

Estratégias, forças políticas, bases sociais e práxis da reforma sanitária

Jairnilson Silva Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PAIM, JS. Estratégias, forças políticas, bases sociais e práxis da reforma sanitária. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 269-290. 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/).

ESTRATÉGIAS, FORÇAS POLÍTICAS, BASES SOCIAIS E PRÁXIS DA REFORMA SANITÁRIA

Categoria do futuro, a possibilidade é uma necessidade ainda em potência. Quanto à realidade, categoria do presente, ela associa indissolivelmente necessidade e possibilidade. Esse presente é o tempo da política (BENSAÏD, 1999, p. 398).

Nos capítulos anteriores, abrangendo a conjuntura pós-constituente, é possível identificar “anos de instabilidade” da Reforma Sanitária (1989-1994), a reforma do setor saúde nos governos da “social democracia conservadora” (MISOCZKY, 2002) do período de 1995 a 2002 e a “conservação-mudança” do governo Lula (TEIXEIRA; PAIM, 2005). Se depois de analisar a conjuntura da transição democrática foi possível examinar as bases conceituais e teóricas do projeto da RSB, concluída a exposição sobre a conjuntura pós-constituente, caberia identificar, no presente capítulo, as bases sociais e políticas desse *projeto*, a *práxis*, as estratégias adotadas e certas avaliações realizadas no *processo*:

Foi no interior do Partido Comunista que começou a nascer o pensamento de uma perspectiva de reforma sanitária, reforma esta já pensada na década de 40, que passou pela escola de Samuel Pessoa, por Gentile de Mello, pelo nascimento do

movimento de medicina social e medicina preventiva, onde foi pensada a questão social da medicina, a multi-causalidade, onde foi introduzido o pensamento do materialismo histórico e foi possível desenvolver experiências de reorganização dos serviços de saúde. Esse movimento sanitário, que, pela contingência da clandestinidade, era supra-partidário, assumiu também que o Estado não é monolítico. O Estado é um espaço de luta social e, portanto, era possível [...] lutar dentro desse mesmo Estado no sentido de produzir avanços sociais [...] Esse movimento supra-partidário expressou-se de uma forma muito fraterna, de experiência de trabalho de alianças; expressou-se, também, dentro do aparelho do Estado, pelas Ações Integradas de Saúde e a organização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde [...] O braço da democratização do sistema de saúde, de criação de conselhos estaduais paritários, deliberativos, aconteceu em muito poucos lugares - e, sem sombra de dúvida, um dos lugares onde aconteceu foi na Bahia (AROUCA, 1991, p. 16-17).

As análises realizadas durante a 8ª CNS identificavam dois pactos durante a redemocratização: o liberal-burguês e o democrático-popular. O primeiro teria como base a grande burguesia com apoio da pequena burguesia conservadora, a tecnoburocracia e os trabalhadores não organizados como massa de manobra. Já o pacto democrático-popular, teria na sua composição os trabalhadores organizados, com o apoio da pequena burguesia progressista, da tecnoburocracia especialmente pública e de alguns setores industriais. Neste poderiam ser inseridas mudanças nas políticas econômicas, com melhor distribuição de renda e, possivelmente, reorientação das políticas sociais com vistas à cidadania, mas com algumas ressalvas:

É preciso ter clareza de que em nenhum dos dois pactos a classe trabalhadora estará em condições hegemônicas. Ao contrário, a burguesia preserva o controle dos aparelhos ideológicos formadores da opinião pública e a carência de partidos políticos fortes identificados com a classe trabalhadora inviabiliza a transformação da consciência emergente de cidadão em um projeto orgânico. [...] Neste sentido, a luta pela cidadania não será o resultado deste processo, mas sim seu pré-requisito, já que a condição de articulação dos movimentos sociais urbanos e rurais com as

reivindicações dos trabalhadores sindicalizados o que definirá as possibilidades da classe trabalhadora integrar ou não um pacto democrático (TEIXEIRA, 1987a, p. 111).

Essa análise da correlação de forças apontava para os limites de as classes trabalhadoras sustentarem reformas sociais mais amplas. Assim, a luta pela cidadania, não obstante a sua identidade social-democrata, representaria um “pré-requisito” para projetos mais avançados, a exemplo da Reforma Sanitária. A eleição dos constituintes em 1986 e a instalação da Assembléia Nacional no ano seguinte possibilitariam espaços políticos para mobilização e organização das classes subalternas e dos seus aliados no campo democrático-popular. As primeiras vitórias dessas forças na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio- Ambiente, na Comissão da Ordem Social e na Comissão de Sistematização da Constituinte apontavam para a pertinência daquela análise e da estratégia subsequente (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Todavia, diante das tensões do processo constituinte, com o fortalecimento do “centrão”, o esvaziamento dos movimentos sociais e os retrocessos observados no Governo Sarney (com a expulsão do grupo do Presidente do PMDB, Ulysses Guimarães), verifica-se nas primeiras reflexões teóricas sobre o saber e a práxis da RSB a consciência de uma “crise de efetividade” do projeto. A percepção de que a RSB vivia um momento de refluxo conduzia a indagação, desde o final da década de oitenta, “sobre direcionamentos, perspectivas e formas de intervenção para o andamento e consolidação [...] e a viabilidade da Reforma Sanitária” (GERSCHMANN, 1989, p. 136-137). Reconhecia-se que na medida em que o projeto avançava ia tornando a Reforma mais administrativa e menos sanitária, onde “em lugar de envolver o Estado na política de saúde, envolve-se a saúde nas manobras da política” (BERLINGUER, 1988b, p. 62). Nessa conferência pronunciada na Reunião Anual da SBPC esse autor alertava:

A Reforma Sanitária é principalmente uma reforma cultural: a participação democrática, necessária para a promoção da saúde, pode ser uma palavra insignificante, se não há

informação e cultura [...] A conexão com a população se solidifica quando a população entende que a Reforma Sanitária significa mais saúde (BERLINGUER, 1988b, p. 62).

