

Período Lula

Jairnilson Silva Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PAIM, JS. Período Lula. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 241-268. 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 LULA

O processo da reforma sanitária brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante.¹

O início do governo foi visto com reservas por segmentos do movimento sanitário, apesar de contar com muitos dos seus quadros na equipe do Ministério da Saúde. Assim, a Diretoria Nacional do Cebes alertava:

No governo há setores que desconhecem a história de luta para conquistar o direito à saúde e a unificação dos sistemas no SUS. Dirigentes progressistas consideram a Reforma Sanitária, ainda parcialmente implantada, uma utopia (EDITORIAL, 2003a, p. 3).

A saúde não estava presente no discurso do presidente eleito nem do coordenador do grupo de trabalho que operou a transição para a nova gestão. O Ministro da Saúde foi um dos últimos a ser indicado na composição da equipe do primeiro escalão, mas todas as secretarias que compunham a estrutura do novo ministério foram contempladas com dirigentes que tiveram participação no movimento sanitário.

A área econômica mantinha a política monetarista do governo FHC e o Ministério da Saúde foi um dos setores que sofreu, em termos

absolutos, maior contingenciamento de recursos. Mesmo assim, o primeiro ano do governo Lula encontrou no Ministério da Saúde um dos poucos espaços onde a equipe dirigente procurou construir políticas de saúde coerentes com o SUS, apesar das limitações orçamentárias (MENDONÇA *et al.*, 2005, TEIXEIRA; PAIM, 2005).

O governo contemplou a gestão participativa, criando uma secretaria específica para tal função e nomeando Sérgio Arouca como seu primeiro Secretário:

Nesse sentido a maior participação da sociedade se coloca como diretriz para a construção de novos pactos. Com, isso, o movimento da Reforma sanitária surge mais uma vez como exemplo de sucesso e expressão da força da sociedade organizada.²

A expectativa era de que a mobilização em torno da 12^a Conferência Nacional de Saúde propiciasse uma nova pactuação para o desenvolvimento da Reforma Sanitária e do SUS, forçando o governo a assumir propostas e compromissos mais progressistas.

A 12^a Conferência Nacional de Saúde

O momento de realização dessa Conferência foi marcado por alguns traços especiais. Em primeiro lugar, tratava-se de um evento no Governo Lula, oportunidade vista por muitos como possibilidade de retomada dos ideais da Reforma Sanitária. Em segundo lugar, por ser uma proposta de Sérgio Arouca, formulada desde o grupo de transição, ainda que pessoalmente não pudesse atuar na sua preparação em virtude do seu falecimento em agosto de 2003. Na edição especial sobre as conferências estaduais de saúde o Jornal do Conass prestou uma “homenagem ao companheiro Sérgio Arouca, líder de toda uma geração de sanitaristas e ex-Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro”, citando um trecho da sua entrevista concedida ao Pasquim 21, edição 28, de 20 de agosto de 2002:

Nós fizemos a Reforma Sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração desse modelo e mudar.³

Em terceiro lugar, por contar na sua concepção e condução com militantes históricos da Reforma, a exemplo de Eduardo Jorge, Ana Maria Costa e Sarah Escorel, esta presidente do Cebes. Em quarto lugar, pelo ineditismo de o Ministério da Saúde explicitar proposições e diretrizes referentes aos dez eixos temáticos, sinalizando para os alvos das políticas de saúde do governo que se iniciava. O tema central *Saúde: um direito de todos e dever do Estado; a Saúde que temos, o SUS que queremos* foi subdividido nos seguintes eixos temáticos: Direito à Saúde; A seguridade social e a saúde; A intersectorialidade das ações de saúde; As três esferas de governo e a construção do SUS; A organização da atenção em saúde; Controle social e gestão participativa; O trabalho na saúde; ciência e tecnologia e saúde; O financiamento da saúde; Comunicação e informação em saúde. E por último, face ao compromisso publicamente assumido pelo Ministro Humberto Costa no sentido de acatar as recomendações da 12ª CNS como base para as políticas de saúde (NORONHA, 2003, ESCOREL; BLOCH, 2005).

Como acontece nas conferências nacionais, distintos atores sociais apresentaram as suas posições. Assim, o Conass destacou dez pontos de consenso entre os gestores estaduais reunidos em seminário (Promoção e intersectorialidade; Atenção básica; Vigilância à saúde; Nova norma operacional; Comando único; Recursos humanos; Média e alta complexidade; Instâncias de negociação e deliberação; Financiamento; Assistência farmacêutica), reafirmando o seu compromisso com a RSB:

O CONASS tem o permanente compromisso de defender os princípios do SUS, conquistados na Constituição de 88, aprofundar a reforma sanitária brasileira, na busca do paradigma da promoção da saúde, assegurar o acesso com qualidade e integralidade e promover a inclusão social.⁴

O Conasems aprovou a Carta de Belo Horizonte destacando quatro prioridades de ação: 1) Avançar na consolidação do processo de descentralização; 2) Direcionar esforços que garantam a integralidade de atenção; 3) Garantir o financiamento adequado nos três níveis do sistema; 4) Reconhecer a gestão de pessoas e as relações de trabalho como eixo central de atuação dos três níveis gestores do SUS.⁵

No caso da Abrasco e do Cebes lançaram um documento com vinte itens, reiterando a *Carta à sociedade brasileira - em defesa da saúde dos brasileiros*, elaborada durante o processo eleitoral de 2002. Neste documento as entidades defendiam uma “radical implementação da Reforma sanitária visando à real e substantiva melhoria das condições de saúde da população brasileira”, enfatizando algumas considerações e propostas em certos tópicos tais como:

A Reforma Sanitária engloba uma multiplicidade de objetos e concepções que ultrapassam as tarefas de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]. É chegado o momento de recuperar a Reforma Sanitária em sua plenitude, com as propostas de relações sociais e humanas contidas no projeto original [...]. A Reforma Sanitária Brasileira tem como princípio orientador a promoção da justiça social, obrigando a redução das assombrosas iniquidades econômicas, sociais e sanitárias [...].⁶

Com tantas referências à RSB, ainda que a considerasse “inconclusa”, é possível que esse folheto tenha ajudado a reativar a memória dos movimentos sociais e militantes presentes na 12ª CNS. Ao contrário do que ocorrera com as três últimas conferências (1992, 1996 e 2000), quando a expressão Reforma Sanitária esteve ausente dos relatórios finais, a 12ª Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca foi um pouco mais generosa com o seu idealizador: a Reforma Sanitária foi mencionada quatro vezes.⁷ Assim, havia sinais positivos na avaliação do Cebes:

Tempos diferentes de elaboração e de respostas é a confluência, que confere a característica central do Movimento da Reforma Sanitária: a convergência das práticas política, científica e ideológica para a transformação das condições

de saúde e de atenção à saúde da população brasileira. [...] É preciso fazer chegar o ideário da Reforma Sanitária ao cidadão no seu dia-a-dia. Essa é, ao nosso ver, a nossa tarefa e a tarefa do governo (EDITORIAL, 2003c, p. 182).

