

Período FHC

Jairnilson Silva Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PAIM, JS. Período FHC. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 203-239. 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/).

PERÍODO FHC

Quero registrar também que sempre fui adversário da tese de que a política é a arte do possível. Para mim é a arte de ampliar os limites do possível, ou seja é a arte de avançar no impossível.¹

Em sua primeira entrevista coletiva, depois de eleito, o Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) declarou que iria priorizar educação e saúde (DIMENSTEIN, 1994). Mas a implantação de mais um plano de estabilização econômica no ano anterior - o Plano Real, teve desdobramentos com um conjunto de políticas de ajuste macroeconômico e um elenco de projetos de Reforma do Estado, produzindo resultados contrários ao pacto construído pela Constituição de 1988. Assim, da perspectiva econômica, o governo FHC pode ser considerado uma continuidade dos governos Itamar e Collor:

O cidadão, sujeito de direitos, passou a contribuinte-cliente, com pouca voz e nenhum voto nas agências reguladoras e pouco poder nos conselhos. A defesa da competitividade foi o eixo do discurso oficial e da legislação aprovada (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 61).

Primeiro mandato

Depois de serem pensados para ministro da saúde os políticos José Serra e Ciro Gomes foi indicado, finalmente, o Prof. Adib Jatene, conforme revelou posteriormente o próprio Presidente:

Diante da recusa de Ciro em ocupar o Ministério da Saúde, inclinei-me por Adib Jatene, que fora ministro na fase final do governo Collor. Não apenas um grande cirurgião, Jatene era conhecedor do Orçamento da República, grandemente respeitado e batalhador (CARDOSO, 2006, p. 253).

No início do governo o Cebes já alertava: O SUS SOB AMEAÇA. (EDITORIAL, 1995b, p. 1). Convocou todas as entidades para reorganizar as plenárias estaduais e nacional de saúde pois, além pretender modificações profundas na Seguridade Social, o governo propunha remeter para a legislação ordinária a definição de que saúde é direito de todos e dever do Estado, ameaçando a gratuidade do SUS. Este “estado de alerta” pela saúde foi, também, anunciado pelo Conasems e pela Abrasco.²

No que tange à Seguridade Social, a tônica era a desconstitucionalização, radicalizando o desmonte desse conceito avançado, fundamentado nos direitos sociais universais e na cidadania como princípio orientador da proteção social. Se no governo Collor esta intenção era simbolizada pela denominação de uma autarquia – Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) –, o governo FHC restaurou o caráter de seguro ao sistema de proteção social mediante projeto de emenda constitucional. Encaminhou ao Congresso no final de março de 1995, estabelecendo um “dispositivo que assegura apenas aos benefícios de caráter previdenciário, dependentes de contribuição, o piso de um salário mínimo”.³

Não por acaso, o primeiro número da revista do Cebes nesse governo teve como capa o tema “Seguridade Social: é hora de agir!” e no seu editorial utilizou dez vezes a expressão Reforma Sanitária, inclusive no sentido de distingui-la de outras conotações:

O CEBES entende que é hora de se parar de atuar apenas reativamente às políticas governamentais e retomar o nosso projeto original da Reforma sanitária com radicalidade. Afinal, já faz tempo que descobrimos que o *nosso* SUS não é o *deles* [...] Não devemos simplesmente buscar o consenso, mas, principalmente, recompor alianças entre aqueles realmente comprometidos com a melhoria das condições de vida e de saúde da população brasileira, em torno de propostas concretas, consistentes e conseqüentes com o ideário da Reforma Sanitária. (EDITORIAL, 1995b, p. 3).

As duas frentes de luta sugeridas naquela oportunidade – recuperação dos princípios da Reforma Sanitária e o acompanhamento da implantação do SUS – não foram, todavia, suficientes para enfrentar os dois grandes projetos do governo FHC: o ajuste macroeconômico e a Reforma de Estado. Além de determinarem a implementação tortuosa do SUS resultaram em mais desajuste social com desemprego, violência e piora das condições de vida e de saúde (SOARES, 1999). Não por acaso, o Conselho Nacional de Saúde reconheceu em outubro de 1995 a violência como questão de saúde pública (FALEIROS *et al.*, 2006).

No primeiro semestre do novo governo, dois grandes temas eram recorrentes nos debates das políticas de saúde: a questão do financiamento e as repercussões das políticas econômicas sobre as condições de vida e saúde da população. Desde esse momento foi apontada a necessidade de convocação da *X Conferência Nacional de Saúde* para o avanço da Reforma Sanitária Brasileira, desde que não se resumisse a apenas “um fórum de mobilização ou de reiteração da doutrina e do atual quadro jurídico legal do setor” (EDITORIAL, 1995b, p. 3).

Quando o Real completava um ano o principal problema das grandes cidades brasileiras era a crise no sistema público de saúde.⁴ Enquanto isso, segmentos da classe média e dos trabalhadores de melhor nível de renda migraram para o seguro-saúde e outras formas de assistência médica supletiva (AMS) na medida em que se deterioravam os serviços públicos de saúde e a mídia desqualificava os esforços de

construção do SUS. Já os demais cidadãos brasileiros usuários do SUS, apesar do direito à saúde estabelecido na Constituição, eram repelidos no cotidiano dos serviços de saúde pelas filas, maus-tratos, burocratização, humilhações, greves e baixa qualidade dos serviços.

Nesse contexto, foram identificados distintos projetos políticos para a saúde disputando a hegemonia na sociedade brasileira: o projeto conservador (reciclado pelo neoliberalismo) que trata a saúde e a doença como mercadorias na dependência do poder de compra do consumidor e orienta os serviços públicos para os pobres, preferencialmente por intermédio de uma “cesta básica”; o projeto da Reforma Sanitária, respaldado pela Constituição e pelas leis em vigor, baseado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle democrático na medida em que assume a saúde como direito social inerente à cidadania; e o projeto denominado “reforma da reforma”, que para uns significava a reconstrução de sistemas públicos de saúde na perspectiva do planejamento, da gestão e de práticas médico-sanitárias comprometidas com novos modelos de atenção (CAMPOS, 1992), e para outros supunha a correção de certas debilidades gerenciais e do modelo assistencial (MENDES, 1996, 2001), visando a reatualizá-lo em função da reforma do Estado e da flexibilização:

Mudou o mundo e mudou o Brasil [...] O SUS não tem sido capaz de acompanhar essas transformações. O sistema de crenças coletivas que sustentou a reforma sanitária brasileira já não tem força para movimentar as profundas correções de rumo que o sistema solicita (MENDES, 1996, p. 12).

No que pese essa situação, o Ministério da Saúde declarava, em documento preparado para uma reunião sobre Reforma Setorial em Saúde promovida por organismos internacionais (OPAS, BID e Banco Mundial), que o *processo* da RSB apresentava peculiaridades, distinguindo-se do que estava acontecendo com a maioria dos países pelos seguintes motivos:

As bases para o desencadeamento e sustentação do processo foram e continuam sendo essencialmente político-ideológicas, enquanto em diferentes países a motivação foi, principalmente, de contenção e eventual redução de gastos e de custos [...]; os princípios e diretrizes norteadores do processo foram concebidos no seio do próprio setor [...], não tendo sido, portanto, determinados por um processo de reforma global conduzido pelas elites dirigentes do Estado [...] o processo de reforma setorial tem se mostrado consistente, em constante amadurecimento e aperfeiçoamento, apesar das muitas alterações dos corpos dirigentes [...]; a grande articulação, alcançada pelo setor, envolvendo Secretários de Saúde, profissionais da área e representantes da sociedade civil organizada, com formalização de foros privilegiados para discussão, negociação, participação e controle social (BRASIL, Ministério da Saúde, 1995, p. 9).

A acuidade dessa distinção contrastava, todavia, com os caminhos tortuosos que o governo impunha ao SUS, procurando subverter ou demolir o arcabouço legal construído pela Reforma Sanitária. Assim, o movimento sanitário defendia “uma nova cultura da saúde e de novas práticas que atendam às necessidades sociais e epidemiológicas e ofereçam condições de pleno exercício e realização profissionais” (EDITORIAL, 1995-1996, p. 4). Apesar dos avanços institucionais, as condições sanitárias e as instituições de saúde enfrentavam uma grave crise:

No centro deste processo do setor saúde encontramos a política econômica de cunho neoliberal implementada pelo governo federal e parte dos governos estaduais. Imposta por países e organismos internacionais e pela elite financeira nacional, desenvolve-se esta nefasta política que produz: dependência e endividamento interno e externos, empobrecimento, desemprego, quebra de direitos trabalhistas, exclusão social, violência, doença e morte. Sob o discurso da ‘modernização’ estabelece-se, de fato, o ‘Estado mínimo’ para as políticas sociais, e o ‘Estado máximo’ para o grande capital financeiro nacional e internacional. Esta é a lógica [...] do atual projeto de Reforma Administrativa e do Estado (CARTA da 10ª CNS, 1996, p. 1).⁵

Em outro documento distribuído naquela conferência, foram apresentadas posições e propostas para o avanço do *projeto* da Reforma Sanitária e para a implementação do SUS. Questionando a proposta de “minimalização do Estado”, defendia uma Reforma do Estado como um processo profundo de “publicização”, entendido como predomínio do interesse público “independentemente do caráter estatal ou não das instâncias que realizam atividades de promoção do bem-estar”.⁶ Além da questão da Reforma do Estado o documento propunha os seguintes tópicos para inclusão na agenda: gestão pública e a organização do trabalho em saúde; modelo assistencial; financiamento; radicalização do processo de descentralização; e controle social.

