sobre o anteprojeto. Em setembro, foi liberada pelos Ministros Arcoverde e Jair Soares uma nova versão do anteprojeto (BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Previdência..., 1980c). Depois, os Ministros de Estado da Saúde e da Previdência e Assistência Social foram submetidos a questionamentos pelos representantes da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Medicina de Grupos (Abramge) e Associação Médica Brasileira (AMB), durante uma entrevista organizada pelo jornal Estado de São Paulo. Constata-se, desse modo, que o Prev-Saúde constituiu-se no *locus* de expressão das contradições que permeavam o setor saúde, revelando ainda que os grupos empresariais médicos estavam fortemente articulados e dispendo de iniciativa política, tal como se pode constatar na análise a seguir:

Esse foi um período de mobilização e debates muito profícuo, que contou com a participação intensa da Comissão de Saúde

da Câmara dos Deputados, onde, em audiências públicas, foi possível se mapear claramente os interesses em disputa: por um lado o fisiologismo do INAMPS, desejando manter a sua máquina clientelista e favorecedora dos interesses privados e, por outro, a ABRAMGE [...] apresentava uma face de ‘capitalismo moderno’, simpática à SEPLAN [...]. Esta última chegou a elaborar uma proposta alternativa, baseada nos modelos de HMO (Health Maintenance Organizations), então em expansão nos Estados Unidos (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 67).

Finalmente, no início de 1981, o Ministro da Previdência declarou que o “O Prev-Saúde é uma filosofia de trabalho, não para pegar dinheiro da Previdência”. Foi tentada, ainda, uma nova versão do Prev-Saúde em fevereiro, restrito ao atendimento ambulatorial. O jornal Estado de São Paulo anunciava em 20 de fevereiro de 1981 que aquela versão seria submetida ao Conselho de Desenvolvimento Social “se o anteprojeto não sofrer novas alterações e for aceitado integralmente pelo Ministro Jair Soares, que só concordou com a participação do Inamps na implantação do programa depois de sofrer várias pressões, inclusive o seu colega Waldir Arcoverde, que a esse respeito fechou questão” (PAIM, 1984). Não obstante o amplo debate que se desenvolveu nos meses seguintes entre diversas instituições, entidades de classe, associações e das contribuições oferecidas por organismos da sociedade civil e por diversas instituições do próprio Estado – como Parlamento, Universidades, Escola Nacional de Saúde Pública – o projeto foi abortado.

O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (o Plano do Conasp)

A crise financeira da Previdência Social, divulgada no início da década de oitenta, não surpreendeu aos estudiosos da política social que vinham alertando sobre o seu aprofundamento e conseqüências. De início, o Ministro da Previdência tentou restringir as pensões

dos aposentados, viúvas e órfãos, encontrando resistência de parlamentares do próprio partido do governo.

Diferentemente do Prev-Saúde, em que os enfrentamentos dos grupos sociais interessados ficaram circunscritos ao âmbito do setor saúde, na questão da Previdência manifestaram-se as classes sociais fundamentais, além dos grupos políticos que se movimentavam na saúde, da imprensa, e das associações. Assim, os empresários denunciaram a incompetência na administração da Previdência alertando que o aumento da contribuição era incompatível com a conjuntura econômica e com a política de combate à inflação. Já os sindicatos de trabalhadores e outras associações civis mobilizaram-se contra as medidas anunciadas pelo Ministro, ao ponto de a Associação dos Aposentados lembrar aos deputados que eles não teriam os votos dos seus associados e amigos em 1982, caso apoiassem tais propostas. Os metalúrgicos de Niterói promoveram um ato público e uma passeata com expressiva participação de trabalhadores e populares. Outros sindicatos e entidades de saúde também assumiram posições contrárias às medidas ensaiadas pelo governo, enquanto certas iniciativas da sociedade civil se refletiam no Parlamento. (PAIM, 1984).

O governo conseguia atrair contra si, dos trabalhadores aos empresários, do movimento da Renovação Médica à Federação Brasileira de Hospitais, dos aposentados aos banqueiros. A Presidência da República adiou, até quando foi possível, a decisão, no intuito de acomodar os interesses em jogo e evitar maiores desgastes do partido do governo nas eleições do ano seguinte. Finalmente, saiu o chamado “pacote da Previdência” que fixava um teto para os gastos com assistência médica da Previdência no ano de 1982, requerendo um pronunciamento do Presidente da República em cadeia de televisão para justificá-lo.

Com base em tal medida era possível identificar algumas opções em que o governo procuraria se mover, na dependência da capacidade de pressão política dos grupos interessados. A primeira seria um reordenamento dos serviços de saúde de modo a utilizar a capacidade

ociosa dos hospitais e ambulatoriais do Inamps, do Ministério da Saúde, das Universidades e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A segunda seria a substituição da forma de pagamento às empresas médico-hospitalares: o pagamento por atos médicos – Unidade de Serviço (US) – pelo pagamento por tratamento, com base num custo médio padronizado de procedimentos por doenças. A terceira opção seria expandir os convênios com a medicina de grupo, sobretudo para os trabalhadores dos grandes centros urbanos, já que a forma de pré-pagamento se ajustaria à fixação de um teto orçamentário de gastos com a assistência médica.

A primeira opção significaria uma reedição do Prev-Saúde, sem base suficiente de sustentação política. A segunda, apesar de contrariar interesses dos médicos credenciados e das empresas médico-hospitalares, poderia encontrar o apoio da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) desde quando conseguissem influenciar a tabela de pagamento. Tal opção teria a vantagem de fingir que controlava “o fator incontável de corrupção” (no dizer do crítico Gentile de Mello) e a fraude na assistência médico-hospitalar, satisfazendo, portanto, aos clamores da imprensa pelo saneamento da Previdência. Quanto à terceira opção, além de difundir a ideologia da eficiência administrativa e empresarial, teria a vantagem fundamental de se ajustar aos interesses do capital articulado à medicina de grupo (PAIM, 1984).

A identificação dessas opções não significava a existência de decisões que implicassem saídas puras e excludentes. Pelo contrário, o governo tentava acomodar os diversos interesses em jogo, inclinando-se obviamente para os grupos significativos de sua base de sustentação política, ou, eventualmente, para aqueles mais capazes de se mobilizarem e pressionarem politicamente.

A criação Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) sugeria, contudo, mudanças importantes nas políticas de saúde. Na verdade, a crise estrutural da Previdência não se limitava ao desequilíbrio entre receita e despesas, mas resultava do conjunto de políticas desastrosas que tinham a ver com toda a situação

que enfrentava a economia, entre os quais: 1) desemprego crescente e redução do valor real dos salários, face a inflação; 2) redução significativa do número de contribuintes autônomos; 3) diminuição da parcela de contribuição do governo (10% no início da década 70 e 3,4% em 1981); 4) sonegação das empresas, cujas dívidas acumuladas quando pagas, eram parceladas sem juros nem correção monetária (PAIM, 1984).

As atribuições desse órgão colegiado revelavam uma preocupação com a racionalização no uso dos recursos e com a operação e controle da assistência médica. O Conasp estabelecia princípios racionalizadores vinculados à redução dos custos unitários e controle dos gastos:

O perfil majoritariamente liberal do Conasp, que assumiu uma missão 'moralizadora' em relação a assistência médica da Previdência, levou a que o mesmo resgatasse as análises e idéias que tinham, em grande parte, informado a elaboração do Prev-Saúde (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 8).

Não obstante as primeiras escaramuças organizadas pelos médicos-empresários no início de 1982, o Conasp avançou nas suas medidas racionalizadoras, culminando com a formulação e aprovação do *Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social*, também conhecido como Plano do Conasp.⁴

No espaço político criado pelo Conasp, presidido pelo Dr. Aloisio Salles, médico do Presidente da República e que exercia a prática liberal, era possível sugerir propostas alternativas:

Um quadro com um conjunto de técnicos e entre eles encontra-se o Eleutério, que era um quadro comunista importante que militava no Cebes [...] O Eleutério, então na secretaria técnica, passa a ter uma influência muito grande, tentando colocar nossas idéias dentro do conjunto de políticas propostas pelo Conasp [...] Depois, o Conasp, mais ou menos em 1983, começa a pôr em prática essas mudanças e, aí, o Eleutério vai ocupar o departamento de planejamento do Inamps. O Henry Jouval é o secretário de planejamento e o Aloísio Salles assume a presidência do Inamps. (TEMPORÃO *apud* FALEIROS *et al.* 2006, p. 69-70).

Essa equipe técnica que ocupava espaços na burocracia estatal como se assumisse a *guerra de posição* produziu fatos político-institucionais e certas acumulações que repercutiram, posteriormente, no desenho de estratégias-ponte para o SUS. Além disso, exercitava a militância pela democratização da saúde ao interior dos aparelhos de Estado com a força da vontade e do afeto. Nas palavras de um militante ceiliano e técnico com atuação institucional na área denominada de desenvolvimento de recursos humanos, nos programas de extensão de cobertura e no Prev-Saúde:

Se não fosse a garra, a vontade, o compromisso e a amizade de um grupo de companheiros e companheiras, não teríamos rompido o conservadorismo da máquina, e as Ações Integradas de Saúde (AIS) talvez tivessem tomado outros rumos. Mais que isso, inauguramos, na ‘raça’, o planejamento estratégico no Inamps (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 18-19).

Este Plano era orientado por um decálogo de princípios, representando uma inflexão nas políticas de saúde no Brasil, com a incorporação de políticas racionalizadoras na assistência médica da Previdência Social: 1) prioridade às ações primárias, ênfase na assistência ambulatorial; 2) integração das instituições (federal, estadual e municipal) no sistema regionalizado e hierarquizado; 3) utilização plena da capacidade de produção; 4) estabelecimento de níveis e limites orçamentários; 5) administração descentralizada de recursos; 6) participação complementar da iniciativa privada; 7) critérios mais racionais para prestação de serviços (públicos e privados) e melhoria das condições de atendimento; 8) simplificação do pagamento de serviços a terceiros, com o controle dos órgãos públicos; 9) racionalização na prestação de serviços de custo elevado; 10) implantação gradual da reforma com reajustes eventuais.

Trazia, ainda, o reconhecimento do aparelho previdenciário como “pilar sustentador da paz social”, uma descrição detalhada das modalidades assistenciais apoiadas pelo Inamps, uma crítica contundente às distorções e uma análise das implicações do modelo então vigente. Constatava-se, assim, que muitos dos princípios do

Plano do Conasp eram superponíveis aos do Prev-Saúde, de modo que passaram a se manifestar as mesmas forças que atuavam no processo político de saúde, tais como a FBH, a Abramge, a AMB e o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes do Trabalho (Diesat). No que diz respeito à Abrasco, reconhecia que em termos de princípios não havia muito do que discutir, já que atendiam em suas linhas fundamentais as críticas feitas pelos movimentos e entidades de saúde, explicitando a seguinte posição:

A Abrasco considera que as possíveis modificações precisam ser cuidadosamente analisadas. A atual diretoria decidiu examinar criticamente o referido plano e apresentar sugestões ao Conasp.

O estudo das políticas de saúde no Brasil tem revelado inúmeros planos malogrados, quer por privilegiarem a ampliação de serviços preservando os interesses de um complexo médico-empresarial, quer por assumirem estratégias autoritárias e tecnocráticas. No entanto, a saúde como responsabilidade social e como direito conquistado requer a participação organizada da população, do mesmo modo que os serviços de saúde para serem modificados necessitam de uma participação dos profissionais de saúde e demais trabalhadores do setor nesse processo de redefinição (EDITORIAL *apud* PAIM, 1984).⁵

Nesse fragmento podem ser identificados, quatro anos antes da 8ª CNS, duas idéias centrais da *proposta* da Reforma Sanitária: direito à saúde (conquistado e não como dádiva) e participação da comunidade (população organizada, profissionais e trabalhadores de saúde). Ao mesmo tempo, apontava o complexo médico-empresarial como um possível obstáculo para a redefinição das políticas de saúde e criticava a planificação autoritária e tecnocrática. A Abrasco destacava que não era levado em conta no Plano o quadro de saúde da população brasileira e dos seus determinantes, negligenciando questões relevantes radicadas no próprio modelo de desenvolvimento:

Isolar as formas de pagamento ou as modalidades hoje existentes do contexto global de distribuição do poder no

setor equivale a um reducionismo técnico-administrativo dos problemas, o que leva a tentativas de encontrar novas formas ou instrumentos milagrosos que, por não tocarem nos reais determinantes, estão fadados ao fracasso. (EDITORIAL *apud* PAIM, 1984).

Trata-se de uma das primeiras manifestações públicas da diretoria da nova entidade. Apesar das críticas e proposições, a expressão Reforma Sanitária não se encontrava no seu discurso. Enquanto parte de uma política racionalizadora preocupada com a redução dos custos unitários e controle dos gastos com saúde, o Plano do Conasp acenava para a participação ativa dos vários segmentos da sociedade, porém deixava de explicitar os mecanismos para a sua efetivação.

Portanto, a crise financeira da Previdência Social já não mais podia ser escondida. A questão das políticas de saúde tomou novos rumos e os enfrentamentos político-ideológicos evidenciavam as contradições fundamentais entre o capital e o trabalho, bem como o sentido da ação estatal quando a classe trabalhadora não dispunha dos instrumentos suficientes de organização e de ação política.

Nesse contexto, tornara-se possível o estabelecimento de contrapolíticas que, embora impotentes para a viabilização de uma proposta radicalmente alternativa, em curto prazo, facilitariam a construção de outro projeto em conjunturas mais propícias. O exercício da democracia seria criado e recriado em cada espaço e momento histórico, utilizando-se de propostas contraditórias de reforma, como o Plano do Conasp.

Assim, o setor saúde ofereceu exemplos interessantes acerca do significado dos movimentos sociais e do aproveitamento de espaços institucionais mediante uma estratégia equivalente à *guerra de posições*. Paralelo à politização da saúde pelo Estado brasileiro, particularmente em função das políticas racionalizadoras do pós 74, ocorreu um amplo debate político sobre a questão saúde fundamentado na produção teórica da Medicina Social brasileira e progressivamente articulado aos movimentos sociais ligados às associações de bairro e às comunidades eclesiais de base, à retomada de

associações de profissionais de saúde por grupos democráticos como os do Movimento de Renovação Médica, à realização das Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSATs), à crítica do Cebes e de intelectuais militantes contra as políticas de saúde do regime autoritário. Esse processo resultou na formação de contra-políticas pelas oposições, em que a proposta da Diretoria Nacional do Cebes apresentada no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde em 1979, postulando pela primeira vez a criação de um *Sistema Único de Saúde*, representou um dos exemplos mais significativos.

Contudo, a análise dos enfrentamentos ideológicos e políticos em relação ao Prev-Saúde e ao Conasp não pode prescindir de uma compreensão mais consistente das contradições de base da sociedade brasileira no início da década de oitenta. Nesse período o aguçamento da crise do capitalismo internacional comprimia as economias dos países capitalistas dependentes.