Os desdobramentos dos seus resultados, especialmente o cotejamento entre as propostas do relatório final e as ações do governo nos anos subseqüentes, serão examinadas adiante. Assim no eixo temático correspondente a intersectorialidade das ações de saúde destacava-se:

A articulação entre os diversos ministérios é o caminho para a consolidação da Reforma Sanitária. Significa conferir prioridade a problemas de saúde e garantir sua abordagem de forma intersectorial como política de governo. Nesse sentido, a articulação intersectorial mais próxima do setor Saúde é a constituição de um sistema de seguridade social. Como prática de ação política e de gestão, a intersectorialidade parte da compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes. [...] Entretanto, há um longo percurso, tanto no plano do saber quanto no plano das práticas, que permita fazer a ruptura do próprio modelo do conhecimento e de formação dos profissionais [...]. Na Saúde esse conceito [determinantes de saúde] é facilmente compreensível, pois a qualidade de vida é produto de um amplo conjunto de variáveis inter-relacionadas, associadas a diferentes setores da ação pública e social. A obtenção da equidade em saúde depende da implementação de políticas públicas intersectoriais, pois as iniquidades são determinadas pelas desigualdades no acesso, na distribuição e na oferta de bens geradores da qualidade de vida, tais como: renda familiar, trabalho (urbano e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar e nutricional, equidade na qualidade do ensino, lazer e outros. Entre os profissionais de saúde já existe a consciência de que seus saberes e sua atuação setorial são insuficientes para alcançar resultados efetivos e transformadores para problemas complexos e para promover a qualidade de vida da população (p. 28).

Com base nessa argumentação que valoriza a intersectorialidade e uma concepção ampla de promoção da saúde as proposições

apresentadas terminam por destacar numa delas o *processo* da Reforma Sanitária:

Reafirmar os princípios e as diretrizes do SUS de garantia universal, integral e eqüitativa do direito à saúde, consagrados no processo da Reforma Sanitária Brasileira e pela Constituição de 1988, que deverão se expressar na efetiva prática de promoção, proteção e recuperação da saúde, com articulações intersetoriais nas três esferas de governo, formulando políticas e ações para a melhoria da saúde e da qualidade de vida integradas à sociedade civil organizada e aos movimentos sociais, assegurando a participação efetiva e o controle social. (p. 30).

Outros momentos do corpo do relatório da 12^a CNS que, a título de argumentação, faz referência à RSB, dizem respeito aos eixos temáticos do Controle social e gestão participativa, assim como o de Ciência e tecnologia e a saúde. No primeiro caso, reitera-se que o controle social representa uma das diretrizes da Reforma Sanitária e da Constituição de 1988:

O controle social da Política de Saúde do SUS é um dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira e uma importante inovação garantida pela Constituição. O controle social e a gestão participativa no SUS contribuem para a ampliação da cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, diferente de uma mera visão de consumidor de bens e serviços (p. 74).

No que diz respeito ao eixo temático de Ciência e tecnologia e a saúde, trata-se de uma tentativa de recuperar a questão científica e tecnológica na agenda da RSB:

A política de pesquisa em saúde é um componente da Política Nacional de Saúde e deve ser incorporada na agenda da Reforma Sanitária. Para tal, a pesquisa em saúde deve ocupar um outro patamar político, orçamentário e financeiro, com a construção de uma Política de Ciência e Tecnologia em Saúde. [...] Essa política deve abarcar todas as dimensões da cadeia do conhecimento, os atores envolvidos na pesquisa em saúde e a

complexidade dos processos de produção de conhecimento científico e tecnológico no setor. Uma agenda de pesquisa prioritária, para ser bem-sucedida, deve decorrer do consenso político, técnico e ético entre os múltiplos atores que operam a pesquisa em saúde e estar orientada para a melhoria das condições de vida da população (p. 99).

No caso desses dois eixos temáticos, apesar da expressão Reforma Sanitária aparecer a título de introdução, deixa de ser mencionada nas dezenas de proposições apresentadas. Contudo, nesse Relatório Final aparecem propostas de alcance amplo tais como: rompimento das práticas setoriais isoladas, agendas intersetoriais e a recomendação de uma Conferência Intersectorial Nacional. A maior parte das demais propostas já tinha sido objeto de deliberações em conferências anteriores. Assim, autores que analisam as conferências nacionais de saúde reconhecem, cada vez mais, suas limitações, pois criam “mais uma imagem-objetivo, mais um ideal a alcançar, do que uma realidade de fato” (ESCOREL; BLOCH, 2005, p. 112).

O relatório final da 12ª CNS não conseguiu ser aprovado pela plenária, dada a sua extensão e “aspectos polêmicos”, transferindo-se tal atribuição ao Conselho Nacional de Saúde que ratificou a versão final em setembro de 2004 e realizando a sua distribuição até janeiro de 2005.

Saúde em Debate [...] esteve presente nos lugares e momentos que se tornaram ‘grandes’ acontecimentos do período - com o inacabado processo da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que expressou momentos de auto-análise para o movimento da Reforma sanitária e, ao mesmo tempo, contribuiu para que não ficasse como um evento parado no ar, risco que ocorreu (EDITORIAL, 2004, p. 189)

Esta preocupação do movimento sanitário, consubstanciada na posição do Cebes, talvez revele uma percepção de que o formato das conferências já não atende os propósitos da sua redefinição instaurada em 1986.

A participação social

A participação social em saúde ampliou-se no governo Lula, embora com limites e ambigüidades. As relações Estado-conselho, por exemplo, apresentaram problemas de fisiologismo (“cabresteados pelo gestor”), falta de capacitação de conselheiros, burocratização, corporativismo, “partidarização e disputa de interesses dos conselhos em razão da interferência política, o que diminui a sua autonomia” (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 225). A percepção da crise do controle social no SUS já é sinalizada nessa investigação:

O resultado do questionário mostra que a institucionalização é um processo contraditório, com dimensões positivas e negativas, de forma mais acentuada na relação com o Estado. [...] Parece que a aposta para a efetividade do controle social está na sociedade. Estaria o Estado, já por demais burocratizado, prisioneiro das amarras do fisiologismo e do descaso? (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 227).