Como assegurar mais saúde diante das restrições econômicas e dos retrocessos políticos? Os espaços ocupados pelo “centrão” não se limitaram ao processo constituinte, alcançando os aparelhos de Estado, seja nos ministérios da área econômica, seja nos da área social como Previdência e Saúde. Assim, no início da implantação da Reforma Sanitária chegou-se a considerar uma diversidade de “casos”:

Os casos de Reforma Sanitária estão ocorrendo em contexto bastante desfavorável à expansão dos mecanismos de proteção social, encontrando, em cada caso, obstáculos diversos como o predomínio da ideologia liberal, e/ou a escassez de recursos financeiros, ou ainda os efeitos recessivos da economia sobre a qualidade de vida (TEIXEIRA, 1989b, p. 40).

Considerando que a saúde constitui o fundamento revolucionário da Reforma Sanitária, tal como a redistribuição da terra o era para a reforma agrária (DAMASO, 1989), torna-se compreensível a atuação dos seus oponentes no sentido de contê-la. Existia uma consciência desses limites e, sobretudo, dos riscos de ser transfigurada pela burocracia do Estado brasileiro:

A Reforma Sanitária privilegiou até aqui o seu momento de *reforma*, mas tudo indica que o seu destino próximo depende de que ela seja, finalmente, *sanitária*, sob pena de ser novamente tragada pela burocracia estatal da saúde (DAMASO, 1989, p. 89).

Assim, a conquista da hegemonia teria um caráter prolongado, pressupondo uma longa luta de persuasão na busca de direção política e cultural. E nesse percurso a estratégia de “guerra de posição” conduzia a RSB por caminhos tortuosos:

Atores a favor e contra a Reforma Sanitária defendem seus ideários e entram em luta (de forma velada ou aberta), nas mais diversas instâncias – no interior dos aparelhos das instituições

de saúde, junto às organizações da sociedade, no Congresso e nas instituições dos profissionais do setor –, no contexto de uma grave crise social e econômica (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 93).

No que se refere aos “atores populares” que apoiavam a Reforma Sanitária ao final dos anos oitenta eram destacados os seguintes: 1) o movimento sindical; 2) movimento popular; 3) trabalhadores de saúde; 4) técnicos, intelectuais e burocratas da Saúde Coletiva; 5) partidos políticos (JORGE, 1991). O movimento sindical não apresentava uma participação expressiva, pois os setores mais politizados dispunham de atendimentos a saúde diferenciados no sistema privado. O movimento popular, embora significativo nas origens das lutas pela democratização da saúde em São Paulo (JACOBI, 1993), elegendo seus conselhos de saúde em São Paulo por conta própria, mostrava-se pulverizado e sem organismos de união no âmbito nacional:

O primeiro desses Conselhos de Saúde foi eleito em 1979 por 8 mil pessoas de um bairro da zona leste, o Jardim Nordeste. Já em 1981 esse movimento estendeu-se para outros bairros da região e 95 mil pessoas elegeram 19 Conselhos, cada um ligado a uma unidade de saúde. Ao todo foram eleitos 300 conselheiros. Depois, em 1983 houve nova eleição e constituíram-se 37 Conselhos, com 800 conselheiros. [...] Esse movimento dos Conselhos - que estendeu-se para outras regiões da cidade e outras cidades da região metropolitana - elegeu 80 Conselhos, com cerca de 1600 pessoas eleitas, que formam os Conselhos locais, em contato com o governo estadual ou municipal (JORGE, 1991, p. 13).

No caso dos movimentos sindicais dos trabalhadores de saúde, apesar de fortes, padeciam de um viés corporativo que impedia avançar na luta pela Reforma Sanitária. Os envolvidos com a Saúde Coletiva tiveram, segundo o autor acima citado, um papel importante na Reforma Sanitária do Brasil, mais em termos de produção teórica e dentro das instituições. Finalmente, entre os partidos políticos destacavam-se o PMDB, PCB, PC do B, PSDB e o PT. Considerando

muito frágil essa base política, era proposta a composição de uma força social a partir da articulação daqueles cinco atores (JORGE, 1991).

A distensão política, abordada no capítulo “Conjuntura da transição democrática”, representou uma situação inicial na qual foi acionada uma determinada estratégia pelo movimento sanitário para o desenvolvimento da *proposta* da RSB:

O movimento sanitário conformou-se de maneira inovadora e criativa, na política de ‘aproveitar espaços’, rompendo com o isolacionismo a que a sociedade tinha sido condenada, em relação ao aparelho de Estado, não sem, com isso, despertar, em vários segmentos de esquerda uma severa crítica que ia da acusação de reformismo, até de oportunismo e adesismo [...]. Essa estratégia proporcionou uma tática ‘sui generis’, embora perigosa, com riscos e algumas vezes com ‘cabeças roladas’, de se investir nas contradições. Isto é, ao mesmo tempo que se assessorava o Ministério, se assessorava parlamentares para questionar as ações e políticas do próprio Ministério. Além de propiciar o acesso de informações privilegiadas, que eram passadas tanto ao movimento, como para jornalistas e, especialmente aos parlamentares a ele vinculados, para pronunciamentos, argüições e denúncias (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 63-65).

