

## Reforma sanitária e revolução passiva no Brasil

Jairnilson Silva Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PAIM, JS. Reforma sanitária e revolução passiva no Brasil. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 291-322. 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/).

## REFORMA SANITÁRIA E REVOLUÇÃO PASSIVA NO BRASIL

Os homens de cultura não devem ter a pretensão de concorrer com os homens políticos. [...] O dever do homem de cultura que não queira ficar indiferente ao drama do seu tempo, é o de fazer explodir as contradições, desvelar os paradoxos que nos põem diante de problemas sem uma solução aparente, indicar as estradas sem saída (BOBBIO, 1997, p. 174).

Nos capítulos anteriores foi possível indicar que a Reforma Sanitária tem sido tratada como *idéia*, *proposta*, *movimento*, *projeto* e *processo*, havendo textos consultados nos quais, praticamente, todos esses termos foram empregados. Assim, poder-se-ia concluir que a Reforma Sanitária representa uma *reforma social* inconclusa, passando por diversos momentos de um ciclo: era uma *idéia* que se ia plasmando na medida em que se procedia a uma crítica ao sistema de saúde durante a ditadura. Foi uma *proposta* inicialmente apresentada pelo Cebes, trazendo um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no documento *A questão democrática na saúde*, em 1979. Foi, também, um *movimento*, mobilizando um bloco de forças políticas, ideológicas e sociais, além de um *projeto*, sintetizado no *Relatório Final da 8ª CNS*, consubstanciando um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária,

uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um *processo*, porquanto a *proposta* e o *projeto* formulados não se contiveram nos arquivos nem nas bibliotecas, mas se transformaram em “bandeiras de luta” de um *movimento*, articulando práticas (política, ideológica, científica, técnica e cultural) e tornando-se História.

Como já se assinalou, a Saúde Coletiva apoiou teoricamente a RSB a partir do triedro ideologia, saber e prática, porquanto surgiu e se desenvolveu, enquanto campo científico, de forma vinculada à *proposta* e ao *projeto* da Reforma Sanitária. Se a Saúde Coletiva apresenta *continuidades* com a Saúde Pública (institucionais, científicas e tecnológicas), também exhibe *rupturas* fundamentais em termos políticos, ideológicos, organizacionais e culturais (PAIM, 2006a). O presente estudo, ao tomar como objeto a RSB, fundamentou-se em parte dessa produção científica da Saúde Coletiva e procurou examinar os seus impasses, analisando os antecedentes e as circunstâncias em que foram formulados a *proposta* e o *projeto*, bem como a capacidade de articulação e de fazer política dos seus atores no *processo*, particularmente na conjuntura pós-constituente. Representa uma das leituras possíveis de um fenômeno histórico-social, sem a pretensão de esgotar a compreensão de um *processo* incerto, sujeito a surpresas e que não tem um fim previsível, como adverte um dos seus atores:

Os meandros da vida são muito mais sinuosos e surpreendentes que a arquitetura simplificadora de planejadores ou pensadores políticos podem prever (VAN STRALEN, 1995, p. 189).

Cumprir registrar que ao se efetuar uma leitura de discursos de intelectuais sobre a Reforma Sanitária, assim como publicações e documentos produzidos no período do estudo (1976-2006), não significa uma valorização dos atores e suas opiniões e representações em detrimento dos fatos. Um estudo que usa como matéria-prima discursos (opiniões, *doxa*) disponíveis em publicações (entrevistas,

notícias, relatórios e textos críticos, ideológicos e apoloéticos), embora não expresse objetivamente o real, enquanto representação, pode ser uma das aproximações possíveis. Na realidade, não se pretendeu investigar os atores (os intelectuais singulares da RSB ou mesmo os intelectuais coletivos do movimento sanitário como o Cebes, a Abrasco, as Plenárias e os Conselhos de Saúde). Desejou-se indagar, objetivamente, sobre o seu “produto” – a Reforma Sanitária, considerando-se que o discurso e a prática desses atores representam uma matéria-prima ou substrato, cuja natureza empírica permitiria transcender a um mero ensaio.

Enquanto as iniciativas anteriores de reforma da saúde estavam ligadas ao Estado (com o foco nos portos e centros urbanos), quando não desencadeadas fundamentalmente pela ação estatal, a Reforma Sanitária ou *Reforma Democrática da Saúde*, objeto desta investigação nasceu da sociedade civil e só, posteriormente, partiu para a conquista do Estado: o Parlamento e o Executivo. Teve como diferencial a ênfase na democratização da saúde e em demandas por “liberdades civis e bens coletivos” capazes de reduzir as desigualdades e buscar a equidade no acesso a serviços públicos (ARRETCHE, 2005).

No entanto, diversos estudos, investigações, ensaios, *position papers*, debates e reflexões empreendidos sobre a RSB nas últimas décadas fixaram-se na sua dimensão institucional, ou seja, no SUS, negligenciando outros elementos fundamentais do *projeto* original. Constatou-se que, a despeito das conquistas, a Reforma Sanitária enquanto *processo*, enfrentou obstáculos. Estes estavam presentes na estrutura econômica e na superestrutura jurídico-política e ideológica da sociedade brasileira, agravados pelas dificuldades de ampliação de sua base de sustentação política para vencer os seus adversários transitórios e estruturais, numa conjuntura marcada pela crise fiscal do Estado, pela adoção de políticas recessivas e pela manipulação político-ideológica efetuada pelo *Estado ampliado*, particularmente via mídia.