A busca de legitimidade do Estado, do regime e do governo via “discurso democrático-social” enfrentou-se com a crise econômica, de um lado, e com o terrorismo de direita que culminou com o “caso Rio-Centro”, de outro (GASPARI, 2004). O projeto de abertura política do governo conseguia tomar curso com a anistia, porém contendo os movimentos populares e adotando casuísmos eleitorais no sentido de assegurar maioria no Colégio Eleitoral que indicaria o novo Presidente da República (SILVA, 1979; GASPARI, 2004). Nesse momento de crise fiscal do Estado e de atrelamento da vida econômica do país às regras do FMI, a efetivação de “projetos sociais” encontrava limites na política de contenção dos gastos públicos.

De outro modo, as classes populares e os trabalhadores em particular, diante da recessão e do desemprego priorizavam lutas pela garantia do emprego e contra o arrocho salarial. Nesse contexto, mobilizações políticas de massa em função da questão saúde restringiam-se eventualmente a lutas corporativas de categorias profissionais. Ação política das classes populares pela redefinição das políticas de saúde cada vez mais tornava-se figura de retórica, ainda que

repercussões da crise nas condições de saúde da população pudessem recolocar a saúde como parte substantiva da questão social.

A análise do processo político relativo ao Prev-Saúde e ao Conasp sugere a existência de lutas fundamentalmente ideológicas, em que os discursos antagônicos tentavam influenciar a opinião pública, sobretudo através da imprensa, para apoiar as respectivas propostas. No caso do Prev-Saúde, o movimento oposicionista apenas denunciou as limitações do ante-projeto do Ministério da Saúde (MS) e suas lideranças parlamentares questionaram os Ministros, mas não tinham nenhum poder para influir na implantação do mesmo. Quem realmente fazia política, através dos “anéis tecno-burocráticos” e da manipulação da grande imprensa eram os empresários da saúde. Com exceção do Cebes e de algumas associações de profissionais da saúde, boa parte do movimento crítico da saúde subestimou a questão política que envolvia o Prev-Saúde, chegando a alguns exageros de que a questão não era saúde, mas casa e comida. Os empresários da saúde, no entanto, estavam muito cômicos de que a assistência médica fazia parte dos seus negócios e foram à luta (PAIM, 1984)

No caso do Conasp, apesar dos enfrentamentos não ficarem restritos às lutas ideológicas, a ação política ia além da questão saúde, mas encontrava uma situação adversa para a classe trabalhadora. Este plano, cujos princípios eram reconhecidamente válidos por expressivas entidades de profissionais, tinha todas as condições para se tornar, concretamente, algo à imagem e semelhança do regime: autoritário, tecnocrático e anti-popular. Todavia, as eleições diretas para governador no final de 1982 e a criação do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) modificaram de certo modo a correlação de forças. Possibilitaram que um dos projetos do Plano do Conasp – os convênios trilaterais que envolviam o Inamps, secretarias estaduais de saúde e municipais – se transformasse no ano seguinte no Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), vinculado ao Inamps, e em 1984 se apresentasse como “estratégia” das AIS, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Educação, além do Inamps.

As Ações Integradas de Saúde (AIS)

Com a redemocratização e o advento da chamada Nova República, a sociedade brasileira conquistou um governo civil por eleições indiretas, em virtude da derrota da emenda das eleições diretas para presidente da República em 1984. No final do ano foi realizado o *V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, pautando algumas questões com vistas a embasar uma “Política de Saúde para o Governo de Transição”, tendo em conta as seguintes considerações: 1. Saúde é um direito do cidadão e dever do Estado; 2. A melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida; 3. A democratização da saúde estreitamente vinculada ao processo de democratização da sociedade brasileira reflete a luta e aspiração dos mais amplos setores sociais⁶.

A Aliança Democrática formada para derrotar o autoritarismo no Colégio Eleitoral permitiu a eleição de Tancredo Neves para Presidente da República e José Sarney, como Vice-Presidente, refletindo o arranjo político acionado para a conquista da democracia:

Instaurou-se uma transição negociada entre segmentos dissidentes da base de sustentação do regime anterior e segmentos oposicionistas também emergentes da democracia de fachada consentida pelo Estado autoritário, em um pacto pelo alto, das elites, excluindo a participação popular que se manifestara, em ampla mobilização, na Campanha das Diretas-Já (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 44).

No caso da Saúde, distintos documentos fundamentaram essa aliança⁷ e apesar dos limites da transição democrática, ocorreu no período 1985-1987 um desalojamento dos anéis tecno-burocráticos e a ocupação de espaços do aparelho de Estado nas áreas de Saúde, Previdência e Ciência e Tecnologia por atores sociais identificados com políticas racionalizadoras ou democratizantes:

O governo Sarney constituía um conjunto de forças políticas heterogêneas, conservadoras e progressistas, o que acabou resultando em um jogo de interesses opostos, privatistas de

um lado, estatizantes, de outro, sem uma nítida hegemonia de uma das partes. Essa crise de hegemonia já provinha, em tempos recentes, dos últimos governos da ditadura, mesmo se valendo o regime de mecanismos autoritários para impor seus pressupostos (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 46).

Para a presidência do Inamps foram sugeridos os nomes de Guilherme Rodrigues da Silva (professor titular do Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP) e de Hésio Cordeiro (professor do Instituto de Medicina Social da UERJ) sendo este último o escolhido. Eram apoiados pelo movimento sanitário, parlamentares, entidades médicas e de profissionais de saúde, prefeitos, secretários municipais de saúde e organizações da sociedade civil. Para a presidência da Fiocruz, foi indicado Sérgio Arouca. Eleutério Rodriguez Neto assumiu a Secretaria Geral do Ministério da Saúde enquanto José Saraiva Felipe, a Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social, cujo Ministro era Waldir Pires (CORDEIRO, 1991).

Nesse contexto, foi possível observar uma contenção das políticas privatizantes no interior da Previdência Social e o recurso às estratégias capazes de canalizar recursos previdenciários para estados e municípios no sentido de fortalecimento dos serviços públicos; bem como de estímulo à integração das ações de saúde, de apoio à descentralização gerencial, de incorporação do planejamento à prática institucional e de abertura de canais para a participação popular.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram expandidas e fortalecidas em termos orçamentários e consideradas como uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços. Essa proposta poderia evitar descontinuidades na prestação de serviços à população e promover aperfeiçoamentos nas políticas já que as mudanças derivadas da Constituinte e da reformulação do Sistema Nacional de Saúde requeriam tempo político para a viabilização. Traziam também uma concepção estratégica diante da convicção de que para se conseguir apoio político em favor das mudanças haveria que se dispor de

alternativas concretas que incidissem em melhorias objetivas para os trabalhadores da saúde e para segmentos consideráveis dos usuários dos serviços. Assim, propunha-se que essas alternativas deveriam ser progressivamente postas em prática e simultaneamente pensadas numa articulação com as propostas das forças sociais e políticas que se organizavam para a eleição dos representantes na Assembléia Nacional Constituinte, dos governadores e dos deputados estaduais, em novembro de 1986 (PAIM, 1986a).

No debate político sobre o que fazer naquela conjuntura a defesa das AIS era justificada por um decálogo de motivos: princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde; planejamento e administração descentralizados; instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; possibilidade concreta da participação popular organizada; percurso para o estabelecimento do *sistema unificado de saúde*; respeito ao princípio federativo; respaldo das forças sociais atuantes no setor; perspectivas mais concretas de viabilidade; incorporação do planejamento à prática institucional; e responsabilidade das universidades na formulação e na implementação das políticas de saúde (PAIM, 1986a).

Até esse momento a expressão Reforma Sanitária não era utilizada pelos atores sociais, exceto o Cebes que já a adotara desde 1977. Os editoriais do Boletim de Abrasco, por exemplo, seja na gestão de Benedictus Philadelpho de Siqueira, seja na gestão de Hésio Cordeiro, não se referiam à Reforma Sanitária. E no âmbito do Estado havia um conflito entre um pensamento de esquerda e o núcleo conservador do governo:

Carlos Santana, que ideologicamente era considerado conservador, mas que era um radical na área da saúde, se torna Ministro da Saúde. [...] O marco era transferir o Inamps para o Ministério da Saúde [...] mas havia um problema: a Saúde estava na mão de um conservador e a Previdência com a oposição. Até que, na calada da noite, o Carlos Santana consegue um decreto que autoriza o Sarney a passar o Inamps para o Ministério da Saúde. Waldir Pires, então *vetou* o decreto, dizendo que 'o Inamps é um patrimônio dos trabalhadores e que por isso essa decisão deveria ser participada a eles.'

Pensamos em fazer isso convocando uma Conferência (AROUCA *apud* RADIS ENTREVISTA, 2002).

Assim surgiu a idéia e a proposta de realização da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, a primeira com ampla participação da sociedade civil e contando com o protagonismo dos profissionais de saúde, trabalhadores e setores populares.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde

Esta conferência foi estruturada sobre três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde. Para cada eixo foram previamente encomendados textos para acadêmicos, intelectuais e especialistas a título de subsídio para os debates. Muitos desses autores vinculados ao movimento sanitário foram, também, convidados para participarem das três grandes mesas-redondas.

Antes, porém, de analisar essas contribuições individuais, cabe destacar o documento elaborado pela Abrasco para fundamentar as discussões. Este documento abrange desde a etapa das conferências estaduais, e a sua importância se evidencia não só por representar a posição de um sujeito coletivo, com toda a potencialidade de um trabalho analítico e propositivo de qualidade, mas também por ter servido de referência para os textos e intervenções apresentados na Conferência (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985). Partia do reconhecimento de uma conjuntura de crise econômica com mudanças na ordem político-institucional, resultando numa dada configuração do Estado e direcionalidade de suas políticas de onde emergiria um projeto de sociedade a ser desenvolvido nos anos seguintes. Desse modo, empenhou-se em revisar as questões teórico-políticas e recuperar princípios e diretrizes do movimento pela democratização da saúde, conforme esclarecia:

Esse projeto, cujas linhas gerais vêm sendo colocadas em discussão, há cerca de 10 anos, no âmbito de entidades de saúde e outras organizações do movimento sindical e popular, bem como no seio de alguns partidos políticos, encontra hoje possibilidades mais concretas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985, p. 5).

Sublinhou que a saúde deveria ser vista como “fruto de um conjunto de condições de vida que vai além do setor dito de saúde” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985, p. 8), questionando a concepção de desenvolvimento que desligou a dimensão econômica da social. Defendeu a participação popular na política da saúde bem como o controle da sociedade sobre o aparelho estatal⁸ e não ignorava a profunda crise da economia mundial a partir da segunda metade da década de setenta, identificando a seguinte consequência:

Ressurgimento de teorias e políticas de cunho neo-liberal, que lutam pela derrocada das políticas estatais identificadas com o Estado de Bem-Estar Social, já que vêm nestas medidas um fator de aumento da crise fiscal do Estado (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985, p. 14).

Reconhecia a saúde como *função pública*, advogando que a mesma fosse uma concessão do Estado, embora já visualizasse movimentos contrários a tal proposição:

[...] A ampliação das companhias seguradoras privadas, tanto multinacionais como subsidiárias do capital financeiro de grandes bancos, configura a emergência de um poderoso aliado de projetos contrários à reorientação mais radical da política de saúde do Estado, no sentido da universalização, equidade e democratização (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985, p. 33).

Após analisar os temas propostos para a 8ª CNS, a entidade definiu uma estratégia política e algumas diretrizes para a atuação naquela conjuntura, oferecendo elementos teóricos, científicos e técnicos às entidades de saúde, sindicatos, igreja, organizações civis e partidos políticos com vistas “ao desencadeamento do debate nacional

em torno de uma REFORMA SANITÁRIA a ser desenvolvida a partir de 1987” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985, p. 34). No dizer de Sônia Fleury, esse documento transformou-se em “uma bibliozinha discutida nacionalmente” (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 84). Vários outros documentos foram, também, distribuídos durante a Conferência, inclusive do Cebes, mas seguramente não tiveram a mesma influência alcançada por essa contribuição da Abrasco.

Ao assumir a bandeira da Reforma Sanitária, a diretoria da Abrasco de então dedicou todos os editoriais dos Boletins publicados no período à discussão da *proposta* e do *projeto* da RSB. Assim, a expressão Reforma Sanitária aparece nos seus editoriais a partir do primeiro número de 1986:

A ABRASCO, engajada nesta luta, assume a bandeira da reforma sanitária, como a condição de viabilidade da conquista do direito universal à saúde. Reforma que implicará na reformulação das políticas públicas e do aparelho governamental burocrático que estão diretamente ligadas às condições de preservação da saúde e recuperação das condições de vida. Reforma que pressupõe o aprofundamento da consciência sanitária e no controle sobre os órgãos definidores e implementadores da política de saúde. Reforma que exigirá uma nova ética dos profissionais do setor no tratamento do usuário como cidadão na plenitude do exercício dos seus direitos. Neste sentido, a ABRASCO promoverá o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, cujo tema central será ‘Reforma Sanitária: garantia do direito universal à saúde’, como parte dos esforços comuns na continuidade deste processo, buscando canalizar a produção científica e a experiência política alcançadas para a formulação de um projeto de transformação que será a Reforma Sanitária Brasileira (EDITORIAL, 1986a, p. 1).

Nesse mesmo número foi divulgado um encarte com as “propostas da Abrasco para a VIII Conferência Nacional de Saúde” com título: *Pela Reforma Sanitária. Saúde: direito de todos, dever do Estado*. Esta frase, posteriormente, inicia o Art. 196 da *Seção II DA SAÚDE* da Constituição da República Federativa do Brasil.

Assim, a conquista da democracia permitia uma atenção maior para a opinião pública e a mobilização e organização da população na defesa dos seus direitos. A consciência do direito à saúde ia sendo irradiada, progressivamente, para a população que passava a cobrar a sua garantia e a melhoria dos serviços. Dessa forma, estava lançado o *projeto* da Reforma Sanitária Brasileira, legitimado e sistematizado na 8ª CNS e formalizado, posteriormente, na Assembléia Constituinte.

SAÚDE COMO DIREITO INERENTE À CIDADANIA, AOS DIREITOS SOCIAIS E AO ESTADO

Nesse tema efetuou-se uma reflexão sobre “a construção social da cidadania” tomando como referência o desenvolvimento dos direitos civis, políticos e sociais (SOUSA JÚNIOR, 1987) e a proposta “saúde direito de todos e dever do Estado” numa perspectiva jurídica (DIAS, 1987). Além disso, foram realizadas análises críticas acerca das relações entre cidadania e Estado, seja pelo ângulo dos direitos sociais (TEIXEIRA, 1987a), seja na perspectiva do direito à saúde (PAIM, 1987).

Examinou-se a noção de direito à saúde com referência à doutrina dos direitos humanos, justificando os esforços para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (PAIM, 1987).⁹ Analisou-se o surgimento dos Estados Nacionais na transição do feudalismo para o capitalismo, a questão da cidadania e as políticas sociais, os padrões de respostas sociais em países europeus (Inglaterra e Alemanha) na consolidação do capitalismo, bem como seus desdobramentos no século 20 com as políticas econômicas keynesianas e a adoção do *Welfare State*. Destacou-se a *assistência social* como a primeira forma de proteção social no capitalismo liberal inglês, seguida do *seguro social* no capitalismo autoritário alemão e do reconhecimento dos direitos sociais no *Welfare State* do pós-guerra.