Assim, a 10^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996, representou uma oportunidade para as entidades e 1.400 delegados, reunidos na Plenária denunciarem o desmonte da máquina pública e exigirem a manutenção da Seguridade Social, “incluindo solidariamente Saúde, Previdência e Assistência Social” (CARTA da 10^a Conferência Nacional de Saúde, 1996, p. 1). Mesmo com as contribuições do Cebes,⁷ de parlamentares, partidos e movimentos populares de saúde em defesa da RSB, o relatório final da 10^a. CNS não mencionava, uma vez sequer, a expressão Reforma Sanitária, tal como ocorrera na 9^a CNS, no tempo do Collor.

O movimento sanitário continuava em baixa, seja pelas dificuldades financeiras enfrentadas pelo Cebes, seja pelo direcionamento da Abrasco para o âmbito da pesquisa e pós-graduação. Até mesmo nos editoriais da Revista *Saúde em Debate* a expressão Reforma Sanitária esteve ausente nos outros números de 1996 (N^{os}, 51 e 52) e em 1997 e 1998 a revista deixou de circular devido a dificuldades financeiras. Os avanços positivos em relação à RSB consistiram na institucionalização de formas de participação, com a ampliação dos conselhos de saúde e das plenárias, possibilitando o diálogo entre representantes do Estado e da sociedade:

As plenárias não se situam a partir da sociedade em relação a demandas ao Estado, mas como espaço de lutas e

propostas, de pressão e de encaminhamentos, de dúvidas e esclarecimento, onde o conflito pode se expressar (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 174).

O protagonismo conquistado nessa época pela Plenária Nacional de Saúde pode ser ilustrado pela Carta de 13/9/95, com duras críticas ao Governo FHC, entre as quais a implosão da concepção de seguridade social, como se verifica a seguir:

[...] as propostas de emendas constitucionais que são conhecidas como ‘reforma da previdência’, na sua essência, institucionalizam a extinção da Seguridade Social e de seu instrumento principal, o Orçamento da Seguridade Social.⁸

Esse processo, iniciado com o Presidente Collor ao criar o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e ratificado pelo Presidente Itamar, ao permitir que seu Ministro da Previdência seqüestrasse os recursos da saúde, foi radicalizado pelo Presidente Fernando Henrique ao restaurar o modelo de seguro social, no sentido contrário ao estabelecido pela Constituição da República. Ainda que o movimento sanitário tenha-se mantido articulado durante o primeiro mandato desse Presidente, continuou exibindo ambigüidades:

Na verdade, o que está se passando é uma relegação da própria doutrina da Reforma Sanitária, pelos próprios integrantes do movimento, que, após a aprovação da base jurídica legal, passaram a tratar apenas do SUS, esquecendo-se que este é apenas uma estratégia de um projeto maior de democratização da saúde, que inclui a questão da intersetorialidade e a mudança da cultura médica e tecnológica vigente que associa qualidade ao consumo de tecnologia sofisticada (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 90-91).

Seria mesmo um “esquecimento” do movimento da democratização da saúde ou um real deslocamento das bases político-ideológicas da RSB na década de noventa? Com o recuo dos movimentos sociais (inclusive os vinculados ao projeto da RSB), quando a própria Abrasco priorizava a sua legitimação junto ao Estado, através da Capes e do CNPq, e muitos militantes resignaram-se com “a arte do possível”, o espaço político

passou a ser ocupado por gestores desde o governo Collor. Secretários de saúde têm de enfrentar demandas políticas e assistenciais de curto prazo e enquanto meros auxiliares de prefeitos e governadores tendem a expressar lealdades, de um modo geral, com as forças partidárias que lhes indicaram e com o governante eleito do que com as necessidades de saúde da população.

Até a Plenária Nacional de Saúde que representava um espaço de possibilidades para o exercício da contra-hegemonia, interrompeu as suas atividades em 1995, sendo substituída pela Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, criada no Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, em 25 de abril do mesmo ano na cidade do Salvador (FALEIROS *et al.*, 2006). Na medida em que o *movimento* se transformava cada vez mais em *sistema*, reduzia a sua dimensão instituinte, reforçando o elemento instituído, tal como se pode constatar nas observações de um integrante do Ministério Público:

O Movimento dos Sem-Terra, que discute o acesso à terra tem uma relação crítica com o direito, porque entre outras coisas eles dizem 'lei injusta não é lei, o direito injusto não é direito, o acesso à terra é algo maior do que uma norma escrita pelo parlamento, que é feita por grandes latifundiários'. Então, eles têm uma posição tensa e crítica com o direito e são um movimento social de vanguarda. [...] O movimento sanitário considera a lei uma vitória, enquanto outros movimentos sociais têm a lei como adversária. (JAQUES *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 195).

Essa contradição entre legalidade e legitimidade vivida pelo movimento sanitário, segundo o citado promotor, terminava por atirá-lo no “vagão normativo, cheio de papel, uma espécie de face triste do direito”. Este possível atraso do movimento sanitário estaria ligado a uma “perspectiva inocente do direito” que outros movimentos sociais já não teriam.

Na realidade, quando um *movimento* se reduz ao *sistema* de um Estado patrimonialista e cartorial como o brasileiro, comprometendo o espaço de reserva crítica, só faz reforçar a seletividade estrutural do Estado capitalista. Obviamente que, para um sujeito coletivo que

tanto lutou na trincheira legislativo-parlamentar para imprimir na Constituição o direito à saúde, para ver sancionada a Lei Orgânica da Saúde e, nos anos seguintes, para impedir o desmonte desse arcabouço legal pelos governos que apostaram em políticas neoliberais, torna-se compreensível a adoção de um discurso jurídico legalista. Mas esta não parece ser a questão central. O problema maior pode ser o de abrir mão da sua dimensão instituinte, resignando-se com o instituído e reduzindo uma reforma social do porte da RSB a uma mera questão administrativa de financiamento e gestão.

Não obstante, as dificuldades encontradas na implantação do SUS, diante do subfinanciamento e do clientelismo político-partidário, ocorreu uma extensão de cobertura de serviços de saúde para a população brasileira. Esta foi a conclusão de diversas entidades médicas e dos conselhos de secretários estaduais e municipais de saúde reunidos em São Paulo, após a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde:

Ainda que o sistema que temos hoje distancie-se daquele que foi consagrado na ‘Constituição Cidadã’, sua existência é essencial num País que apresenta enormes disparidades regionais e sociais [...]. Portanto, aos que tentam apresentar o SUS como modelo falido de atenção à saúde, respondemos com experiências vitoriosas apresentadas na X Conferência Nacional de Saúde que comprovaram que ‘onde deu SUS, deu certo’ [...]. Nesse sentido, impõe-se a manutenção do princípio do conteúdo constitucional da seguridade social, incluindo-se solidariamente a saúde, previdência e assistência social. A reforma da saúde já ocorreu e está na Constituição Brasileira. Cabe cumpri-la.⁹

Nesse quadro, distintas concepções ou projetos de SUS configuravam-se na realidade brasileira. Além do *SUS formal*, expresso na legislação e nas normas em vigor, e do *SUS democrático*, derivado do *projeto* da Reforma Sanitária e coerente com as proposições políticas formuladas pelos movimentos sociais e pelas conferências de saúde, surgem com força crescente: o *SUS para pobres*, centrado numa “assistência primitiva de saúde” mediante focalização, tal como

recomendava o Banco Mundial para mitigar os efeitos perversos das políticas de ajuste macroeconômico; e o *SUS real*, refém dos desígnios da chamada “área econômica”, do clientelismo e da inércia burocrática que, a cada momento, amplia os espaços do mercado para o seguro-saúde e os chamados “planos de saúde” (PAIM, 1996). Este *SUS real*, expressão do domínio do Plano Real sobre a economia, o Estado e a sociedade, configurava uma “contra-reforma”, urdida nos laboratórios do governo federal e fortalecida com a demissão do Ministro Adib Jatene e indicação do novo ministro. No editorial do Jornal do Conselho Federal de Medicina constava a seguinte informação:

O novo ministro da Saúde, Carlos César Silva de Albuquerque, recebeu uma ordem taxativa do presidente Fernando Henrique Cardoso: cirurgia no Sistema Único de Saúde (SUS) [...]. O Presidente está convencido de que o principal problema do sistema é falta de gerenciamento e não de recursos.¹⁰

Se a questão do SUS reduzia-se ao gerenciamento, a opção do governo foi trazer para o Ministério a experiência de gestão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que se transformara em Empresa Pública de Direito Privado. Nas palavras do então Presidente:

Jatene resolveu deixar o governo em novembro de 1996. Estava insatisfeito com as restrições orçamentárias ao uso das verbas que ele obtivera por ter batalhado fortemente, desde o governo anterior, em favor do novo imposto que se tornaria a CPMF, destinado a financiar os gastos de sua área. Com a ajuda de Vilmar Faria, trouxemos para o cargo um médico que se notabilizara na administração hospitalar em Porto Alegre (CARDOSO, 2006, p. 258).

