

## A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual

Jairnilson Silva Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PAIM, JS. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 153-174. 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/).

## A REFORMA SANITÁRIA COMO OBJETO DE REFLEXÃO TEÓRICO-CONCEITUAL

Sugerir alternativas por meio do resgate de valores que foram negativados ao longo das opções históricas que elegeram a forma atual determinante da construção da vida social, trabalhando no sentido da abertura à instauração de novos sistemas de valores (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996a, p. 33).

Depois de examinada a conjuntura da transição democrática, na qual foram desenvolvidos a *idéia*, a *proposta* e o *projeto* da RSB, e antes de apresentar o desenvolvimento do seu *processo* na conjuntura pós-constituente, convém sistematizar algumas concepções sobre Reforma Sanitária, com base na pesquisa documental, no esforço de defini-la.

A recuperação dos direitos políticos para os cidadãos brasileiros, anunciada pela Nova República, e a promessa de ampliação dos direitos sociais como resgate da chamada “dívida social” acumulada durante a ditadura, apontavam para a construção de um *Estado ampliado* no qual um maior leque de interesses de classes, frações de classes, segmentos sociais e *grupos de interesse* se fizessem presentes no interior do Estado

e na ação estatal. A busca de legitimação e consenso desse Estado democrático de direito, ainda que não fosse um Estado de Bem-estar Social, poderia torná-lo permeável a um projeto político do escopo da RSB. No entanto, a construção da viabilidade desse projeto era um grande desafio para o movimento sanitário:

*O movimento* mostrou também suas divergências, pautadas essencialmente nos programas e estratégias dos dois blocos partidários de esquerda de sua composição: de um lado, o PT e o PDT defendendo a ‘estatização já’, de outro, o PCB, PC do B, e setores progressistas dos demais partidos propondo uma convergência para a estatização através de uma estratégia de reforço progressivo do setor público (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 49).

Assim, a *idéia* e a *proposta* da Reforma Sanitária, esboçadas nas lutas contra o autoritarismo desde a criação do Cebes, expressaram-se em um complexo *projeto*, cuja implantação iniciou-se após a 8ª CNS e adquiriu formalização a partir da Constituição de 1988, como se registra a seguir:

Originalmente uma idéia e um ideário de um grupo de intelectuais, a proposta se desenvolveu na transição democrática, congregando entidades representativas dos gestores, profissionais de saúde e movimentos sociais que, articulados na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, conseguiu influenciar o processo constituinte e plasmar a Constituição Brasileira de 1988 (CF/88) o texto aprovado na 8a. Conferência Nacional de Saúde que garante que ‘Saúde é um Direito de Todos e um Dever do Estado’. Em outras palavras, a saúde passou a fazer parte dos direitos sociais da cidadania.<sup>1</sup>

Este *projeto*, traduzindo o corpo doutrinário da RSB e um conjunto de proposições políticas, está configurado no Relatório Final da 8ª CNS, conforme o trecho a seguir:

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação

institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionando chamar de Reforma Sanitária (CONFERÊNCIA..., 1987, p. 381).

Esta reformulação profunda do setor, que ia além de uma reforma administrativa e financeira, apresentava componentes políticos, jurídicos, organizacionais e comportamentais. Assim, a Reforma Sanitária Brasileira tomava do relatório da 8ª CNS um conjunto de questões consideradas “definidoras dos novos rumos da política nacional de saúde, devendo estar asseguradas constitucionalmente” (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 70), a saber: conceito de saúde, referido não apenas à assistência médica mas relacionado com todos os seus determinantes e condicionantes (trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros); direito universal e igualitário à saúde; dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde; natureza pública das ações e serviços de saúde; organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde gratuito, descentralizado para Estados e Municípios, sob controle social; subordinação do setor privado às normas do SUS, quando necessário, contratado sob as normas do direito público; diretriz de estatização progressiva; desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias; estabelecimento de pisos de gastos. Desse modo, o primeiro número do *Jornal da Reforma Sanitária* tentava definir “o que é a Reforma Sanitária”. Ainda que a democratização da saúde não fosse conceituada naquela oportunidade, o texto sublinhava a natureza política do processo e explicitava pressupostos para a Reforma:

A Reforma Sanitária deve ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, num movimento de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde [tendo como pressupostos]: a) visão da saúde como um processo resultante das condições de vida; b) atenção à saúde não restrita a

assistência médica, envolvendo ‘todas as ações de promoção, proteção e recuperação’; c) inscrição constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, de modo que as ações e serviços de saúde estariam ‘subordinados ao interesse público’; d) acesso universal e igualitário de toda a população a todas as ações e serviços necessários, sem discriminações; constituição do SUS com comando único em cada esfera de governo; e) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; f) distritalização; g) gestão colegiada (PROPOSTA, 1987a, p. 3-5).