Desde que o deputado Ubaldo Dantas, filiado a Aliança Renovadora Nacional (ARENA) enquanto partido que sustentava politicamente o regime militar, assumiu a direção da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, essa “via” foi progressivamente ocupada.¹ Ao revisitar a “plataforma programática” do movimento sanitário, apresentada no *I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde* em 1979, que destacava as condições que possibilitam a saúde e o reconhecimento do caráter sócio-econômico das mesmas, podem ser observadas algumas das estratégias do movimento da RSB:

A constituição do movimento sanitário como ator político adotou como estratégia, por um lado, a difusão e ampliação da consciência sanitária, com vistas a alterar a correlação de forças e a inserir-se no processo de construção de uma sociedade democrática. Por outro lado, sob a bandeira Saúde e Democracia (ou seria, Saúde é Democracia?), o movimento

da Reforma Sanitária alia a eficiente organização política do movimento social com a busca de um projeto alternativo para o sistema de saúde (FLEURY, 1997, p. 28-29).

Este fragmento reitera, portanto, a dimensão institucional da RSB, ainda que admita a ampliação da consciência sanitária como meio de alterar a correlação de forças. A dúvida persiste, todavia, quanto aos meios, instrumentos, estratégias e táticas a serem acionados no processo político que transcendam as práticas ideológicas. Em seguida, traduzindo a noção de equidade para acesso universal e igualitário e rejeitando qualquer discriminação, seja positiva ou negativa, a autora argumentava:

A Reforma Sanitária assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social, fundado na solidariedade, em uma comunidade politicamente inclusiva. [...] Na contra-mão das tendências predominantes, que entronizaram o pragmatismo e o individualismo como valores universais, o modelo da Reforma Sanitária fundou-se em uma utopia democrática igualitária (FLEURY, 1997, p. 33-34)

Em outros momentos o movimento combinou a estratégia de “guerra de posição”, acima ilustrada, com a denominada “estratégia quase de guerrilha” (RODRIGUEZ NETO, 1997), cujos embates teriam gerado, ainda que de forma pejorativa, a denominação “partido sanitário”, quando se tentou desqualificar aqueles que se opunham a certas medidas governamentais durante a ditadura apreciadas por simpatizantes da RSB. Uma dada proposta coberta de sigilo, envolvendo alguns integrantes do movimento sanitário foi combatida com a seguinte tática:

Valendo-se da organização e realização de mais um Simpósio de Saúde na Comissão de Saúde da Câmara Federal, esvaziou e ‘desmontou’ a proposta [...]. A situação, dada a conhecer posteriormente em círculos maiores, gerou pela primeira vez, algumas rupturas temporárias, ainda que com cicatrizes, no até então coeso ‘partido sanitário’ (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 68).

Tratava-se de um plano de unificação elaborado com o apoio da Seplan em direção oposta ao Plano do Conasp. Segmentava o sistema de serviços de saúde em três componentes: o privado autônomo (cobrindo 8 milhões de pessoas); o sub-sistema de assistência de saúde delegado através da modalidade “convênio-empresa” (cobertura de 70 milhões de trabalhadores); e o sub-sistema de responsabilidade pública (serviços federais, estaduais e municipais, bem como os contratados por estes, responsável por 40% da população, considerada fora do sistema produtivo). Quando militantes do movimento sanitário questionaram tais companheiros de forma veemente, por aceitarem tal proposta, foram acusados de atuarem como se fossem “um partido sanitário”. A partir de então, esta denominação passou a ser utilizada de forma pejorativa ou, alternativamente, para dar certa identidade a um grupo. Neste caso, as tentativas de delimitação sugerem um grupo de técnicos e intelectuais com preocupações progressistas, ocupando posições nos aparelhos do Estado ou elaborando políticas de saúde capazes de “corresponder pelo menos potencialmente, aos interesses de diversos blocos sociais” (CAMPOS, 1988a, p. 182-183).

Duas outras táticas foram ainda utilizadas pelo movimento no ocaso da ditadura: a) participação na construção das AIS, especialmente nas secretarias técnicas da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) e Coordenação, Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS); b) elaboração de propostas de saúde para o programa de governo da Aliança Democrática, inserindo-se no Grupo Parlamentar de Saúde do PMDB e/ou na Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves que formulou o Plano da Copag (RODRIGUEZ NETO, 1997).

Essas táticas e a estratégia de “guerra de posição” não eram, obviamente, consensuais. Entre os que se opunham ao “partido sanitário” aparecia a seguinte crítica:

A tática utilizada pelo Partido Sanitário não correspondia à estratégia por ele propugnada: ao mesmo tempo que se apontava o socialismo [...] isolava-se a possibilidade de efetiva

participação popular, trabalhando-se cada vez mais *em nome* da população e não em articulação orgânica com os setores populares. Isso leva a crer que nessa não correspondência tático-estratégica (prático-teórica) situava-se o cerne daquilo que posteriormente se chamaria de *dilema reformista* (GALLO, 1991, p. 22).