Com um novo ministro e uma séria crise no setor, o governo recebia os protestos da corporação médica. Segundo o jornal do CFM, este ministro era observado pelo “núcleo do poder palaciano”, ou seja, os ministros Paulo Renato (Educação), Antônio Kandir (planejamento), Bresser Pereira (Administração e Reforma do Estado) e o senador José Serra.

Saem os médicos. Entram os economistas. A visão gerencial e economicista da Saúde deixam de ser exclusiva da equipe econômica. Passou a ser um dogma de governo, com a Presidência e os ministros da Fazenda, Administração, Saúde e Planejamento [...]. O novo ministro da Saúde é médico, mas sua porção administrador é a mais influente, ativa e praticada. Ele vem para aplicar um novo modelo de Saúde, que sabidamente, não estará no controle e formulação final de sua pasta.¹¹

Nessa época, o Ministro da Administração e Reforma do Estado defendia a descentralização do SUS e a “competição administrada” entre os fornecedores de serviços de saúde com a seguinte argumentação:

Com a implantação desse novo sistema de administração do SUS ficará demonstrada mais uma vez uma idéia fundamental: para melhorar os serviços sociais do Estado brasileiro, sem dúvida, os recursos são escassos, mas mais escassa ainda é a capacidade administrativa de geri-los. [...] O aumento da autonomia dos administradores hospitalares, no caso dos hospitais estatais, só será viável através do projeto que prevê sua transformação em organizações públicas não estatais (organizações sociais) (BRESSER-PEREIRA, 1997, p.19).

A palavra de ordem no Ministério da Saúde era “flexibilização do SUS”, ou seja, o *SUS real*, conforme um trocadilho proposital. Enquanto a CPMF era aprovada contra a vontade do Ministro da Fazenda Pedro Malan e do próprio Presidente da República, sob o argumento de que aumentaria a inflação, cerca de R\$ 17,9 bilhões do Cofins e do imposto sobre o lucro das empresas deixaram de ir para as áreas de Saúde, Previdência e Assistência Social. A dominação da área econômica, com o aval do Presidente, explicava claramente a queda do Ministro Jatene:

Como a fonte CPMF era incerta e não se cumpriu no ano de 1996, os recursos que tivemos em 1996 foram inferiores aos efetivamente gastos em 1995. [...] O que se pretendeu na área econômica foi que levássemos essa dívida para 97 e, com a arrecadação da CPMF, pagá-la, esterilizando por antecipação o que vou arrecadar da CPMF. Não aceitei isso. [...] Essa é uma das razões por que saí (JATENE, 1997).¹²

O novo ministro comprometia-se com a mudança do modelo de atenção através do Programa Saúde da Família (PSF) (RADIS, 1997), apresentando a proposta de ampliação de 847 para 3.500 equipes de saúde da família (ESF).

Durante o *V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, naquele mesmo ano, foi examinado o debate internacional sobre as reformas em saúde, incluindo as propostas para a América Latina. Assim, as reformas setoriais levadas a cabo a partir da década de oitenta, sob a perspectiva neoliberal, enfatizavam o “gerencialismo”, a “tecnologia institucional”, a “competição administrada”, os “custos de transação”, o atendimento ao consumidor, a competição e a regulação, como se pode verificar a seguir:

Apesar do discurso ideológico radical e da subjacente falsa polarização entre regulação e competição, o resultado mais evidente dessas reformas, até o momento, é um Estado mais intervencionista e regulador, além de que, nos países europeus, preservaram-se os princípios universalizadores e os mecanismos originais de financiamento dos sistemas de serviços de saúde, porém, não como revalorização da solidariedade, mas como uma dimensão crucial da regulação estatal, asseguradora tanto da contenção de custos quanto de padrões mínimos redistributivos. [...] Essa agenda reformadora tem sido preconizada para a América Latina pelos organismos internacionais, sobretudo o Banco Mundial, e está atrelada aos planos macroeconômicos de estabilização e ajuste. Pode-se dizer que, paulatinamente, tem sido reelaborada em nível regional, tanto pelos *policy makers* dos distintos países quanto pela intelectualidade e os formadores de opinião.¹³

Entre as conclusões da oficina foram questionadas a consistência das “organizações sociais” propostas pelo MARE e as evidências que comprovassem os resultados que a agenda hegemônica preconizava. Justificava-se uma pauta de discussões e investigações entre universidades, formuladores e implementadores de políticas, a exemplo de estudos comparados e contextualizados das reformas.¹⁴

Como se posicionavam os atores/autores do movimento sanitário diante das mudanças propostas pelo Ministério da Administração e

Reforma do Estado (MARE), sob a condução do Ministro Bresser Pereira? Como se configurava a RSB a partir da “reforma da reforma”? Ao completar vinte anos de Cebes o movimento realizou um balanço crítico e apresentou, através de vários dos seus militantes muitas críticas, novas pautas e algum desalento e perplexidade:

No conjunto, ‘leva-se a vida’. Emprego e segurança parecem ser temas que calam mais fundo no coração das pessoas. Talvez, por isso, um certo sentimento de vazio e, até mesmo, uma certa perplexidade (NOVAES, 1997, p. 20).

O autor citou uma manifestação pública do Presidente do Cebes (Gestão 94-96), Prof. Volney Garrafa, para ilustrar tal sentimento, na qual registrara que os companheiros estavam atarefados com a administração e com pouco tempo para a militância, resultando na baixa participação e na pequena pressão. A apreciação política da conjuntura produzia leituras ainda mais críticas, sublinhando as características e os modos de atuação usuais do Estado brasileiro:

O antigo movimento sanitário se esfrangalhou, divididos em escolas com capital de saber que preservamos compulsoriamente da contaminação alheia [...]; em grupos de interesse montados para fazer carreira nas instituições [...]; em tendências partidárias ou semi-partidárias [...]. Ademais, não há como desconhecer que o Estado brasileiro - estado operado por atores sociais realmente existente, como identidade bem marcada - vem ele próprio impedindo a efetiva implantação do SUS. Primeiro, porque não o financia de modo conveniente; segundo, porque, ao gerenciá-lo, não tem buscado qualidade e eficácia da atenção; terceiro, porque não realiza reformas da máquina administrativa e assistencial sem as quais o SUS não conseguirá passar do papel (CAMPOS, 1997, p. 113).

Este Estado brasileiro realmente existente e o papel desempenhado pelo mesmo no sentido de obstar a implementação da SUS e de criar obstáculos para o *processo* da Reforma Sanitária não eram muito questionados, até então, pelo movimento sanitário. Ainda que nessa oportunidade o autor não diferenciasse o SUS em relação a RSB, desmistificava certas ilusões relativas ao Estado brasileiro alimentadas

por análises abstratas misturadas com uma certa estatolatria. Mesmo assim, na contramão das tendências predominantes que valorizavam o pragmatismo e o individualismo, de um lado, e a resignação, de outro, a Reforma Sanitária passava a ser vista por alguns dos seus formuladores como uma “utopia democrática”:

A convivência e simultaneidade de padrões democráticos baseados nos direitos individuais e na igualdade, existentes na forma legal e a experiência cotidiana de adequação à uma sociedade altamente hierarquizada e discriminadora, através de seus conhecidos rituais de passagem entre estes dois mundos, bem como a inexistência de um projeto nacional de desenvolvimento que tomasse a questão da desigualdade e exclusão como cerne da questão democrática, acabaram por minar as possibilidades de concretizar um sistema igualitário de saúde. Ao contrário, em uma situação de crise econômica e ajuste liberal, com redução de gasto público e da atuação redistributiva do Estado, como a que enfrentamos nos últimos anos, a segmentação social manifesta-se como predomínio da lógica individualista, na qual cada um busca defender seus interesses egoístas, transformando a política pública em palco da disputa de privilégios corporativos (FLEURY, 1997, p. 34).

Esta análise de viabilidade do *projeto* da Reforma Sanitária naquelas circunstâncias era acompanhada de uma aguda interpretação da conjuntura e do reconhecimento de uma das lições decorrentes da tentativa de implantação do mesmo, privilegiando a trincheira legislativo-parlamentar: “NÃO SE CRIA IGUALDADE POR LEI, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei” (FLEURY, 1997, p. 34). Nessa reflexão sobre os impasses da RSB a autora reconhecia:

Paradoxalmente, a tradução da concepção ampliada da saúde na norma legal não foi acompanhada de uma alteração das práticas sanitárias prevalecentes, de tal forma que se pode avaliar que a Reforma Sanitária, originada como contestação ao modelo médico hegemônico, tem sido a principal via de sua expansão e institucionalização através do Sistema Único de Saúde (FLEURY, 1997, p. 35).

Este paradoxo fica mais evidente no que tange à formação dos profissionais de saúde, pois as proposições da Medicina Preventiva/Integral e da Medicina Comunitária foram alvo de duras críticas pela Saúde Coletiva e precursores do movimento pela Reforma Sanitária:

É preciso ter claro que o próprio movimento crítico cujas bases foram a discordância política e ideológica, nem sempre conseguiu perceber-se como participante, de algum modo, da cultura técnica e social que historicamente gerou a hegemonia, e, ainda que não completamente inserido nesta, de viés ou soslaio, também contribuía em sua reprodução, já que a crítica político-ideológica nem sempre alcança a dimensão dos valores culturais. Aliás, o discurso das transformações do discurso crítico, mostra a dificuldade e o amadurecimento do movimento pela Reforma Sanitária, neste percurso (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 285).