As ambigüidades foram reveladas nos discursos de distintos entrevistados selecionados na pesquisa acima citada. Uns duvidam que o Conselho Nacional de Saúde e a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde debatam com a sociedade (CANTARINO *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 232) enquanto outros advertem que a representação popular e os conselhos “não podem seguir a lógica da forma ‘partido’”. (TAMBELLINI *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 234). Outros, ainda, lembram o fato de que o conselho integra o Estado:

O controle social fala de uma autonomia que não existe, porque o conselho é parte do poder executivo, é parte do Ministério da Saúde e parte das secretarias estaduais e municipais de saúde, é isso que está escrito. É a democratização do aparelho de Estado. Querer se comportar como sociedade civil é uma contradição enorme [...] (ESCOREL *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p.323).

Não obstante as conquistas na democratização do Estado no setor saúde, os conselhos parecem reproduzir os velhos problemas

da política convencional, particularmente no caso em que partidos de sustentação do governo são os mesmos dos conselheiros: “há uma dificuldade no governo Lula, decorrente do fato de que grande parte da militância da saúde é composta por representantes de partidos que estão na base do governo” (FEGHALI *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 246). O aparecimento do “militante profissional de controle social”, atuando em vários conselhos para cumprir tarefas partidárias ou corporativas seria um outro sinal do mal-estar identificado na participação social do SUS:

Tenho uma posição de ressalva no que diz respeito a alguns aspectos do controle social. Por exemplo, surgiu a figura do militante profissional de controle social no Brasil. Pode-se encontrar essa figura, hoje, em toda parte. Principalmente nos maiores conselhos, nos conselhos estaduais, gera-se uma disputa bastante acirrada por posições ideológicas, partidárias, inclusive posições pessoais. (GOULART *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 243).

Assim, o “movimento pelo direito à saúde” ou o “movimento social da saúde”, como vem sendo denominado no período mais recente, enfrenta novos desafios, correndo o risco de tornar o SUS refém dos interesses imediatos dos partidos políticos, aprofundando as “contradições do controle social e do SUS, a partir do governo Lula” (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 261). Diferentemente do movimento sanitário que sempre se pautou por uma ação supra-partidária, praticando uma autonomia relativa face aos governos, esses novos atores sociais parecem resistentes à crítica (TAMBELLINI *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 266), adotando um “defensismo” (FEGHALI *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 274) que compromete a rearticulação dos movimentos sociais que assumem a saúde como um objeto para além da dimensão setorial.

Mais do que a reiteração dos limites e ambigüidades talvez a situação indique problemas insuficientemente teorizados ou debatidos a requererem uma superação pela positividade, isto é, mediante o desenvolvimento de pesquisas e a construção de práticas políticas menos convencionais.

Balanço provisório do Governo Lula

A política de saúde no Governo Lula, executada pelo Ministério da Saúde, tem sido avaliada de forma positiva (MENDONÇA *et al.*, 2005), a exemplo da ampliação da atenção básica através do PSF, da implementação da Reforma Psiquiátrica, do SAMU e da política de Saúde Bucal. Os esforços para a formulação de políticas de assistência hospitalar, urgências, “média e alta complexidade”, bem como a elaboração do Plano Nacional de Saúde e a aprovação dos Pactos pela Saúde, também podem ser consideradas intervenções relevantes para o SUS (BRASIL. Ministério da Saúde..., 2006c).

Mas a continuidade das políticas de ajuste macroeconômico e a reforma da previdência seguiram na contra-mão das políticas de saúde inspiradas no projeto da Reforma Sanitária. O esforço realizado na área de saúde teve de ser intensificado, a cada momento, diante das modificações das equipes do Ministério da Saúde que abrigou três ministros em apenas quatro anos de governo: “A cada novo Ministro muda um mundaréu de gente entre equipe dirigente e técnicos operadores.⁸ Além disso, o “embate econômico X social” continuava, sem cerimônia, no Governo Lula:

O uso de 5 bi do fome zero contabilizado duas vezes, uma saúde e outra como Fome Zero; a defesa de gasto com saneamento como responsabilidade financeira da saúde; a tentativa de desvinculação das receitas dos estados e municípios diminuindo a base do percentual dos recursos da saúde [...]; a farmácia popular como a introdução oficial do co-pagamento na saúde; [...] débito de 2 bilhões de reais da União com a saúde como somatória dos anos 2001, 2002, 2003 por descumprimento da EC-29; [...]; 101 caixinhas de repasse, características do planejamento normativo centralizado; [...]; 10 portarias a cada dia útil; [...] iniquidade de dar mais para quem mais pode e tem: o Complexo Médico Industrial, Comercial e Midiático”.⁹

Contudo, os indicadores de saúde da população e os referentes a recursos e cobertura do sistema de serviços de saúde, particularmente do SUS, mantiveram a evolução positiva observada no período

FHC. Assim, a expectativa de vida ao nascer alcançou 72 anos em 2005, sendo 76 anos para as mulheres e 71,4 anos para os homens, enquanto a taxa de mortalidade infantil no Brasil decresceu para 22,6 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos em 2004. Neste ano, 97% dos partos eram feitos em hospitais e alcançava-se uma cobertura vacinal para crianças de 100% para a tríplice viral e 95% para a tetravalente.¹⁰

O 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde: uma nova inflexão no movimento da Reforma Sanitária?

Nessa oportunidade, uma nova rearticulação de forças políticas em defesa da Reforma Sanitária fez-se presente no Congresso Nacional tematizando o SUS. O tema do evento promovido pela Frente Parlamentar da Saúde, no período de 28 a 30 de junho de 2005, foi *SUS - o presente e o futuro: avaliação de seu processo de construção*. Contou com a participação de entidades de saúde, representantes dos governos federal, estaduais e municipais, Ministério Público, Poder Judiciário, além de parlamentares. A natureza suprapartidária do movimento sanitário possibilitou, mais uma vez, uma participação ativa de seus militantes, contribuindo na formulação da *Carta de Brasília*.

Reconheciam-se mudanças positivas na implementação do SUS, mas ressaltavam-se os baixos níveis de saúde e as desigualdades sociais e regionais. E, tal como postulava a Reforma Sanitária na década de oitenta, defendeu-se o desenho de políticas públicas comprometidas com a vida das pessoas e da coletividade, com destaque para a Seguridade Social. Além de listar pontos relevantes entre os quais uma política de “desenvolvimento socioeconômico”, a regulamentação da EC-29 e a revisão dos subsídios e isenções fiscais para a saúde suplementar, o documento considerava o processo da RSB como um projeto civilizatório, concepção defendida por Sérgio Arouca desde 2001, como foi mencionado anteriormente.

O 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde parece demarcar uma nova inflexão no movimento sanitário. O Governo Lula, ao incorporar no Ministério da Saúde importantes lideranças e quadros técnicos vinculados ao movimento, produzia uma certa parcimônia na crítica às suas políticas, apesar do mal-estar causado pelo pragmatismo e manutenção ou radicalização do ajuste macroeconômico. Os escândalos divulgados em 2005 em torno do “mensalão” e as mudanças ocorridas nos quadros dirigentes da saúde, em função do afastamento do Ministro Humberto Costa, propiciavam um terreno no qual a realização do 8º Simpósio favoreceria uma retomada do movimento sanitário e da articulação política.