Ainda que mereçam mais estudos essa falta de “articulação orgânica” com as classes populares, há evidências de uma menor ênfase na trincheira *sócio-comunitária* de construção da RSB. Anteriormente tinham sido mencionadas mais duas trincheiras de luta para a construção do projeto da Reforma Sanitária, além da sócio-comunitária – a *técnico-institucional* e a *legislativo-parlamentar* (PAIM, 1988). No entanto, a “via do parlamento” foi compreendida por certos militantes como uma das principais estratégias:

As demais ‘vias’ de atuação do movimento poderiam ser sintetizadas em: produção acadêmica ‘informada’ politicamente, estimulação e promoção do debate, divulgação pela série de livros e pela Revista Saúde em Debate, construção de contra-políticas ou de políticas alternativas e ocupação de espaços institucionais. Todavia, se todas essas ‘vias’ foram e têm sido extremamente produtivas, em termos de avanços do movimento, parece não haver dúvida que a escolha do parlamento como canal para se fazer avançar o processo de democratização da saúde encontrou aí um espaço privilegiado para exploração (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 63-64).

Com o início do processo constituinte em 1987, a “via parlamentar” foi privilegiada por importantes lideranças do movimento sanitário. Este processo encontra-se bem documentado e estudado, apresentando resultados objetivos na institucionalização da Reforma Sanitária (RODRIGUEZ NETO, 1997, 2003). Outros militantes ocupavam-se com a implantação do SUDS, gestão e mobilização social, enfrentando-se com os opositores da implantação da Reforma Sanitária, tais como: o empresariado da saúde; oligarquias e setores políticos clientelistas e fisiológicos; e corporação de profissionais (PINHEIRO, 1991).

Tomando a experiência da Bahia como ilustração, o governo democrático eleito em 1986 e apoiado por uma frente política integrada pelo PMDB, PDT, PSB, PCB, PSDB e PC do B ampliou os espaços e processos de participação popular, mas enfrentou fortes resistências políticas. Parte expressiva de prefeitos do PMDB e do então PFL, com apoio de parlamentares, reagiram contra a formação de Conselhos Municipais de Saúde e de Conselhos Diretores das unidades de saúde, que articulados ao *lobby* do setor privado impediram que a constituinte estadual incluísse no texto final os distritos sanitários, os conselhos e conferências de saúde (PINHEIRO, 1991).

Nessas primeiras escaramuças com o concreto verificava-se que o movimento da Reforma Sanitária incomodava muito por ser uma luta política e ideológica contra-hegemônica, além de incidir sobre interesses cristalizados nos âmbitos societário e setorial:

Porque o movimento sanitário traz dentro de si não uma luta específica, mas uma luta mais geral por mudanças profundas, numa orquestração histórica de elementos políticos, ideológicos, econômicos, técnicos a partir da relação dialética entre o específico e o geral. [...] É uma luta daqueles que querem transformar a sociedade. A Reforma Sanitária é uma luta de longo curso, é um processo de acumulação de forças e de rupturas qualitativas (PINHEIRO, 1991, p. 48).

Apesar da existência de análises concretas como a esboçada acima, havia estudos que efetuavam uma crítica ao movimento sanitário de então e, especialmente, ao “dilema reformista” a partir da identificação de uma contradição entre o saber e o fazer:

A teoria - baseada na causalção social - exigia a denúncia das limitações estruturais postas pelo capitalismo e a necessidade de sua superação através da consciência sanitária, de classe, da interação; a prática - reformista - omitia a denúncia, preconizava a ‘dialética do possível’, o ‘agir-racional-com-respeito-a-fins’ (GALLO, 1991, p. 26-27).

Independentemente das divergências político-ideológicas entre atores/atores da Saúde Coletiva defensores da RSB, a conclusão acima

requeria uma contextualização examinando, mais concretamente, a conjuntura em questão no sentido de verificar as possibilidades reais de desenvolvimento do “elemento jacobino” contra o *transformismo* e a *revolução passiva*.

Na realidade, desde a sua emergência o movimento sanitário explicitava a sua opção reformista, tendo em conta os fracassos no Brasil dos movimentos revolucionários do final dos anos sessenta e início dos setenta. Parodiando o livro de Zélia Gattai - *Anarquistas Graças à Deus*, Sônia Fleury declarava em diversas oportunidades: Reformistas, graças a Deus...

A transição “pelo alto” efetuada pelas forças da Nova República, a contenção da constituinte pela ação do “centrão”, os retrocessos do Governo Sarney e a eleição do Presidente Collor, com todas as conhecidas conseqüências econômicas, políticas, ideológicas e éticas, não podem ser negligenciadas na análise do “dilema reformista”. A aposta em uma práxis emancipadora, compartilhada por muitos dos atores/autores da RSB exigiria, em termos leninistas, uma escrupulosa atenção à vida real. Como reconhecia, aliás, o crítico acima, a situação concreta teria que ser considerada:

A direcionalidade das ações em termos de *telos* emancipatório, sejam de que tipo for (exceto as comunicativas, que pressupõem o consenso produtivo), só podem ser avaliadas a partir de sua situação histórica específica, do contexto na qual se desenvolvem (GALLO, 1991, p. 97).

Não cabia esquecer, portanto, a crise econômica, o déficit fiscal, o retrocesso político da “Nova República” e o recuo do movimento sanitário. Assim, convém analisar as estratégias identificadas para a práxis do *projeto* da RSB, assentadas em dois vetores direcionais: o primeiro contempla a democratização da saúde e a ideologia “publicista” (“publicização da saúde”), de um lado, e a introdução da categoria das lutas de classes no planejamento de saúde e a concepção de determinação social da doença, de outro: não se trata mais de assistir e integrar os doentes, mas atuar ao nível das condições sociais de produção das doenças (DAMASO, 1989, p. 72).