Com base nessas constatações é possível inferir não só que a RSB tinha dificuldades de fazer o que prometera, como também, encontrava obstáculos para construir viabilidade a partir da constituição de novos sujeitos numa sociedade altamente hierarquizada e discriminadora:

A Reforma Sanitária, ao materializar, em um corpo legal, seus princípios doutrinários e as estratégias organizacionais, incorreu na sobrevalorização dos aspectos formais da democracia, que, ainda que imprescindíveis, não foram suficientes para garantir a concomitância entre o mundo da norma legal e o mundo da vida, usualmente, distanciados na experiência brasileira (FLEURY, 1997, p. 35).

Outros temas priorizados na coletânea do Cebes dizem respeito à gestão hospitalar (BARBOSA, 1997), Reforma Psiquiátrica (AMARANTES, 1997), direito sanitário (DALLARI; FORTES, 1997, SANTOS, 1997), bioética (SCHRAMM, 1997), produção farmacêutica e de imunobiológicos (GADELHA; TEMPORÃO, 1997), entre outros. Essas temáticas passaram a ser objeto de preocupação na segunda metade da década de noventa. Certas lacunas do conhecimento e da

prática foram mencionados, especialmente no que se refere às ações técnicas, organizativas e gerenciais:

Somente agora são trabalhadas da perspectiva reformadora dos serviços de saúde, introduzindo para o interior do movimento pela Reforma sanitária brasileira, a crítica e reforma das ações técnicas, das ações organizacionais e gerenciais, das práticas em saúde como um todo e da autopercepção dos trabalhadores da saúde enquanto agentes e cidadãos no trabalho, seja transformando seu modo de representação de interesses coletivos, seja sua cultura profissional e seu papel na reforma das instituições e das políticas de saúde (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 287).

Esses impasses percebidos e analisados pelos intelectuais orgânicos da RSB eram interpretados de forma distinta pelo Ministério da Saúde. Embora seus dirigentes admitissem que a crise da saúde pública era estrutural exortava outros ministérios, estados, municípios, indústria, comércio e os cidadãos brasileiros para enfrentá-la e “reverter as estatísticas mais dramáticas”.¹⁵

E assim o Presidente Fernando Henrique Cardoso e o Ministro da Saúde, Carlos César de Albuquerque, lançaram em 20 de março de 1997 “o ano da saúde no Brasil”,¹⁶ estabelecendo ações e metas prioritárias com destaque para Saúde da Família, descentralização com gestão plena, saúde da mulher e da criança, regulamentação dos planos de saúde, revisão da tabela do SUS, entre outras. O número especial do *Radis* dedicado a tal proposta tinha como subtítulo “Entre o Estado Mínimo e o Estado Necessário” e trouxe muitos comentários e críticas de professores, pesquisadores e especialistas sobre as ações e metas prioritárias apresentadas pelo governo.¹⁷

Diversas lideranças do movimento sanitário¹⁸ ao analisarem aquela conjuntura e suas relações com o *projeto* da Reforma Sanitária, as políticas de saúde e a implementação do SUS, divergiram quanto à interpretação das medidas tomadas pelo Governo FHC, reconhecendo nele uma complexidade para além da designação de “neoliberal”. Alguns admitiam que era formado por um conjunto de forças heterogêneas, com “ilhas de racionalidades” distintas. Outros

constatavam políticas contraditórias e fragmentadas na dependência da composição política em cada aparelho do Estado, dificultando uma percepção clara sobre qual seria a política de saúde do governo federal.

A ênfase no plano de estabilização econômica sugeria certa incompatibilidade com o financiamento de políticas sociais baseadas no princípio da solidariedade, com tendência de importar a lógica do mercado para as instituições estatais, podendo aumentar a iniquidade e a seletividade. No que se refere à Reforma Sanitária considerava-se que a base de aglutinação em torno do seu *projeto* encontrava-se na luta pela democratização e, obtida a vitória pelas forças progressistas, verificava-se uma dificuldade de construir consensos. Apontava-se para uma interpretação segundo a qual o movimento sanitário teria confundido o público com o estatal, devendo-se discutir todo o sistema de saúde e não apenas o SUS, pois o setor privado permanecia fora do controle público. Certas alternativas de assistência e de gestão, consideradas irreversíveis por alguns dos participantes da oficina de trabalho, eram criticadas por quebrarem princípios do SUS e da Reforma Sanitária.

No que diz respeito ao papel do Estado, não houve discordâncias quanto às funções de regulação e de informação. As divergências concentraram-se em relação ao financiamento e na prestação de serviços, com duas posições distintas: a) O Estado exerceria o papel de regulador, retirando-se da prestação direta dos serviços, com algumas exceções; seria um Estado pequeno, forte, ágil e penetrado pelo controle social, aparentemente diferente do Estado mínimo; essa posição defendia as organizações sociais como modo de gerenciar hospitais; b) Defesa de um Estado regulador e prestador direto de serviços, face o papel redistributivo, pautado na lógica da solidariedade, rejeitando as organizações sociais pelos riscos de inviabilizarem a referência e a contra-referência, bem como a construção de redes de serviços de saúde.

Finalmente, empreendeu-se uma reflexão visando ao estabelecimento de uma agenda que permitisse uma atualização da

Reforma Sanitária, identificando questões e pontos que pudessem agregar interesses com princípios aglutinadores. Nesse sentido foram destacados: instituição de um novo pacto federativo; mudança do modelo assistencial; papel do Estado frente às necessidades sociais e de saúde; relação público/privado; gestão das políticas e controle público; comunicação e saúde e suas implicações na constituição da cidadania; informação em saúde e sua relevância na regulação do sistema; e formação/capacitação e administração de recursos humanos.

Este encontro, no que pese a sua importância para fundamentar a atuação de um novo sujeito político do movimento sanitário – a Rede UNIDA, na realidade, permitiu visualizar pelo menos três correntes entre seus participantes. A primeira, identificada com o governo FHC, procurava reatualizar a RSB para melhor integrá-lo (“reforma da reforma”). A segunda apostava no espaço das contradições e nas possibilidades de FHC avançar na saúde. E a terceira criticava o projeto do governo como incompatível com políticas sociais calcadas na solidariedade, ainda que buscasse avançar, atuando sobre as contradições.

Embora essa pauta tenha deixado de incluir na agenda da Reforma Sanitária um conjunto de proposições que transcendessem suas dimensões setoriais e administrativas, teve o mérito de superar o desalento e a perplexidade. Contudo, se a ênfase dessas propostas na dimensão setorial da reforma pode ser inteligível numa perspectiva pragmática de entidades, como o Conass e o Conasems, diante da adversidade da conjuntura, era insuficiente para promover a vitalidade do Cebes e da RSB. Nessa época, até a AMB promoveu uma campanha de “resgate da credibilidade dos serviços públicos se saúde”.¹⁹

No último ano dessa gestão, verificou-se uma inflexão na política de saúde. O senador José Serra (PSDB-SP) aceitou o convite para Ministro da Saúde em março de 1998,²⁰ após um longo período de “fritura” do Ministro Carlos Albuquerque que, por sua vez, havia substituído o Ministro Adib Jatene, ao final de 1996, depois do engodo da CPMF. Em entrevista, o ex-ministro expôs sobre farsas

políticas e sobre os “porões da Saúde”.²¹ Assim, a sociedade tomava conhecimento de que o PFL e o PTB do Rio de Janeiro controlavam 12 hospitais federais, enquanto a Fundação Nacional de Saúde representava um ministério dentro do Ministério da Saúde com 48 mil funcionários, 800 ambulatorios e hospitais, fábricas de fossas, canos de cimento e vínculos partidários com o PFL. Eis a versão, a *posteriori* do Presidente:

Serra vinha discutindo comigo desde fevereiro sua eventual volta ao governo. [...] Houve apenas um incidente que me aborreceu. Serra consultou algumas pessoas sobre a conveniência de aceitar a pasta e a hipótese inevitavelmente acabou indo parar na imprensa, deixando o ministro Albuquerque em situação incômoda e eu, uma vez mais, como ‘fritador’ de colaboradores (CARDOSO, 2006, p. 312).