Ainda assim, no final da década de oitenta, admitia-se que o *processo* da Reforma Sanitária supunha o desenvolvimento do

capitalismo brasileiro e o percurso da sua superação para o socialismo, bem como a conquista da cidadania plena e a democratização da vida social (PAIM, 1991). O trem da história, porém, parece ter seguido por outros trilhos. Outras reformas, como a italiana, enfrentaram, também, obstáculos internacionais face à política de Reagan e Thatcher, voltada para a destruição do Estado Social, e à ideologia do privado que procurava substituir a solidariedade coletiva (BERLINGUER, 1987).

### *As conquistas da Reforma*

Apesar de tudo, trinta anos depois da fundação do Cebes e vinte anos após da realização da 8ª CNS pode-se registrar, evidentemente, um conjunto de significativas conquistas da Reforma Sanitária no Brasil, com destaque para o reconhecimento formal do direito à saúde e a descentralização com comando progressivamente único em cada esfera do governo, como se ressalta:

Ao incluir a saúde como um direito constitucional da cidadania no capítulo da Seguridade Social, avançamos na concretização da democracia, fortalecendo a responsabilidade do Parlamento e da Justiça, cada dia mais presentes na garantia dos direitos sociais. [...] No âmbito da Reforma do Estado, o SUS desenvolveu um projeto de reforma democrática que se caracterizou pela introdução de um modelo de pacto federativo baseado na descentralização do poder para os níveis subnacionais e para a participação e controle social. Como consequência ocorreu uma ousada municipalização do setor saúde.<sup>1</sup>

A defesa e o posterior reconhecimento do direito universal à saúde, o reforço da noção de cidadania e a sua vinculação ao conceito de seguridade social, introduziram mudanças significativas na relação Estado-sociedade no Brasil a partir do projeto da RSB. Esse início de *Reforma Democrática do Estado* e o radical processo de descentralização num país de dimensões continentais com 27 unidades federativas e mais de 5.500 municípios asseguraram a participação social no interior dos aparelhos de Estado e a organização de instâncias de pactuação

entre gestores para a implementação do SUS, considerando uma complexa concepção de federação. Essa ampliação da participação social em saúde, desencadeando o controle público sobre o Estado através de conselhos, conferências e plenárias de saúde permitia a constituição de novos atores na área da saúde (CARVALHO, 1997). Contudo, o caráter virtuoso desse processo participativo não tem sido suficiente para resultar numa práxis de *reforma social geral*.

Foram criados Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo, em todos os municípios e estados nos quais os representantes dos usuários ocupam 50% dos assentos. Foram instituídos fundos de Saúde, substituindo os convênios que regiam as relações entre as três esferas governamentais. A criação das Comissões Bipartites (CIB), nos estados, e a Tripartite (CIT), no nível nacional, estabeleceu o espaço para o desenvolvimento de relações cooperativas entre os entes governamentais. [...] Esse modelo do SUS está sendo expandido e reinterpretado para a área de Assistência Social (SUAS) e também para a área de Segurança Pública (SUSP).<sup>2</sup>

Outros avanços do SUS podem, ainda, ser mencionados: extinção do Inamps, universalização do acesso, expansão do PACS/PSF, crescimento da produção e da produtividade (mais de 1,5 bilhão de atendimentos ambulatoriais em 2004, 200 milhões de exames laboratoriais, 12 milhões de internações, 1 milhão de tomografias etc.), regulamentação e realização de 23.400 transplantes, desenvolvimento de sistemas de informatização e informação em saúde, entre outros:

O êxito da descentralização pode ser medido pelo seu impacto no aumento da base técnica da gestão pública em saúde nos níveis local, regional e central. Também, a rede de atenção básica teve grande expansão, a partir de 1998, ampliando enormemente o acesso das populações antes excluídas. O sistema universal e descentralizado permite que o país realize um dos maiores programas públicos de imunizações do planeta e um programa de controle da AIDS mundialmente reconhecido. Esses resultados constituem os esforços de milhares de trabalhadores de saúde, de todos os níveis e especialidades de formação, para concretizar o direito à saúde no cotidiano da população brasileira.<sup>3</sup>

No que diz respeito à vigilância sanitária, muitas vezes esquecida na apreciação do SUS, basta lembrar que em 1987 a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária contava com apenas 15 fiscais em todo o Brasil para cosméticos, saneantes, alimentos, medicamentos, portos e fronteiras (PROPOSTA, 1987c) e por muito tempo os escândalos produzidos ocupavam, freqüentemente, as páginas policiais (SOUTO, 2004). Atualmente encontra-se em desenvolvimento o *Plano diretor da vigilância sanitária* e a organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no qual só a Anvisa dispõe de centenas de técnicos e funcionários, além dos milhares trabalhadores militantes da VISA dos SUS estaduais e municipais. Além disso, estrutura-se uma tecnoburocracia crescentemente qualificada, com a produção e utilização da informação e do conhecimento técnico-científico para a regulação e fiscalização, conquistando credibilidade junto aos profissionais de saúde e à opinião pública (SOUTO, 2007, MASSON, 2007, GAMARSKI, 2006).

### *As promessas não cumpridas*

Apesar desses êxitos, o confinamento da RSB à dimensão setorial e a submissão do SUS às “manobras da política” (BERLINGUER, 1988a), tornando-o refém do clientelismo e do partidarismo, representam sérias limitações a exigir uma avaliação crítica:

Tenho a impressão de que as lideranças do movimento sanitário se distanciaram do povo e das equipes de saúde, talvez porque se partidarizaram muito e isso emburrece as pessoas, cresce a percentagem de assuntos proibidos, comentá-los seria provocar esse ou aquele governo [...]. Muitos me dizem que esta partidarização, esse hábito de colocar o interesse particular antes da saúde seria um fato normal e inevitável. Eu reconheço que é inevitável que isso ocorra, mas me recuso a considerá-lo normal, quando as coisas se degradam, quando o jogo político se sobrepõe ao interesse público e à lógica sanitária (RADIS ENTREVISTA: Gastão Wagner..., 2005, p. 21).<sup>4</sup>