Nesse sentido, o movimento sanitário teria um *braço estatal* e um *braço civil*. Este, representado pelo Cebes e marcado por uma produção essencialmente intelectual, disporia de uma *concepção estratégica*, ingressando na arena política num segundo momento. No caso do outro vetor direcional, tratava-se de transformar o caráter da intervenção estatal na área da saúde, especialmente no que se refere às relações entre saúde e desenvolvimento, apesar da insuficiência do enfoque sistêmico. Portanto, as estratégias iniciais admitiam “democratizar a saúde como parte da estratégia maior de democratização da sociedade” (DAMASO, 1989, p. 71).

Em vez de funcional, a RSB poderia ser uma antítese ao Estado então existente e às características iníquas da sociedade brasileira. Supondo-se que o Estado capitalista teria de fazer concessões, indagava-se qual o limite para a expansão de políticas sociais nessa sociedade? (COUTINHO, 1989). Mesmo apoiando-se na idéia de seletividade estrutural (OFFE, 1984), seria possível responder antecipadamente a tal questão? Ou ter-se-ia que indagar quais as forças sociais capazes de forçar o Estado a ampliar tais concessões, ou qual a correlação de forças existente que permitiria ou impossibilitaria tal projeto, examinando-se mais exaustivamente cada conjuntura? Tais indagações estimulavam certa reflexão sobre eficácia da ação política para a Reforma Sanitária. Ao realizar um balanço preliminar do projeto de Lei nº 3110/89 (A lei da saúde), por exemplo, a Abrasco alertou:

Sob o risco de que o projeto da Reforma Sanitária entre em obsolescência, é necessário um grande, amplo e urgente debate sobre a atual correlação de forças do setor, suas novas formas de expressão e alianças, assim com as estratégias que efetivamente habilitem o setor público, pela sua qualificação e resolutividade, a exercer a hegemonia que lhe cabe numa sociedade justa e democrática. O grave, no entanto, é que, sem exceção, o setor conservador e clientelista corresponde ao grupo que agora está no poder [...]. (EDITORIAL, 1989, p. 2).

Apesar de se ter cunhado a expressão “partido sanitário”, como uma referência simbólica de um movimento social suprapartidário, a Reforma Sanitária careceu de bases sociais e forças políticas

suficientes para assegurar a sua sustentação política na conjuntura pós-constituente e para avançar o seu *processo*. A fragilidade da base social da RSB tem sido reconhecida, particularmente no que se refere à classe trabalhadora. Os partidos, por sua parte, não assumiram a *proposta* da Reforma Sanitária ainda que as forças do movimento sanitário utilizassem o Parlamento como espaço de atuação política (FLEURY, 1991).

Embora participassem do Cebes filiados do PCB, assumindo inclusive postos de direção, como foi o caso de Sérgio Arouca, o movimento sanitário teve um caráter suprapartidário. E a própria natureza descentralizada da organização do Cebes, mediante núcleos em estados e municípios, era pouco compatível com o “centralismo democrático” que orientava muitos partidos de esquerda. Portanto, a forma partido parece que não conseguiu se impor na estrutura do Cebes e do movimento sanitário. O Cebes tem funcionado mais como liga ou cimento ideológico, alimentando um movimento de opinião em defesa da RSB, representando uma interrogação no que se refere a possibilidade real de alterar a correlação de forças:

Assumindo o caráter dual da saúde, como valor universal e núcleo subversivo de desmontagem da ordem social em direção à construção de uma nova correlação de forças, o movimento sanitário pretendeu ressignificar politicamente a noção de cidadania, dando a ela um caráter transformador (FLEURY, 1997, p. 27-28).

Entretanto o movimento se ressentia de uma base social mais ampla, em que o usuário pudesse assumir a questão saúde “pelo lado contestador, revolucionário” (FLEURY, 1991, p. 10), possibilitando um processo de construção de uma nova hegemonia. A prática ideológica muito presente no movimento sanitário, através da atuação do Cebes e da Abrasco, embora fundamental para mudar visões de mundo e constituir sujeitos sociais, nem sempre é potente para alterar as relações sociais de poder. Nem só com ideologias se muda a realidade:

Como a reprodução social não se orienta, entretanto, nem pela falta de lógica das ideologias, nem pela consistência teórica de suas críticas, cabe aproveitar, impõe aproveitar essa experiência histórica como lição para as ações futuras que pretendam transformar as práticas de saúde, pelo menos nesses dois sentidos apontados, em que a lição não admite ambigüidades. Nenhuma perspectiva tecnocrática terá doravante como justificar-se diante de seus fracassos, quaisquer que sejam seus méritos lógicos ou científicos, o que quer dizer que haverá sempre que buscar sólidas e profundas bases de apoio à ação transformadora do tecido social, para que ela possa viabilizar-se, e mesmo que deva então seguir o ritmo aparentemente lento dos atalhos transversais e das retiradas (MENDES-GONÇALVES, 1991, p. 101-102.).

Embora a militância se construa na luta, esta, para ser eficaz, exige organização da sociedade, especialmente, das classes subalternas. Ainda que a forma partido seja aquela teorizada nos tempos de Lênin e Gramsci, no caso da RSB, outras alternativas tiveram de ser consideradas ou concebidas, afinando os instrumentos de compreensão e de luta. Assim, na primeira metade da década de 1990 o movimento sanitário acionou a instância da Plenária Nacional de Saúde, enquanto na segunda metade, com a expansão dos conselhos de saúde, desenvolveu-se a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (FALEIROS *et al.*, 2006).