No discurso de posse, o novo ministro prometeu triplicar as 1.600 equipes de saúde da família em um ano e “transformar a qualidade do atendimento à saúde numa verdadeira obsessão nacional”, reconhecendo que na saúde “o mercado e a concorrência operam mal”. Em entrevista à jornalista Dora Kramer do Jornal do Brasil (JB), o Ministro Serra foi mais explícito:

Eu disse na posse que ninguém é demitido ou fica no cargo por causa de indicação política. Mas, daqui em diante, nós não vamos aceitar indicações políticas. Isso não será mais critério; não se consultará mais as bancadas para saber quem nomear. Hoje, na Receita Federal, no Banco Central e, gradualmente, no Banco do Brasil, já não se adotam esses critérios. Por que a saúde seria diferente?²²

Mobilizando interesses de prefeitos, secretários municipais de saúde e técnicos preocupados com o repasse de recursos financeiros e com a descentralização, foram estabelecidas as orientações para a organização da atenção básica e implantado o Piso de Atenção Básica (PAB). Foram, também, explicitadas as responsabilidades dos municípios, ações, atividades, resultados e impactos esperados, bem como as orientações sobre o repasse, aplicação e mecanismos

de acompanhamento e controle dos recursos financeiros que compunham esse instrumento de transferência de recursos (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

Apesar dessas medidas de desenvolvimento do SUS, a revista *Veja* tinha outra conclusão: “o célebre SUS, criado pela Constituição de 1988, até hoje não foi implantado”.²³ A partir de junho de 1998 os gestores municipais discutiram uma pauta para a “agenda estratégica”.²⁴ Entre os temas propostos para discussão destacavam-se os seguintes: A Reforma Sanitária Brasileira, a Reforma do Estado Brasileiro e a “Contra Reforma Neoliberal da Saúde”; Análise comparada dos modelos de Sistemas de Saúde; O papel dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais; A promoção da saúde como estratégia; Os Recursos Humanos para a Saúde; A economia e o financiamento do SUS; profissionalização da Gestão do SUS, entre outros.

Se o refluxo do movimento da Reforma Sanitária e o desconhecimento da legislação do SUS pareciam, de um modo, dificultar a atuação dos conselhos de saúde (KRÜGER, 2000), de outro colocavam novas posições para os atores no jogo:

O movimento sanitário deixa de ser o articulador político do jogo pela reforma sanitária. O CEBES já havia, desde o início dos anos 90 perdido esse caráter, transformando-se em espaço para veiculação de idéias através da Revista Saúde em Debate. [...] A ABRASCO reforça, cada vez mais, seu objetivo de articulação acadêmica e vai alternar, possivelmente de acordo com a composição de sua diretoria, posições mais progressistas ou mais conservadoras em relação ao conteúdo da política de saúde. A Plenária Nacional de Saúde se reunirá esporadicamente, principalmente em mobilizações por recursos financeiros. [...] O CONASEMS vai se conformar com o papel de coadjuvante, ainda que não se veja desse modo. [...] O CONASS vai adquirir mais relevância na arena burocrática, como decorrência de uma maior importância das funções previstas para o gestor estadual no projeto de reforma do Governo Federal, e não por suas próprias ações. [...] O Banco Mundial continuará oferecendo idéias que são, em grande parte, incorporadas pelo Governo Federal. [...] O Ministro José Serra [...] com força própria é uma das expressões do novo significado que a saúde tem para o Governo Federal (MISOZKY, 2002, p. 107-108)

Esta, em síntese, era a composição das forças políticas mais relevantes na conjuntura da saúde ao final do primeiro mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso, enquanto o bloco de poder que lhe sustentava ajudou-lhe a cair na “tentação da reeleição”:

Por certo não sou ingênuo. Começava, sim, a considerar a hipótese da reeleição. Não via quem pudesse aglutinar as forças políticas necessárias para levar adiante a modernização em curso. Nenhuma liderança surgira com força suficiente para exercer esse papel. Portanto, além da preocupação com meu fortalecimento político para ganhar as batalhas no Congresso, despontava também no horizonte psicológico - devo admitir, sem margem de dúvida - a tentação da reeleição (CARDOSO, 2006, p. 289).

Portanto, o “projeto setorial reformista”, na expressão da OPAS, apresentava resultados significativos: estimava-se que o SUS se responsabilizava pela cobertura de 95% da população em atenção primária, 70% na secundária e 90% na chamada “alta complexidade”; todos os 27 estados e 436 municípios já respondiam pela gestão plena dos seus sistemas de saúde, enquanto 4.228 municípios exerciam a gestão da atenção básica a saúde das suas respectivas populações, de modo que somente 15,3% das cidades e 17,2% da população do país ainda não participavam do SUS.

Quando comparados certos indicadores selecionados antes (anos 1980) e depois da reforma (anos 1990), verificam-se, objetivamente, certos avanços vinculados ao SUS, tais como: cobertura em atenção básica: de 73% para 95% (+30,0%); cobertura vacinal de rotina de menores de 1 ano: de 53,2% para 78,7% (+47,8%); cobertura de controle pré-natal: de 74% para 85% (+15%); cobertura de partos em instituições de saúde: de 80% para 91% (+13,7%); mulheres em uso de anticoncepcionais: de 65,8% para 76,7% (+16,5%); consultas por 1.000 hab. financiadas pelo setor público: de 1.670 para 2.200 (+31,7%); hospitalizações por 1.000 hab. financiadas pelo setor público: de 81 para 75 (- 7,4%).²⁵

Se esses resultados sugerem conquistas do *processo* da Reforma Sanitária nas suas dimensões setorial e institucional, bem como do

governo FHC, estão longe contudo de evidenciar a “totalidade de mudanças” prometida pelo seu *projeto*.

Segundo mandato

No *Programa Avança Brasil: 1999-2002* do candidato que vencera as eleições de 1998 foi estabelecida a meta de implantação de 20.000 equipes de saúde da família (ESF) até 2002, enfatizando o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), programas voltados para a criança e o adolescente, vigilância e controle de doenças, assistência de urgência e emergência, humanização do atendimento e a proteção ao consumidor, incluindo a regulamentação dos “planos de saúde”.

Antes disso foi aprovada a Lei 9.656 de 03 de junho de 1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Esta lei, que passou a regular o sistema de assistência médica supletiva (SAMS) determinava as seguintes providências: abertura da participação de grupos estrangeiros no mercado nacional; atribuição da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde ao Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP); definição da Superintendência de Seguros Privados (Susep) como ente regulatório; criação de um pacote mínimo na assistência à saúde e mecanismos para controlar a seleção de risco pelas operadoras; proibição de exclusão por idade, deficiência física; limites para exclusão de doenças e lesões pré-existentes; garantia de usufruto do plano de saúde após demissão por um período de 6 a 24 meses; vinculação dos planos e seguros a garantias securitárias, atribuindo poder de intervenção à Susep quando essas garantias forem insuficientes; estabelecimento do ressarcimento ao SUS pelas operadoras; criação do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU); e criação da Câmara de Saúde Suplementar.

A chamada “lei dos planos de saúde” foi reforçada pela Lei 9.651 de 28 de janeiro de 2000, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar

à saúde. Esta agência teria como missão regular a assistência à saúde dos consumidores, a assistência dos associados aos planos de saúde e, as operadoras e seguros-saúde (BRASIL, 2002). Apesar da regulação estabelecida, o SAMS manteve as seguintes características: segmentação da atenção contrária a integralidade; desperdício de recursos pela dupla utilização – setores público e privado; iniquidade devido a organização dos planos pela capacidade de pagamento; indução ao consumo e à incorporação, sem critérios, de tecnologia médica.

Nesse período, foi aprovada a EC-29 que procurou equacionar um dos maiores problemas do SUS, ou seja, a instabilidade do financiamento. O Conasems desempenhou um importante papel nessa mobilização: *Aprovem o PEC da saúde: mais verba para o SUS!. O Brasil precisa, o povo merece!*. Esta foi a exortação exposta no seu jornal, quando divulgava as iniciativas adotadas desde 1993. Registrou o apoio do ministro José Serra que prometeu conversar com o senador Antonio Carlos Magalhães (ACM), pedindo a distribuição do projeto e a tramitação rápida.²⁶ Três meses depois anunciou que o *PEC, enfim, chega ao plenário*.²⁷ Assim a EC-29 definia responsabilidades mínimas para a União, estados e municípios: a União deveria assegurar no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 1999, acrescido de no mínimo 5%, enquanto que no período de 2001 a 2004, alocaria o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); os estados e Distrito Federal deveriam garantir 7% do produto da arrecadação dos impostos em 2000 até chegar a 12% em 2004; nesse mesmo período, os municípios passariam de 7% a 15%.

Cabe destacar que o Conasems, além de ser um grande parceiro do movimento sanitário na luta pela estabilidade do financiamento do SUS, teve um papel de vanguarda na discussão da Promoção da Saúde. Desde 1995 essa entidade vinha discutindo a proposta das cidades saudáveis, qualidade de vida e intersectorialidade.²⁸

Nesse período, diversos fatos político-institucionais relevantes foram produzidos: criação da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa);

implantação do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS); adoção do Cartão SUS em alguns municípios; implementação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei 9787/99); realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, e da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001.

Apesar desses fatos a Reforma Sanitária não se apresentava na agenda do governo nem era enfatizada pelo movimento sanitário, inclusive através dos seus protagonistas históricos como o Cebes e a Abrasco. O tema esteve ausente dos editoriais do Cebes nos anos de 1999 (Nº 53) e 2000 (Nºs 54 e 55). Somente no último número de 2000, voltou-se a utilizar a expressão *Reforma Sanitária* ao se proceder a uma homenagem póstuma a David Capistrano Filho.²⁹ No caso da Abrasco, a ausência foi mais longa. Durante seis anos, envolvendo a gestão de duas diretorias (1994-1996 e 1996-2000), a expressão Reforma Sanitária esteve ausente dos editoriais do *Boletim da Abrasco*, excetuando-se, apenas o Nº 60 (janeiro-março, 1996), ao refletir sobre a proposta da 10ª Conferência Nacional de Saúde:

Novos sujeitos coletivos surgiram no cenário da Reforma sanitária, como o CONASS, o CONASEMS e os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde [...]. A Abrasco em toda a sua história constituiu-se como um dos sujeitos coletivos da Reforma Sanitária (EDITORIAL, 1996, p. 1).