No que tange às respostas sociais visando à ampliação do direito à saúde foram destacados os movimentos sociais vinculados ao aparecimento da Medicina Social no século XIX, mencionando-se as visões de Rudolf Virchow ao propugnar um amplo projeto de reforma social:

1) A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social; 2) As condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença, devendo ser tais relações submetidas à investigação científica; 3) Devem ser tomadas medidas no sentido de promover a saúde e combater a doença, e as providências relativas a tal ação devem ser tanto sociais como médicas; 4) O Estado democrático requer que todos os cidadãos gozem de um estado de bem-estar, porque reconhece que todos têm iguais direitos (ROSEN, 1980).

Criticou-se a concepção liberal de saúde pública, o seguro social alemão e a noção de assistência social, destacando a evolução da cidadania e dos direitos (civis, políticos e sociais), a importância do *Plano Beveridge* e a implantação do Serviço Nacional de Saúde inglês em 1948. Defendeu-se a democratização da sociedade e do Estado com vistas à democratização da saúde, questionando-se a assistência social patrocinada pelo liberalismo e admitindo-se aquele momento histórico como de significativa importância, pois poderia estabelecer, através da Nova Carta, um novo relacionamento entre Estado e sociedade civil no Brasil capaz de fazer avançar o processo de democratização.

Foram discutidas a questão da cidadania no Brasil, a constituição dos movimentos sociais na área de saúde, a criação do Cebes e da Abrasco, a Conferência de Alma-Ata e a proposta “Saúde para Todos no Ano 2000” e analisadas as desigualdades nas condições de saúde e no acesso aos serviços de saúde no Brasil, o desenvolvimento das políticas de saúde na Nova República e as relações das AIS com a Reforma Sanitária. Neste particular, foram ressaltados os interesses e necessidades diversificados da sociedade brasileira, especialmente a invasão da lógica capitalista nas estruturas de poder da saúde, com “força política não desprezível, disposta a acionar os instrumentos que possuem para se opor às mudanças” (PAIM, 1987, p. 54).

Quanto aos usuários, afirmava-se não ser possível “ignorar o fato de que na base de sua estratificação encontra-se a estrutura de classes da sociedade brasileira, com distintos mecanismos e padrões de

consumo médico, e também com diferentes possibilidades de pressão política” (PAIM, 1987, p. 54-55). E para ampliar as bases de apoio às mudanças a serem viabilizadas a partir da Constituição, incidindo melhorias concretas para os trabalhadores de saúde e usuários, o texto propunha as AIS como “estratégia-ponte” para a redefinição das políticas de saúde e para a reorganização do setor durante o processo constituinte.

Ao se explicar que público não significa estatal, chamava-se a atenção para uma realidade, segundo a qual “os serviços de saúde estatais podem não ser efetivamente públicos enquanto forem impeditivos da gestão pública das instituições” (PAIM, 1987, p. 57). Alertava-se para o fato de que a garantia dos direitos sociais não deveria reduzir os cidadãos a meros peticionários da administração, a mercê das oscilações da tecno-burocracia. Concluindo com a defesa da transparência dos aparelhos de Estado à informação do público, o controle público dos serviços estatais e a gestão pública das instituições (inclusive as empresas privadas), no sentido de se contrapor ao “estatismo autoritário”.

Reconhecia-se, assim, a relação do direito à saúde com o advento do Estado de Bem-Estar Social, embora fosse assinalado que nos países capitalistas a preservação das políticas sociais sofria ameaças quando as forças conservadoras assumiam o poder ou quando a economia ia mal. Daí a pertinência de examinar a natureza do Estado capitalista, as suas reações diante das condições de saúde das populações e a sua atuação na produção e distribuição de bens e serviços de saúde. Alertava-se que o Estado não era um mero instrumento capaz de ser manipulado livremente pelos grupos que exercem o poder e que dispunha de uma autonomia relativa frente aos interesses imediatos das classes hegemônicas, selecionando as pressões “legítimas” das classes subalternas. Embutidas as idéias de seletividade estrutural do Estado capitalista (OFFE, 1984), relação de forças (POULANTZAS, 1980) e consenso ativo de governados, sublinhava-se o papel do Estado de classe na manutenção da ordem social capitalista.

Ao tempo em que considerava o desenvolvimento recente da teoria marxista do Estado, o outro texto crítico também questionava a confusão entre as concepções de público e de estatal: “Os governos autoritários foram um cruel aprendizado acerca de que nem tudo que é estatal é público” (TEIXEIRA, 1987a, p. 92). Reconhecia a democracia como um valor universal e não só como tática, mas também estratégia na luta pela hegemonia das classes dominadas:

Esta revisão da perspectiva golpista das esquerdas aponta para a conquista de reformas no interior do capitalismo, como condição de consolidação de uma contra-hegemonia, mesmo como uma via de transição a um socialismo que preserva as conquistas democráticas alcançadas (TEIXEIRA, 1987a, p. 93).

Sublinhando que na América Latina a burguesia prescindiu da democracia para implantar a dominação, a autora examinava o caso brasileiro no qual o desenvolvimento industrial esteve assentado em uma coalizão daquela com a oligarquia agrária, resultando na preservação de uma cultura política elitista:

É preciso deixar claro que o projeto democrático não sensibiliza as frações mais reacionárias da burguesia brasileira (a fração mercantil especulativa e latifundiária) e nem aos monopólios internacionais aqui instalados. Neste caso, a defesa democrática é mero oportunismo face à perda de legitimidade do regime autoritário e uma saída em busca de recomposição de um pacto excludente (TEIXEIRA, 1987a, p. 93-94)

Tanto o direito à saúde quanto a cidadania encontravam-se ausentes das políticas públicas desde a Proclamação da República até o período conhecido como “populista”:

O estilo de lideranças populistas não interpelava os indivíduos enquanto cidadãos, isto é, a partir de uma pauta de direitos e deveres que os vinculasse ao Estado, mas, principalmente, como povo, parcela da população que carecia de uma proteção especial do governante [...]. As conquistas sociais alcançadas conformaram-se melhor como privilégios setoriais do que como direitos universais dos cidadãos (TEIXEIRA, 1987a, p. 91).

No caso da Previdência Social, constata-se uma combinação contraditória entre a forma de seguro social com a concessão de benefícios assistenciais, inclusive saúde, cujos recursos para a assistência médica dependiam, desde a sua origem, de sobras orçamentárias. No seu desenvolvimento podiam ser identificadas quatro características: extensão da cobertura previdenciária; modernização do aparelho estatal; privatização da assistência médica; e ampliação dos fundos assistenciais.

Fundamentando-se na formulação gramsciana segundo a qual uma classe subalterna pode se tornar hegemônica antes de tomar o poder, o socialismo era assumido como horizonte e justificada a tese da defesa da cidadania:

Conquistar o consenso antes de tomar os aparelhos da sociedade política, introduz uma nova estratégia para as classes dominadas realizarem a transição para o socialismo, ademais de trazer para o cerne da luta de classes as batalhas a nível cultural e ideológico travadas no cenário institucional. É, pois, com base neste referencial teórico que reafirmamos a nossa tese de que a conquista da cidadania através da implementação das políticas sociais é sempre o resultado concreto e específico de uma relação de forças das classes em luta pela hegemonia, de sorte que a resultante deste processo é a corporificação legal e institucional das relações de força estabelecidas historicamente entre as classes e mediatizadas pelo Estado, na busca da preservação da hegemonia dominante ou na consolidação de um projeto alternativo de contra-hegemonia. Reforçar a questão da cidadania na transição democrática brasileira é dar o conteúdo real, fruto das relações de poder existentes, de qual democracia será esta que estamos construindo (TEIXEIRA, 1987a, p. 95).

Nesses fragmentos estão postos com todas as letras a análise política, a fundamentação teórica, o projeto de sociedade e a estratégia concebida por intelectuais do movimento sanitário que teceram a RSB. Reconhecia-se a importância do setor saúde como componente das políticas sociais e a responsabilidade intransferível do seu sistema de serviços na atenção à saúde da população. Ressaltava-se, no entanto, que o perfil de saúde de uma coletividade depende das condições

vinculadas à estrutura da sociedade, requerendo “ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer, etc.” (PAIM, 1987, p. 47). Nessa perspectiva, a RSB apresentava no seu *projeto* uma relação com outras dimensões, tais como a Seguridade Social, a cidadania e as questões educacionais e científico-tecnológicas, entre outras.

A saúde era entendida como produto das condições objetivas da existência, dependendo das condições de vida – biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. Desse modo, o estado de saúde corresponderia a uma das revelações dessas formas de vida, ou seja, um *modo de andar a vida*. Assim, promover saúde implicaria “conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação”, enquanto respeitar o direito à saúde supunha “mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubres e na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços” (PAIM, 1987, p. 47).

Ao entender a saúde e a assistência como bens públicos, defendia-se a democratização do Estado e a redefinição da política de saúde para assegurar a universalização do direito à saúde nos seguintes termos:

Torna-se necessário alterar o próprio aparelho estatal conformado no autoritarismo, para que ele possa ser permeável ao controle da sociedade. [...] o dever do Estado na garantia dos direitos sociais vai implicar necessariamente no rompimento desta política social restritiva em direção à universalização da cidadania (TEIXEIRA, 1987a, p. 110).

Analisando, recentemente, esses documentos alguns autores apontam “posições mais radicais” nesses discursos enunciados na 8ª CNS, do que a postura moderada do então presidente da Fiocruz, cuja conferência “levantou a platéia”:

Ainda que o papel da condução de Arouca na 8ª Conferência tenha sido indiscutível, o seu discurso expressou uma posição

mais mediadora de manter a ocupação de espaços nos interstícios de governo, que não podiam ser abandonados nesse momento, e levantar as bandeiras das forças populares alinhadas ao movimento sanitário (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 315)

Dessa forma, foram levados para a Conferência conceitos e concepções trabalhados pela Saúde Coletiva tais como: determinação social do processo saúde-doença e organização social dos serviços de saúde, com matriz teórica marxista, mas também a promoção da saúde, consciência sanitária, políticas públicas intersetoriais e a noção de sistema de saúde. Portanto, o conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes, assumido pelo Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, incorporado pela Constituição da República e pela legislação infra-constitucional, encontra-se presente na produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil, sumarizada nos itens anteriores.

Essa concepção da Reforma Sanitária contou com a colaboração de instituições de ensino e pesquisa da Saúde Coletiva, além da Abrasco e do Cebes. Como foi ressaltado, os textos básicos que subsidiaram os debates da 8ª CNS, foram produzidos, na sua maioria, por intelectuais vinculados a universidades, destacando-se o citado documento *Pelo Direito Universal à Saúde* (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985). Ainda que não seja possível assegurar que esses textos tenham sido lidos, integralmente, pelos delegados e demais participantes da 8ª CNS, muito menos garantir possíveis influências nas votações da Plenária Final, provavelmente foram considerados pelos relatores dos grupos e especialmente pelo relator geral, o Prof. Guilherme Rodrigues da Silva (Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP), um dos mais importantes teóricos e formuladores da Reforma Sanitária Brasileira.

REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

No painel que tratou deste tema foram analisados aspectos estruturais da sociedade brasileira (capitalista, dependente e autoritária), destacando-se a relevância da participação em um

“aprendizado democrático, [...] quando o Estado deixa de tutelar a sociedade e quando os cidadãos, de posse de seus direitos, passam a militar em todos os setores” (YUNES, 1987, p. 139). O Secretário-Geral do Ministério da Saúde e o Presidente do Inamps na época registraram o seu compromisso com “uma ampla reforma sanitária” e com a construção do “Sistema Unificado de Saúde”, ambos defendendo as AIS como caminho para o alcance desse sistema. Entre as condições e propostas apresentadas destacavam-se:

O Sistema Unificado de Saúde deve assegurar autonomia política, administrativa e financeira aos estados e municípios, definindo-se as responsabilidades por nível de governo; O sistema Unificado de Saúde deve ter suporte financeiro estável, com recursos provenientes de impostos e integrados em um fundo único por nível de governo; É indispensável que a reforma fiscal e tributária, que a Constituinte venha a promover, tenha em conta as nossas propostas de reforma sanitária; O Sistema Unificado de Saúde deve ser coerente com a integralidade da atenção à saúde (SOUZA, 1987, p. 143).

Esta noção de “sistema unificado” aparece, também, no discurso do presidente do Inamps, embora com um sentido mais amplo:

Construção de um sistema unificado que se estende para outras práticas, como o controle do meio ambiente, como o controle e a proteção do ambiente de trabalho, como a prioridade da saúde do trabalhador, como a questão do saneamento, como a questão da vigilância sanitária, ou seja, a proposta abrangente de reforma sanitária (CORDEIRO, 1987, p. 146).

Ainda que fossem feitas considerações sobre a carência de leitos hospitalares, insuficiência de recursos face à elevação dos custos da assistência médica e a inserção do médico no sistema e no mercado de trabalho (JATENE, 1987), a ênfase dos pronunciamentos dos representantes do Ministério da Saúde e do Inamps estava dirigida para uma reforma setorial. Esta reforma visava a um “sistema unificado”, recorrendo à expressão “reforma sanitária” e advogando uma atuação intersetorial.

FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE

Ao contrário do que ocorreu com os temas anteriores, a questão do financiamento não contou com análises mais exaustivas, nem foi contemplada com proposições bem estruturadas e fundamentadas. Ainda assim, foi realizada uma crítica ao discurso da universalização, uma vez que “embutida neste tratamento de todos como iguais, existe uma profunda injustiça” (CHORNY, 1987, p. 170). Este planejador lembrou que nem todos eram iguais, havia os que tinham e os que não tinham, cabendo ao Estado “ser desigual no tratamento dos desiguais”. Ao esboçar a noção de equidade, o autor questionou a idéia de pensar receitas para o setor saúde sem considerar o total dos recursos da economia e a sua distribuição, concluindo:

Neste sentido, todas as medidas propostas são conjunturais, que não tocam a reformulação do sistema. [...] As medidas financeiras estão aquém das propostas e estão mais pensadas na operação passada do sistema (CHORNY, 1987, p. 170).

Assim, os demais documentos apresentados reiteravam os limites do financiamento das políticas sociais, a regressividade da estrutura tributária, o duplo pagamento de impostos pela população – diretos e indiretos (pois as empresas contabilizam contribuições como encargos sociais e transferem parte de seus valores para os preços de bens e serviços) –, a distribuição desigual dos recursos federais entre as regiões, e o privilégio da dedução do imposto de renda com despesas na atenção à saúde no setor privado, entre outros problemas (MÉDICI; SILVA, 1987, MELO, 1987).

OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

Ao lado dos textos e pronunciamentos vinculados às grandes mesas que trataram dos três eixos temáticos da oitava, já examinados, diversos documentos de alta qualidade técnica e propositiva estiveram disponíveis para os delegados e participantes da conferência, constando ou não dos seus anais. Além desses documentos técnicos, diversos folhetos foram distribuídos marcando a posição das diversas

instâncias da sociedade civil. A CUT, por exemplo, através dos seus 50 delegados propôs “um sistema de saúde estatizado, unificado, regionalizado e que garanta atendimento integral, igualitário e de boa qualidade a toda a população brasileira”. Defendia uma concepção de seguro social de modo que o orçamento da Previdência deveria ser “utilizado somente para a concessão de benefícios, pensões e aposentadorias”, concluindo com a explicitação de uma imagem de uma nova sociedade:

A conquista destas reivindicações dar-se-á através de um processo de luta política dos trabalhadores que com a sua organização e união avançam rumo a uma sociedade justa, democrática, sem exploração e dirigida pelos próprios trabalhadores. (CUT, 1986)

Ainda foram feitas reflexões sobre a descentralização e democratização do sistema de saúde, além de explicitada a distinção entre medicina e saúde, mencionando-se a literatura especializada que demonstrava a pouca influência das políticas médico-sanitárias sobre os indicadores de saúde das populações. A ênfase nos determinantes da saúde¹⁰ não significava desqualificar a assistência médica, mas examinar outras possibilidades de reorganização do sistema de saúde:

[...] aponta para a necessidade de reversão desta tendência à medicalização e para a importância da politização do conceito de prevenção, na medida em que se constitui como conceito estratégico e mesmo revolucionário para a transformação do quadro dramático de saúde da população brasileira (POSSAS, 1987, p. 235).

Esse texto questionou a ênfase nas propostas de fusão e integração das instituições quando desconhecia o conjunto das forças sociais e seus interesses fincados no processo sócio-econômico no país. Rejeitava a concepção das AIS como estratégia de transição para o SUS, por sua timidez diante do quadro de morbi-mortalidade, por manter a dicotomia entre assistência médica, individual e curativa, e saúde pública, bem como por reproduzir na rede pública as distorções

relacionadas a produtividade do setor privado. Entre as proposições apresentadas poderiam ser ressaltadas as seguintes:

Quanto à integração das ações de *saúde*, [...], ela só poderá ser viabilizada através de ampla Reforma sanitária, definida a partir do debate que se fará durante a Constituinte e sobretudo na legislação ordinária subsequente, o que permitirá a definição de Sistema *Único* - e não simplesmente Unificado - de Saúde em âmbito nacional (POSSAS, 1987, p. 246).

Considerando as apresentações registradas anteriormente do Presidente do Inamps (CORDEIRO, 1987) e do Secretário Geral do Ministério da Saúde (SOUZA, 1987), utilizando a denominação “sistema unificado”, a autora fez questão de distingui-la do Sistema *Único*. Havia ainda os que preferiam a antiga denominação de Sistema Nacional de Saúde (MENDES, 1987), em vez de SUS. Possivelmente tais preferências não eram apenas por palavras.

Outro autor propunha a redefinição das AIS “como instrumento de articulação intersetorial e entre esferas de governo”, afirmando que “a plena consecução desta reforma deveria corresponder à absoluta supressão dos convênios das Ações Integradas” (RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 263). Entretanto tais posições não eram consensuais, inclusive quando a própria idéia de Sistema Único de Saúde, nos termos do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, era questionada por um dos participantes:

[...] Não parece viável e factível falar-se num Sistema Único de Saúde no Brasil. Melhor será se dizer a respeito de um Sistema Nacional de Saúde organizado sob a ótica de uma gestão pública sobre o conjunto das modalidades assistenciais passíveis de um controle estatal pleno, respeitando-se as formas jurídicas das organizações vigentes (MENDES, 1987, p. 279).

Por trás de uma aparente questão de denominação encontrava-se uma preocupação estratégica com a reformulação do sistema de serviços de saúde e sua relação com as AIS:

Assim, essa reformulação deve ser vista como um processo de construção social, de luta política portanto, o que vai significar a definição de uma estratégia [...] Exige o abandono de uma atitude normativa que pressupõe que pelos conteúdos de racionalidade técnica ou de justiça social imanentes que uma proposta de reformulação contenha, ela garanta, a priori, a sua viabilização. [...] Qualquer proposta, por mais democrática que seja, sofrerá antagonismos de grupos que terão seus interesses contrariados. Será portanto, agir, a cada momento com uma inteligência política, alimentada por constantes análises de conjuntura, no sentido de um movimento que, simultaneamente, acumule poder e, gradativamente, permita a realização das transformações democratizadoras (MENDES, 1987, p. 279-280).

Reconhecendo a saúde como direito de todos e “fruto socialmente compartilhado do trabalho nacional”, o texto a seguir aproximava-se das formulações da Medicina Social:

O estado democrático tem o *dever* de prover os meios e condições necessárias e suficientes para que esse fruto seja colhido da forma mais extensa, igualitária e dentro da economia social (racionalidade) que deve prevalecer com o intuito de otimizar os recursos comuns de uma sociedade (RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 258).

Esse *mix* de discurso racionalizador e democrático desembocava nas alternativas de participação estatal, ou seja, seguridade social e serviço público. Explicitando a sua opção pela segunda alternativa, o autor enunciava algumas “diretrizes” para nortear a organização do sistema, tais como: unificação do sistema com comando único em cada esfera do governo; articulação entre as várias esferas do governo (federal, estadual e municipal); integração intersetorial, especialmente com saneamento, habitação, colonização, viação, abastecimento e educação; integralidade de ação setorial, superando progressivamente as dicotomias individual/coletivo e preventivo/curativo; participação popular na formulação e controle da execução da política de saúde em todos os níveis; descentralização máxima do sistema, mantendo-se como unidade básica de planejamento e execução a unidade federada;

sistema único de informações; regionalização e hierarquização dos serviços, em rede funcionalmente articulada; universalidade e equidade absolutas em todos os segmentos sociais e regiões do país; gratuidade na prestação de serviços, inclusive na assistência farmacêutica; unificação da política de pessoal de saúde (RODRIGUEZ NETO, 1987).

Essas diretrizes apoiavam-se na “consensualidade da crise” da organização sanitária brasileira, expressa nos seguintes fatos: desigualdade no acesso aos serviços de saúde; inadequação dos serviços à estrutura de necessidades; baixa produtividade dos recursos existentes; crescimento elevado e descontrolado dos custos; qualidade insatisfatória dos serviços; inadequada estrutura de financiamento setorial; ausência de integralidade das ações; extrema diversidade das formas de produção e remuneração dos serviços; multiplicidade e descoordenação das instituições com atuação no setor; excessiva centralização do processo decisório; ineficácia social do sistema (MENDES, 1987).

Este autor, enquanto consultor da OPAS, trouxe uma reflexão sobre a doutrina da atenção primária em saúde para a 8ª CNS e as três interpretações predominantes: APS enquanto, programa, nível de atenção ou estratégia. Foi feita, também, uma referência à Conferência Mundial de Alma Ata para indicar a proximidade das iniciativas e realizações municipais com as suas recomendações (SANTOS, 1987). Em outra contribuição apresentada foram explicitados “princípios” para a reformulação do sistema: unicidade administrativa a nível federal; regionalização e hierarquização dos serviços; integralidade da atenção à saúde; descentralização das ações de saúde; redefinição das relações entre os setores prestadores de serviços; reorientação das políticas de recursos humanos; reorientação das políticas de tecnologia e científicas; controle social do sistema (MENDES, 1987).

Não obstante certa confusão e superposição entre princípios e diretrizes, a maioria dessas propostas foi assimilada, posteriormente, no arcabouço legal do SUS. O mesmo não ocorreu em relação ao financiamento, quando foram recomendadas maior inversão no

setor, com definição de percentual do Produto Interno Bruto (PIB) (8 a 10%), criação de receita própria para o setor, fundo nacional de saúde e gestão colegiada desse fundo, bem como a “desvinculação das fontes para os sistemas de saúde e previdência” (RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 259). Foram criticadas, severamente, a lei da oferta e da procura na área da saúde (PINTO, 1987) e a “cultura bancária”, expressa nas relações de compra e venda de serviços, mesmo com os setores público e filantrópico:

É necessário substituir esse sistema de pagamento por orçamentos integrados ou fundos orçamentários pluriinstitucionais, desconsolidados pelos níveis federativos, onde as posições de comprador e vendedor sejam trocadas por uma relação de co-responsabilidade no financiamento e na prestação de serviços, através da co-gestão (MENDES, 1987, p. 290).

No que tange à municipalização, as propostas apresentavam-se mais tímidas do que aquilo que foi possível executar, posteriormente, como se pode constatar no seguinte fragmento:

Sempre que possível, os serviços básicos de saúde devem ser transferidos aos municípios, dentro de um plano gradualístico e programático, a partir de cada realidade específica [cabendo aos municípios] papel predominantemente executivo. [...] Na dependência do tamanho e condições, o município pode assumir maiores responsabilidades executivas, como é o caso da maioria das capitais, que poderão ter a seu cargo praticamente todos os serviços [...] e mesmo celebrar os contratos necessários com a rede privada (RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 262).

Mesmo depois da 8ª CNS, o Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, João Yunes representante das Secretarias Estaduais na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), defendia que os serviços básicos de saúde fossem gerenciados pelas secretarias municipais enquanto “os hospitais e serviços de maior complexidade, pelos governos estaduais” (PROPOSTA, 1987, p. 7).

Contudo, as proposições apresentadas não se restringiam à institucionalidade e à organização do novo sistema, avançando para a incorporação ou articulação de outros setores no sistema de saúde. A busca de articulação intersetorial necessária para o equacionamento de problemas apontava para a necessidade de uma real “reforma sanitária”, transcendendo “os limites formais do sistema prestador de serviços e alcançando todos os meios e setores que afetam a qualidade de vida” (RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 257). O entendimento de que “o termo saúde expressa a qualidade de vida de uma população” e a pertinência de desfraldar a bandeira de uma Reforma Sanitária levavam a seguinte implicação:

[...] uma indagação permanente dos seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais e a inserção, na política de saúde, de novos espaços sociais como os da educação, meio ambiente, previdência, emprego, habitação, alimentação e nutrição, lazer e esporte (MENDES, 1987 p. 265).

Na perspectiva de setores da academia muitas dessas proposições tinham como horizonte, em última instância, a “socialização da saúde”:

Incorporação das ações de saúde pública e de atenção ao trabalhador ao Sistema de Saúde, abrindo-se as portas das empresas para o acompanhamento da saúde dos seus trabalhadores pelos serviços locais de saúde. As mudanças propostas no plano institucional e jurídico deverão, extrapolando o campo estrito do que se costuma conceber como ‘setor saúde’, propiciar o estabelecimento de novas relações com outras instâncias da organização da vida social (habitação, trabalho, transporte, meio ambiente, etc.). Com isto se poderá ampliar, nos planos cultural e político, os conceitos de saúde e cura, abrindo desta forma o espaço para a difusão das idéias de prevenção. Esta recuperação da dimensão social do conceito de prevenção, superando sua restrição atual à concepção tradicional de saúde pública, vinculada ao controle de epidemias, constitui certamente um dos aspectos mais importantes e inovadores deste projeto de reorganização do sistema de saúde. A partir desta nova concepção de proteção da saúde, seria possível passar da medicalização

da sociedade à socialização – que não se identifica com estatização – da saúde (POSSAS, 1987, p. 250-251).

Este quase programa para uma Reforma Sanitária ampla, identificada como “utopia socialista”, não estava livre de constrangimentos históricos, sociais, culturais e econômicos. Desse modo, podia-se constatar, também, posições cautelosas:

Na atual conjuntura social e política é necessário ter-se clara a imagem-objetivo desse sistema de saúde que se persegue, com a finalidade de orientar as decisões estratégicas [...] Na verdade é um período de transição, onde [...] mudanças [...] podem ainda trazer surpresas, dado o processo peculiar verificado no país, quando não houve propriamente uma substituição de lideranças políticas e de quadros dirigentes da burocracia estatal, mas sim um realinhamento em torno de um novo pacto político exigido pela nação através de movimentos populares pacíficos, mas de grande significação social [...] Há ainda muito caminho a se percorrer e conquistar na direção de um amplo direito à saúde, que transcenda a simples questão da assistência médica, como o direito às condições de saneamento, à qualidade do ar e da água, dos medicamentos; o direito às condições próprias e higiênicas dos alimentos, às condições adequadas de trabalho e à possibilidade do descanso digno e restaurador, entre outros (RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 257-260).

As condições políticas desfavoráveis foram previstas por parte dos militantes, mas apesar dessa leitura da conjuntura e de alguns alertas, o *otimismo da vontade* contaminava alguns dos seus intelectuais:

Diferentemente do recente Projeto de Reforma Agrária, abandonado pelas pressões dos proprietários rurais [...], uma Reforma Sanitária enfrentaria menores resistências – que não devem ser subestimadas. Isto se deve ao fato de que, além de não colocar em questão relações de propriedade, esta Reforma simplesmente consolidaria [...] a tendência que hoje já se verifica de expansão das atribuições do setor público em saúde (POSSAS, 1987, p. 251).

Mesmo sem analisar os interesses incrustados na organização social dos serviços de saúde no Brasil, particularmente os relacionados

ao capital industrial (medicamentos, equipamentos, material descartável e eletro-eletrônicos) e aqueles vinculados ao capital financeiro (seguros-saúde), bem como o poder simbólico e as representações ideológicas da medicina convencional e tecnológica, a autora apresentava a seguinte conclusão:

Ainda quanto às condições políticas para a viabilização de uma Reforma Sanitária brasileira, cabe ressaltar que se é verdade, por um lado, que a inexistência de partidos orgânicos e estruturas sindicais fortes dificulta a mobilização que a deflagraria, colocando o Brasil em situação distinta dos demais países europeus, como a Itália, por outro lado - e também diferentemente daqueles países - a gravidade do quadro sanitário da maioria da população brasileira faz com que se torne cada vez mais uma exigência premente e inadiável (POSSAS, 1987, p. 251).

Entretanto, as necessidades de saúde da maioria da população brasileira não foram capazes, por si mesmas, de fazer com que os segmentos mais penalizados vocalizassem suas demandas e se organizassem de tal forma que fossem capazes de sustentar, politicamente, o projeto da RSB. Daí a pertinência de um desenho estratégico:

Convém ter claro que, apesar de sua essencialidade, as mudanças no nível jurídico-político, por mais avançadas que sejam, não garantirão, por si, a oferta de serviços de saúde eficazes, eficientes e democratizados à população que, de resto, não se dão no abstrato. É por isso que se torna necessário ir trabalhando desde já e aproveitando os espaços políticos, jurídicos e institucionais que se apresentam no regime de transição democrática, ao nível microssocial, no sentido da construção, de baixo para cima, de modelos assistenciais, referidos a espaços-populações determinados e que incorporem, gradualmente, nas suas concretes, a doutrina e os princípios reorientadores (MENDES, 1987, p. 296-297).

Além dessa via institucional de reformulação do sistema de saúde, foram apresentadas contribuições relativas à participação social em saúde (CORDONI JUNIOR, 1987). Esta foi definida por

um dos idealizadores e condutores do famoso *Projeto Montes Claros* da seguinte forma: “[...] conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO, 1987, p. 299).