Além de enfrentar uma máquina estatal – clientelista, patrimonialista e privatizada – e o corporativismo dos profissionais de saúde, o movimento enfrentou posições divergentes. O nó crítico, no entanto, residiu na capacidade de produção de fatos políticos suficientes para o exercício da contra-hegemonia e, conseqüentemente, viabilizar o *projeto* da RSB.

Mais do que uma profunda Reforma do Estado, o projeto da Reforma Sanitária foi a ponta de lança na construção de uma nova hegemonia, portanto, de reconstrução, em novas bases, da relação Estado-sociedade. Ao falar de hegemonia temos em conta o processo vigoroso de *empowerment* representado pela emergência de novos atores no cenário político setorial, como os Secretários Municipais de Saúde com suas formas

organizativas próprias, bem como de outros grupos como os usuários do sistema, ademais da extensão da condição de cidadania àqueles que antes a desconheciam, ou aos quais ela era negada (FLEURY, 1997, p. 36).

Sem recusar as inovações institucionais decorrentes dessa “nova hegemonia” nem o alargamento das bases sócio-políticas da RSB com a entrada de novos atores na cena política, há que se registrar a insuficiência dos mesmos para sustentar o seu *processo* de modo orgânico ao seu *projeto*. Conseqüentemente, na discussão das estratégias voltadas para a RSB impõe-se reexaminar as suas bases sociais e políticas, bem como seus possíveis deslocamentos em distintas conjunturas.

No caso dos profissionais de saúde, uma grave crise pode ter comprometido o seu apoio à RSB, diante da instabilidade econômica e conseqüente degradação das suas condições de trabalho e de remuneração na passagem dos anos 80 para os 90 e não alteradas no início do século 21. Essas condições objetivas parecem ter sido mais fortes que “o longo trabalho de persuasão nas categorias, de forma a mudar valores que distorcem a função dos profissionais na sociedade, como o individualismo, a falta de responsabilidade etc.” (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 95). Muitos desses profissionais, especialmente os médicos, que participaram ativamente do movimento na década de oitenta passavam a sofrer as influências ideológicas das tendências liberal e trabalhista. O recrudescimento dessas tendências requeria, segundo os autores citados, uma prática ideológica capaz de atuar nos níveis da consciência, supondo que a luta pela hegemonia inseria-se, fundamentalmente, no plano das idéias:

Caso o ideário trabalhista [...] continue a perder terreno, e o ideário neoliberal e os valores que lhe são inerentes ganhar mais espaços, poderemos estar certos de que o Movimento Sanitário terá maiores dificuldades em conseguir mobilizar os profissionais do setor para o projeto da Reforma sanitária (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 96).

No caso dos trabalhadores de saúde, a fragilidade do apoio não foi menor. Os preceitos neoliberais da política de RH na década de noventa se realizavam em detrimento aos da Reforma Sanitária, afastando os trabalhadores da sua sustentação, justamente “os protagonistas da Reforma Sanitária, aqueles que detêm a técnica, o saber e o trabalho a serem postos a favor da população brasileira” (MACHADO, 2005, p. 278).

Face às deficiências de mobilização e organização, de um lado, e a sua relativa organicidade, de outro, o movimento sanitário não conseguiu ser reconhecido pelo Estado em mesas de negociações do Executivo. O movimento sanitário, particularmente no que se refere ao Cebes e à Abrasco, apresenta características que poderiam explicar em parte esse não reconhecimento:

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

Ainda que o Cebes e, especialmente, a Abrasco sejam convidados para eventos ou discussões de grupos de trabalho do Ministério da Saúde não chegam a constituir nem mesmo grupos de pressão. Suas ações restringem-se ao plano ideológico. Nas lutas mais decisivas, adquirem posições de força os gestores e os produtores do setor saúde (empresários e trabalhadores), ou ainda os parlamentares, enquanto os grupos de consumidores e de usuários de bens e serviços coletivos encontram-se em posição de “desvantagem estrutural” (VAITSMAN, 1989). A representação da sociedade civil nas conferências e conselhos de saúde não tem sido suficiente para influir na implementação da RSB, de acordo com as linhas básicas do seu *projeto*.

Já o Conass e o Conasems, ao conquistarem acento permanente nas CIT e CIB, mesmo sendo representações do próprio Estado

nos níveis estadual e municipal, adquirem maior poder, embora pareçam funcionar de forma corporativa em relação aos interesses das respectivas administrações.

No caso dos conselhos de saúde, enquanto espaços de democratização, foram objeto de crítica na medida em que adotavam uma concepção instrumentalista:

[...] têm como base comum a visão instrumental dos Conselhos que, considerados ‘braços’ da sociedade, devem manter-se em posição externa ao Estado, seja para guerrear-lo, seja para vigiá-lo, seja para invadi-lo, podendo resultar numa perspectiva de controle social despolitizada e eventualmente inócua. Daí a necessidade de superar a visão maniqueísta das relações Estado-sociedade e a concepção instrumental dos Conselhos de Saúde, desobrigando-os da hercúlea tarefa de guardiões heróicos da agenda da Reforma Sanitária, para redescobri-los como experiência social e inovação política relevante para a reforma democrática do Estado (CARVALHO, 1997, p. 98).