A democratização da saúde, na realidade, exigiria algo mais que a formulação de uma Política Nacional de Saúde ou a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Significava a revisão crítica de concepções, paradigmas e técnicas, mas também mudanças no relacionamento do Estado e de seus aparelhos com a sociedade e dos funcionários com os cidadãos, podendo ser percebida de duas maneiras: como uma bandeira, corporificada no “Partido Sanitário”, e como processo político, que não se esgotava na unificação do sistema (TEMPORÃO, 1987). Essa ênfase num processo político era também compartilhada pela concepção de Reforma Sanitária explicitada no terceiro documento divulgado pela CNRS:

Embora em seu sentido mais abrangente, a Reforma Sanitária deva ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, seria um grave erro político ignorar a importância da definição de um novo arcabouço institucional para o Sistema Nacional de Saúde [...]. Uma Reforma digna deste nome não se concretiza como um processo suave ou indolor. Ela remove privilégios e distorções incrustadas na cultura e na estrutura de poder de uma sociedade, reafirmando a cidadania. Os interesses eleitoreiros e clientelistas que ainda hoje permeiam a oferta de serviços de saúde em nosso país tornam esta área uma trama de privilégios e abusos.<sup>2</sup>

Ao se conceber a Reforma Sanitária como um “longo processo”, vinculado à democratização da saúde, apontava-se para a sua natureza política, conseqüentemente a sua subordinação às conquistas da sociedade no que se refere à democracia e à saúde. Ao se reconhecer,

por outro lado, os obstáculos vinculados à cultura e à estrutura de poder da sociedade brasileira, que se manifestavam mediante “interesses eleitoreiros e clientelistas”, sugeria-se que a ruptura ou superação teria um preço a pagar: não seria suave, nem indolor.

Se tal concepção da CNRS distanciava-se de certos elementos conceituais e teóricos dos textos apresentados na 8ª CNS, ou das paixões reveladas nos embates das votações em plenário (estatização, já ou estatização progressiva), tinha o mérito de assinalar o peso e o tamanho de “uma Reforma digna deste nome”. Ou seja, uma *reforma geral* para uns e uma *revolução no modo de vida* para outros, de acordo com os tipos de práxis sistematizados no quadro teórico de referência desta investigação. Sérgio Arouca, mais uma vez, intervém nessa discussão, após a 8ª CNS, elaborando a primeira sistematização sobre o que era a *proposta* ou o *projeto* da Reforma Sanitária, com base em quatro dimensões:

A Reforma Sanitária Brasileira deve ser entendida como um processo de transformação da atual situação sanitária. Compõe uma situação sanitária pelo menos quatro dimensões:

- 1a.) A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como o coeficiente da mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc.
- 2a.) A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor Saúde.
- 3a.) A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária.
- 4a.) A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença (AROUCA, 1988c, p. 2).

Este entendimento a respeito do que seria a Reforma Sanitária levou, também, o autor a discutir cinco questões: a estrutura do SUS;

o controle social; a produção (industrial); a modernidade; ciência e tecnologia. Conseqüentemente, a Reforma Sanitária deveria ser compreendida em dois sentidos:

O primeiro, enquanto objeto específico, ou seja, no campo das instituições, do aparelho de Estado e do setor privado, da produção de mercadorias e equipamentos na área de saúde, na formação de recursos humanos para a área. O segundo sentido, assumindo-se o conceito ampliado de saúde, como equivalente a nível de vida e portanto relacionado às condições de educação, habitação, saneamento, salário, transporte, terra, lazer, meio ambiente, liberdade e paz, a Reforma Sanitária se apresenta como parte integrante de um conjunto amplo de mudanças da sociedade. Assim, a Reforma Sanitária é simultaneamente bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças [...] Modernidade aqui não é utilizada como uma simples modernização reflexa baseada em modelos de desenvolvimento de países mais avançados, nem uma pura e simples introdução de algum novo artefato tecnológico. A questão da modernidade dentro da proposta de Reforma Sanitária, como proposta de mudança, enfrenta problemas estruturais como o fisiologismo político usando os serviços de saúde como base de clientelismo. (AROUCA, 1988c, p. 3-4).