O autor chamou a atenção para o fato de que a consciência necessária para impulsionar essas ações 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”. Para alcançar esta consciência mais geral que, na saúde, poderia ser denominada *consciência sanitária*, alguns aspectos deveriam ser considerados:

- a) [...] Como os grupos dominantes detêm os melhores recursos para se apropriarem do saber, das informações e da memória social, eles podem tirar maior proveito da situação. Ocupando o poder político, podem antecipar-se às lutas e reivindicações e impedir o seu desenvolvimento, segundo os cálculos de risco que possam formular. Utilizando, então, a desinformação, os aparelhos ideológicos, o suborno e cooptação de lideranças e a repressão de movimentos mais organizados, procuram retardar ou mesmo impedir a organização e a consciência das camadas populares.
- b) [...]. Há uma carência crônica de capital para investimentos e a necessidade de economizar excedentes se torna mais crucial [...]. Isto leva a um particular acirramento da luta de classes dentro do Estado (MACHADO, 1987, p. 300).

Esta abordagem marxista para a compreensão dos limites e possibilidades da participação social em saúde avançava na análise da formação social brasileira, tal como referido anteriormente no capítulo sobre o pensamento social no Brasil. As mudanças realizadas pelas forças conservadoras através de “revoluções pelo alto” – movimentos de modernização conservadora realizado pelas “elites mais antiquadas” tais como a Independência, Abolição da Escravatura, Proclamação da República, Revolução de 30, derrubada do Estado Novo, o movimento militar de 1964 –, permitem a seguinte conclusão:

[...] A transição para a democracia não se completará com a instituição de um estado de direito próprio das democracias burguesas. Acreditamos que se deva ir além, buscando uma democracia popular – cujos contornos não estão claros, o que coloca, de ‘per si’, para os intelectuais orgânicos, um desafio a mais - sem perder de vista que o objetivo final é uma democracia sem adjetivos, assentada numa sociedade sem classes (MACHADO, 1987, p. 305).

Neste tópico foram examinadas, portanto, contribuições de formuladores para a 8ª CNS contidas nos seus Anais, ainda que não fossem objeto de exposições orais. Evitou-se, propositadamente, analisar discursos de autoridades nessa publicação face a sua discutível contribuição para a construção da *proposta* e do *projeto* da RSB. A única exceção desse critério diz respeito ao discurso do presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Sérgio Arouca, devido ao seu protagonismo no *movimento pela democratização da saúde* e, especialmente, na liderança exercida na proposição, concepção e construção da Oitava. Sob o título *Democracia é Saúde*, iniciou o seu pronunciamento revisitando a definição de saúde da OMS e o ciclo vicioso da pobreza-doença em nova perspectiva:

Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até à informação sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...]. Cada vez, enfim que tais direitos são assegurados há uma população que luta mais e com maior consciência para transformar essa sociedade (AROUCA, 1987a, p. 36-37).

Explicou que a 8ª CNS ocorria em um instante no qual o debate sobre a reformulação do sistema de saúde quase que se restringia a uma reforma administrativa diante da proposta de transferência do Inamps para o Ministério da Saúde, esclarecendo que a Conferência era da população brasileira e não dos prestadores de serviços de saúde. Apresentou desculpas pelo fosso existente entre a mesa e a platéia. Pediu licença aos profissionais de saúde para destacar um convidado especial – a sociedade civil brasileira organizada, conclamando a Confederação Nacional de Bispos do Brasil (CNBB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), as confederações nacionais de trabalhadores, associações de bairros, sanitaristas, pesquisadores, trabalhadores de saúde, inclusive entidades ligadas ao setor privado:

Não pretende excluir nenhum dos grupos envolvidos na prestação de serviços [...]. Portanto, todo aquele empresário que está trabalhando seriamente na área da saúde, na qualidade da sua competência técnica e profissional, não precisa se sentir atemorizado, porque aqui ele vai ser defendido (AROUCA, 1987a, p. 39).

Esta convicção democrática, assentada no respeito a possíveis oponentes, implicava um agir comunicativo na esfera pública a exigir argumentos para sustentar o projeto da Reforma Sanitária. E as bases teóricas e conceituais bem como a mobilização de vontades e de afetos pareciam em condições de enfrentar tal desafio. Afirmando que a Conferência traduzia um grande gesto de desejo e força convocou todos para a construção de um grande projeto nacional: “uma verdadeira reforma sanitária”. Esta era relacionada com a reforma econômica, com a reforma agrária e com “profundas reformas urbana e financeira” pois a saúde é determinada pela economia, pela política e pela sociedade. Ao recorrer aos adjetivos amplo, verdadeiro e profundo para qualificar a Reforma Sanitária queria, possivelmente, evitar confundi-la com a transferência burocrática de instituições ou com a simples mudança da direção (AROUCA, 1987a), esclarecendo:

É por essa reforma que estamos brigando. E ela não pode ser um projeto da minha cabeça ou da cabeça dos profissionais; ela tem que ser construída, desejada, montada, inventada pela sociedade brasileira, mesmo que o resultado final não seja aquilo que muitos de nós estamos querendo que seja [...]. Temos que aprender a viver com a adversidade, com o coletivo. E será assim que vamos construir nosso projeto, sabendo que, embora muitas vezes possamos errar, não vamos errar nunca o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa (AROUCA, 1987a, p. 41-42).

Esta foi a convocação generosa para um projeto nacional que tomava a Reforma Sanitária como referência para as mudanças necessárias com vistas a uma sociedade democrática e socialista no Brasil. Após intensos debates, parte significativa das contribuições expostas nos últimos tópicos foram sintetizadas no relatório final.

O RELATÓRIO FINAL

Esse relatório registrou a participação de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados, incorporando proposições e conteúdos dos textos, debates, mesas-redondas e trabalhos de grupos, cuja síntese foi aprovada na plenária final da Conferência. Entre os tópicos mais polêmicos destacaram-se a estatização imediata do sistema de serviços de saúde e a defesa das AIS como estratégia de transição para o novo sistema de saúde.

As AIS foram defendidas em certos textos, como nos de Cordeiro (1987), Cordoni Jr. (1987), Mendes (1987), Paim (1987), Santos (1987), e questionadas por outros, como Possas (1987), Rodriguez Neto (1987), Teixeira (1987a). Com relação ao tema “Saúde como direito”, a Conferência aprovou 13 proposições onde se destacam:

[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

[...] necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isto será garantido mediante controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população. Desse conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: trabalho em condições dignas com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; alimentação para todos, segundo as suas necessidades; moradia higiênica e digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural [...].

As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde, e de uma organização de serviços socialmente adequada (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 382-383).

Esta compreensão pode ser creditada à produção do saber sobre determinação social do processo saúde-doença realizada pela Saúde Coletiva no Brasil e na América Latina, desde a década de 70. E os princípios e diretrizes relativos ao direito à saúde, cidadania, gestão pública, universalização, equidade e democracia conferem atualidade a tais proposições.

Reconhecendo a debilidade da organização da sociedade civil e a existência de um modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor, o Relatório Final apresentou 27 proposições referentes ao tema “Reformulação do sistema nacional de saúde”, onde se destacam:

Criação de um Sistema Único de Saúde [...] separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária.

Eqüidade em relação ao acesso dos que necessitam atenção.

Respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública;

Admissão através de concurso público; estabilidade no emprego; composição multiprofissional das equipes; [...] cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva; direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde; [...] incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado [...];

O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados; [...] deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público.

É necessária a formulação de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde [...].

Em nenhum momento a existência das AIS deverá ser utilizada como justificativa para protelar a implantação do Sistema Único de Saúde.

Criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional. Os participantes da 8ª CNS propõem, com esta finalidade, a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 384-388).

Muitas das proposições apresentadas na Conferência, tais como SUS, rede regionalizada e hierarquizada, atendimento integral, participação da comunidade, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tiveram como matriz conceitual formulações dos movimentos da Medicina Preventiva e da Saúde Comunitária.

No que diz respeito ao terceiro tema – “Financiamento do setor” houve apenas nove proposições, destacando-se a proposta de constituição de um “orçamento social”, a criação de fundos de saúde e o estabelecimento de fontes estáveis de receita.

A 8ª CNS, além de construir o corpo doutrinário e proposições políticas da RSB, contribuiu para a constituição de sujeitos sociais como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems):

Naquela conferência, histórica para todos nós, através da coordenação do professor Nelson Rodrigues dos Santos, que era o Secretário Municipal de Saúde de Campinas, nós reunimos 77 representantes de prefeituras nos degraus do ginásio de esportes daqui de Brasília. Nessa reunião com o Nelsão, nós estabelecemos a estratégia de criação do Conasems (MEDEIROS *apud* FALEIROS *et al.* 2006, p. 83).

Em síntese, a leitura desse Relatório Final (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987) permite destacar os principais elementos constitutivos do *projeto* da Reforma Sanitária construído pela 8ª CNS: a) ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento social.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS)

Concluída a 8ª CNS, novas exigências colocavam-se para o movimento sanitário. A institucionalização das deliberações da referida conferência passou a representar uma outra etapa do movimento sanitário com a produção de diferentes fatos:

[...] sob o prisma do governo, a criação e a atuação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária; pelo lado do processo participativo e sua relação com a sociedade, a constituição

da Plenária Nacional de Saúde; e, do ponto de vista político-formal, a instalação da Assembléia Nacional Constituinte (FALEIROS, 2006, p. 85).

Assim, foi criada nessa época a Plenária Nacional de Saúde na qual participavam partidos políticos, sindicatos, movimentos populares, universidades, pessoas, personalidades, contando na sua coordenação com a Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a CUT e representantes de vários movimentos (SILVA *apud* FALEIROS *et al.* 2006, p. 88-89).

Além da Plenária da Saúde, da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e da Assembléia Nacional Constituinte, poder-se-iam acrescentar dois conjuntos de iniciativas: a expansão e o aprofundamento das AIS, transformando-se nos *Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)* e as ações sócio-comunitárias visando à mobilização de atores sociais em torno da RSB e ao desenvolvimento da consciência sanitária.

A Reforma Sanitária que hoje é exigida no Brasil, portanto, é também um processo de aprofundamento da consciência sanitária da população e dos profissionais, no qual a postulação do direito à saúde corresponde a um resgate pela sociedade do caráter público das políticas estatais (EDITORIAL, 1986b, p. 1).

Enquanto o Ministério da Saúde que convocara a 8ª CNS retornou a sua prática campanhista, tentando combater a dengue, muitas entidades ficaram perplexas diante do imobilismo do governo e da falta de compromisso para com o *projeto* da Reforma Sanitária. A não instalação do *Grupo Executivo da Reforma Sanitária* e o recuo observado na articulação entre o Ministério da Saúde e o Inamps/MPAS geravam acusações mútuas entre participantes do movimento sanitário vinculados a tais instituições. Foi necessária uma intervenção habilidosa da diretoria da Abrasco para trabalhar as divergências e fortalecer o movimento:

A Abrasco, desempenhando o papel de ‘superego’ do movimento, realizou uma histórica reunião em 5 de julho de 1986 em que se firmou um acordo entre os representantes das duas instituições para que os respectivos ministros fossem convencidos a convocar a referida Comissão (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 50).

Diante da paralisia do Ministério da Saúde e da tomada de iniciativas pelo Inamps, o movimento sanitário pressionou o governo Sarney para a implementação da Reforma. A Abrasco conseguiu articular lideranças e entidades em torno de alguns pontos básicos do *projeto*, produzindo um documento no qual reconhecia a importância das AIS na conjuntura e cobrava o compromisso dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social para darem prosseguimento à RSB. Ou seja, se não foi possível criar o Grupo Executivo da Reforma Sanitária no formato recomendado pela 8ª CNS, conseguiu-se a instalação da CNRS (BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1986)

A CNRS foi constituída de forma paritária por representantes do governo e da sociedade e composta por órgãos governamentais, Congresso Nacional e Sociedade Civil, assim discriminados: Ministério da Saúde (Secretário Geral e Presidente da Fiocruz); Ministério da Previdência e Assistência Social (Secretário de Serviços Médicos e Presidente do Inamps); Ministério da Educação e Cultura (Secretário de Educação Superior); Ministério do Trabalho; Ministério do Desenvolvimento Urbano; Ministério de Ciência e Tecnologia; Secretaria de Planejamento da Presidência da República; Conass (2 representantes, sendo um o Presidente); Câmara de Deputados (Comissão de Saúde); Centrais Sindicais tais como: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), CGT e CUT; Centrais Patronais: Confederação Nacional da Indústria (CNI), CNC e CNA; Prestadores Privados (Confederação das Misericórdias do Brasil e FBH); Profissionais de Saúde (Federação Nacional dos Médicos); Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam). Trata-se de um marco para o desencadeamento do *processo* da Reforma Sanitária Brasileira.

Nesse ano ocorreu o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, o *1º Abrascão*. Realizado no Rio de Janeiro no período de 22 a 26 de setembro de 1986, com o tema central “Reforma Sanitária e Constituinte: garantia do direito universal à saúde” (LIMA; SANTANA, 2006), convocava os militantes para novas mobilizações e articulações. Naquela oportunidade o presidente da entidade, Prof. Sebastião Loureiro definia a linha de atuação da Abrasco na conjuntura:

É neste momento, com a convocação de eleições para um congresso constituinte que precisamos nos juntar para influenciar as decisões políticas que venham resgatar o compromisso social na área da saúde, que se torna mais urgente e imperativo. A recente convocação da VIII CNS trouxe-nos a grande responsabilidade de dar continuidade a este processo e de contribuir tanto com o conhecimento técnico científico produzido na área de saúde coletiva, como na competência política de analisar criticamente certas conjunturas, mobilizar vontades, articular ações e iniciativas que levem adiante um projeto de transformações profundas e radicais para o setor saúde. É esta a responsabilidade, é este compromisso que a Abrasco, ao organizar este congresso, quer dividir com todos os participantes. É este, ao nosso ver, o perfil de atuação da Abrasco. (EDITORIAL, 1986b, p. 1)

Na declaração final do *1º Abrascão*, defendia-se a continuidade da mobilização social, o apoio à CNRS e aos avanços das AIS, a construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária, o engajamento no processo constitucional e o comprometimento dos candidatos nas eleições com a Reforma Sanitária (LIMA; SANTANA, 2006).

Enquanto isso, o Inamps, sob a direção de Hésio Cordeiro, ao lado de Henri Jouval, José Gomes Temporão, José Noronha, entre outros, produzia documentos para discussão (escritos, possivelmente, no ano de 1986), capazes de mobilizar vontades e fundamentar opções técnicas e político-institucionais em torno de mudanças no setor. Um desses documentos propunha unidades básicas em bases territoriais denominadas *distritos sanitários*, com uma população de cerca de 50.000 pessoas, onde deveria ocorrer a integralidade das ações de saúde e clientela adstrita (adesão de 1.500 a 3.000 pessoas por

médico de policlínicas pago por capitação), bem como a acessibilidade, continuidade e resolutividade:

Esta proposta adota como pressuposto básico a necessidade de uma mudança profunda no conteúdo das práticas de saúde que altere de forma simultânea a relação dos serviços de saúde com as comunidades, da equipe de saúde com os grupos populacionais e de cada profissional de *per se* com cada cidadão ou cidadã.¹¹

Ao se referir às atividades comunitárias, o documento esclarecia não se tratar de um retorno à medicina comunitária dos anos de 1960 e 1970, nem da medicina de família importada de outros países; referia-se, sim, à integração das ações básicas tais como promoção de um adequado ambiente de trabalho, vigilância epidemiológica, atividades em conselhos comunitários de saúde, educação em saúde, controle de fatores de risco, etc. com a humanização do atendimento e com um novo compromisso social. Apresentava, ainda, propostas relativas ao pessoal de saúde, organização, gestão e participação social, além de uma estratégia de implantação.