A tese de que o SUS é uma política de Estado e não de governo passou a ter maior difusão, enquanto se explicitava uma crítica contundente aos limites das “forças internas do SUS” e ao paradigma das políticas de Estado:

As evidências acumuladas vêm comprovando que as forças internas do SUS, sociais e políticas, esgotaram sua capacidade de promover por si a ruptura com os procedimentos desvirtuados pelo atual paradigma das políticas de Estado [...] O projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades. Todas as propostas devem ter como principal objetivo a melhoria das condições de saúde da população brasileira, a garantia dos direitos do cidadão, o respeito aos pacientes e a humanização da prestação de serviços.¹¹

Justamente num momento em que se reiterava o caráter transformador do *projeto* e do *processo* da Reforma Sanitária o governo Lula encaminhava a Medida Provisória 261 tentando, mais uma vez, gastar em outras áreas os recursos da saúde assegurados pela EC-29. No entanto, a Câmara dos Deputados impediu a retirada de R\$ 1,2 bilhão do Ministério da Saúde para o programa Fome Zero (WESTIN, 2005).

O não cumprimento da EC-29 em 2004 foi flagrante para 12% dos municípios e quatro unidades da federação. Mas a situação era mais grave: 22% dos municípios e dez estados não enviaram informações,

muitos incluíam programas sociais, obras de saneamento e pagamento de aposentadorias, como gastos de saúde. Por exemplo, no Rio de Janeiro o governo contabilizava como gastos em saúde, programas de Restaurante Popular, Cheque Cidadão e Despoluição da Baía da Guanabara, enquanto o Rio Grande do Sul incluía os servidores inativos nas contas da saúde:

O mau exemplo vem de cima [...] O governo federal buscou incluir nas contas os hospitais das Forças Armadas - embora públicos, eles atendem só os militares [...]. Da mesma fonte conseguiu levar R\$ 186 milhões para o Ministério das Cidades, para tratar o esgoto das grandes cidades. Só neste ano, por causa desses subterfúgios, o poder público deixou de gastar R\$ 9 bilhões em hospitais, equipamentos médicos, remédios e exames em todo o País, de acordo com a última estimativa do Ministério da Saúde. Os que mais deixaram de investir foram os Estados (R\$ 4 bilhões) (WESTIN, 2005).

Ao mesmo tempo, o Conass apresentava suas prioridades ao Ministro da Saúde¹² e gestores municipais lançavam a Carta de Aracaju.¹³ Os secretários estaduais destacaram prioridades relativas ao financiamento e alocação de recursos, assistência farmacêutica, atenção primária, recursos humanos e “Pacto Político entre Gestores para a definição das responsabilidades sanitárias”. Já os secretários municipais, reunidos em Assembléia do VII Congresso das Secretarias Municipais de Saúde da Região Nordeste, apontaram o “Pacto de Gestão”, garantia de medicamentos no SUS, saúde da família e a gestão do trabalho em saúde.

Interessante notar que as reivindicações apresentadas pelos gestores parecem indicar uma posição de que estados e municípios não fazem parte do Estado Brasileiro, com responsabilidades e competências definidas pela Constituição e pelas leis da República Federativa do Brasil. Essa tem sido a tônica da atuação desses atores sociais na construção do SUS. Mas quais as concepções e posições defendidas pelo movimento sanitário diante desse momento conjuntural? Como se apresentava o pensamento do Cebes e dos intelectuais orgânicos da RSB?

O pensamento e a ação do Cebes e da Abrasco naquele momento transitavam para além do subfinanciamento da saúde, com possíveis repercussões no processo da Reforma Sanitária. O escândalo do “mensalão” afastou militantes e simpatizantes do PT do governo, seja por comprometimento com as irregularidades, seja por se envergonharem delas. E em segmentos do movimento sanitário percebia-se uma consciência crescente de que era imprescindível reforçar a ação política no âmbito da sociedade civil, pois diante de tantas turbulências já não seria aconselhável esperar que a RSB pudesse ter continuidade apenas pela via do governo. Assim, foi lançado um manifesto assinado pelo Cebes, Abrasco, Abres, Rede Unida e Ampasa no final daquele ano, realçando a Carta de Brasília e criticando o comprometimento crescente do orçamento público com o pagamento de juros, o subfinanciamento do SUS, a concentração da riqueza e o “SUS pobre para os pobres”. Defendendo, entretanto, a premente “intensificação da realização da Reforma Sanitária Brasileira”.

Tal como ocorreu em outras crises conjunturais, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira condena veementemente os governantes, parlamentares e atores públicos, deleterianamente envolvidos na crise política de 2005, somando forças pela firmeza das apurações, punições e devolução dos recursos desviados, direta ou indiretamente, de fonte de recursos públicos [...]. O Estado Brasileiro vem regulando a Sociedade para seguir com um modelo econômico excludente, quando, nos moldes de um Estado democrático, deveria estar regulando a Economia para assegurar, ampliar e proteger os direitos e bem estar da Sociedade. Este Estado vem propiciando governos e coalizões, que levam a graves crises políticas e aprofundam na população a perplexidade e descrença sobre a política e a ética como o caminho para as necessárias transformações.¹⁴

Assim, as entidades signatárias não deixavam dúvidas quanto ao seu distanciamento dos rumos do Governo Lula ao defenderem a saúde e a qualidade de vida dos brasileiros. Além de tomar posição, o movimento sanitário autodefinia-se em função de sua história e explicitava suas concepções, conforme a seguir:

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nos seus 30 anos de atuação, é movimento típico de um processo civilizatório maior, que busca a prevalência dos valores sociais da solidariedade e da justiça social [...]. Alinha-se propositivamente às mobilizações sociais e políticas, pela imediata ruptura com os rumos vigentes e pelo início já da reconstrução da política econômica, rumo à construção de políticas públicas universalistas e igualitárias, eixo básico estruturante da garantia dos direitos sociais e redistribuição da renda!¹⁵

Se em certos momentos pairou alguma dúvida sobre a autonomia de parte dessas entidades diante de governos com os quais nutriam alguma identidade político-ideológica, sobretudo quando necessitavam de recursos públicos para a sua manutenção, este manifesto fortalecia o pólo mais crítico do movimento sanitário, concluindo:

Devemos continuar firmes na luta e manter viva e articulada a aliança bem sucedida entre a população brasileira, profissionais da Saúde, prestadores de serviços, dirigentes e técnicos do SUS, parlamentares, membros do Ministério Público e outros que militam pelos princípios e diretrizes do SUS. Esta militância acredita na força das lutas do povo e tem certeza de que um novo Brasil ainda é possível.¹⁶