Ao contrário de outras reformas (previdenciária, tributária, universitária e administrativa) propostas pelo Estado, particularmente pelo Poder Executivo, a Reforma Sanitária surgiu a partir da sociedade, fazendo parte do conjunto de uma mudança social:

Esse conjunto pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício, o direito de expressão, de livre manifestação e organização, sempre no sentido deste país se afirmar como uma nação de cidadãos, participando de uma elevação permanente da qualidade de vida e garantindo, para a humanidade, um exercício de respeito, de autonomia e desenvolvimento de cada nação, com paz. Esta é a Reforma Sanitária que pretendemos, específica no campo da saúde, humana e universal no campo da transformação social (AROUCA, 1988c, p. 4).

Essas “bandeiras de lutas” e mudança social, cujo processo político não se esgotaria na implantação do SUS, relacionavam-se

com a “democracia progressiva”, tendo o socialismo como horizonte (OLIVEIRA, 1987). Foram, assim, um objeto de reflexão teórica, passando a ser investigadas pelas ciências sociais, não só para fins de análise científica mas, sobretudo, para fundamentar estratégias, articulando prática teórica e prática política:

REFORMA SANITÁRIA é, desde meados da década de 80, o termo mais encontrados em todos os discursos políticos, discussões acadêmicas e documentos oficiais da área de Saúde no Brasil. No entanto, se reunirmos um pequeno grupo dessas pessoas e propusermos a tarefa de construção de uma definição para o conceito de Reforma Sanitária provavelmente nos depararemos com uma ampla diversidade ou até mesmo uma ausência de conceituação coerente. Execrada por uns, fervorosamente defendida por outros, a Reforma Sanitária poderá transcender o domínio das paixões e submeter-se também a uma análise científica, capaz de orientar a construção de estratégias políticas? (TEIXEIRA, 1989a, 4ª capa).

Assim, alguns elementos teóricos já se encontravam sistematizados desde a década de 1980, conforme o livro mencionado, uma das primeiras publicações sobre a Reforma Sanitária Brasileira:

O esforço realizado nesta Coletânea é exatamente o de encontrar uma base teórica na qual se possa aprofundar a discussão sobre a Reforma Sanitária. Este objetivo acabou por levar os autores a tratar a problemática da reforma dentro de uma perspectiva gramsciana, através da qual pode ser encontrado o instrumental teórico necessário para a discussão de temas polêmicos como: democracia e socialismo, reforma e revolução, corporativismo e questão nacional, hegemonia e coerção, Estado e sociedade, saber e práxis, burocracia e movimento sanitário. Este nosso primeiro passo no sentido de elucidar estas questões não é conclusivo nem encerra o debate, mas, certamente, abre uma janela e descortina um enorme campo a ser coberto na travessia que é a Reforma Sanitária brasileira (TEIXEIRA, 1989a, 4ª capa).

A reflexão teórica sobre a Reforma Sanitária fundamentaria uma práxis no sentido da superação do modelo vigente de organização de serviços de saúde, a partir da mobilização de um bloco de forças



políticas pelo movimento sanitário, sem perder o horizonte de transformações nos planos econômico, político e cultural. Assim, a “dinâmica contraditória introduzida pelas determinações situadas ao nível das lutas políticas na esfera da reprodução e dos valores e ideologias que se reproduzem no campo da saúde e no interior da prática médica” (TEIXEIRA, 1989b, p. 19) revelou a participação de atores políticos na conjuntura, articulados ou não à classe trabalhadora, que apostaram no desenvolvimento da cidadania no Estado moderno. Menos que um programa de governo ou uma política de Estado, a RSB tornava-se, a partir do final da década de 80, alvo de distintas definições e objeto de pesquisa:

O conceito de Reforma Sanitária tem, todavia, um sentido ‘forte’: trata-se de conceber e fazer da saúde o fundamento revolucionário de uma transformação setorial, com ressonâncias estruturais sobre o conjunto social (DAMASO, 1989, p. 73).

Esse conceito e delineamento estratégico, identificados como de inspiração gramsciana, corresponderiam, assim, às *reformas gerais* (HELLER, 1986). Este caminho aproximaria, cada vez mais, a democratização da saúde em sua concepção socialista ao pensamento de Antônio Gramsci (GALLO; NASCIMENTO, 1989). Portanto, a estratégia de *guerra de posições* – onde se vinculam conceitos estratégicos como hegemonia, bloco histórico e intelectuais orgânicos – foi a referência teórica elaborada para o desenvolvimento da RSB, como se constata no texto a seguir:

No caso do Movimento Sanitário, a luta pela hegemonia guarda uma série de especificidades [...]. A saúde é uma questão que, por sua própria essência, supera os marcos corporativistas, pois interessa à sociedade como um todo. Seu caráter é intrinsecamente público, já que não se pode pensar em sua cidadania plena sem que os direitos à saúde sejam assegurados. Assim, a luta para que a saúde seja “um direito de todos e um dever do Estado” [...] é potencialmente capaz de abranger vastíssimos setores da população, pertencentes a diferentes grupos, classes e estratos sociais (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 93).