Outro documento utilizava o conceito ampliado de saúde para a reestruturação do sistema, centrando-se na descentralização e na organização do processo de trabalho dos profissionais, a partir da gestão do distrito sanitário:

É ao nível do distrito que estão concentradas as responsabilidades de cobertura, a administração dos meios de forma a garantir a integralidade e a resolutividade das ações. O gestor do distrito terá que ser identificado pela população, pelos profissionais de saúde, pelos chefes de unidades, pelos prefeitos e vereadores, como o agente concreto do sistema.¹²

O terceiro documento para discussão, assinado pelo presidente do Inamps, apresentava diretrizes para um Serviço Nacional de Saúde, contemplando a questão institucional (unificação descentralizada), quadro de pessoal, financiamento, estruturas gestoras e fluxo de recursos.¹³ A proposta “tático-operacional” explicitada indicava transferência de unidades básicas e ambulatórios para a gestão

municipal e as mais complexas para a gestão estadual, servindo de campo de integração ensino-serviço. Trata-se, na realidade, do aprofundamento das AIS e a sistematização das idéias iniciais do futuro Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Esses movimentos, porém, foram severamente criticados pela Diretoria da Abrasco em um polêmico editorial do boletim da entidade:

O MPAS/Inamps, ao mesmo tempo que não valoriza a Reforma Sanitária, investe na tentativa de cooptação de governos estaduais e prefeituras, propondo uma ‘descentralização’ de recursos com repasse direto a essas instâncias, proposta essa que tem por objetivo preservar o poder do setor nas mãos da Previdência Social (EDITORIAL, 1987, p. 1).

Ainda que não se disponha de elementos para refutar a intenção de ministros de preservar ou ampliar seu poder, seja na previdência, seja na saúde, tal acusação contra a equipe dirigente do Inamps parecia ignorar todo o trabalho de militantes históricos do movimento sanitário inseridos naquela autarquia. Do mesmo modo, a insinuação segundo a qual governos estaduais e municipais, legitimamente eleitos, dispondo nos seus quadros de dirigentes e técnicos comprometidos com a democratização de saúde estariam sendo cooptados, só era compreensível face à exacerbação das paixões políticas quando se confundiam aliados com oponentes.

A partir de março de 1987 o Projeto *Radis* da Fiocruz lançava a publicação *Proposta - Jornal da Reforma Sanitária* cujo editorial assinado por Sérgio Arouca tinha o sugestivo e provocante título: “Reforma Sanitária é irreversível”:

A Reforma Sanitária passou a ser a síntese de todas as recomendações, propostas e conclusões desse amplo debate nacional. A necessidade da transformação do sistema de saúde, da municipalização, da sua democratização interna, de uma nova política de recursos humanos e de ciência e tecnologia, enfim, aliando-se a todas as outras reformas sociais que é o

compromisso da Nova República, surgiu como uma idéia forte, suprapartidária, praticamente de consenso nacional, a necessidade da Reforma Sanitária (AROUCA, 1987b, p. 2).

Entendendo a Reforma Sanitária na sua articulação com outras reformas sociais prometidas pela “Nova República” reiterava-se o caráter suprapartidário do *projeto*. Mas na apresentação dos trabalhos realizados pela CNRS, relativa ao primeiro documento produzido, constata-se um texto assinado pelo seu secretário-técnico no qual explicitava a sua natureza processual:

Falar em Reforma Sanitária, não é só falar em Reforma Administrativa, não é só falar em um momento, em um tempo determinado, mas sim falar de um processo que viabilize, no prazo mais curto possível, a superação do quadro sanitário de nosso país.¹⁴

Este fragmento suscita duas observações. A primeira diz respeito ao destaque da RSB enquanto *processo* e não mais como *proposta* ou *projeto*. A segunda, refere-se a uma construção mais sutil do discurso quando ressaltava que “*não é só* falar em Reforma Administrativa” (grifo nosso). Ao contrário das várias manifestações durante a 8ª CNS que rejeitavam a idéia de Reforma Sanitária como Reforma Administrativa, inclusive reiteradas no Relatório Final, meses depois ela passava a ser aceita, mesmo com a advertência do “*não é só*”. Era já um sinal da *revolução passiva* chegando perto da Reforma Sanitária.

Nessa publicação encontra-se um documento de referência (derivado da articulação liderada pela Abrasco já mencionada), onde se inclui a proposta de implantação dos Distritos Sanitários e aparece a expressão “controle social” no sentido da atuação efetiva por parte dos usuários “seja diretamente através da relação com o prestador, seja indiretamente através de mecanismos de representação (conselhos comunitários, associações de moradores).¹⁵ Segundo o Secretário Executivo da CNRS e vice-presidente da Fiocruz, Arlindo Fábio Gomez de Souza, cogitou-se na ocasião da elaboração de um Plano Trienal para implementar as decisões da 8ª CNS e de um Plano

Decenal para a implantação da Reforma Sanitária (PROPOSTA, 1987b, p. 6-7).

Apesar das restrições às AIS durante a 8ª CNS, também retificadas no seu Relatório final, o realismo diante da conjuntura levava a uma revalorização dessa estratégia:

Em realidade, a Reforma Sanitária Brasileira é um processo em andamento e, as Ações Integradas de Saúde, o principal instrumento estratégico que garante sua viabilidade e factibilidade. [...] A perspectiva próxima de amplo debate sobre a Reforma Sanitária exige, do conjunto das instituições envolvidas, todo o empenho no aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde na direção plena da consecução dos seus objetivos (p. 41-42).¹⁶

Posição semelhante foi assumida, posteriormente, pelo Presidente da Abrasco ao reconhecer naquela estratégia um avanço que caminhava na direção da Reforma Sanitária. Entretanto, ao defender uma “vigilância crítica”, fez restrições à criação da CNRS, não só pela sua natureza “consultiva”, mas sobretudo por se distanciar da proposta da 8ª CNS:

Preferíamos um Grupo Executivo da Reforma Sanitária, de conotação mais objetiva, mais ágil, mais ligado à execução, para viabilizar a Reforma. Comissão, pelo seu próprio nome, é uma coisa meio esvaziada, num sentido de agilização. Se diz mesmo que quando o governo não quer fazer nada, cria uma comissão. Nós propusemos um Grupo Executivo e só a mudança de nome já é um sinal de advertência para nós do Movimento Sanitário [...] O nosso papel como comunidade acadêmica do Movimento é estarmos vigilantes para que não se desvirtue a nossa proposta (LOUREIRO, 1987, p. 12).

Da mesma forma os Conselhos Federais de Enfermagem, Farmácia, Medicina e Odontologia, defendiam a Reforma Sanitária, mas também fizeram críticas à CNRS, como se pode verificar na seguinte manifestação do Presidente do CFM:

Na 8ª CNS tudo foi discutido e esperava-se que a Comissão Nacional da Reforma Sanitária fosse seu braço normatizador.

O que se viu, no entanto, foi uma coisa atrapalhada desde a sua composição, onde não houve transparência de critérios para a escolha [...]. A verdade é que a CNRS está funcionando no vácuo, sem nenhuma comunicação com a sociedade (OSELKA, 1987, p. 7).

Ainda que a CNRS não tivesse como atribuição uma ação executiva ou normatizadora com vistas à Reforma Sanitária, produziu um segundo documento para subsidiar o capítulo saúde do projeto constitucional (BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1987a). Além do documento intitulado *Proposta para o Componente Saúde da Nova Constituição Brasileira*, foi apresentado outro, denominado *Proposta de Conteúdo para uma Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde*, correspondente a um projeto da Lei Orgânica da Saúde. No que se refere ao texto constitucional, foram também registradas as propostas minoritárias nos processos de votação, indicando os seus respectivos autores.

Finalmente, um terceiro documento foi elaborado, reunindo os estudos dos grupos de trabalho que subsidiaram suas proposições e apresentando um tópico intitulado *O que é a Reforma Sanitária* no qual são explicitados “princípios organizativos” (integração institucional, regionalização e hierarquização, distritalização e gestão colegiada) e diretrizes (universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação) para a reorganização do setor (BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1987b). Esse conjunto de proposições detalhado pela CNRS foi encaminhado à Assembléia Nacional Constituinte que o acolheu na Sub-Comissão de Saúde, Seguridade Social e Ambiente, na Comissão da Ordem Social e na Comissão de Sistematização. Apesar das críticas à CNRS, o balanço final foi positivo, como acentua uma das lideranças do movimento sanitário:

O trabalho da CNRS foi importante para o avanço e o movimento social continua [...]. Há toda uma convergência de interesses mais amplos e gerais, como associações de bairros, profissionais e partidos políticos buscando um consenso. [...] O relatório final da CNRS explicita alguns pontos que, antes,

eram apenas diretrizes. [...] No Ministério da Previdência houve um avanço. Já estão ocorrendo integrações entre as Ações Integradas de Saúde e os governos estaduais, com a assinatura de convênios entre as secretarias e as superintendências, concretizando a unificação da política. Hoje há uma busca de pontos estratégicos no Executivo onde as organizações convocam a burocracia a assumir compromissos (TEIXEIRA, 1987b, p. 6).

Esta análise apontava a evolução das AIS para os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), conforme se examinará no próximo tópico. Mas um dos aspectos mais relevantes desse desenvolvimento diz respeito ao apoio conquistado entre os secretários estaduais de saúde para a Reforma Sanitária.

No caso da Bahia, por exemplo, o Secretário Luiz Umberto Pinheiro destacava no Programa de Governo, entre outras medidas: implantação das resoluções da 8ª CNS com relação à Reforma Sanitária; atuação segundo a concepção de que saúde é direito de todos e dever do Estado; criação de Conselhos Comunitários e Conselhos Técnicos; implantação dos distritos sanitários; criação de um Centro de Saúde Ocupacional articulado à rede pública de serviços de saúde (PROPOSTA, 1987b).

Em reunião do Governador Pedro Simon com sanitaristas e profissionais de saúde foi lançado o documento *Reforma Sanitária Já*, conclamando colegas identificados com a causa a subscreverem a “carta-compromisso”. Entre os signatários encontram-se José Alberto Hermógenes (Secretário Geral do MS), José Maria Borges Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), Sérgio Arouca (Fiocruz), José Fogaça (Senador-RS), João Yunes (SES/SP), entre outros.¹⁷

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)

Enquanto se realizavam os trabalhos da Constituinte, o Inamps divulgou um conjunto de folhetos para sustentar o debate. Na primeira publicação¹⁸, o seu Presidente, Hésio Cordeiro, apresentou um conjunto de *Diretrizes para um Serviço Nacional de Saúde*, reforçando a proposta de distrito sanitário, com as respectivas atribuições, e incluindo um *componente tático-operacional*, que restringia as estruturas e funções das chamadas Superintendências Regionais para o acompanhamento, controle e avaliação. No segundo folheto¹⁹ foram reunidos três documentos: o primeiro sistematiza as idéias expostas pelo Presidente do Inamps na Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio-Ambiente e comentários sobre o relatório da Comissão de Ordem Social da Constituinte; o segundo procura recuperar o vínculo *Reforma Sanitária – Democratização da Saúde* como componente do processo de democratização da sociedade; e o terceiro sobre distrito sanitário visando alcançar novos conteúdos para as práticas de saúde.

A ênfase no distrito sanitário resultou no terceiro folheto²⁰, apresentando o relatório do Grupo de Trabalho *Aperfeiçoamento e Humanização das Ações Assistenciais* onde são detalhados aspectos técnicos relativos à organização da rede, atividades, perfil dos recursos humanos, sistema de informações, vinculação da população a serviços, custeio e gerenciamento. Finalmente, o quarto folheto, de caráter mais oficial²¹, trazia a Exposição de Motivos e o decreto presidencial dispondo sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) em 20/7/1987.

Essas iniciativas do Inamps, além de contribuírem com desenvolvimentos técnico-institucionais para a integralidade da atenção, como era o caso dos distritos sanitários, para o controle social e a descentralização dos serviços, configuravam, também, uma *estratégia-ponte* para a construção do SUS e um movimento tático para a implosão programada do Inamps. Assim, o SUDS foi considerado um

avanço no processo de Reforma Sanitário brasileiro, “desencadeando pela base, a reformulação do atual Sistema Nacional de Saúde”, como anunciou o Jornal da Reforma Sanitária que apresentando no seu quarto número a manchete *Já começou!*

Mas essa interpretação não era consensual. Ao contrário, constatou-se novamente certa polarização no interior do movimento sanitário quando uma parte acusava o Ministério da Previdência/Inamps de esvaziar a Reforma Sanitária, reduzindo-a a uma dimensão administrativa identificada como o SUDS (PCB, 1988). A outra parte defendia a pertinência do SUDS como trincheira técnico-institucional para construção da Reforma Sanitária e como estratégia para a implantação do SUS (SARAIVA FELIPE, 1988, PAIM, 1988, CORDEIRO, 1991, PINHEIRO, 1991). Se em 1986 a polêmica no movimento sanitário residia na suposição de que as AIS atrapalhavam a Reforma Sanitária, em 1987 tal suspeita deslocou-se para o SUDS. Os que defendiam essa trincheira de luta *técnico-institucional*, utilizada na organização, implantação e desenvolvimento do SUDS, argumentavam que ela permitiria a definição e experimentação de modelos assistenciais, de organização de serviços e de gestão visando à construção, de forma ascendente e participativa, do novo sistema de saúde (PAIM, 1988). Já os que se opunham, criticavam misturar o SUDS com a Reforma Sanitária porque equivaleria a reduzi-la às reformulações do setor saúde, pois o SUDS dirigia-se apenas à realização de “*objetivos eficientizadores*” do sistema de saúde.

Assim, o antigo “partidão” (PCB) defendia a Reforma Sanitária e relembrando o conceito ampliado de saúde, assimilado pela 8ª. CNS, sublinhava um conjunto de transformações que deveriam ser realizadas na sociedade, a saber: Reforma Agrária; Reforma Urbana; distribuição da renda; rompimento com a dependência externa; controle social dos meios de comunicação; ensino gratuito; controle do ambiente e acesso à assistência à saúde. Reconhecia que o SUDS constituía numa “estratégia no processo de Reforma Sanitária”, mas advertia que “esta não se resume naquele” (PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO, 1988).

Já o Presidente da Fiocruz, embora lembrasse que o SUDS não deveria ser confundido com a Reforma Sanitária, reconhecia-o como “um grande avanço”. Quanto à possibilidade de favorecer o clientelismo, retrucou:

O clientelismo existe independentemente do SUDS. Ele só vai acabar com o amadurecimento dos partidos políticos, quando entenderem que não é a distribuição de cargos que leva a uma realização de um partido, mas sim a efetivação competente de um projeto (AROUCA, 1987d, p. 7).