Na realidade, esse manifesto político pretendia algo mais do que divulgar uma peça retórica de denúncia, ruptura e reivindicação. Era uma convocação para a luta no sentido de manter viva e articulada a “aliança bem sucedida” constituindo o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. Nessa convocatória as entidades comprometeram-se com um conjunto de iniciativas, tais como:

Divulgação e produção permanentes de documentos de natureza técnica e sócio-político-institucional, com vistas a fomentar e apoiar a mobilização da sociedade e as necessárias mudanças institucionais; sistematização da articulação permanente entre entidades e instituições da Sociedade, dos Governos, do Legislativo, da Magistratura, do Ministério Público e da Universidade, em cada Unidade Federada; participação nos eventos de abrangência nacional e regional,

no âmbito das políticas públicas, da seguridade social e da saúde; associação aos demais movimentos da Sociedade brasileira por uma urgente Reforma política que amplie o seu controle sobre o Estado; participação ativa na Comissão aprovada no 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, ao lado das representações da Frente Parlamentar da Saúde e Comissões do Congresso Nacional.¹⁷

Ao proceder a uma crítica ao Estado Brasileiro realmente existente e aos governos incapazes de contribuírem na consecução da sua reforma democrática o movimento sanitário, na sua vertente cebiliana, retomava a sua especificidade e autonomia no âmbito da sociedade civil, sem desprezar a articulação necessária com o Executivo, o Legislativo e o Judiciário. Já que existe a Frente Parlamentar da Saúde, a Plenária dos Conselheiros de Saúde, o Conass e o Conasems – instâncias que representam partes do Estado, faltava um espaço de manifestação da sociedade civil com as características do movimento sanitário. Na medida em que as Plenárias da Saúde foram substituídas pela Plenária dos Conselheiros de Saúde na segunda metade da década de noventa, o movimento sanitário esmaeceu-se, relativamente, diante da ação política de gestores, corporações e grupos de interesse.

O fato de os usuários estarem presentes nos conselhos de saúde e indiretamente na respectiva Plenária não tem sido suficiente para defenderem o direito à saúde (individual e coletivo) e a Reforma Sanitária como projeto civilizatório e solidário, face à sua atomização e partidarização. Nesse sentido a proximidade de entidades como o Cebes, Abrasco, Ampasa e outras no Fórum da Reforma Sanitária Brasileira sinalizava para possibilidades instituintes e renovadoras. Se o movimento quando se transforma em sistema tende a fazer dominar a dimensão instituída do processo sobre a instituinte, a recuperação e transformação do movimento poderiam conquistar novas energias instituintes transcendendo, portanto, o sistema.

Do movimento ao sistema: a propósito da História e Perspectivas do SUS

Quando o movimento da Reforma Sanitária reduziu-se ao sistema SUS, parece confinar-se a questões de financiamento, organização e gestão, reduzindo o seu conteúdo reformista ou revolucionário. O instituído domina o instituinte, até mesmo na produção acadêmica.

Tal como se examinou anteriormente no período FHC o livro intitulado *Saúde e Democracia. A luta do Cebes* (FLEURY, 1997), lançado no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, a análise da coletânea *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (LIMA *et al.*, 2005) poderia ilustrar como se apresentava o pensamento do Cebes e de parte dos intelectuais orgânicos da RSB quase uma década depois. Cabe lembrar que *História e Perspectivas do SUS* era, também, o título de um Seminário realizado em outubro de 2004, como parte da comemoração do cinquentenário da Escola Nacional de Saúde Pública.

Embora a relação saúde e democracia seja reiterada nessa oportunidade, constata-se um deslocamento do discurso em relação à coletânea organizada pelo Cebes anteriormente, pois a ênfase na “luta” foi substituída pela “história e perspectivas”. Neste subtítulo realçava-se o SUS, em vez da RSB, apesar de o Presidente da Fiocruz ressaltar no prefácio “as origens da Reforma Sanitária da década de 1980 [...] com sua bela construção política e acadêmica” (BUSS, 2005, p. 12). Admitia que a criação do SUS foi “a mais bem-sucedida reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático” (BUSS, 2005, p. 15).

Ainda que o discurso desse livro aluda a uma reforma social, ilude quanto à sua radicalidade, na medida em que parece se restringir ao tipo de reforma parcial configurada pelo SUS. Esse binômio alusão-ilusão próprio das práticas ideológicas foi, também, constatado por Arouca (2003) ao analisar o “dilema preventivista”. A Medicina Preventiva aludia aos problemas, mas iludia quanto à solução, pois desconsiderava a necessidade de uma prática teórica e de uma prática

política, capazes de produzir conhecimento e modificar as relações sociais. Já a Reforma Sanitária alude para uma reforma social ampla (reforma geral) e mudanças no modo de vida (revolução no modo de vida) e ilude quanto às suas possibilidades quando se restringe ao SUS (reforma parcial).

Essa aparência de transformação social pode ser ilustrada pela terceira parte do livro estruturada em artigos voltados para o resgate conceitual, ideológico e político da RSB. Independentemente da intenção e do compromisso dos seus autores, cumpre advertir que os movimentos de reforma parcial correm o risco de assumirem uma feição manipuladora:

Los movimientos que apuntan a las reformas parciales pueden convertirse fácilmente en vehículos para la manipulación [...] simplemente por el hecho de que canalizando la oposición al sistema social existente hacia la reforma de las particulares y parciales instituciones concretas, crean la apariencia de transformabilidad de un determinado orden social (HELLER, 1986, p. 167).

Alguns autores procuram identificar a contribuição da saúde na construção do Estado Nacional, especialmente a partir da República Velha, e, ao constatarem certa politização da saúde naquela conjuntura ou no debate sobre saúde e desenvolvimento no período 1950-1960 questionam a concentração da análise do movimento sanitário nas décadas seguintes. Dessa forma, passam a chamar “reforma sanitária” as iniciativas político-ideológicas de reforma do setor da saúde, desenvolvidas no Brasil a partir da República:

Um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil durante a Primeira República. [...]. O movimento sanitário da Primeira República transformou a saúde em questão social e política - o grande obstáculo à civilização (LIMA *et al.*, 2005, p. 33-35).

Se esta opção teórico-metodológica procura evitar a tentação de um texto triunfalista sobre o movimento sanitário no último quartel do século 20 incide, entretanto, no risco de conduzir uma

interpretação de certa continuidade histórica diante de situações distintas.