Antes de se analisar a pertinência dessa proposição, caberia destacar que nem todas as correntes marxistas concebem o Estado como instrumento, como demonstra o próprio autor ao utilizar as contribuições gramscianas. Do mesmo modo, os conceitos de Estado e poder, enquanto categorias de análise, precisam ser contextualizados para extrair propostas de ação que orientem a práxis. Nessa perspectiva, caberia indagar de que Estado se está falando, que condensação material, qual a relação do feixe de forças e quem exerce a hegemonia no bloco histórico construído ou em construção? Discutir um Estado em abstrato, não recuperando a conformação histórica e as características do Estado brasileiro, pode-se incidir em proposições distintas dos propósitos da RSB.

Partindo do pressuposto de que “os Conselhos são arranjos institucionais tendentes a produzir impactos modernizantes e democratizantes sobre o padrão de processamento de demandas na área de saúde” (CARVALHO, 1997, p. 99), o autor reconhece o patrimonialismo arraigado do Estado brasileiro, a modernização conservadora operada na transição do regime militar, a manutenção

da cultura de coalizões e as práticas arcaicas da política. Ainda assim, destaca o impacto democratizante dos conselhos ao ampliar a permeabilidade às demandas de setores não contemplados, incidindo na seletividade estrutural do Estado, na ampliação da agenda pública e nos mecanismos tradicionais de influência na decisão como a mídia, o Legislativo, os *lobbies*, os anéis tecno-burocráticos, entre outros.

Mesmo sem questionar essas potencialidades e virtualidades dos conselhos e conferências de saúde propostas pela RSB, reconhecidas também por outros autores (LABRA, 2005, FALEIROS *et al.*, 2006), inclusive a defesa do interesse público e a *accountability*, é difícil acompanhar o autor nas conseqüências de sua análise:

Nesse ponto, pode-se compreender os Conselhos não mais como limitados ao âmbito da Reforma Sanitária. Para além da contribuição específica que possam dar ao SUS, como fóruns privilegiados de tematização da Reforma Sanitária, é preciso compreendê-los no processo contemporâneo da reforma democrática do Estado. Para além dos seus limites sanitários, é preciso resgatar seu significado para a democracia (CARVALHO, 1997, p. 100).

Se a RSB for pensada exclusivamente como reforma setorial e SUS, talvez se possa aceitar o alerta contra os “limites sanitários” e considerar a reiteração da tese de que “Saúde é democracia, democracia é saúde”. Todavia, se a compreensão da RSB for além de uma reforma parcial, ou seja uma reforma geral ou revolução no modo de vida tal como se expressa no seu *projeto*, não há porque confiná-la ao âmbito setorial nem estatal, mas pensá-la como uma reforma intelectual e moral na perspectiva gramsciana e um conjunto articulado de mudanças capazes de incidir sobre a vida social. Daí a dificuldade dos conselhos, em si, assumirem a sua condução.

Embora o mencionado autor prefira a noção de cidadania, em vez dos conceitos de sociedade civil e classe social para evitar “pensar a sociedade ou o mercado como espaços alternativos ao Estado” (CARVALHO, 1997, p. 107) ou usar categorias marxistas supostamente anacrônicas, deixa de assinalar quais os sujeitos sociais

capazes de sustentar, politicamente, o *processo* da Reforma Sanitária e fazê-lo avançar. Seria a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, com suas diversas reuniões e algumas divergências de atribuições e liderança com o Conselho Nacional de Saúde? Possivelmente não, pois os conselhos já integram os aparelhos de Estado do setor saúde, apesar de terem uma composição paritária privilegiando os chamados usuários.

Se os conselhos, enquanto estruturas permanentes e legais com um pé no Estado e outro na sociedade civil, não podem ser guardiões (ainda que não heróicos) da Reforma Sanitária, quem os serão? Os dirigentes dos aparelhos de Estado? A burocracia? Seria a *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa* do Ministério da Saúde? Os partidos políticos? O Conass e o Conasems? A Abrasco? Os movimentos sociais? Grupos de pacientes com necessidades específicas? Todos eles e mais alguns? Ou, ao fim e a cabo, restará ao Cebes e aos velhos militantes tal “hercúlea tarefa”?

Enfim, por mais inovação político-institucional que seja a experiência dos conselhos e por mais relevante que pareça a Reforma Democrática do Estado, o projeto da RSB, enquanto *reforma social* implica incidir sobre o modo de vida das pessoas e da sociedade, tendo a saúde como foco. Enquanto certos intelectuais da Saúde Coletiva criticam o marxismo e fazem concessões ao pluralismo e ao individualismo, sob o pretexto de forjar novas identidades e parecerem pós-modernos, os empresários da saúde e suas contrapartes do capital e das classes dirigentes, a exemplo do chamado setor regulado nas instâncias colegiadas da ANS e da Anvisa, cuidam muito bem dos seus negócios e sabem também o que perseguem: “corporativismo para os fortes e pluralismo para os fracos” (VAITSMAN, 1989, p. 148).

Ainda que a Reforma Democrática do Estado possa ser sinérgica com a democratização da saúde, não se pode negligenciar a dimensão sanitária e, conseqüentemente, uma intervenção social organizada sobre danos, riscos, vulnerabilidades e determinantes estruturais sócio-ambientais. Do mesmo modo, não podem ser ignoradas as

bases sociais de sustentação da Reforma Sanitária que permanecem estreitas para além do movimento sanitário:

O fato de que a classe média, as categorias mais organizadas de trabalhadores e os empregados das estatais tivessem seus próprios planos de saúde explica seu escasso ou nenhum interesse em relação à construção do SUS. Independentemente das orientações dos dirigentes sindicais, suas bases estavam mobilizadas para obtenção de mais e melhores benefícios para seus próprios sistemas privados de seguro. Além desses, os trabalhadores menos organizados e rurais, assim como trabalhadores do mercado informal de trabalho ou desempregados, careciam de suficiente organização política para pressionar por reformas de saúde de âmbito nacional (ARRETCHE, 2005, p. 290).