Evidentemente que a Reforma Sanitária não se resumia ao SUDS, mas este trazia embutida a negação do sistema então vigente, carregando o embrião do novo sistema proposto pela RSB. Fazia parte, portanto, de uma longa luta organicamente vinculada à democratização da sociedade, do Estado e das instituições. As AIS e os SUDS, mesmo com suas reconhecidas limitações enquanto *estratégias-ponte* para o Sistema Único de Saúde, representaram iniciativas relevantes de inflexão nas políticas privatizantes do autoritarismo. Políticos aliados ao movimento sanitário reconheciam o movimento social pela democratização da saúde como um dos mais conseqüentes e coerentes que a sociedade brasileira já viu (SCALCO, 1988). Assim, a Reforma Sanitária não se definia como programa de governo ou como política social do Estado. Constituía um projeto político-cultural, nascido da sociedade civil, no interior dos movimentos sociais pela democratização da saúde, cujo corpo doutrinário sedimentou-se na 8ª CNS (PAIM, 1988).

Um dos grandes desafios colocados para a sociedade e para os que trabalhavam no setor naquele período era construir um novo sistema de saúde, assegurando a participação de todos os interessados e comprometidos com a melhoria dos serviços de saúde para toda a população, como se pode verificar no pronunciamento do Superintendente da Confederação das Misericórdias no Brasil: “toda a capacidade instalada das Santas Casas de Misericórdia no Brasil vai estar em disponibilidade para a Reforma Sanitária” (JUSTO, 1987, p. 8).

Assim, admitia-se que o SUDS poderia acionar mudanças imediatas nos serviços de saúde, coerentes com os princípios da democratização da saúde, assegurando melhoras progressivas na assistência aos cidadãos e nas condições de trabalho e de remuneração dos que prestavam serviços de saúde. O referencial teórico que sustentava essa estratégia indicava que para avançar a Reforma Sanitária exigiria a utilização permanente das instituições para garantir os espaços conquistados e fortalecer a “guerra de posição” na construção da hegemonia dos setores democráticos e populares (PAIM, 1988). Esta posição orientava um desenho estratégico no qual a Reforma Sanitária poderia ser implantada a partir de três trincheiras de luta (técnico-institucional, sociocomunitária, e legislativo-parlamentar), todas essenciais, relevantes, sinérgicas e igualmente complementares, cuja matriz doutrinária situava-se no Relatório Final da VIII CNS e cujo arcabouço formal encontrava-se nos documentos produzidos pela CNRS.

A *técnico-institucional* correspondia a implementação do SUDS, exercitando o planejamento, unificando estruturas administrativas, instalando canais de participação social (conselhos de saúde) e, em alguns estados, implantando distritos sanitários. A *sociocomunitária* possibilitava a construção de um arco de alianças com setores organizados da sociedade civil para superar os obstáculos estabelecidos pelas forças contrárias às mudanças no setor saúde, antes, durante e depois dos trabalhos da constituinte. Este esforço se manifestou através das entidades da Plenária da Saúde (com destaque especial para a Abrasco), da emenda popular (EM NOME..., 1987) e da mobilização de setores diversos engajados na luta político-ideológica da democratização da saúde. Esta trincheira era também ocupada pelos que, na prática institucional, contribuíam para o alargamento dos canais de participação popular no controle democrático dos aparelhos de Estado, instaurando mecanismos permanentes de exercício democrático no planejamento, fiscalização, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde. Finalmente, a *legislativo-parlamentar* teve como campo de ação a Assembléia Nacional Constituinte e o

Congresso Nacional, numa primeira etapa, e as constituintes estaduais e assembléias legislativas, em seguida (PAIM, 1988, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1989).

O processo constituinte

Como a 8ª CNS não chegou a propor um texto para a Constituição, apesar de o Presidente Sarney na sua abertura sugerir que ela deveria configurar-se como uma “pré-constituente da saúde”, o tema foi debatido no *I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, em setembro de 1986, sendo aprovada uma proposta como subsídio à Constituinte, inspirada nas conclusões da oitava. Do mesmo modo, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária criada no período, contando com representantes do setor privado, também apresentou um texto para a saúde na Constituição.

Este conjunto de iniciativas contou com ampla divulgação através do *Jornal da Reforma Sanitária* que, no seu primeiro número, Sérgio Arouca anunciava 1987 como “o ano da Reforma Sanitária no Brasil”. O jornal apresentava o *projeto* como “consenso nacional”, incluindo manifestações do Presidente Sarney, dos seus Ministros da Saúde (Roberto Santos), da Previdência e Assistência Social (Raphael de Almeida Magalhães) e da Educação (Jorge Bornhausen). Acrescentava as opiniões do Secretário Geral do Ministério da Saúde e Presidente da CNRS (José Alberto Hermógenes de Souza) e do Assessor da Presidência da República para Assuntos de Saúde (Eleutério Rodriguez Neto). Nessa oportunidade, o Assessor da Presidência citava três níveis de luta para a implementação da RSB. O primeiro consistia na conquista de uma nova Constituição; o segundo correspondia à reformulação da Lei 6229/75; e o terceiro, mais permanente, implicava a ampliação da atuação setorial, colocando a saúde como objeto do desenvolvimento. E o *Jornal da Reforma Sanitária* ia mais além:

A mudança a ser alcançada nesta fase posterior à Reforma só será conseguida com a mudança da própria natureza do Estado, para um Estado que de fato seja democrático, voltado para as necessidades de todos, que não pode ter outro objetivo que não seja uma vida de melhor qualidade para toda a população (PROPOSTA, 1987a, p. 6).

Ao remeter parte dessas mudanças para uma fase posterior talvez estivesse indicando uma compreensão da democratização da saúde vinculada à redefinição do papel do Estado, daí o seu caráter permanente. Mas, ao mesmo tempo, sugeria um entendimento da RSB restrita a uma reforma setorial, ou seja, inclusão de seus princípios na Constituição e revogação da “famigerada Lei 6229”. Posteriormente, esse ator/autor chegava a seguinte conclusão:

Mesmo tendo consciência da limitação do instrumento legal, em termos de sua suficiência para as mudanças necessárias, o movimento deu, acertadamente, um maior peso a esse tipo de atividade, ainda que hoje, aprovadas a Constituição e várias leis, possa-se confirmar aquela relatividade (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 69).

Durante a constituinte, as propostas do movimento sanitário foram discutidas através das seguintes instâncias: Sub-Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, Comissão da Ordem Social e Comissão de Sistematização. Aquela subcomissão ouviu a CNRS, Conass, Secretários Municipais de Saúde, CUT, CGT, Contag, Abrasco, CFM, Conselho Federal de Farmácia, Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), Presidente do Inamps, Ministro da Saúde, entre outros. Várias entidades e partidos também encaminharam projetos de texto constitucional tais como: Abrasco, SBPC, CFM, Associação Paulista de Medicina (APM), PCB, PT, CUT, CNI, Comissão Afonso Arinos, Câmara Municipal de São Paulo e o líder do governo na Câmara, Deputado Carlos Santana.

Foi realizado, também, nessa época o IV Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, defendendo a “municipalização já”,

através de *A Carta de Londrina*, e elegendo uma Comissão Provisória com vistas à criação da “Confederação Nacional dos Secretários Municipais de Saúde”. Nessa conjuntura aparecem alguns sinais de retrocesso, como a demissão de dirigentes da antiga Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (PROPOSTA, 2, abr. 1987b).

Ao finalizar o trabalho da primeira instância um dos militantes do movimento sanitário, convidado para a solenidade de entrega do ante-projeto para a saúde, destacou seu caráter suprapartidário, mas de oposição ao regime militar e de intenção claramente política, citando o manifesto da Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte. Trata-se de uma iniciativa cujo embrião surgiu em São Paulo – uma Plenária Estadual, comemorando o aniversário da 8ª CNS, conforme explica uma das lideranças do movimento sanitário:

As entidades sentiram que está ocorrendo um retardamento da implementação da política determinada na 8a. Conferência e criaram a Plenária para cobrar dos constituintes um real compromisso com a área social [...] Hoje o movimento tem como princípio a noção de que a Reforma Sanitária é um projeto mais amplo que as medidas de reforma governamental para a área social (TEIXEIRA, 1987b).

A Plenária Nacional reuniu-se em Brasília (13/5/87), envolvendo 44 entidades nacionais e estaduais (TEIXEIRA, 1987b) destacando-se as seguintes: CUT, CGT, PCB, PC do B, PT, PSB, Andes, Abrasco, Federações Nacionais dos Médicos, Farmacêuticos, Psicólogos, Aben, Movimento Popular de Saúde de São Paulo, entre outras.

Comunicando que as entidades e movimentos populares que a integram estariam, permanentemente, acompanhando os trabalhos de elaboração da nova Constituição, o representante do movimento sanitário reconheceu o caráter altamente democrático do processo conduzido pela Sub-Comissão de Saúde, Segurança e Meio-Ambiente e declarou que o anteprojeto contemplava as questões essenciais para a Reforma Sanitária, com as seguintes lembranças:

[...] é expectativa dos segmentos majoritários da população que, na nova Constituição, a saúde passe a ser objetivo de governo

e não apenas um programa setorial; que essa prioridade seja transformada em meios para o seu alcance e que a democracia seja condição para o seu gozo. Saúde é democracia. Democracia é saúde! [...] Que a saúde ocupacional e a vigilância sanitária sejam ações próprias e prioritárias do sistema único de saúde, voltadas para a defesa dos direitos dos trabalhadores e em defesa do consumidor” (RODRIGUEZ NETO, 1987a).

Mais uma vez, o movimento sanitário na voz desse professor do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB, explicitava para o Parlamento e para a sociedade a concepção ampliada de saúde inscrita na RSB. Teve de se enfrentar com “o lobby dos donos de bancos de sangue da Baixada Fluminense que, liderados pelo deputado Roberto Jefferson [...] eram a favor da manutenção da comercialização do sangue” (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 74). Indicava pontes entre a Reforma Sanitária e a Reforma Agrária, além de postular uma ordem econômica mais justa e democrática. E a reiteração da consigna *saúde é democracia, democracia é saúde*, além de apontar para a rejeição do autoritarismo e registrar a identidade do movimento com a democratização da saúde, talvez sugerisse que o caminho dessa reforma social seria pela via democrática, progressiva, sem rupturas, quiçá uma *revolução passiva*.

Na Comissão da Ordem Social um ponto polêmico foi a concepção de Seguridade Social adotada, entendida por segmentos do movimento sanitário como possível ameaça ao comando único e autônomo do SUS, particularmente no que se refere aos recursos financeiros, como explica uma das formuladoras:

A área da saúde era contra a idéia de ser parte da seguridade social, pelo medo da saúde ser englobada na previdência e perder a identidade [...]. Eu tinha uma polêmica enorme com meu amigo querido de alma, quase meu irmão, Eleutério Rodriguez Neto, nesse tema. [...] Depois o próprio Eleutério fez vários artigos reconhecendo a importância da seguridade social [...] Dentro da relatoria, eu discuti muito com o Almir Gabriel porque eu introduzi a assistência social, que não existia, na seguridade social e ele dizia que não se podia fazer isso, já que ‘a assistência social não dava nem para definir’. Mas eu acabei convencendo-o (FLEURY *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 90-91).

Outros militantes da Reforma Sanitária compreenderam o alcance dessa proposta e apoiaram o relatório da Comissão da Ordem Social elaborado pelo constituinte Almir Gabriel. Foi o caso do Presidente da Fiocruz, considerando que “o conceito de seguridade é um avanço muito grande em relação ao conceito de previdência” (AROUCA, 1987c, p. 3). Finalmente, no momento da Comissão de Sistematização foi apresentada a proposta da Plenária da Saúde sob a forma de “emenda popular” sendo defendida por Sérgio Arouca na Assembléia Constituinte:

Queremos um sistema de saúde único, coordenando a nível federal todas as instituições atualmente absolutamente descoordenadas: saúde do índio na FUNAI e do trabalhador no Ministério do Trabalho, hospitais universitários no Ministério da Educação, saneamento básico no Ministério do Interior e hospitais nas forças armadas [...]. A doença e a saúde não ensinaram ainda a regra do mercado. É indigno que no Brasil isso ainda esteja acontecendo (AROUCA, 1987e, p. 8).

Este documento obteve 54.133 assinaturas com o apoio de 167 entidades da sociedade civil. A outra emenda “popular” apresentada pela FBH, Abramge, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e outros representantes do capital em saúde teve cerca de setenta mil assinaturas, talvez dos próprios funcionários da área hospitalar privada. Assim, ficou constatada a fragilidade da trincheira sócio-comunitária da construção na Reforma Sanitária pois, apesar de contar com o respaldo da Abrasco, Cebes, UNE, PT, PCB, PSB, PC do B, CFM, Federação Nacional dos Médicos, CUT, CGT, Conam, entidades de moradores, sindicais, profissionais, entre outros, a emenda popular de saúde assegurou menos assinaturas que a da Reforma Agrária, contando com 3 milhões e a do Ensino Público, com mais de 1 milhão (RODRIGUEZ NETO, 1997).

Este fato pode ser um dos primeiros sinais da estreita base de sustentação política e social da RSB, apesar da eficácia política obtida pela Plenária Nacional de Saúde junto ao movimento popular e a Constituinte:

Então, qual a virtude desse movimento? É desenvolver uma intervenção mais qualitativa, com propostas, com capacidade de dialogar, com capacidade de fazer sugestões concretas, que o Congresso Nacional pudesse analisar. Essa foi a força desse movimento, com intervenção, com a pressão, vamos dizer assim de mais qualidade, de mais capacidade de propor. Por esse aspecto podemos dizer que é uma trajetória altamente vitoriosa (JORGE *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 95).

Apesar de influenciar milhares de trabalhadores de saúde, dispor de capacidade de iniciativa política, articular com partidos, entidades e parlamento, além de ocupar postos de relevância no executivo, o movimento sanitário teve dificuldade em capilarizar-se na sociedade brasileira. Assumiu uma atitude publicista no sentido de ganhar a opinião pública na luta ideológica, mesmo que tivesse de chegar à mídia. Ainda assim, no entendimento de seus sujeitos coletivos o saldo era positivo:

[...] A Abrasco muito contribuiu no grande projeto democrático da Reforma Sanitária e foi capaz, juntamente com outras entidades, de transformar o conhecimento técnico em propostas políticas (EDITORIAL, 1987b).

Entretanto, as conquistas obtidas na Constituinte nas três instâncias de debates e de votação – Sub-Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, Comissão da Ordem Social e Comissão de Sistematização – ficaram ameaçadas na “hora do voto”: o projeto elaborado pela Comissão de Sistematização passou a ser questionado pelo grupo de constituintes denominado de “centrão” (CARDOSO, 2006), propondo a substituição de nove capítulos, justamente os que se referiam às principais inovações, tais como:

Ao Sistema de governo (com a implantação do parlamentarismo), ao tempo de duração do mandato do atual Presidente da República (quatro anos), ao conceito de empresa nacional; à organização e ao direito de greve; à estabilidade do emprego (assegurada salvo falta grave, contratos a termo, justa causa e fator econômico intransponível), à distribuição dos derivados do petróleo (que deve ser nacionalizada), à

reforma agrária no que diz respeito à sua função social, com a emissão de posse remetida para a legislação ordinária; à reforma tributária, com ganhos para as regiões mais pobres e o fim dos privilégios de juízes, militares e políticos em relação ao Imposto de Renda; à aposentadoria, que passa a ter valor igual ao último salário e à saúde, com a adoção do sistema único (CONSTITUINTE, 1988, p. 8).