A Reforma Sanitária, resultante do movimento da democratização da saúde no Brasil na década de 70, não teve origem no Estado e sim na sociedade civil. Esta especificidade da RSB lhe distancia de outras reformas setoriais antigas ou contemporâneas patrocinadas por organismos internacionais ou derivadas de áreas econômicas de Estados nacionais e dos rearranjos administrativos do início do século 20, como aqueles realizados por Oswaldo Cruz, ou daqueles efetuados pela Reforma Carlos Chagas em 1923. Essas reformas “pelo alto” pouco têm a ver com as lutas sociais pela saúde, direito à saúde e movimentos sociais ou de trabalhadores, construídos no final do século 20:

Não há como esquecer que os sanitaristas da Primeira República, que foram férteis em ideologias de mudança, encontravam limites no próprio caráter conservador do período. Propostas de modernização estrutural - como as de um Samuel Pessoa - teriam de esperar até os anos 80 para se desenharem como politicamente possíveis, com o advento de uma democracia participativa e a eclosão de movimentos sociais pela saúde como direito da cidadania, na longa luta pela reforma sanitária no Brasil (SANTOS; FARIA, 2003).

Seja chamando de movimento da democratização da saúde, movimento sanitário ou movimento da reforma sanitária brasileira, o que importa destacar é a sua organicidade com os movimentos sociais que combateram a ditadura, apostando na bandeira “Democracia é saúde; Saúde é Democracia” e engendrando o *projeto* da Reforma Sanitária. Uma alternativa para esse uso banalizado da denominação Reforma Sanitária Brasileira, como se fora um fenômeno histórico-social contínuo, seria considerar o *projeto* concebido no último quarto do século 20 como a *Reforma Democrática da Saúde no Brasil*.

Mesmo sem assumir uma postura antiestatal, esse *projeto* nasceu na sociedade civil, a partir da interação entre estudantes, intelectuais, trabalhadores de saúde e classes populares. Pretendendo conquistar o poder, a partir de uma “guerra de posição” e de certas táticas da

“guerra de manobra” foi ocupando espaços no Estado – Parlamento e organizações públicas do Executivo – e, mais recentemente, realizando incursões no Ministério Público e no Judiciário. Nada parecido ocorreu com o “movimento sanitarista” da Primeira República nem com os “desenvolvimentistas” do período anterior a 1964.

Reforçando, talvez, os argumentos acima expostos, os capítulos seguintes do livro em discussão contemplam as origens da Reforma Sanitária e do SUS (SCOREL *et al.*, 2005) e as contribuições das Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS (SCOREL; BLOCH, 2005), apontando a articulação do movimento sanitário, especialmente nos governos Geisel e Figueiredo, e na transição democrática. Ou seja, esses autores reconhecem que a Reforma Sanitária e o SUS emergem nessa conjuntura e nada têm a ver com o higienismo, o sanitarismo e o desenvolvimentismo do século 20.

Nessa mesma linha, um dos autores, ao apontar a ciência, tecnologia e inovação como um paradoxo na Reforma Sanitária realçou certas características desse *processo*: a) caráter contra-hegemônico em relação aos projetos liberalizantes; b) abrangência ao cobrir as três esferas de governo e inserir a saúde na concepção de Seguridade Social; c) virtuosa associação entre usuários, trabalhadores em saúde e intelectuais de corte acadêmico, além da representação política parlamentar. Assim, o paradoxo consistiria no tema C&T&I em saúde ter sido negligenciado pela Reforma Sanitária, ainda que a Saúde Coletiva, mediante pesquisas, a tenha alimentado (GUIMARÃES, 2005).

Nesse capítulo o autor apontou a organicidade entre a Saúde Coletiva e a Reforma Sanitária Brasileira na medida em que desenvolveu uma análise das relações entre o campo científico da Saúde Coletiva e o projeto da RSB:

[...] foi contemporâneo e intimamente associado à construção de um campo específico de prática de intervenção, de formação profissional e de pesquisa denominado Saúde Coletiva, bastante original em seu desenho e bem-sucedido em sua performance acadêmica (GUIMARÃES, 2005, p. 248).

Outros textos que compõem a coletânea deixam de se concentrar na Reforma Sanitária enquanto *projeto* ou *processo*, exceto um voltado para os trabalhadores da saúde, quando a autora apresenta uma avaliação positiva para a RSB, não obstante as limitações no que se refere ao quadro de recursos humanos (RH):

É fato que a Reforma Sanitária se fez realidade e que o SUS se consolidou em termos de um sistema unificado de assistência e atenção à saúde para os brasileiros. Resolveu-se em boa parte a questão do financiamento entre as três esferas de governo. No entanto, a negligência em que se deu a adoção de políticas de RH é um fato. Pode-se dizer que a década de 1990 foi perdida para os trabalhadores da saúde [...]. Isso transformou a questão de RH, ao longo da década, em um enorme problema para a Reforma sanitária, invertendo toda a lógica preconizada no processo da reforma, de serem os trabalhadores (recursos humanos) peças-chave para a consolidação do SUS (MACHADO, 2005, p. 273-277).

Os demais textos privilegiam o desenvolvimento do SUS, com destaque para o financiamento, ajuste macroeconômico, descentralização, conselhos de saúde, focalização, universalização, modelos de atenção, PSF, entre outros. Esta opção editorial de centrar-se na reforma do sistema público de saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2005) ou na reforma da política de saúde (ARRETCHE, 2005) pode estar apontando uma análise concreta do processo real, ou seja, o que há de concreto é o SUS, Reforma Sanitária seria retórica.

Ainda assim, o livro traz algumas reflexões que chamam a atenção para o fato de que a conjuntura histórico-política internacional e, particularmente, latino-americana, centrada no ajuste macroeconômico “não era a mais apropriada para a expansão e realização de uma proposta deste teor” (GERSCHMANN; VIANA, 2005, p. 309). Desse modo, a Reforma Sanitária e seus princípios cresceram e se desenvolveram na contra-mão dessa conjuntura.

A retomada das diretrizes da Reforma Sanitária na 12ª Conferência Nacional de Saúde assinalada em outro texto (BAHIA, 2005) e o aparecimento de movimentos moleculares de resistência e de críticas

às políticas governamentais, expressos no 8º Simpósio e na criação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, sugerem que o seu *processo* não teve fim.

Retomada da defesa da Reforma Sanitária

Independentemente do juízo que se possa dispor do primeiro mandato do Presidente Lula, inclusive na área da saúde, cabe reconhecer o fato de que as forças políticas e sociais que passaram a ocupar espaços nesse período possibilitaram, ainda que no plano discursivo, uma retomada do tema da Reforma Sanitária na agenda política. Cumpre recordar, a título de ilustração, que a expressão Reforma Sanitária esteve ausente nos relatórios finais das últimas Conferências Nacionais de Saúde (9ª, 10ª e 11ª), só voltando a ser citada, exatamente, no Relatório Final da 12ª CNS, em 2003.