Assim, privilegiou-se “o eixo político do discurso sanitário” e a história de uma política como “práxis” (DAMASO, 1989). Este eixo articulava-se com outro já sistematizado por estudos que abordaram a renovação da Medicina Social na América Latina e a constituição do campo da Saúde Coletiva (PAIM, 2003a; 2006b).

No próprio estudo do movimento sanitário em que se examinou parte das relações entre saber e práxis, a questão da produção de conhecimentos e a contribuição da academia para a RSB, através do triedro ideologia-saber-prática, tal articulação já estava posta (SCOREL, 1998). Esse movimento sanitário, produtor ou articulador da Reforma, era analisado nas suas relações com um “contradiscurso” (teoria crítica histórico-social da doença) e com uma “contrapolítica” (inscrita no dispositivo legal, institucional e administrativo) (DAMASO, 1989).

Apesar desses esforços de delimitação teórico-conceitual, persistiram ambigüidades na definição da RSB, até mesmo entre autores que investigaram a RSB, às vezes em um mesmo texto, reduzindo-a a uma concepção de reforma institucional:

Ao meu ver, o conceito Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento de poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989b, p. 39).

Neste trecho, a autora não contempla, portanto, uma articulação com outras reformas setoriais e com a “totalidade de mudanças” (AROUCA, 1988), nem mesmo com a apropriação do saber saúde pela consciência sanitária das massas. Em seguida, entretanto, considerava certas “possibilidades de superar o nível de mera reforma administrativa (imprescindível, porém insuficiente), mantendo vivo o núcleo problematizador que reside na própria temática da saúde” (TEIXEIRA, 1989b, p. 41). Ou seja, uma reforma *sanitária* (relativa à saúde) na perspectiva clínica, epidemiológica ou antropológica e

não, apenas, uma reforma *setorial* (reduzida ao setor ou ao sistema de serviços de saúde). Mas quando a autora questionava a dimensão administrativa da reforma institucional (reforma administrativa) privilegiava, na realidade, a dimensão política e não propriamente a sanitária, afirmando que “o núcleo aglutinador é o deslocamento ao nível do poder político” (TEIXEIRA, 1989b, p. 43).

Na medida em que o direito à saúde encontra a sua materialização no SUS reforça a dimensão institucional da Reforma Sanitária, secundarizando outros elementos da “totalidade de mudanças”.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) eram consideradas como estratégicas para a implantação da Reforma Sanitária mas a sua defesa não deveria representar nenhum empecilho para seu início (da Reforma). Os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) são considerados como um passo fundamental para a Reforma, assim como a criação de um Sistema Único de Saúde. Ambos, porém, não devem ser confundidos com a própria Reforma. (AROUCA, 1988a, p. 2).

Essas ambivalências parecem ser superadas posteriormente, quando é explicitada uma posição política inclinada para a tendência “institucionalista” (atuação profissional, políticas de saúde mais adequadas, unificação dos serviços etc.), em contraponto a uma determinada tendência “movimentista” (ações comunitárias, associações de bairros, entidades estudantis, comunidades eclesiais de base etc.) (FLEURY, 1997). Portanto, tais ambivalências demandavam um trabalho teórico que fundamentasse a prática política, diante de diferentes enfoques:

Ainda que tenha partido de intelectuais do setor, visa atender principalmente às necessidades das classes subalternas, ao mesmo tempo em que fere interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais da área de saúde. Nesse sentido, a luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes do país. Por outro lado, seria errôneo a partir desta constatação remeter a luta na área de saúde à dicotomia classe operária versus burguesia, sob pena de estreitar a base social e política do Movimento Sanitário, e colocar em xeque o próprio projeto hegemônico (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 93).

Uma linha distinta, embora não questionasse o projeto da Reforma Sanitária, criticava a “via prussiana” de operar modificações reformistas no modelo assistencial e a concepção restrita da Reforma Sanitária de certos autores “escudados em um pensamento de fundo conservador, o da dialética do possível” (CAMPOS, 1988a, p. 189). Independentemente dessas diferenças, admitia-se, portanto, a superação da concepção que defendia a tomada súbita do aparelho de Estado e, também, daquela que supunha uma elite governando “por cima” da sociedade. Reconhecia-se, enfim, que qualquer proposta de mudança ou permanência do *status quo* teria de ser “conquistada na sociedade, nos marcos de regras democráticas, sob pena de inevitável fracasso” (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 92). Todos, portanto, pareciam reformistas.