Em toda a conjuntura pós-constituente o SUS enfrentou um conjunto de obstáculos não superados, merecendo destaque a não implementação do preceito constitucional da Seguridade Social. Cabe lembrar que a concepção de Seguridade Social centra-se na cidadania universal, garantida como direito sob o princípio de justiça, e no financiamento do orçamento público. Entretanto, encontra-se esvaziada pelos seguintes motivos: quebra da solidariedade do financiamento; criação de fontes específicas para a previdência, saúde e assistência social; retomada da concepção de seguro social, explícita inclusive na denominação Instituto Nacional de Seguro Social (INSS); e predomínio da ideologia liberal na assistência social, levando a uma “cidadania invertida”, seja através do fundo de combate à pobreza, seja mediante o *Bolsa Família*. O componente saúde da Seguridade Social, representado pela atuação do SUS e do Ministério da Saúde reproduz a lógica do Inamps – hospitalar e medicalizante:

O modelo assistencial é anti-SUS. Aliás, o SUS como modelo assistencial está falido, não resolve nenhum problema da população. Esta lógica transformou o governo num grande comprador e todas as outras instituições em produtores. A Saúde virou um mercado, com produtores, compradores e planilhas de custos. O modelo assistencialista acabou universalizando a privatização. (RADIS ENTREVISTA: Sérgio Arouca..., 2002, p.19).

A ressurreição da lógica do Inamps, a manutenção do modelo médico hegemônico e a submissão do SUS a interesses partidários na ocupação de cargos de confiança configuram questões insuficientemente discutidas pelo movimento sanitário. Além disso, o subfinanciamento, a precarização das relações, a remuneração, as condições de trabalho, a insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema, o *marketing* de valores de mercado e as soluções que ignoram os determinantes estruturais das necessidades de saúde, expressam evidências de promessas não cumpridas pela RSB.<sup>5</sup>



Este documento do Fórum continua mencionando problemas não equacionados tais como: persistência do perfil epidemiológico, com doenças agravadas pela ausência de intervenções oportunas e mortes evitáveis, exames diagnósticos, tratamentos e encaminhamentos desnecessários e de baixa qualidade, dificuldades na relação com o setor privado suplementar e na democratização do acesso a medicamentos produzidos pelas multinacionais. Enfim, pouco se avançou na efetivação da integralidade e da igualdade, na institucionalização da carreira de gestor ou na influência da sociedade civil e dos conselhos de saúde sobre a formulação de políticas e de estratégias do SUS. Daí a advertência do Fórum da RSB, registrando que não será possível continuar expandindo a cobertura sem mudar os modelos de atenção e de gestão.

Portanto, por mais que seja possível assinalar um elenco de sucessos, vitórias e conquistas do *projeto* da RSB, cabe reconsiderá-lo criticamente para enfrentar a operação descrédito, tal como ocorrera com a reforma italiana vinte anos atrás:

Não é possível somente defendê-la, é preciso fazer uma avaliação crítica.[...] é necessário fazer um grande esforço e reconsiderar as condições das doenças, a participação popular, a organização administrativa, as prioridades técnico-científicas, pois não existem conquistas irreversíveis. A experiência italiana mostra que foram necessários 20 anos para que obtivéssemos um SNS na Lei. Não sei quantos anos serão necessários para construí-lo na realidade, na consciência e nos serviços, capaz de impedir que seus adversários o destruam (BERLINGUER, 1987).

Os impasses e dificuldades vividos pela Reforma Sanitária Italiana na passagem para a década de oitenta lembram os experimentados pelo Brasil na passagem para a década de noventa:

A lei foi aprovada em dezembro de 78, depois se formou um novo governo e o Ministro da Saúde escolhido pertencia ao partido Liberal, o único que votou contra a Reforma. Era como deixar o queijo aos cuidados dos ratos. E os ratos começaram a comer o queijo, não somente no centro mas

na periferia também. Atrasaram muito a aplicação de todas as leis específicas [...]. A pressão cultural e popular diminuiu [...]. Há uma distribuição de pessoal administrativo nas U.S.L. extremamente partidária e pouco qualificada. (BERLINGUER, 1987, Encarte Especial)

Do mesmo modo, o descrédito em relação ao SUS não parece resultar exclusivamente da ação dos seus oponentes, mas da desmobilização dos seus aliados e do uso de cargos públicos como moeda de troca entre partidos, além da descontinuidade administrativa, do caráter do Estado e das limitações estruturais da sociedade brasileira:

Não se pode esperar que o setor Saúde seja capaz de responder à demanda crescente de atenção provocada por uma sociedade desigual, injusta e cada dia mais violenta, cuja sociabilidade se encontra rompida e na qual o outro é visto como uma ameaça. As conseqüências são a perda de coesão social, expressa não apenas em milhares de mortes e internações, mas também no sofrimento mental, na insegurança e no desalento, que seriam evitáveis onde predominassem uma cultura de paz e justiça social. [...] O SUS universal [...] convive com avaliações negativas sobre o acesso e as condições indignas de atendimento efetuado pela rede de serviços de saúde. A desfiguração da Seguridade Social, o adiamento *sine die* de direitos básicos da cidadania e o deslocamento das políticas sociais em direção a programas de transferência de rendas, cujos efeitos redistributivos não incidem especificamente sobre as condições que produzem os principais problemas de saúde dos brasileiros, retardam a melhoria dos padrões de saúde e qualidade de vida.<sup>6</sup>