No âmbito da sociedade civil, a criação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira possibilitou a realização de um conjunto de reuniões com lideranças e militantes do movimento sanitário na passagem de 2005 para 2006 produzindo textos de natureza técnica e sócio-político-institucional. No âmbito governamental, o processo de repolitização da saúde¹⁸ encontrou ressonância em pelo menos três iniciativas no último ano do governo Lula I: a) aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde do Pacto pela Saúde, incluindo o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão; b) formalização da Política Nacional de Promoção da Saúde; c) criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Esta Comissão apresentou em agosto de 2006 um documento defendendo um conjunto de políticas que favoreçam a promoção da saúde, assegurem a melhoria das condições de vida e valorizem o mercado de trabalho, a proteção ambiental, a paz e a solidariedade (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2006, p. 19).

Pela amplitude de questões envolvidas nessas iniciativas e especialmente diante da tematização de intervenções em saúde de maior espectro que transcendem o setor pode-se vislumbrar um segundo momento para a RSB. Ou seja, se no primeiro momento a ênfase foi concedida à implantação do SUS, nesse segundo momento tornava-se possível tematizar, mais uma vez, a “totalidade de mudanças” concebida no projeto da Reforma Sanitária.

A revitalização do Cebes, foi percebida numa assembléia histórica durante o VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/XI Congresso Mundial de Saúde Pública em agosto de 2006, com eleição e posse da nova diretoria. Esta chamada “refundação do Cebes”, apesar de recente, tem propiciado novas mobilizações e articulações orientadas por uma plataforma política assentada em análises de conjuntura e definição de novas estratégias (CENTRO BRASILEIRO..., 2006).

Nesse mesmo Congresso aberto, pela primeira vez na história da Abrasco, pelo Presidente da República e ministros de Estado, também foi a oportunidade de reencontro com intelectuais e militantes de esquerda, como sociólogo português Boaventura de Sousa Santos e o professor italiano Giovanni Berlinguer. Nessa oportunidade foi divulgado o texto *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade* (CENTRO BRASILEIRO..., 2005), elaborado pelas entidades que constituíram o Fórum da Reforma Sanitária e discutido com a Frente Parlamentar da Saúde.

Esse documento teve como perspectiva contribuir nos debates das eleições de 2006, além de buscar compromissos com candidatos a presidente, governadores, senadores e deputados no que tange às teses e proposições da RSB e do SUS. Defendia a radicalização do processo de desenvolvimento nacional centrado nos seguintes propósitos: crescimento autônomo e soberano, geração de emprego, distribuição de renda e garantia dos direitos da cidadania. Apresentava como um dos tópicos de discussão “A Reforma Sanitária e o SUS”, retomando teses centrais da Carta de Brasília. Assim, entendia o SUS como uma política que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades e a Reforma Sanitária como expressão de um

“desejo de transformação social”. A sua materialização institucional no SUS podia ser explicada como resultante dos enfrentamentos com as contingências verificadas no seu processo.

Esta vinculação da RSB à transformação social e, simultaneamente, o reconhecimento de que a sua expressão institucional no SUS decorreu de uma dada correlação de forças sugerem que a trajetória percorrida poderia ser modificada por uma repolitização da saúde. Além disso, o documento considerava como nova fase do processo da RSB a elaboração de um referencial teórico e estratégico, bem como a construção de métodos e instrumentos de gestão do SUS.

Dando continuidade às discussões sobre os rumos da Reforma Sanitária o Cebes realizou uma plenária pública em 25/9/06 no Rio de Janeiro para analisar a conjuntura política. Entre os temas discutidos destacaram-se o movimento sanitário e a mídia, ampliação da agenda, o retorno da “militância” e as propostas dos candidatos para a saúde. Assim, reconheceu-se que as plataformas de saúde dos candidatos a Presidente não eram conhecidas pela sociedade, que a saúde não era prioridade para os partidos políticos e que não havia nos programas de saúde divulgados nada de inovador que diferenciasse uma proposta de outra.¹⁹

Nesse período pré-eleitoral diversos atores sociais apresentaram propostas aos candidatos à Presidente da República. O Conass, por exemplo, indicou as seguintes prioridades: 1) Compromisso com os princípios constitucionais do SUS; 2) Em defesa do SUS; 3) Pacto pela vida; 4) O desafio do financiamento; 5) Aumento da eficiência da gestão do SUS; 6) Regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29; 7) Ênfase na atenção primária; 8) Mais recursos para a média complexidade ambulatorial e hospitalar; 9) Redução das desigualdades regionais; 10) Novo pacto federativo e reforma tributária; 11) Aumento de recursos no orçamento do Ministério da Saúde; 12) A crise de financiamento do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional; 13) Mudança no Modelo de Atenção à Saúde - regionalização e organização de redes; 14) Pacto de gestão. Concedeu especial destaque para a repolitização da saúde, um

“amplo movimento de mobilização social”, a “batalha da comunicação com a sociedade brasileira”, os Pactos da Saúde e o financiamento.²⁰

Entretanto, por um caminho distinto, o Plano de Governo 2007-2010 divulgado pelo candidato Lula apresentava as seguintes proposições para a saúde:

Fortalecer a gestão do SUS, pública e democrática, com controle social, como instrumento de identificação das necessidades da população, atendimento ao interesse público e combate à corrupção; Organizar as ações e serviços em rede nacional única e integrada de atenção à saúde; Universalizar o cartão SUS [...]; Assegurar a universalização do acesso às ações e serviços de atenção básica, por meio das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde; Criar os Centros de Atendimento Especializados de média complexidade [...]; Manter a prioridade ao Programa Brasil Sorridente, ampliando a rede de Centros de Especialidades Odontológicas do país; Criar o TELESÁUDE [...]; Apoiar estados e municípios na criação de Centrais de Regulação [...]; Ampliar o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU [...]; Dar continuidade à implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica [...]; Fortalecer e ampliar as ações preventivas das doenças sexualmente transmissíveis e do HIV [...]; Continuar as ações de modernização e ampliação da capacidade instalada e da produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais [...]; Fomentar a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico e industrial sustentável, para a auto-suficiência na produção de matéria prima, de hemoderivados, vacinas, medicamentos e equipamentos [...].²¹

Em resumo, fazer um pouco mais do mesmo nos âmbitos setorial e institucional. Nada de controle dos “planos de saúde”, nada sobre financiamento e investimentos, nada de trabalhadores de saúde, nada de vigilância sanitária, nada de proteção à saúde, nada de prevenção de doenças e riscos (exceto DST), nada de determinantes sociais da saúde, nada de ação intersetorial, nada de promoção da saúde, nada de “totalidade de mudanças”. Enfim, nada que sugerisse um compromisso com a Reforma Sanitária Brasileira.²²

No caso do PSOL, a proposta consistia em inverter radicalmente os gastos públicos para saúde, educação e infra-estrutura. Mencionando

o campo da saúde pública, defendia que se tornasse uma política prioritária para que os recursos fossem “suficientes para atender as necessidades da população”.