Naquele momento já se levantavam êxitos do movimento sanitário, na medida em que forçava reformas administrativas importantes, embora com dificuldades para a unificação e a descentralização do sistema de serviços de saúde e para a obtenção do apoio dos profissionais e da população organizada para a Reforma Sanitária:

Mas a criação de uma nova instituição da sociedade na área de saúde implica tanto a mudança da forma como a sociedade compreende e deseja que seja resolvida a questão da saúde, como mudança de valores e normas que norteiam a atividade dos profissionais de saúde. Assim, o projeto contra-hegemônico do Movimento Sanitário engloba também a ética (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 94).

A Reforma Sanitária, na sua dimensão cultural parecia exigir uma *reforma intelectual e moral* conduzida por novos intelectuais coletivos, orgânicos às transformações necessárias (GRAMSCI, 1977). Como estava intimamente ligada à democratização da vida social, comporia a “vida concreta dos homens” ou a prática empírica, isto é, a “relação concreta entre a prática técnica e a prática política em uma sociedade dada” (HERBERT, 1976, p. 200-201), trazendo para a reflexão a questão da politicidade das práticas de saúde:

Como a reprodução social não se orienta, entretanto, basicamente, nem pela falta de lógica das ideologias, nem pela consistência teórica de suas críticas [...], impõe-se aproveitar essa experiência histórica (a Saúde Pública em São Paulo nos anos 70 e a Reforma Sanitária no Brasil dos anos 80) como lição para as ações futuras que pretendam transformar as práticas de saúde [...]. Nenhuma perspectiva tecnocrática terá doravante como justificar-se diante de seus fracassos, quaisquer que sejam seus méritos lógicos ou científicos, o que quer dizer que haverá sempre que buscar sólidas e profundas bases de apoio à ação transformadora no tecido social, para que ela possa viabilizar-se, e mesmo que deva então seguir o ritmo lento dos atalhos transversais e das retiradas (MENDES-GONÇALVES, 1991, p. 101-102).

A transformação das práticas de saúde, além de exigir uma atenção especial para a experiência histórica, requeria uma revisão das concepções de saúde e doença, bem como uma reconceitualização do seu objeto: as necessidades de saúde.

### *Concepções de saúde*

As concepções de saúde vinculadas à *proposta* da Reforma Sanitária foram elaboradas pelo seu braço acadêmico, na década de 1970, ou seja, os departamentos de medicina preventiva e social e as escolas de saúde pública ou seus equivalentes. Estes eram informados pelo marco conceitual do movimento preventivista que trazia as idéias da Medicina Integral (*Comprehensive Medicine*). Na medida em que a compreensão e crítica das propostas de Medicina Preventiva e de Medicina Comunitária eram elaboradas no Brasil e em alguns países latino-americanos, parte dessas instituições acadêmicas inspirou-se na Medicina Social desenvolvida na Europa, em meados do século XIX. Nessas tentativas de delimitação do campo, eram explicitados os conteúdos de uma nova concepção:

Considera-se saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros

homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica [...]. A saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica [...]. A doença é considerada, então, como manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico (SILVA, 1973, p. 31-32).

A partir de então a produção teórica desenvolvida pela Saúde Coletiva centrou-se, originalmente, em dois conceitos: *determinação social das doenças* e *processo de trabalho em saúde*. (TEIXEIRA, 1985). O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade. Enquanto componentes dos processos de reprodução social, reconhecia-se que tais fenômenos eram determinados social e historicamente:

O materialismo histórico torna-se o fundamento epistemológico do 'objeto' processo saúde/doença, ao mesmo tempo que se institui como instrumento de transformação racional da realidade [...]. Assim, a categoria central explicativa do processo saúde/doença seria, pelo seu máximo grau de abstração, aquela de 'produção' e 'reprodução social', naturalmente intermediada por outras categorias, quando se trata de especificidades (NOVAES, 1997, p. 213).

Segundo esse autor, a “velha Saúde Pública” era posta em cheque e a medicina social latino-americana passava a ser uma corrente de pensamento de contestação crítica ao pensamento de saúde pública dominante, como se observa adiante:

Se pelo lado da questão saúde a Medicina Social tinha introduzido novos conceitos e aberto outros campos de intervenção além do prevenir/diagnosticar/curar, quais

sejam a determinação social do fenômeno saúde/doença e a organização das práticas, serviços e sistemas de atenção à saúde, pelo ângulo da política, a visão que predominava no movimento era predominantemente reformista, ainda que tendo no horizonte o socialismo (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 63).