Não obstante os desejos de coesão social e de cultura da paz numa sociedade em que a luta de classes é transfigurada em violência estrutural, interpessoal e da delinqüência no cotidiano, e onde transparece, cada vez mais, o caráter patogênico do capital, permanecem grandes desafios para o *SUS universal, humanizado e de qualidade*. O usuário-cidadão encontra-se bastante distante de ser reconhecido como centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde. Para enfrentar tais desafios o Fórum da

RSB propôs nove estratégias programáticas: a) romper o insulamento do setor Saúde; b) estabelecer responsabilidades sanitárias e direitos dos cidadãos usuários; c) intensificar a participação e controle social; d) aumentar a cobertura e a resolutividade e mudar radicalmente o modelo de atenção à saúde; e) formar e valorizar os trabalhadores da saúde; g) aprofundar o modelo de gestão; aumentar a transparência e controle dos gastos; h) ampliar a capacidade de regulação do Estado; i) superar a insegurança e o subfinanciamento (Abrasco, Cebes, Abres, Rede Unida, Ampasa, 2005).

### *Revolução passiva: a sua mais completa tradução?*

Se para alguns dos formuladores do *projeto* da RSB a redemocratização poderia significar uma oportunidade histórica de realizar uma “democracia progressiva” com vistas ao socialismo (OLIVEIRA, 1988, AROUCA, 1989b), assumindo “saúde como democracia e democracia como saúde”, a força da inércia e as características do desenvolvimento histórico da sociedade brasileira dosaram os ritmos e os conteúdos do *processo* da RSB:

A ruptura não veio, mas houve e está havendo a modernização capitalista e, em ‘ondas reformadoras sucessivas’, vem-se fortalecendo o processo de democratização que institui cada indivíduo dependente em um portador potencial de direitos à cidadania (VIANNA, 2004, p. 61).

Portanto, os resultados apresentados no presente estudo indicam que as condições concretas em que a RSB foi implantada reduziram a sua práxis a uma *reforma parcial* setorial, ilustrando algumas das conseqüências da *revolução passiva*. O refluxo dos movimentos sociais e a diminuição do Cebes na cena política durante a década de noventa reduziram a força da antítese, mas não impediram o aparecimento de certos elementos de mudança até mesmo pela produção de fatos e de acumulações, independentemente da sua vontade. Contudo, o

movimento sanitário restringiu-se a “ações esporádicas e inorgânicas” durante a *revolução passiva* efetuada nessa conjuntura.

No curso da revolução passiva, a imobilização política do ‘portador da antítese’ pode negar-lhe protagonismo, restringindo-o a ações ‘esporádicas e inorgânicas’. Mas a sua imobilização não leva à estagnação do processo de mudança, uma vez que o ator como que passaria a ser representado veladamente pelos ‘fatos’ (VIANNA, 2004, p. 102).

Na medida em que o presente estudo recuperou conceitos, proposições e representações da *proposta* e do *projeto* da Reforma Sanitária poder-se-ia retornar neste capítulo ao referencial teórico helleriano, dialogando com a contribuição gramsciana no sentido de buscar uma explicação do *processo* da RSB à luz do conceito de *revolução passiva*, mesmo reconhecendo as dificuldades apontadas para essas análises:

O erro em que se incorre freqüentemente nas análises histórico-políticas consiste em não saber encontrar a justa relação entre o que é orgânico e o que é ocasional: chega-se assim ou a expor como imediatamente atuantes causas que, ao contrário, atuam mediatamente, ou a afirmar que as causas imediatas são as únicas causas eficientes [...]. O nexo dialético entre as duas ordens de movimento e, portanto, de pesquisa dificilmente é estabelecida de modo correto; e, se o erro é grave na historiografia, mais grave ainda se torna na arte política, quando se trata não de reconstruir a história passada, mas de construir a história presente e futura: os próprios desejos e as próprias paixões baixas e imediatas constituem a causa do erro, na medida em que substituem a análise objetiva e imparcial e que isto se verifica não como ‘meio’ consciente para estimular à ação, mas como auto-engano (GRAMSCI, 2000b, p. 37-38).

Apesar da cautela que deve nortear as interpretações sobre o *processo* da RSB, considerando-se a possível presença de desejos, paixões e ideologias no exame dos fatos, a construção escrupulosa da “história presente e futura” obriga uma análise da história recente. Se parte do *projeto* da RSB representava uma “leitura socializante”

(TEIXEIRA, 1988) da realidade brasileira e da saúde, em particular, o horizonte socialista parece ter esmaecido como discurso e como prática dos seus sujeitos, individuais e coletivos. Até mesmo entre os chamados partidos de esquerda que tiveram proximidade com o *movimento* da RSB poucos são os que assumem, publicamente, uma práxis ou mesmo um discurso socialista ou comunista no presente. O pragmatismo, o oportunismo e o pós-modernismo servem de pretexto para obstar uma reflexão sobre projetos e futuro.

Se outra parte do *projeto* da RSB identificava-se com a social-democracia, ao apontar para a conquista de um Estado de Bem-Estar Social, garantia dos direitos sociais e reforço da cidadania, os sucessivos governos da conjuntura pós-constituição implementaram políticas econômicas e sociais com direcionalidade distinta do seu ideário, não obstante a vigência da “Constituição Cidadã”. Até mesmo o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) que exerceu diretamente o poder da União por oito anos, esteve longe de se comprometer e implementar princípios e diretrizes da RSB de caráter social-democrata. Assim, a Seguridade Social foi subvertida, restringiu-se o financiamento para a saúde, a ação intersetorial foi ignorada e até a implementação do SUS não constituía a agenda prioritária do governo. Algo semelhante pode ser afirmado no que diz respeito ao Partido dos Trabalhadores (PT) que se aproximando de uma ideologia social-democrata e mantendo a política econômica dos seus antecessores não formulou nem implementou políticas públicas voltadas para a garantia do direito à saúde e para a elevação da consciência sanitária da população.