Era muita mudança para uma sociedade que, historicamente, sempre soube conservar-se, ainda que parecesse mudando. Foi assim na Independência, na Proclamação da República ou na “Revolução de 30”, como visto anteriormente. Mas, o movimento sanitário soube ousar, formulando um *projeto* de reforma inovador, à esquerda:

A saúde inovou porque nós tínhamos um projeto [...] e a direita e o centro não o tinham. [...] nós tínhamos um projeto que foi negociado, melhorado, reformulado, perdemos algumas coisas, mas o cerne estava pronto há muito tempo. (FLEURY *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 98).

Todavia, a ameaça maior para as classes dominantes naquela conjuntura dizia respeito à duração do mandato presidencial. O “centrão” encontrou um aliado fundamental no Palácio do Planalto que quase inviabilizava a nova Constituição. Assim, o Presidente Sarney bradou para a nação que a nova Carta tornaria o país ingovernável. Mesmo com a tentativa de o “centrão” e seus aliados ameaçarem a conclusão dos trabalhos da Constituinte, o Deputado Ulysses Guimarães, reagiu respondendo: *o que torna um país ingovernável é a fome, a miséria, a doença desassistida; o povo nos mandou aqui para fazer a Constituição, não para ter medo!*²² A Plenária da Saúde voltou a se reunir denunciando o retrocesso do projeto do “centrão” e buscando uma ofensiva política mediante a mobilização da sociedade civil, articulação com governadores e contatos com parlamentares.

Enquanto isso, novos problemas apareceram: demissões de dirigentes da vigilância sanitária do Ministério da Saúde; perseguição aos sanitaristas que questionavam os rumos da política estadual de saúde em São Paulo; e demissão do Professor Hésio Cordeiro da

presidência do Inamps em março de 1988, depois de dar “início a uma profunda reforma na linha da descentralização e de repasse de poder”. (TEMPORÃO *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 83). Como parte desse retrocesso o cargo da presidência do Inamps foi ocupado por um médico amigo do Presidente da República, enquanto os novos Escritórios Regionais passaram a ser dirigidos por empresários da saúde e a sua burocracia boicotava o SUDS, mediante normas administrativas voltadas para o engessamento da sua gestão. Mesmo assim, o Prof. Hésio Cordeiro saía do Inamps afirmando que “Reforma Sanitária é irreversível”.²³

Diante desses impasses no âmbito federal, o Jornal da Reforma Sanitária passou a publicar um conjunto de reportagens sobre “a reforma nos estados”, tais como Alagoas (fevereiro), Bahia (março), Rio Grande do Sul (abril), Mato Grosso (maio), São Paulo (junho), Espírito Santo (novembro), e Pernambuco (dezembro). E os que se opunham ao SUDS ganharam mais espaço político:

As resistências ocorreram na medida em que o processo significava um avanço na qualidade da rede pública. A gratuidade machucou a corporação devido aos serviços se tornarem mais eficientes. Especialmente na corporação médica que se sente prejudicada com isso. O nível de internação está se reduzindo, o atendimento nos consultórios privados também. Essa questão não aparece nos discursos. É uma luta surda que encobre a questão principal (FERRARI, 1988, p. 3).

Os médicos que desde o Movimento de Renovação Médica (REME) vinham defendendo transformações no sistema de saúde no país, com a liderança do CFM e da Federação Nacional dos Médicos, além da AMB que chegou a apoiar as diretrizes de universalização, hierarquização, regionalização e descentralização administrativa estabelecidas pelo SUDS (SUDS: AMB apóia..., 1988, p.3), recuavam nas suas posições. A opção conservadora adotada pelo governo e pela Constituinte passava a ser assumida, também, por outros segmentos da sociedade civil. Enquanto esta vacilava, um novo sujeito coletivo ganhou força.

Não são resistências generalizadas. Partem de setores nitidamente à direita e de segmentos que há muito tempo estavam acostumados a sequer cumprir sua carga horária. Há erros no movimento médico e na cúpula da Secretaria de Saúde. Deve haver mais paciência e persistência de ambos os lados (VASCONCELOS, 1988, p. 5).

Durante o VI Encontro Municipal do Setor Saúde e V Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde foi efetivado o *Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde* (Conasems), com aprovação do seu estatuto e eleição da primeira diretoria, lançando a Carta de Olinda num “momento histórico para o movimento municipalista em saúde no País” (A CARTA de Olinda, 1988). Os grupos propuseram uma ampla aliança política de trabalhadores da saúde e outros segmentos da sociedade, unificando posições em defesa da Reforma Sanitária e pressionando para que nas eleições seguintes candidatos a prefeito e a vereador assumissem compromissos com o seu avanço.

Nesse mesmo ano ocorreram vários debates sobre a Reforma Sanitária e a Saúde Coletiva, durante a 40ª Reunião Anual a SBPC, em São Paulo, destacando-se a contribuição de Giovanni Berlinguer ao abordar o tema “Política e Saúde”:

A prevenção não tem estado no centro das atividades sanitárias de nenhum governo. Em vez de envolver o Estado na política de saúde, ela é que tem sido envolvida na corrupção e no populismo do Estado [...] Deve haver uma reforma cultural e moral para afirmar o valor da vida e da saúde [...]. Não quero criticar os amigos, mas a implantação do SUDS e toda a luta necessária na Constituinte podem ter levado à uma preocupação muito institucional, com risco de subestimar os problemas reais de saúde (BERLINGUER, 1988a, p. 4).

O alerta do senador italiano fazia sentido: a saúde tornava-se refém das “manobras da política”. Constatava-se um “dilema reformista”, pois apesar de a Reforma Sanitária ter como objetivos a saúde da população, a mudança das práticas de saúde e a modificação do sistema de saúde, terminou fixando-se neste último, esquecendo-

se dos demais. Daí a convocação para o reforço da luta ideológica no sentido de não perder os objetivos da Reforma (FLEURY, 1988b).

Depois de uma pregação (ou peregrinação) do Presidente da Constituinte por todo o país e de várias sessões os trabalhos foram concluídos. Com a realização do segundo turno no processo constituinte foi promulgada a nova Constituição da República Federativa do Brasil. *Vitória*, foi a manchete do Jornal da Reforma Sanitária naquele histórico mês de outubro de 1988, apesar da derrota da proposta da Reforma Agrária, anunciada neste mesmo número. No que diz respeito à saúde, o texto aprovado aproximava-se bastante das proposições do movimento sanitário. Não obstante a absorção da concepção de seguridade social e de conquistas setoriais, novo alerta era feito:

A Reforma Sanitária escrita na Constituinte não representará nada se não produzir um impacto concreto sobre a saúde do cidadão. Ela tem que ganhar o espaço da comunidade, do lar, da fábrica, das escolas e ali efetivamente produzir transformações que contribuam para o bem estar da população e para a construção de uma sociedade democrática, justa e independente (AROUCA, 1988a, p. 8).

O movimento sanitário, enquanto movimento civil, conseguiu grandes vitórias na constituinte, apesar das limitadas bases políticas e sociais. Além do Cebes, a Abrasco teve uma atuação importante nessa conjuntura, com a diretoria presidida por Guilherme Rodrigues da Silva (1987-1989). A defesa da Reforma Sanitária encontra-se registrada em vários editoriais do Boletim da entidade e outras publicações divulgadas nesse período (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1989). Juntando desejo, afeto, “otimismo da vontade”, capacidade de formulação e habilidade de negociação ampliou os horizontes do possível, superando em parte obstáculos estruturais e conjunturais. A proximidade e a militância naquele processo permitiu que um dos seus atores explicitasse a seguinte “idéia hipotética”:

O movimento pela democratização da Saúde obedeceu a um certo grau de autonomia em relação aos outros campos

de prática, econômicos ou sociais; grau de autonomia este representado por um avanço temporal das suas teses, em comparação com o próprio processo de democratização e com a consistência dos projetos de outras áreas. Isto é, passou a ser voz corrente que o *movimento* da Saúde foi o mais organizado e consistente, levando a conquistas aparentemente mais avançadas que o conjunto das formulações econômicas poderia antecipar, e o nível de organização popular pudesse garantir (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 21).

Todavia, mesmo com novas conquistas nos anos seguintes, a exemplo da Lei Orgânica da Saúde, suas bases políticas e sociais não se ampliaram, significativamente. Ainda assim, diversas instituições acadêmicas continuaram investindo no projeto da RSB. Enquanto a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) desenvolvia o Programa de Apoio à Reforma Sanitária (PARES/ENSP), grupos vinculados à área de Saúde Coletiva da UFBA, UNICAMP e USP formulavam e experimentavam diferentes propostas de modelos de atenção (MERHY *et al.*, 1991, CAMPOS, 1992, PAIM, 1993b, TEIXEIRA; MELO, 1995, SCHRAIBER *et al.*, 1996b). Mas o espaço sócio-comunitário não foi ganho, como pretendiam as suas lideranças, restando alguma autocrítica diante da prioridade concedida à trincheira legislativo-parlamentar:

Com a promulgação da Constituição e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o movimento sanitário parece ter considerado que ‘ganhou a guerra’, em relação à implantação do SUS, esquecendo-se que tinha sido apenas uma batalha (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 89).

Daí a pertinência de indagar até que ponto o avanço poderia constituir um paradoxo, “e a que se pode atribuir esse aparente sucesso do movimento?” (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 21) se esse autor admitia “o afastamento do SUS em relação à doutrina da Reforma Sanitária” (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 22). Essas contradições entre o *projeto* e o *processo* da RSB serão objeto de análise nos próximos capítulos.

Notas

- ¹ Ver: BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Sistema nacional de saúde: contribuição para a discussão do tema [riscado] “Sistema Nacional de Saúde” [riscado]. Brasília, 1975. 60 páginas. Contém anexos.
- ² Quadra, A.A.F.; Cordeiro, H de A. Sistema nacional de saúde: antecedentes, tendências e barreiras. (Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, apresentado a VI Conferência Panamericana de Educação Médica e ao XIV Congresso Brasileiro de Educação Médica. Rio de Janeiro, novembro de 1976), 16 p.
- ³ Expressão utilizada por Sarah Escorel em depoimento registrado por Faleiros *et al.* (2006, p. 64).
- ⁴ Tenho a lembrança de uma conversa com Arouca em Salvador na qual me informava que Eleutério Rodriguez Neto, cebilano histórico, lhe consultara sobre a conveniência de procurar Dr. Alóísio Salles para apresentar algumas propostas inovadoras. Arouca encorajou Eleutério para tal iniciativa, na realidade uma semente do Plano do CONASP.
Nesses encontros dos cebianos com dirigentes do governo autoritário havia espaço até para anedotas. Durante o Congresso da Abrasco, realizado em julho de 2007 (IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, X Congresso da Associação Latino Americana de Medicina Social e XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde), Sônia Fleury relatou em uma das mesas do evento que depois de discutir até a madrugada a pertinência de um desses encontros Arouca sonhou com o diabo e, no dia seguinte, desistiu de comparecer na reunião agendada...
- ⁵ Botetim da Abrasco, 1982.
- ⁶ Ver a Proposta política para um programa de saúde: relatório final e proposições aprovadas pelo V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, nos dias 28 e 29 de novembro de 1984. O Presidente da Comissão de Saúde considerava a saúde como “direito de todo o cidadão” e propunha “recuperar a federação no setor saúde” e a participação de trabalhadores, empresários e produtores de serviços “na definição e gestão as políticas de saúde”. (BRASIL. Câmara dos Deputados. 1984). Essas proposições serão retomadas em 1986 pela 8ª CNS.
- ⁷ Ver o documento elaborado pela regional do sudeste do Conass, em Belo Horizonte, em 18 de julho de 1984 sobre a questão da saúde no Brasil e diretrizes de um programa para um governo democrático. Ver também o documento elaborado pelo Escritório Técnico do Presidente Tancredo Neves (GT-Parlamentar Saúde do PMDB; Programa de Ação do Governo. Setor saúde).

- ⁸ Não utilizava, portanto, a expressão controle social cuja ressignificação posterior adquiriu uma conotação distinta daquela adotada pelas correntes funcionalistas da sociologia norte-americana.
- ⁹ Apesar desta referência nesse texto básico, a reabilitação da saúde não constou do relatório final, nem no capítulo Saúde da Constituição Federal. Algumas constituições estaduais a incluíram, a exemplo da Constituição do Estado da Bahia.
- ¹⁰ Esta proposição, pouco considerada ou adormecida no processo da RSB, só vai encontrar alguma ressonância nas discussões sobre modelos de atenção e, mais recentemente, na formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde e na criação da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006a; BRASIL. Ministério da Saúde, 2006c).
- ¹¹ Ver p. 5 do texto Saúde e cidadania: proposta de reorganização do sistema de cuidados à saúde. Rio de Janeiro: INAMPS, 1986. passar para referência
- ¹² Ver: Estratégia de mudanças na saúde e na assistência médica: bases para a Reforma Sanitária Brasileira (À consideração dos Exmos. Srs. Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social). [S.l.: S.d.], 26p. 1986.
- ¹³ Cordeiro, H. A Reforma Sanitária - Bases estratégicas e operacionais para a descentralização e unificação do sistema de saúde. [S.l.: S.d.], 17p.
- ¹⁴ Ver: SOUZA, A.F.G. de [Apresentação]. In: BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Documentos I. Rio de Janeiro, [1987]. 48p.
- ¹⁵ Ver p. 4 do seguinte texto: Bases para o Aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde com Estratégia para a Reforma Sanitária Brasileira. Documento elaborado por técnicos do Ministério da Saúde e do INAMPS e encaminhado aos Ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social e à CIPLAN. Brasília, jul.-ago. 1986. In: BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Documentos I. Rio de Janeiro, [S.d.], p.39-48. 1987.
- ¹⁶ Ver Documento I, da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, citado na nota 12.1987.
- ¹⁷ Ver notícia na revista Saúde em Debate, n. 19, p. 111, 1987.
- ¹⁸ Diretrizes divulgadas sob o título a Reforma sanitária: bases estratégicas e operacionais para a descentralização e unificação do sistema de saúde, em 1987.
- ¹⁹ A Reforma Sanitária II. Propostas do Presidente do INAMPS. [S.l.], jul. 1987. 26p. Rio de Janeiro.
- ²⁰ Distrito Sanitário. Contribuição para um novo tipo de atendimento dos serviços de saúde. [S.l.: S.d.], 38p. 1986. Rio de Janeiro.
- ²¹ INAMPS. SUDS: Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados. Decreto N° 94.657 - 20 de julho de 1987. [S.l.: S.d], 12p. Rio de Janeiro.

²² Registrado no vídeo Rumo ao SUS, produzido pela UnB/OPAS, em 1988.

²³ Afirmação divulgada no Jornal da Reforma Sanitária, n. 7, p. 8, mar. 1988.