Essa corrente teórica orientava muitas das proposições do movimento de democratização da saúde em relação às políticas de saúde e às alterações mais profundas de outros setores, assim como no Estado, na sociedade e nas instituições. Não obstante certas perplexidades que acompanharam o processo reformista, significativos esforços teórico-conceituais buscaram superar as lacunas teóricas e ausências de práticas solidárias ao processo da Reforma Sanitária. No que diz respeito à reconceitualização das necessidades de saúde, procurava-se recuperar certos aspectos culturais envolvidos na sua definição e, especialmente, seus componentes psicológicos e subjetivos:

Saúde e doença, bem-estar e mal-estar são fenômenos não apenas físicos que se manifestam pelo bom ou mal funcionamento de um órgão, mas ao mesmo tempo possuem uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São fenômenos que possuem uma dimensão sócio-cultural, coletiva, e outra psicobiológica, individual, que não deveriam ser dicotomizadas. Devem então ser compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um (VAITSMAN, 1992, p. 157-158).

Ao questionar a noção economicista das necessidades humanas, a autora criticava o chamado “conceito ampliado de saúde” quando restrito à concepção de saúde como resultado das formas de organização da produção. Mesmo admitindo que as relações de classe geradas no processo social da produção determinariam desigualdades nas condições de vida e de saúde, ressaltava a existência de outros fatores também relevantes, como gênero, cor, idade, entre outros, que contribuiriam para acentuar as iniquidades. Lembrando um conjunto mais amplo de necessidades humanas – subsistência, proteção, afeto,

compreensão, participação, lazer, criação, identidade e liberdade – a autora apresentava a seguinte reconceitualização de saúde:

A existência de saúde, que é física e mental - está ligada a uma série de condições irredutíveis umas às outras [...] É produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não-reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho mas também do lazer - ou da sua ausência, por exemplo - do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases [...] (VAITSMAN, 1992, p. 171).

Realçando a influência do pensamento marxista no balizamento teórico e programático da Reforma Sanitária, outro autor/ator do movimento reiterou a crítica ao modelo biomédico, a partir do conceito de determinação:

Decisiva para a crítica do modelo biomédico de explicação do processo saúde-doença, essa matriz de pensamento identificava as estruturas sociais como determinantes para a produção e desigual distribuição dos riscos sanitários entre as populações (CARVALHO, 1997, p. 95).

Ainda que não chegasse a desenvolver uma análise sobre a pertinência da teoria da produção social da saúde-doença, no sentido de orientar as práticas e políticas de saúde, o autor admitia o alargamento de espaços democráticos para a sua redefinição. Nesse particular, chamava a atenção para a importância da concepção gramsciana do Estado ampliado, como fundamento para a intervenção social organizada.



Contudo, o “epistemicídio” (BREILH, 2002) sofrido pela *epidemiologia crítica* no Brasil pode ter impedido o desenvolvimento dessa linha de investigação, influenciando negativamente a produção de conhecimentos sobre o componente *saúde* da RSB. A ênfase no setor ou no componente *sistema de serviços de saúde* deixou em segundo plano a intervenção sobre o estado de saúde da população e seus determinantes. Quando a literatura internacional passou a valorizar, depois da latino-americana, os determinantes sociais e ambientais da saúde (EVANS; MORRIS; MARMOR, 1994), a Epidemiologia Social brasileira já não investia cientificamente na teoria da determinação ou da produção social do fenômeno saúde/doença. Somente a partir da criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), em março de 2006, o Ministério da Saúde, junto ao CNPq, lançou um edital de pesquisa apoiando o desenvolvimento de investigações nessa temática.

### *Concepções de práticas de saúde e de organização de serviços*

Derivada do preventivismo ao buscar a sua operacionalização, a Medicina Comunitária imprimiu certa racionalidade na organização dos serviços de saúde, enfatizando noções como regionalização, hierarquização, participação comunitária, multiprofissionalidade, entre outras (DONNANGELO, 1976). Novos aportes conceituais, metodológicos e operativos surgiram a partir das disciplinas de planejamento e administração, tais como análises de custo-benefício e custo-efetividade, programação, planejamento participativo, sistema de informação etc. Reconhecendo nesse movimento preventivista um dos principais fundamentos teóricos do movimento sanitário que deu origem ao *projeto* da Reforma Sanitária, alguns autores indicaram certas recomposições conceituais, a exemplo da noção de organização social das práticas de saúde:

Partindo da análise dos processos de trabalho e do conceito-chave de organização social da prática médica, tal movimento opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada bem como de sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento (FLEURY, 1988a, p. 196).