Em junho de 2000 foi realizado um *Seminário Nacional Reformas do Estado, Saúde e Equidade no Brasil*, cujo documento final registrava a atuação do Ministério Público na implantação da Reforma Sanitária e apresentava um conjunto de propostas para a configuração de uma *agenda estratégica*, tais como: incentivar o uso de instrumentos epidemiológicos na definição de prioridades de ação e o comprometimento de gestores com metas relacionadas ao estado de saúde da população; impedir que os espaços técnicos de negociação entre os gestores suplantem ou substituam os espaços de controle social; consolidar o SUS, promovendo a regulação pelo

Estado do sub-setor privado de saúde; resgatar a análise da saúde e seus determinantes, evoluindo de políticas de serviços para políticas de saúde; e, finalmente, “identificar as estratégias e agentes para operar este processo de construção da Agenda, utilizando os espaços constituídos pelos Congressos da ALAMES/IAHP, do Conasems e da Abrasco, as Conferências Municipais e Estaduais de Saúde e a XI Conferência Nacional de Saúde”.³⁰

Já a realização da 11ª CNS, tendo como tema central *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade, e Humanização na atenção à Saúde, com Controle Social*, contou no seu comitê executivo com militantes da Reforma Sanitária, inclusive a sua coordenadora, ex-presidente da Abrasco. O mesmo ocorreu com a assessoria de programação que teve a participação do presidente e vice-presidente da entidade, professores da Escola Nacional de Saúde Pública e USP, vinculados ao movimento sanitário, além de representantes do Conasems e Ipea. A publicação *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde* divulgou textos elaborados por encomenda a destacados pesquisadores do campo da Saúde Coletiva. Além disso, foram distribuídos no evento vários documentos de entidades e de movimentos sociais. Os trabalhadores rurais, por exemplo, apresentaram uma “carta aberta” aos delegados da 11ª CNS propondo:

A implantação efetiva do Sistema Único de Saúde nas áreas rurais e urbanas do Brasil, garantindo um atendimento adequado para o meio rural; a ampliação de recursos para as ações assistenciais, de prevenção, educação e promoção da saúde, destacando o acesso ao saneamento básico para todas as famílias; que o Ministério da Saúde apóie efetivamente a capacitação para conselheiros e lideranças dos movimentos populares, em todos os níveis, objetivando a qualificação e ampliação de atuação da sociedade civil no controle social da saúde.³¹

A Abrasco apresentou um documento para fundamentar a atuação dos delegados, registrando a oportunidade de retomar o debate político no sentido de “renovar e atualizar os compromissos com a Reforma

Sanitária em busca da universalização e da equidade” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2000, p. 1).³² Lembrava os princípios aprovados na 8ª. CNS e afirmava que “a agenda de reformas e transformações ali plasmadas não está esgotada nem foi tampouco completamente implementada” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2000, p. 1). Trata-se de um texto elaborado originalmente pelo Prof. Hésio Cordeiro por solicitação da nova diretoria da Abrasco, eleita no ano 2000, ampliado por alguns dos seus dirigentes após reunião com o referido professor.³³ A partir de então a expressão Reforma Sanitária torna-se freqüente nos editoriais do Boletim da Abrasco até meado de 2003, sugerindo certa relevância nas preocupações da entidade. Durante a gestão seguinte, volta a desaparecer, assim ocorrendo até o final de 2006.

O referido documento reforça um dos pressupostos deste estudo que admitia a Reforma Sanitária como uma “promessa não cumprida” pelas forças sociais e políticas que realizaram a transição democrática nos anos oitenta.³⁴ Mas, ao mesmo tempo, reconhecia que o *processo* de lutas para a reformulação da saúde e construção do SUS não poderia ser datado. Entendia a Constituição de 1988 como “a marca indelével de uma etapa vitoriosa da Reforma Sanitária” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2000, p. 1). Percebia, no entanto, certo grau de irreversibilidade do SUS e da RSB face ao arcabouço jurídico-institucional decorrente das leis orgânicas da saúde e de medidas legais e normativas subseqüentes, embora chamasse a atenção que alguns dos seus princípios basilares, a exemplo da Seguridade Social, não tenham sido atendidos pelas políticas públicas. Aquela “promessa não cumprida” poderia ser melhor ilustrada com a síntese apresentada sobre a situação sócio-sanitária:

Os dados de emprego e renda na década de 1990-2000 expressam uma retração na oferta de postos de trabalho, decorrentes de condições estruturais relacionadas às mudanças tecnológicas dos processos produtivos, mas, sobretudo, de fatores recessivos associados às políticas de ajuste econômico. [...] Além disso, aprofundou-se a desigualdade social manifesta por elevação crescente na concentração da renda, com impactos sobre o agravamento

das situações de pobreza e exclusão social, tanto dos que estão fora do mercado de trabalho quanto dos assalariados com precárias condições de trabalho e de remuneração. A fome, a miséria e a crescente violência no campo e na cidade ainda compõem um quadro dramático que envergonha a nação. [...] Alterações na estrutura de morbidade e mortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares, de neoplasias malignas e de causas externas, especialmente as violências afetam jovens e adultos em idade produtiva. [...] A coexistência de regiões com elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, a persistência da desnutrição e da pobreza, as ameaças recorrentes de surtos epidêmicos, a cronicidade das endemias associados a um padrão demográfico de aumento da população de jovens (especialmente nas regiões sul e sudeste) e de idosos e a brutal expansão da violência urbana apontam novos desafios para o SUS (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2000, p. 2-3).

Este quadro sanitário denotava, portanto, que a Reforma Sanitária em curso era menos de *saúde* e mais do *sistema*. Neste havia expansão dos serviços municipais e de quadros técnicos, aumento da oferta de cuidados básicos e ambulatoriais, ampliação da cobertura vacinal e de atendimento às gestantes e a infância, bem como o fortalecimento da estratégia de saúde da família. Todavia, persistia o não cumprimento das diretrizes da universalidade, equidade e qualidade.

Além de responsabilizar as políticas de ajuste macroeconômico na produção da situação sanitária, a Abrasco considerava a Reforma do Estado Brasileiro como ameaça para a Reforma Sanitária e para o SUS. Isto ocorria diante da precarização das relações de trabalho em saúde, transferência da gestão de serviços estatais para organizações não governamentais, aceleração do processo de qualificação-desqualificação das relações técnicas do trabalho em saúde etc. O documento apresentava algumas proposições, com destaque para políticas de desenvolvimento social, particularmente as intersetoriais, estímulo à educação permanente, mecanismos de programação e orçamentação local, recursos para investimentos e custeio, agenda de pesquisa, acreditação hospitalar, superação da precarização da força de trabalho, entre outras (GOLDBAUM; BARATA, 2006).

Apesar de toda esta articulação política, da qualidade dos textos, do manifesto da Abrasco e do empenho dos organizadores da Conferência, é surpreendente constatar que não há, em todo o relatório final do evento, uma menção sequer à expressão Reforma Sanitária. Mesmo que se possa admitir que o conteúdo do *projeto* da RSB estivesse presente nas entrelinhas das análises e proposições, não deixa de ser sintomático, do ponto de vista político-ideológico, a sua ocultação no discurso coletivo.

A partir de então, a Abrasco e o Conasems reafirmaram seus compromissos históricos com a melhoria das condições de vida e de saúde dos brasileiros diante da proximidade das eleições municipais de 2000³⁵, defendendo as políticas de saúde enquanto políticas de Estado. Estas deveriam ser preservadas face à instabilidade na alternância de dirigentes e governos, reiterando a responsabilização solidária entre as três esferas de governo e a adoção de princípios republicanos com a separação público/privado e prevalência do interesse público.

A preocupação em distinguir Estado e governo, a referência aos ideais republicanos, a cobrança da responsabilidade solidária no SUS e o alerta contra a instabilidade ou descontinuidade administrativa diante da mudança de dirigentes e gestores parecem indicar uma consciência emergente sobre a necessidade de enfrentar um dos maiores desafios do processo da Reforma Sanitária no Brasil: a sua subordinação ao Estado, governos, burocracia e partidos, tornando-se refém das “manobras da política” (BERLINGUER, 1988a). Por outro lado, aumentava a consciência sobre a lentidão do processo da RSB:

A Reforma Sanitária em geral, e a Reforma Psiquiátrica em particular, são processos, nem contínuos nem lineares e que dependem da participação de todos os segmentos para alcançar efetivamente os objetivos desejados: inclusão, solidariedade e cidadania emancipada [...] Nesse processo, em que cada passo introduz novos desafios, aspectos desconhecidos ou secundários tornaram-se principais [...]. O CEBES, como entidade da sociedade civil na luta cultural e ideológica, reitera seu compromisso de divulgar, produzir e estimular debates democráticos e as necessárias práticas transformadoras que possibilitem concretizar a Reforma

A despeito dessa paciência histórica do movimento sanitário para compreensão dos obstáculos da RSB, o Brasil passava a ocupar posição de destaque, no plano internacional. No âmbito externo, a 54^a Assembléia Mundial da Saúde, em 2001, situava a política de saúde brasileira à frente das adotadas pela OMS, servindo de referência para atitudes mais ousadas. Nesse particular, destacam-se a defesa do medicamento como direito humano, o controle da AIDS não só através da prevenção mas com o tratamento das pessoas contaminadas pelo HIV, a proposta de produção de medicamentos a preços reduzidos para países pobres, a luta contra o tabaco, com a legislação proibindo a propaganda em rádio e TV (inclusive em eventos esportivos e culturais internacionais), e a política de aleitamento exclusivo nos primeiros 6 meses de vida das crianças. No âmbito interno foi aprovada a Agenda Nacional de Saúde,³⁶ estabelecendo os seguintes eixos prioritários de intervenção para 2001: a) Redução da mortalidade infantil; b) Controle de doenças e agravos prioritários; c) Reorientação do modelo assistencial e descentralização; d) Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; e) Desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde (PAIM, 2003c).