Já o PSDB referia-se, também, à saúde pública defendendo: a generalização da assistência médica domiciliar; ampliação da ação do Estado no campo da prevenção de enfermidades; fortalecimento das agências governamentais de vigilância sanitária e ambiental; valorização das entidades sociais sem fins lucrativos; firmar no texto constitucional normas obrigatórias de aplicação de recursos públicos na área de saúde, nos três níveis de governo; aprofundamento da descentralização e da municipalização; ampliação do controle da sociedade sobre o conjunto das atividades relacionadas à saúde; reforço do controle e da vigilância dos órgãos públicos sobre os planos privados de saúde; consolidação da política de comercialização dos medicamentos genéricos; incremento da pesquisa científica e tecnológica.

Diante desse quadro, havia os que apontavam motivos para votar no candidato à reeleição. Um dos mais ácidos críticos desde o início do primeiro mandato, o professor Chico de Oliveira, declarou no segundo turno: agora voto em Lula. E assim explicava o que estava em jogo naquelas eleições:

Há uma corrida feroz em direção aos fundos que o Estado ainda controla, como os recursos do BNDES e do FAT (Fundo de Amparo ao Trabalhador). O BNDES é o maior banco de investimentos do mundo e deixa bem para trás o Banco Mundial [...]. E há disputa pelos benefícios gerados a partir da dívida pública, que beneficiam cerca de 20 mil famílias, segundo pesquisa do professor Márcio Pochmann, da Unicamp. Essas 20 mil famílias lucram com a dívida pública mas não a gerem. [...] A diferença maior entre as orientações de Lula e de Alckmin, em termos amplos, é que o segundo promoveria uma privatização acelerada do que resta de ativos em mãos do Estado. [...] Várias forças que atuaram dentro do PT voltam a ter chance de disputar esse governo. Estou disposto a voltar a correr esse risco, embora o governo não me agrade, seja capitalista e poderia ter avançado muito mais. [...] Não espero mudanças na política econômica [...]. Mas há uma

pequena chance de mudança. [...] Temos de atacar pelo lado social (OLIVEIRA, 2006).²³

Assim, a emblemática vitória conquistada no segundo turno das eleições presidenciais contra o candidato do PSDB e as razões para tal êxito passam por demandar mais reflexões, estudos e explicações:

58 milhões de brasileiros, na sua maioria pobres, preferiram correr o risco de votar num governo que os pode desiludir a votar num governo que, à partida, já não os consegue iludir (SANTOS, 2006).

Desiludidos podem ser aqueles que foram iludidos ou quiseram se iludir algum dia. No caso do movimento sanitário e do Cebes, em particular, não há espaço para ilusão na medida em que tem lidado com o conhecimento crítico da saúde, bem como sobre a natureza do Estado brasileiro. A política adotada pela entidade desde 2005 parece indicar a opção de fazer seu próprio jogo, sem temer o risco de fazer o jogo do governo ou dos adversários. Mas as questões de estratégias e táticas serão abordadas no próximo capítulo.

Notas

¹ Manifesto da Reforma Sanitária Brasileira, reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros, divulgado em Brasília, em 23 de novembro de 2005 (p. 3).

² Ver: *Canal Saúde*, 19, maio-jun. 2003. p. 6.

³ Ver: *Jornal do CONASS*, 45, out.-dez. 2003, p.1.

⁴ Ver: O CONASS na 12ª Conferência Nacional de Saúde. 10p.

⁵ Ver: XIX Congresso CONASEMS. *Radis*, 10, jun. 2003, p. 7.

⁶ ABRASCO.CEBES. *Saúde, justiça & inclusão social*. Rio de Janeiro; Brasília, dez. 2003.

⁷ Ver páginas 28, 30, 74 e 79 do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca, realizada em Brasília, dezembro de 2003.

⁸ CARVALHO, G. *Desafios da saúde 2005 & 2006: para o PT, PSOL, PSTU, PMDB, PFL, PTB, PSB, PC do B... para todos os partidos e nós todos cidadãos.*, 2006. 23p.

- ⁹ CARVALHO, G. *Desafios da saúde 2005 & 2006: para o PT, PSOL, PSTU, PMDB, PFL, PTB, PSB, PC do B... para todos os partidos e nós todos cidadãos.*, 2006. 23p.
- ¹⁰ IDB 2006 Brasil. *Indicadores e dados básicos para a saúde*, publicado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs.
- ¹¹ Reforma Sanitária Brasileira. *Manifesto: Reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros*. Brasília, 23 nov. 2005. 4p.
- ¹² CONASS apresenta prioridades ao Ministro da Saúde (*Consensus*, n.14, p.8-9, ago. 2005).
- ¹³ *Carta de Aracaju*. Aracaju, Sergipe, 2 de dezembro de 2005.
- ¹⁴ Reforma Sanitária Brasileira. *Manifesto Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros*. Brasília, 23 nov. 2005. p. 3.
- ¹⁵ Reforma Sanitária Brasileira. *Manifesto Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros*. Brasília, 23 nov. 2005. p. 4.
- ¹⁶ Reforma Sanitária Brasileira. *Manifesto Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros*. Brasília, 23 nov. 2005. 4p.
- ¹⁷ Reforma Sanitária Brasileira. *Manifesto Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros*. Brasília, 23 nov. 2005. 4p.
- ¹⁸ Em um dos folhetos intitulado “Movimento de repolitização do SUS: Pacto em Defesa do SUS”, com um anexo de questões colocadas para o SUS e o movimento da RSB, apresenta-se uma *proposta de encaminhamento*, constatando que “os valores sociais da solidariedade e cidadania, assim como a efetividade de políticas públicas universalistas e igualitárias, foram objeto de evidente refluxo nos últimos 15 anos, tanto na correlação de forças sociais, como no papel do Estado democrático. [2005]
- ¹⁹ Ver Boletim do CEBES. *Boletim Eletrônico*, n. 1, out. 2006.
- ²⁰ Ver: *Consensus*, n. 24, set. 2006, p. 4-10.
- ²¹ Lula Presidente, Plano de Governo 2007-2010, 2006, p. 26-27.
- ²² O orçamento federal para a saúde elaborado para o ano de 2007 já indicava os obstáculos de um futuro breve. Ver: CARVALHO, G. *Orçamento federal para a saúde 2007*. 44p.
- ²³ Ver: Entrevista: Chico de Oliveira. *Carta Maior*, out. 2006.