Mesmo não sendo pouco, o que se desenvolveu no país foi uma *reforma parcial* de natureza setorial e institucional traduzida pela implementação do SUS. Apesar dessas considerações, a análise do desenvolvimento do SUS nessa conjuntura pós-constituente não permite concluir sobre a hegemonia de um projeto neoliberal em saúde nos períodos examinados. Mesmo no governo Collor, com o desfinanciamento do setor e a ênfase em políticas focalizadas para os “descamisados”, a exemplo do PACS, foram promulgadas

as Leis 8080/90 e 8142/90, além de ter início um processo de descentralização voltado para os municípios (municipalização) que favorecia a criação de conselhos de saúde, a formulação de planos e a prestação de contas.

Talvez seja possível identificar o *processo* da RSB nessa conjuntura como derivado de um misto de pragmatismo político com o liberalismo social (BOBBIO, 2003). Na política e em meios acadêmicos verifica-se uma atração e simpatia em relação a obra desse pensador italiano “com suas instigantes reflexões sobre o socialismo, suas ‘leituras’ dos clássicos do liberalismo e sua pregação em favor do liberal-socialismo” (NOGUEIRA, 1985, p. 149-150). Esse liberalismo com pretensões sociais mereceria uma investigação a parte uma vez que tem inspirado presidentes brasileiros desde Collor.

Como ilustração, há o seguinte registro de um diálogo do então presidente eleito com o intelectual e embaixador do Brasil, José Guilherme Merquior:

- Embaixador, preciso de uma base ideológica. Falam que eu sou de direita, e para mim a direita é o Delfim Neto e o Roberto Campos. O senhor me vê como um político de direita?
- Não. Eu o vejo como um socialista liberal.
- Mas não há uma contradição entre socialismo e liberalismo?
- Não. O Noberto Bobbio usa e defende essa classificação.<sup>7</sup>

Numa sociedade em que a *revolução passiva* e o *transformismo* vicejam não haveria espaço nem identidade para a direita. Aliás, em tempos neoliberais, com o domínio do pensamento único, muitos já descartam essa distinção entre esquerda e direita, originária da própria revolução burguesa na França.

Portanto, o *processo* da RSB não indica a realização de uma *reforma social geral*, muito menos uma *revolução no modo de vida*, como anunciado ou insinuado no seu *projeto*. Independentemente do jacobinismo de parte dos seus autores, dominou a *revolução passiva* brasileira onde a dialética do conservar-mudando parece continuar imperando. Daí a pertinência de assinalar certos elementos estruturais

vinculados a essa *revolução passiva* que podem ter condicionado o *processo* da RSB.

A explicação que se apresenta consiste em considerar que as dificuldades e impasses desse *processo* não se resumem a questões conjunturais tais como o retrocesso do Governo Sarney, as políticas neoliberais de Collor, o ajuste macroeconômico de FHC (com a imploração da Seguridade Social e o desfinanciamento da saúde) e o continuísmo de Lula. Procura-se argumentar que são determinantes estruturais, particularmente da superestrutura (onde se enfrentam contradições geradas na base econômica) os que melhor explicam a lentidão e características do *processo* da RSB. As formas de as classes dominantes atuarem em relação ao Estado e às classes subalternas no Brasil, favorecendo o *transformismo*, inclusive entre os seus intelectuais, ajudam a compreender o conservar-mudando da RSB.

### *Diálogo com estudos sobre a RSB*

Neste estudo foi considerada como hipótese concorrente (YIN, 2005) um conjunto de proposições elaboradas sobre Reforma Sanitária e Democracia “no calor da luta” por cientistas sociais que, ao mesmo tempo, participavam como militantes no movimento sanitário. Tratava-se de uma produção científica engajada na qual a reflexão teórica buscava fundamentar a ação política, expressando na construção do campo da Saúde Coletiva, concretamente, uma resposta crítica ao que se denominou *dilema preventivista* (AROUCA, 2003): a necessária articulação entre a prática teórica e a prática política.

Assim, o triedro ideologia-saber-prática, concebido para o campo da Saúde Coletiva, informava os estudos originais sobre o movimento sanitário e a Reforma Sanitária Brasileira (TEIXEIRA, 1989a, GERSCHMAN, 1994, ESCOREL, 1998), gerando suas “hipóteses explicativas” a partir da práxis. Cotejar os resultados do presente estudo com tal conjunto de investigações não tem o propósito de refutá-las nem aceitá-las, muito menos falsear suas hipóteses numa

perspectiva empiricista. Ao se buscar tal diálogo pretende-se explorar a possibilidade de uma generalização analítica (YIN, 2005).

Mesmo passados 20 anos da 8ª CNS e três décadas do movimento sanitário, o presente estudo não se encontra numa situação epistemológica mais confortável do que aquela experimentada pelas pesquisas iniciais. Portanto, o exposto e discutido neste tópico pode gerar mais perguntas do que respostas ou conclusões definitivas.

As três vias de transição democrática – ruptura revolucionária, colapso e pactuação permitem reconhecer no caso brasileiro uma “pactuação pelo alto” (TEIXEIRA, 1989b), quando os dissidentes da ditadura aliaram-se com parte dos seus oponentes para assegurar a vitória da Aliança Democrática (Tancredo Neves/José Sarney) no colégio eleitoral em janeiro de 1985. Apesar da mobilização pelas *Diretas já*, com milhões de brasileiros nas ruas, a emenda Dante de Oliveira que estabelecia as eleições diretas para presidente da República não foi aprovada pelo Congresso Nacional no ano anterior, favorecendo as negociações por cima entre as classes dirigentes.