Nesse período, diversos artigos sobre políticas de saúde no Brasil e manifestações de entidades do movimento sanitário possibilitavam identificar dificuldades da operacionalização das diretrizes do SUS e dos princípios da Reforma Sanitária. A Abrasco, por exemplo, retomou muitas das propostas apresentadas durante a 11^a CNS, atualizando o mencionado documento para as eleições presidenciais de 2002:

A agenda política da Reforma Sanitária Brasileira não se encontra esgotada. Cumpre incluir novos sujeitos sociais no seu desenvolvimento e incidir politicamente em cada conjuntura no sentido de reafirmar princípios e diretrizes, além de construir alianças e pactos comprometidos com a radicalidade da proposta de democratização da saúde. As proposições formuladas pela XI Conferência Nacional de Saúde convergem de um modo geral com um conjunto de

propostas elaboradas em toda a história da ABRASCO, ou seja, defendendo: 1) A melhoria das condições de saúde e da existência efetiva de *políticas públicas integradas, com articulação intersetorial e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana*, capaz de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria dos níveis de saúde e da qualidade de vida da população. 2) Fortalecimento do *caráter público das ações e serviços de saúde e da responsabilidade do Estado* no provimento da saúde ao povo, como definido na Constituição Federal, e repúdio à *privatização das instituições públicas de saúde*. 3) *Consolidação do SUS como sistema público de saúde, descentralizado e democrático*, onde as prioridades sejam definidas de *forma participativa*, com instrumentos de *controle social*, que opere mediante *planejamento das ações*, disponibilize os serviços e os medicamentos necessários à população, tendo recursos (humanos, materiais e financeiros) em quantidade e qualidade adequadas. 4) O *fortalecimento do exercício da cidadania* através do Controle Social da sociedade e em especial na área de saúde através das Conferências e Conselhos de Saúde deliberativos e paritários. 5) A X Conferência Nacional aprovou a busca do financiamento definido, definitivo e suficiente para a área de saúde. A partir da PEC 169 foi conquistada a EC 29/00, que *precisa ser cumprida integralmente e regulamentada urgentemente*, incluindo aí as transferências fundo a fundo dos Estados para os Municípios, a fim de atender a demanda de recursos financeiros que viabilizem o Sistema. 6) *Suspensão e proibição de quaisquer contratos e convênios substitutivos da gestão pública*, a exemplo de organizações como o PAS e assemelhados atendendo a preceito constitucional explicitado pela Procuradoria Geral da República. 7) Uma política de Recursos Humanos para o SUS, com *contratação através de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário*. 8) *Acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada*, garantido o financiamento de todos os níveis da saúde, com *autonomia dos municípios e estados* na elaboração e execução de seus Planos, com *aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde*. 9) *A organização da porta de entrada do sistema*, através de distintas iniciativas de estruturação da atenção básica tais como: Saúde da Família, Sistemas Locais de Saúde e outras estratégias, que *devem garantir a territorialização, a gestão pública, a responsabilidade sanitária,*

equipe multiprofissional em dedicação integral, bem como a articulação e integração com os demais níveis de atenção à saúde. 10) A efetivação do SUS, alicerçada nos princípios constitucionais e na legislação infraconstitucional, para que normas e procedimentos não extrapolem os dispositivos legais e sejam respeitadas as competências de cada uma das esferas de Governo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2002, p. 327-328).

A entidade reconhecia a complexidade da conjuntura diante da instabilidade econômica e da grave crise social com elevado desemprego, aprofundamento das desigualdades, descontrole da violência e ampliação dos excluídos, mas sublinhava como relevante o fato de que pela primeira vez desde as eleições presidenciais de 1989, nenhum dos candidatos tinha posições anti-SUS. Ao realizar uma avaliação do movimento da RSB o documento ressaltava:

Uma das conquistas desse movimento foi a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação de políticas descentralizantes e democratizantes, ampliando o controle público sobre o Estado, seus aparelhos e sua tecno-burocracia sanitária. Durante a década de noventa, a Reforma Sanitária, enquanto processo, sofreu avanços e retrocessos mas conquistou novos atores sociais. Mesmo com a implantação tortuosa do SUS, considera-se, presentemente, que o saldo foi positivo. Reduziu-se a mortalidade infantil, foi erradicada a poliomielite, decresceu a incidência de doenças imunopreveníveis, mais de 99% dos municípios brasileiros participam da gestão do SUS, em 2001, pouco mais de 60% dos recursos federais para assistência à saúde no SUS foram repassados diretamente fundo a fundo e 50 milhões de brasileiros passaram a se vincular a 15 mil equipes de saúde da família (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2002, p. 327).

Assim, o documento propunha a construção de uma agenda política suprapartidária, estabelecida coletivamente pelo Conselho Nacional de Saúde, buscando o comprometimento dos partidos e candidatos para as eleições daquele ano com base nos seguintes desafios:

1. A construção da equidade; 2) Realização da coerência entre o perfil da oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e prioridades da população; 3) Atribuições na definição das necessidades da população por serviços no SUS; 4) Garantia do acesso aos serviços dando prioridade à efetivação da porta de entrada através da atenção básica à saúde; 5) Reordenamento organizacional e programático dos serviços de média complexidade, na racionalidade do SUS; 6) Investimento estratégico e ocupação da capacidade instalada existente; 7) Reestruturação dos programas e projetos federais verticais; 8) Planejamento da oferta e remuneração dos serviços; 9) Reorientação da orçamentação, da execução orçamentária e financeira e transparência das planilhas da peça e execução orçamentária; 10) Reorientação da política de recursos humanos; 11) Construção conceitual e operacional da responsabilidade regulatória no SUS. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2002, p. 330-331).

Coerente com as mudanças propugnadas pela RSB e com a concepção ampliada de saúde, inscrita na Constituição da República e na Lei 8080/90, o documento defendia a promoção e a defesa da saúde, no sentido de tomar a qualidade de vida, a saúde e o bem-estar como referentes para a formulação de políticas públicas, econômicas e sociais. Criticava as políticas de ajuste macro-econômico, a fragmentação das políticas públicas, o isolamento de ministérios e órgãos afins, a superposição de ações, o desperdício de recursos e o loteamento de cargos em função de arranjos políticos e partidários. Finalizava com a seguinte advertência:

Por isso a Nação espera dos seus dirigentes maior comprometimento com a garantia do direito universal à saúde, a implementação de políticas públicas voltadas para a promoção e proteção da saúde, bem como o respeito às diretrizes formuladas pela sociedade organizada durante as conferências de saúde para que o SUS possa ser aquilo que prometeu (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2002, p. 331).

Esses movimentos foram saudados em um editorial do Cebes como “retomada do debate sobre a Reforma Sanitária” entre personalidades e intelectuais do movimento dispersos em distintos

partidos e campanhas eleitorais, permitindo identificar “convergência de propostas para o setor saúde a serem defendidas nos próximos anos, qualquer que seja o candidato vitorioso” (EDITORIAL, 2002b, p. 247). Não era possível ignorar, todavia, certos resultados apresentados ao final do segundo mandato de FHC no que diz respeito à saúde: alcançavam-se em 2002, 6,7 hospitalizações SUS e 2,5 consultas por 100 habitantes, correspondendo um decréscimo de 17% das internações e um acréscimo 53% das consultas quando comparados tais valores àqueles anteriores à implantação do SUS (1987), enquanto o Programa Nacional de Imunizações atingia 95,6% dos menores de um ano com vacina DPT, 97% anti-pólio, 93,3% anti-sarampo, 100% com BCG e 89% com a vacina contra Hepatite B.³⁷ Não obstante tais resultados, o reconhecimento de que o SUS, ou mais amplamente a Reforma Sanitária, não haviam avançado na “era FHC” reforçava, mais uma vez, o pressuposto da “promessa não cumprida”.

O momento que estamos vivendo revela a paralisia do pensamento crítico nacional. O movimento sindical está paralisado e a universidade não tem feito nenhum debate crítico mais avançado. Isso exige que retomemos a Reforma Sanitária, enxergando o SUS a partir dessa reforma, e não vendo o SUS pelo umbigo do SUS. O umbigo do SUS vai apenas regular o que está aí [...] A discussão substantiva que o campo do pensamento crítico da oposição deve assumir é a mudança do modelo assistencial, retomando a Reforma Sanitária e reforçando o SUS (RADIS ENTREVISTA: Sérgio... 2002, p. 21).