Portanto, ocorreu um deslocamento da base política, ideológica e social da RSB na passagem da década de 1980 para a de 1990 que requer alguma análise e reflexão. Esse deslocamento de poder poderia explicar, em parte, a ênfase na dimensão setorial da Reforma Sanitária, além de um destaque para aspectos relativos ao financiamento e gestão, em detrimento do modelo de atenção e das condições de saúde e seus determinantes.

Nos anos posteriores à Constituição, o movimento sanitário foi perdendo paulatinamente o caráter militante e mobilizador que o caracterizou na transição à democracia e, também, perdendo influência e cargos na política governamental, o que o impediu de exercer um papel vigilante no cumprimento da Constituição (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 321).

O poder político de mobilização do movimento da reforma sanitária brasileira foi assim ocupado pelos gestores, representados pelo Conass e Conasems. Essa mudança nas bases de poder centrado nos secretários de saúde apresenta uma dimensão positiva na medida em que favoreceu a construção de uma instância técnica no âmbito municipal para cumprir as tarefas relativas à gestão pública de saúde (FLEURY, 1997).

Esses atores políticos e sociais vinculados ao movimento sanitário, relativamente esvaziado, até 2005, tendo o Cebes e a Abrasco como seus porta-vozes coletivos, constituíram a base política para a implementação do SUS e foram capazes de reproduzir pelo menos a retórica da Reforma Sanitária:

CEBES, ABRASCO, CONASS, o CONASEMS, a Rede UNIDA, ABRES, AMPASA, parlamentares, entidades representativas nos Conselhos de Saúde, a Frente Parlamentar da Saúde e outros têm liderado o debate e concentrado esforços para a concretização do projeto da Reforma Sanitária.²

A partir de 2005, surgiu a proposta de concentrar esforços na reaglutinação de atores sociais e institucionais em torno do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira - MRSB. Reafirmando princípios e diretrizes, busca-se identificar e caracterizar os atores políticos da RSB na conjuntura atual: Conasems/cosems, Abres, Núcleos de Saúde Coletiva, Frente Parlamentar da Saúde, Rede Unida, ONGs, entidades de usuários (AIDS, Pastoral da Saúde) e outros.³

Mesmo considerando esse mapeamento político, algumas indagações ainda permanecem: qual a potência política desses atores para viabilizar a concretização desse *projeto*? Como ampliar as bases sociais de sustentação política no sentido de assegurar a continuidade, sustentabilidade e radicalização do *processo* da RSB?

Essas perguntas serão retomadas no próximo capítulo quando se procura analisar e interpretar o processo da Reforma Sanitária Brasileira à luz das categorias indicadas no quadro teórico de referência. Este “caminho de volta” que considera os fatos políticos e institucionais examinados em duas conjunturas busca retomar o pensamento construído sobre o fenômeno investigado na perspectiva alcançar o “concreto pensado”.

Notas

¹ Ubaldo Dantas é médico baiano que, após realizar pós-graduação na London School of Hygiene and Tropical Medicine, foi Secretário de Saúde do Estado da Bahia entre 1975 e 1978 no governo Roberto Santos, sendo eleito deputado federal. Na sua gestão apoiou iniciativas inovadoras tais como implantação de PECs (especialmente o PIASS), centros comunitários de saúde mental, Hospital Central etc. Ao se afastar do governo para concorrer às eleições foi substituído por José Alberto Hermógenes de Souza que, posteriormente, prestou importante contribuição na Comissão Nacional da Reforma Sanitária e na implementação do SUS. Desde 1979, quando foi realizado o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, o Cebes se fez presente e apresentou o documento histórico - “A Questão Democrática na Saúde”, propondo a criação do SUS. Há um episódio quase anedótico, anterior à realização desse Simpósio, ocorrido em Ariccia, localidade próxima de Roma, Itália. Havia um grupo internacional de estudos avançados em economia política reunido em julho de 1979, contando com a participação de brasileiros, latino-americanos, americanos e europeus, incluindo Giovanni Berlinguer, Franco Basaglia, Laura Conti, Vicente Navarro, entre outros. Naquela oportunidade, Ubaldo Dantas, em viagem de férias, passou em Ariccia para convidar Berlinguer, liderança da Reforma Sanitária Italiana, para participar do referido Simpósio de Política Nacional de Saúde. Tratando-se de uma reunião fechada em prédio da CGIL italiana (Confederação Geral de Trabalhadores da Indústria) alguns participantes questionaram a presença de um deputado da Arena num encontro de marxistas. Entretanto, os brasileiros reuniram-se e fecharam questão quanto a pertinência da visita do deputado baiano pois poderia abrir novas perspectivas de ação política, ou então abandonariam a reunião. Contornada a situação, o deputado foi apresentado ao então senador do Partido Comunista Italiano, Giovanni Berlinguer. Ao saber que se tratava de um deputado do partido da ditadura brasileira, Berlinguer exclamou: “como são longos e tortuosos os caminhos que levam ao Senhor...” Conhecendo, posteriormente, as conseqüências positivas do 1º Simpósio fica o registro da importância do diálogo e da superação do dogmatismo em política.

² Trecho do documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, divulgado em 2006 (p. 3 e 4).

³ Extraído do anexo do documento Movimento de Repolitização do SUS, 2006.