Não obstante o sacrifício de vidas e sofrimentos dos que pretenderam uma ruptura revolucionária pela luta armada, a ditadura permaneceu por mais quinze anos. Ainda que a oposição democrática se articulasse desde o início da década de setenta e ganhasse as eleições para o Congresso Nacional em 1974, o autoritarismo teve fôlego, não chegando ao colapso mesmo diante dos choques do petróleo, da crise econômica e da recessão. Portanto, se aquele ano for considerado o início da “abertura lenta, segura e gradual”, a transição brasileira durou mais de dez anos, ilustrando por excelência a *revolução passiva* e o *transformismo* enquanto elementos explicativos do desenvolvimento da sociedade brasileira (VIANNA, 2004).

Mesmo a incorporação das demandas políticas e sociais do movimento sanitário pelo Estado, particularmente através de dispositivos legais, configurou distintas cidadanias (formais, restritas, “invertidas” ou adiadas) como expressão da correlação de forças verificada nas duas conjunturas analisadas. E o refluxo das lutas políticas e dos movimentos sociais ao longo da década de noventa,



ao lado de uma reestruturação produtiva do capitalismo globalizado, comprometeu a conformação de novas identidades políticas e sociais.

A visão da saúde da população como resultante das formas de organização social da produção, tal como concebia a teoria da determinação social do processo saúde/doença elaborada pela Medicina Social e Saúde Coletiva, foi assimilada pelo arcabouço legal no Brasil. Não tem sido, contudo, objeto de lutas populares cotidianas, nem valorizada pela sociedade e Estado para o desenvolvimento da consciência sanitária, nem reconhecida como indutora de luta política. Apesar da elaboração teórica dos conceitos de necessidades e de práticas de saúde verificada no período do estudo, eles não têm sido acionados para a repolitização da saúde, nem mesmo na área da Saúde do Trabalhador.

O reconhecimento dos trabalhadores como sujeito político a partir de suas lutas, possibilitado pela conquista da democracia no Brasil nas duas últimas décadas, além de resultar em grandes centrais sindicais, permitiu a expansão do Partido dos Trabalhadores que passou a ocupar espaços consideráveis do Estado, inclusive a Presidência da República a partir de 2003. Todavia, o processo de auto e heterorreconhecimento de identidades sociopolíticas (TEIXEIRA, 1989b), ainda carece de produção de evidências na perspectiva de contribuir com o avanço da Reforma Sanitária Brasileira.

Embora a presente estudo tenha contemplado como objeto um caso singular – a RSB, a hipótese de que as Reformas Sanitárias emergem em contextos de democratização pode ser reforçada com o caso brasileiro e de alguns países europeus, após a queda de ditaduras na década de setenta, como Espanha e Portugal. No caso brasileiro, porém, a pactuação pelo alto, verificada na transição democrática, não favoreceu a emergência das classes populares como sujeito político, apesar da sua aliança com setores médios. Conseqüentemente, o *processo* da Reforma Sanitária tem sofrido as conseqüências da ausência da classe trabalhadora de modo que os grandes beneficiários do *projeto* e do próprio SUS não parecem reconhecê-los como

conquistas históricas das classes populares. Portanto, o caráter político da RSB tem sido marcado pelo tipo de transição democrática, acima referido, revelado pela lentidão do seu processo, possível de ser explicado pela categoria *revolução passiva*.

Os elementos constituintes da Reforma Sanitária – ampliação da consciência sanitária, construção de paradigma analítico oriundo da Saúde Coletiva, desenvolvimento de uma nova ética profissional, entre outros, (TEIXEIRA, 1989b) ainda representam concepções de reserva, posto que no seu *processo* aparece com mais clareza a construção de um arco de alianças política na luta pelo direito à saúde e a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social. Ao se excluir da RSB seu “núcleo subversivo” (determinação social do processo saúde-doença e da organização das práticas) tende-se a identificar o seu *processo*, parcialmente, com as políticas de proteção social.

No formato e no conteúdo da RSB verificados nas duas conjunturas podem ser constatados muitos dos fenômenos mencionados, a exemplo do *timing* da Reforma (TEIXEIRA, 1989b). Todavia, esses elementos teóricos se apresentam com um caráter mais descritivo do que explicativo, além de, em certos casos, parecerem tautológicos.

A saúde apresentando-se como valor universal permite a construção de alianças suprapartidárias e policlassistas, tal como se observa na Frente Parlamentar da Saúde durante a implementação do SUS, especialmente quando se trata da defesa do financiamento. Mas o *transformismo* que tem presidido tais alianças e a seletividade estrutural do Estado capitalista terminam por neutralizar o seu “núcleo subversivo”. As conseqüências desse processo reforçam a hipótese de que os aspectos racionalizadores da Reforma são os que têm sido assimilados pelo Estado. Ao contrário do “dilema preventivista”, parcialmente superado pelas prática teórica e política da Saúde Coletiva, persiste o “dilema reformista” (TEIXEIRA, 1989b) já que o caráter contraditório da saúde na estrutura social capitalista implica a possibilidade de um processo de construção social mas, ao mesmo tempo, requer sujeitos sociais capazes de desestabilizar a

*revolução passiva* em favor das forças progressistas, constituindo os portadores da antítese.

### *Reforma Sanitária ou Retórica Sanitária?*

Duas décadas atrás já se associava a Reforma Sanitária, em termos de ousadia, à Reforma Agrária e à Reforma Tributária. Esta comparação, atualmente, remete a uma reflexão influenciada pelo *pessimismo da razão*: se a força e a capacidade de organização dos movimentos sociais no campo, a exemplo do Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST), não foram suficientes para realizar a Reforma Agrária, e se o movimento municipalista não teve, até o momento, as condições para concretizar uma Reforma Tributária que atendesse as necessidades do poder local, o que dizer de uma Reforma Sanitária que tem como base de apoio, fundamentalmente, o Cebes, Abrasco, Conass, Conasems, conselhos e a Frente Parlamentar da Saúde? Estaria a RSB condenada a uma retórica de mudança, tal como a Reforma Agrária através de décadas, mas sempre adiada e debilitada para avançar enquanto práxis?