Daí a insistência da Abrasco e do Cebes na defesa do projeto original da Reforma Sanitária durante as eleições de 2002, apoiada em documentos de referência anteriores.³⁸ Defendendo a “radical implementação da Reforma Sanitária” a carta explicitava diversas posições, entre as quais:

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira sempre pretendeu produzir uma mudança cultural na sociedade brasileira tendo a saúde como eixo de transformação, assim como modificar as políticas do Estado Brasileiro sem limitar-se a mudanças setoriais ou políticas de governo. Consideramos

a Reforma Sanitária como a única reforma democrática do Estado brasileiro, com caráter processual e ainda inconclusa. Esse processo exige a permanente reflexão sobre os rumos, resultados e procedimentos. A Reforma Sanitária engloba uma multiplicidade de objetos e concepções que ultrapassam as tarefas de organização do Sistema Único de Saúde [...]. É chegado o momento de recuperar a Reforma Sanitária em sua amplitude, com as propostas de relações sociais e humanas contidas no projeto original emanado da 8a. Conferência Nacional de Saúde (1986) e plasmado na Constituição da República Federativa do Brasil (1988). [...] A Reforma Sanitária Brasileira tem como princípio orientador a promoção da justiça social [...]. Concebemos Saúde como componente indissociável da Seguridade Social [...] As políticas nacionais de Ciência e Tecnologia e Industrial em Saúde são componentes fundamentais da Reforma Sanitária [...]. A defesa da Reforma Sanitária [...] significa o envolvimento na promoção de uma cultura de paz e tolerância por meio de manifestações permanentes e de ações regulares que intervenham nos determinantes e condicionantes da violência em todos os seus âmbitos e aspectos. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA...; CENTRO BRASILEIRO..., 2002).

Portanto, a perspectiva de uma nova correlação de forças, a partir das eleições presidenciais, sinalizava para alguma oportunidade e renovadas esperanças de que o projeto da RSB fosse retomado e reinserido, radicalmente, na agenda das políticas públicas do país.

Notas

- ¹ Discurso de posse de José Serra como Ministro da Saúde em 1998. Ver também *Das galés à sala vip*, Jornal do Brasil, de 19 de abril de 1998.
- ² Publicado no Jornal do CONASEMS, n. 20, em março/abril de 1995 sob o título *Mobilização para defender a Saúde*. Ver também *Reforma da Previdência ou desmonte da Seguridade Social?* publicado no Boletim da Abrasco, n. 55, em janeiro/março de 1995.
- ³ Ver o *Boletim da Abrasco*, 55, em janeiro-março de 1995 sob o título *Reforma da Previdência ou desmonte da Seguridade Social?*
- ⁴ *Saúde é problema n. 1*, diz pesquisa realizada pelo Datafolha em 11 capitais, publicada na Folha de São Paulo, de 22 julho 1995.

- ⁵ Consta também em outro documento, distribuído nessa conferência, denominado “Uma agenda para a 10a. Conferência Nacional de Saúde” com vistas ao avanço do projeto da Reforma Sanitária e à implementação do SUS.
- ⁶ Ver: “Uma agenda para a 10ª Conferência Nacional de Saúde”, assinado por Ana Maria Costa, Nelson R. dos Santos, Elizabeth Barros, Roberto Nogueira, José G. Temporão, entre outros.
- ⁷ Nessa Conferência, o Cebes divulgou um documento intitulado “Carta da Saúde: Por uma Reforma Sanitária contra a exclusão social e pela dignidade da vida humana”. Ver, ainda, o documento distribuído: “O CEBES na 10ª Conferência Nacional de Saúde. 20 anos de luta pela Reforma Sanitária”.
- ⁸ Ver PLENÁRIA Nacional de Saúde, 1995, p. 3
- ⁹ Em defesa do SUS. *A Tarde*, 16 mar. 1997. Lazer & Informação, Caderno 3, p.4.
- ¹⁰ SUS: A Contra-Reforma. *Medicina. Conselho Federal*, 77, p. 1, jan. 1997. e não de recursos”.
- ¹¹ Ver: Novo ministro, novo SUS? *Medicina. Conselho Federal*, n. 77, p. 3, jan. 1997.
- ¹² Ver: Entrevista, *Medicina. Conselho Federal*, n. 77, p. 21-23, jan. 1997.
- ¹³ ALMEIDA, C.M. de. Reforma administrativa e reforma sanitária: uma discussão das tendências internacionais e das propostas para o caso brasileiro: notas para discussão. (Texto apresentado para discussão na oficina de trabalho Reforma do Estado e Reforma Setorial: Novos Modelos de Gestão, promovida pela Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul, realizada durante o Congresso da ABRASCO, com o apoio do CIID/Escritório Regional-Montevidéu). Lindóia, 25 e 26 de ago. 1997. p. 13-14.
- ¹⁴ REDE DE INVESTIGAÇÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONE SUL. Oficina de Trabalho da rede no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO) 25 e 26 de ago. 1997. Águas de Lindóia, SP. Oficina de Trabalho I. Reforma do Estado e Reforma Setorial no Brasil: Novos Modelos de Gestão. *Síntese do Relatório Final*. 9p. Ver apresentações no Congresso da Abrasco/ALAMES/IAHP em Salvador, dez anos depois, que reforçam a falta de evidências científicas para as reformas setoriais levadas a cabo, recentemente, na Holanda e na Inglaterra.
- ¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. *A Saúde no Brasil*. Brasília, mar. 1997. 57p.
- ¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. *1997 O Ano da Saúde no Brasil. Ações e Metas Prioritárias*. Brasília, mar. 1997. 16p.
- ¹⁷ Ver: *Tema*, Radis, 14, jul. 1993. 31p.

- ¹⁸ Ver: Rede UNIIDA. Oficina de Trabalho Conjuntura Atual e Políticas de Saúde. *Relatório Final*. Salvador, 1997. 9p. Entre os participantes, podem ser mencionados: Amélia Cohn, Carmen Teixeira, Célia Almeida, Cristina Melo, Eugênio V. Mendes, Jairnilson Paim, João Martins, Laura Feuerwerker, Lilia Schraiber, Mourad Belaciano, Naomar de Almeida Filho, Oswaldo Tanaka, Paulo Amarantes, Sebastião Loureiro, Sérgio Arouca, Waldir Mesquita, entre outros.
- ¹⁹ Ver: AMB lança campanha de conscientização popular por melhores serviços públicos de saúde. *JAMB*, 2, jan. 1997.
- ²⁰ Segundo Bob Fernandes, “prosaico dizer que já se anuncia um ensaio para a sucessão presidencial de 2002” (*Carta Capital*, 1 abr. 1998, p.30).
- ²¹ Ver: *Carta Capital*, 1 abr. 1998, p. 28-34.
- ²² Ver: Das galés à sala vip. *Jornal do Brasil*, 19 abr. 1998.
- ²³ Ver: *Veja*, 1 abr. 1998, p.34.
- ²⁴ Ver: Oficina de concepção de uma agenda política estratégica do CONASEMS, para implementação do SUS no Brasil. s/l/s/d.
- ²⁵ OPAS. Brasil. *O perfil do sistema de serviços de saúde* (1 dec. 1998). 19p.
- ²⁶ Ver: *Jornal do CONASEMS*, 59, fev. 2000.
- ²⁷ Ver: *Jornal do CONASEMS*, 62, maio 2000.
- ²⁸ Ver: Promovendo a qualidade de vida. Secretários apontam a intersectorialidade como modelo para o bem estar social. *Jornal do CONASEMS*, 62, p.3, maio 2000.
- ²⁹ Ver: “A Reforma sanitária não está encerrada. É um processo de construção permanente sob avaliação crítica” (EDITORIAL, 2000, p. 3).
- ³⁰ Ver: Agenda Política Brasil em Defesa da Saúde como Direito da Cidadania e como Bem Público. Seminário Nacional Reformas do Estado, Saúde e Equidade no Brasil. Rio de Janeiro, 20 jun. 2000, p. 7-9.
- ³¹ Ver: Carta Aberta dos Trabalhadores Rurais aos Delegados da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 15 de dezembro de 2000 (Articulação Nacional das Mulheres Trabalhadoras Rurais (ANMRT), Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB), Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA).
- ³² Trata-se de um documento da Abrasco para a XI Conferência Nacional de Saúde, atualizando a agenda da Reforma Sanitária Brasileira.
- ³³ Ver Encarte no Boletim Abrasco, n. 79, out.-dez, 2000.
- ³⁴ Ver, por exemplo: ELIAS, P. E. *Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil*. Cuernavaca: [S.n.], jun. 1997. 28p.

- ³⁵ A ABRASCO E O CONASEMS EM DEFESA DA VIDA. Salvador, fim de inverno de 2000. 2p.
- ³⁶ Portaria N° 393, de 29 de março de 2001. *DOU*, 30 mar. 2001.
- ³⁷ OPAS. *Brasil: o perfil do sistema de serviços de saúde*. Brasília, mar. 2005. 38p.
- ³⁸ Ver, especialmente: *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes* e *Carta Compromisso: pela consolidação do Sistema Único de Saúde. Por uma política de Cidadania!*, elaborados pelo Conselho Nacional de Saúde; *Por uma nação solidária!*, divulgado pelo Cebes; e *A agenda reiterada e renovada da Reforma Sanitária Brasileira*, redigido (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2002).