Enquanto essa autora sublinhava tal desenvolvimento conceitual, havia centros acadêmicos da Saúde Coletiva produzindo conhecimentos e alternativas de práticas, a partir de uma reflexão teórica sobre tecnologias (materiais e não materiais) e sobre o *modelo de organização tecnológica do trabalho* em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1991, 1992, 1994). Problematizando o economicismo e o estruturalismo de suas origens, bem como uma redução dos enfoques à estrutura do poder, a Saúde Coletiva passou a explorar outras alternativas teóricas que respondessem aos desafios postos pelo *processo* da RSB. Assim, passava-se a valorizar “a construção de uma identidade simbólica” para o movimento sanitário e a institucionalização desse ator político através do Cebes (FLEURY, 1997). Embora tais redefinições não fossem lineares, preservava-se uma abordagem

[...] fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social, a organização social da prática médica, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta. Assim, enquanto a noção de determinação social nos remetia à estrutura produtiva, subsumindo ao econômico o político e o ideológico, o conceito de organização social da prática médica situava-se ao nível político, ainda que operando uma segunda redução da problemática do poder, ao nucleá-la a partir de sua dimensão de materialização institucional (FLEURY, 1997, p. 25).

Desse modo, o conceito de *práticas de saúde*, inicialmente pouco considerado na análise política do movimento sanitário ou na formulação de macro-políticas, tornou-se imprescindível para balizar a

implementação da Reforma Sanitária. Nessa renovação das práticas de saúde surgiu a proposta da vigilância da saúde, originalmente concebida como “prática sanitária que organiza os processos de trabalho em saúde, sob a forma de operações, para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território determinado” (MENDES, 1993). Ao articular o processo saúde/doença no plano coletivo às intervenções centradas sobre danos, riscos e determinantes sócio-ambientais, a vigilância da saúde, enquanto modo tecnológico de intervenção (PAIM, 1993b), estimula uma reatualização da reflexão sobre promoção da saúde e qualidade de vida (SOUZA; KALICHMAN, 1993). Verificou-se o desenvolvimento de uma linha de pesquisa, reflexão e experimentação sobre práticas de saúde em distintos centros acadêmicos e a experimentação de modelos de atenção, de planejamento e de gestão. A valorização da dimensão subjetiva dessas práticas, das vivências dos usuários e dos trabalhadores do setor, além de uma preocupação com a constituição dos sujeitos sociais, tem proporcionado espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas abrindo novas perspectivas de reflexão e de ação (PAIM, 1997).

A partir da reflexão sobre modelos de atenção à saúde e das iniciativas inovadoras de alguns municípios e distritos sanitários no Brasil, constata-se a adoção de propostas alternativas em várias localidades, mediante a articulação entre a universidade, os serviços e a comunidade. Nessa linha de investigação e de experimentação insere-se um conjunto de pesquisas sobre processo de trabalho em saúde (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996) e, em particular, sobre tecnologias, reconhecidamente “uma das fragilidades do movimento em torno da Reforma Sanitária no Brasil” (MERHY, 1997, p. 130). A temática das conferências nacionais de 1996, 2000 e 2003 e os debates nelas realizados estimulam, presentemente, a ousadia de construir modelos de atenção voltados para a qualidade de vida e a humanização do cuidado.

No que se refere à Promoção da Saúde, vem sendo defendida pelos secretários municipais de saúde (CARTA de Fortaleza, 1995), e transformada em *Política Nacional de Saúde* e objeto do *Pacto pela*

*vida* em 2006 (BRASIL. Ministério da Saúde. 2006a, 2006c). Portanto, não foi apenas a academia que contribuiu para o desenvolvimento dos modelos de atenção. Além da experiência dos distritos sanitários e das ações programáticas de saúde, verificou-se um acúmulo significativo do SUS em torno da “estratégia da saúde da família” e a colaboração de outros atores relevantes:

Sem dúvida, a atuação de partidos políticos, movimentos sociais e de agrupamentos específicos (por exemplo o da reforma psiquiátrica e, ou o mais amplo ainda da reforma sanitária, articulado ao redor do CEBES) também contribuíram para a construção e experimentação de distintos modelos de atenção (CAMPOS, 1997, p. 116).