A rigor, a Reforma Sanitária não tem sido sustentada por um movimento de massa. Diferentemente da Reforma Agrária que desde as Ligas Camponesas, lideradas por Francisco Julião (RIBEIRO, 1985) no período anterior a conquista do Estado em 1964 pelo conservadorismo brasileiro (DREIFUSS, 1981), até o MST em anos recentes que se apoiou em segmentos significativos de trabalhadores rurais a RSB sustentou-se, inicialmente, em segmentos da classe média: estudantes, intelectuais, profissionais de saúde, ainda que articulados a certos movimentos sociais urbanos (associações de bairros, movimentos contra a carestia, comunidades eclesiais de base, entre outros) e sindicatos.

Diferentemente do caso italiano no qual a Reforma Sanitária esteve respaldada por uma coalizão de partidos progressistas e por fortes centrais sindicais, a RSB tem contado com uma frente

parlamentar suprapartidária no Congresso Nacional, embora centrada mais em parlamentares individuais do que em compromissos efetivos dos respectivos partidos. Ainda assim, o movimento sanitário tem sido considerado vitorioso, pois quando comparado com outras mobilizações nas áreas de educação e da reforma agrária seu êxito, ainda que parcial, não pode ser ignorado:

Observando-se o ocorrido em áreas como a de educação, altamente politizada nos anos 1950 e começo dos anos 1960, verifica-se que o que sobrou foi um certo saudosismo do método Paulo Freire e das experiências do Movimento de Educação de Base (MEB), desbaratadas pelo governo militar. [...] O próprio movimento pela reforma agrária tampouco conseguiu ser uma bandeira de toda sociedade brasileira. Heterogêneo e polêmico na sua plataforma e na sua estratégia, tornou-se uma batalha muito localizada nas áreas de conflito [...] (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 52).

Assim, as conquistas constitucionais da saúde superaram as de outras áreas de interesse social, ainda que a Reforma Sanitária não tenha sido uma bandeira da maioria da sociedade, nem o SUS considerado, até presentemente, uma conquista do povo brasileiro. Em vez de uma simples *Retórica* Sanitária, como se perguntava no subtítulo deste tópico, ter-se ia um processo com singularidades, uma disputa entre competição e solidariedade, uma história que não tem fim.

Portanto, a partir da análise dos fatos produzidos nas conjunturas estudadas e do exame da correlação de forças apontado no presente estudo torna-se possível indicar o desfecho atual da Reforma Sanitária Brasileira, com base no referencial helleriano: uma *reforma parcial*, ainda que almejando a uma *revolução no modo de vida*. Assim, o *processo* da RSB foi confinado, até o presente, a uma *reforma parcial setorial*, não obstante alguns dos seus atores/autores continuarem a defender uma *revolução no modo de vida*. Em linhas gerais, esta é a tese defendida: a Reforma Sanitária Brasileira reduziu-se a uma *reforma parcial*, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O resto é retórica. Este desfecho atual da RSB enquanto *reforma parcial*, não exclui,

todavia, as possibilidades de seu “núcleo subversivo” e os portadores da antítese empurrarem o seu *processo* para uma *reforma geral* ou, eventualmente, para uma *revolução no modo de vida*.

Mesmo enquanto *reforma parcial*, como no caso da implantação do SUS, esteve sujeita às vicissitudes do desfinanciamento, do clientelismo, da descontinuidade administrativa, da rigidez burocrática e da reprodução do modelo médico hegemônico. Reconhece-se que iniciativas técnico-institucionais e sócio-comunitárias foram desenvolvidas no final da década de oitenta e nos anos noventa, conformando o seu processo de implementação numa conjuntura adversa, mas que pouco tem a ver com a concepção ampliada de saúde e dos seus determinantes concebida pela Saúde Coletiva, compartilhada na 8ª CNS e consagrada pela Constituição da República.

### *O “fantasma da classe ausente” e os novos sujeitos sociais*

Considerando que a via *sócio-comunitária* foi a estratégia menos acionada na implantação da Reforma Sanitária e na implementação do SUS, parece que esta se descortina como prioritária para o movimento sanitário, reconhecida até pelos que apostaram na via legislativo-parlamentar (RODRIGUEZ NETO, 2003). O “fantasma da classe ausente”, alegoria criada por Arouca para indicar as dificuldades do movimento sanitário em se articular, organicamente, com as massas populares, parece perseguir como um desafio ou um acerto de contas em relação ao seu *projeto*.

O desafio que se coloca, portanto, para os técnicos e intelectuais do Setor, militantes do *movimento*, é o de, simultaneamente com o apoio ao reforço e desenvolvimento técnico das propostas organizativas derivadas da aprovação da estratégia do Sistema Único de Saúde, articularem-se com o movimento popular e sindical e com partidos políticos voltados para as causas populares, na conquista dos efetivos meios de exercício do controle social sobre as instituições e as

ações governamentais que interferiram na possibilidade do gozo da saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 127).

Enquanto tal caminho não é pavimentado nem plenamente utilizado, adquirem proeminência na defesa do SUS (mais do que na luta pela Reforma Sanitária) os chamados gestores da saúde, representados pelo Conass e Conasems. Não obstante a participação das entidades que compõem atualmente o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira e a Plenária dos Conselhos de Saúde, bem como o sucesso na realização dos megaeventos do movimento, a exemplo das Conferências de Saúde e dos Congressos da Abrasco, ainda não chegam a constituir uma base orgânica de massa capaz de assegurar a radicalização do *processo* da Reforma Sanitária.