Ainda assim, esse autor faz críticas à Saúde Coletiva, quando transita da onipotência do discurso a uma quase impotência das práticas ou quando intelectuais propõem o “modelo ideal”, produzindo um discurso moralista sobre estilos de vida e a compulsão da integralidade da atenção, ou ainda quando “a saúde pública oficial, em muitas situações, beira o fundamentalismo mais torpe” (CAMPOS, 1997, p. 119).

### *Afinal, o que é Reforma Sanitária?*

Após a revisão das concepções de saúde e seus determinantes bem como das práticas de saúde produzidas pelo braço acadêmico da RSB, torna-se possível apresentar uma sistematização considerando o ciclo proposto na metodologia para a descrição e análise desse fenômeno histórico-social: *idéia*-proposta-projeto-movimento-processo. Assim, busca-se conceituar a Reforma Sanitária a partir dos seguintes momentos e definições:

*Idéia*: constituída pelo pensamento inicial, uma percepção ou representação do fenômeno. Pode ser identificada, mesmo sem a denominação de Reforma Sanitária, a partir da proposição de uma

prática teórica e de uma prática política para o enfrentamento do *Dilema Preventivista* (AROUCA, 2003). A criação do Cebes em 1976 e o lançamento da *Saúde em Debate* possibilitaram que essa idéia se vinculasse à concepção de direito à saúde, exposta no segundo número dessa revista, recebendo a denominação de Reforma Sanitária em 1977 no editorial do seu terceiro número. A fundação da Abrasco em 1979 poderia ser considerada a expressão da síntese entre as práticas teórica e política.

*Proposta*: a transformação da *idéia* em *proposta*, ou seja, conjunto articulado de princípios e proposições políticas, pode ser constatada no documento *A questão democrática na área da saúde* e nos relatórios finais dos Simpósios de Política de Saúde da Câmara de Deputados, especialmente o primeiro (1979) e o quinto (1984).

*Projeto*: a Reforma Sanitária como *projeto*, isto é, conjunto de políticas articuladas ou “bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças” (AROUCA, 1988a) encontra-se sistematizado no Relatório Final da 8ª CNS, realizada em 1986.

*Movimento*: o movimento da democratização da saúde, “movimento sanitário” ou “movimento da Reforma Sanitária”, enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental, emerge com o Cebes e atravessa as conjunturas examinadas na presente investigação.

*Processo*: a Reforma Sanitária enquanto *processo*, ou seja, conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas – pode ser visualizada após a 8ª CNS com as iniciativas de implantação do SUDS, CNRS, promulgação da Constituição de 1988 e, especialmente, a partir da produção de fatos político-institucionais na conjuntura pós-88. Esse *processo* envolve um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a totalidade social, não se esgotando nas práticas teórica, política e ideológica. O conceito de totalidade abre espaço para a discussão da prática social numa tentativa de dar conta dessa realidade. As práticas de saúde têm, por

consequente, uma natureza técnica mas, ao mesmo tempo, são práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas, políticas, culturais e simbólicas (PAIM, 1997).

Portanto, a Reforma Sanitária, enquanto *proposta* foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em *projeto* a partir da 8ª CNS e desenvolveu-se como *processo* desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma *proposta*, um *projeto*, um *movimento* e um *processo*. A “unidade dialética saber-ideologia-prática” (TEIXEIRA, 1988) é orgânica ao *projeto* da Reforma Sanitária e pode contribuir para a constituição de novos sujeitos sociais capazes de avançar o seu *processo*.

Com base nas contribuições dos autores revisados neste capítulo, seria possível definir a Reforma Sanitária Brasileira como uma *reforma social* centrada nos seguintes elementos constituintes: a) *democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) *democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) *democratização da sociedade* alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

Enfim, uma das vertentes críticas do movimento sanitário admite a Reforma Sanitária como um *projeto civilizatório* articulado à *radicalização da democracia* na perspectiva do socialismo:

O projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade com um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira.<sup>3</sup>

Discutidos os diferentes enfoques e definições relativos à *proposta*, ao *projeto* e ao *processo* da Reforma Sanitária, caberia examinar este último nos capítulos a seguir, tomando como referência a conjuntura pós-constituente.

## *Notas*

<sup>1</sup> Consultar o folheto do Fórum da RSB, datado de 2006, p. 6.

<sup>2</sup> Trecho extraído do Documento III da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, publicado no Rio de Janeiro, em maio de 1987, p. 11.

<sup>3</sup> Matéria publicada na revista *Radis*, (20, fev. 2001) sob o título *Arouca em SUS: revendo a trajetória, os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira*.