O significado político e social das proposições e reivindicações em torno do *projeto* da RSB têm conseguido obter um amplo consenso nas forças mencionadas, particularmente no que se refere ao direito à saúde e ao SUS, expressando a hegemonia ético-política e cultural alcançada pelo mesmo. Todavia, no povo em geral e mesmo entre os trabalhadores de saúde, nem a Reforma Sanitária nem o SUS parecem ser considerados conquistas que valham a pena lutar, seja para preservar ou para avançar. Trata-se mais de um *consenso passivo* do que de um *consenso ativo* dos governados.

Diante dos fins propostos pela Reforma Sanitária que transcendem uma reforma setorial, institucional e administrativa, os meios adotados na sua construção e implementação parecem insuficientes, pois centraram-se nas vias legislativo-parlamentar e técnico-institucional, particularmente voltadas para a implantação e operacionalização do SUS. Se essas estratégias têm se mostrado potentes para a superação de vários obstáculos verificados na conjuntura pós-constituente, não conseguiram mostrar a mesma efetividade no que tange a ampliação da consciência sanitária, a realização da cidadania na saúde e a melhoria das condições de vida e de saúde de amplos contingentes da população. Fincar o projeto da RSB nas instâncias sócio-comunitárias, ampliando a sua base de sustentação política, continua como o desafio central para a sustentabilidade do *projeto* e avanço do *processo*.

## A RSB não é um “movimento desnaturado”

O SUS, conforme a avaliação da maioria dos atores/autores citados nesta investigação, representa uma das políticas sociais mais exitosas concebidas e implementadas no Brasil. Apesar das dificuldades enfrentadas, o seu balanço expressa um saldo positivo em diversas dimensões e atributos de sistema de serviços de saúde, quando comparados com a situação anterior à Constituição de 1988. Portanto, a Reforma Sanitária não representa um “movimento desnaturado” (GRAMSCI, 2000b) cujos objetivos alcançados se encontram desviados da *proposta* original. Não, a crítica a ser registrada diz respeito à redução do escopo do *projeto* a uma *reforma parcial* e não a um suposto desvio dos seus objetivos.

No caso do movimento sanitário, apesar da conjuntura adversa das duas últimas décadas, não é possível afirmar que não tenha alcançado o poder. Além das diversas secretarias de saúde, municipais e estaduais, dirigidas e ocupadas por seus militantes, espaços relevantes do Ministério da Saúde foram preenchidos por personalidades e técnicos vinculados ao movimento (LIMA; SANTANA, 2006) em todos os governos da República a partir de 1988. Mesmo em governos considerados apressadamente neoliberais, como os de Collor e de FHC, era possível identificar em maior ou menor proporção figuras do movimento atuando, seja na perspectiva da guerra de posição, seja por interesses profissionais ou pessoais.

Nessa perspectiva o movimento sanitário não pode ser considerado um fracasso, a menos que julgado, eventualmente, a partir de uma postura moralista e subjetiva. Esta pesquisa realizada sobre a RSB confirma certos “elementos de força” (GRAMSCI, 2000b) já identificados em outros estudos, a exemplo da hegemonia político-cultural expressa na capacidade de formulação e articulação política, mas também “elementos de fraqueza”, face à sua estreita base de sustentação política e o reduzido alcance na mobilização sócio-comunitária.

Não sendo algo mágico ou messiânico, nem um *processo* de natureza súbita ou veloz, muito menos uma ruptura revolucionária, a

Reforma Sanitária, para construir novas identidades e compromissos político-ideológicos, necessita estabelecer novos objetivos finais e intermediários, sob pena de ver banalizado o seu *processo* e desmoralizado o seu *projeto*. Nesse particular, cumpre atentar para uma recomendação qualificada de um dos parceiros mais entusiastas da RSB, formulada duas décadas atrás:

Sou considerado na Itália um dos muitos pais (e há milhões!) da Reforma Sanitária Italiana. Pela minha idade serei logo um avô da Reforma! Vejo aqui uma grande força de jovens e sinto que vocês compreendem a necessidade de fazer alianças, de mobilização de outras forças populares, sindicais, religiosas, urbanas e rurais. [...] A necessidade de [...] ir ao encontro dessas forças a que pertencem os que mais sofrem e que têm o maior direito à saúde. Ir ao encontro até o ponto de identificar-se com elas, sem perder a própria identidade profissional e progredir juntos (BERLINGUER, 1987, Encarte Especial).

A *pedagogia da esperança* praticada por este professor de Medicina Social, ao apostar no desenvolvimento da consciência sanitária e na mobilização e organização das classes subalternas, certamente sinaliza alguns caminhos para contornar o *pessimismo da razão* diante do conhecimento disponível sobre o Estado brasileiro e da persistência da *revolução passiva*.

### *Perspectivas da Reforma Sanitária Brasileira*

Interessante registrar que passados trinta anos da introdução da *idéia* da Reforma Sanitária no Brasil e duas décadas de sua formalização pela Assembléia Constituinte este tema volta a empolgar os debates, pelo menos no meio acadêmico. A discussão da sustentabilidade do SUS, sob a ótica da reforma política e da Reforma Sanitária, tem ensejado a explicitação de distintas posições e críticas sobre as perspectivas da RSB. Entre as alternativas sugeridas para um “movimento de mudança” destacam-se: a) constituição de um movimento social e de opinião em defesa do bem-estar e de políticas de proteção social;



b) ampliar o financiamento do SUS, reformulando o modelo de repasse de recursos; c) mudança do modelo de atenção; d) estabelecimento de responsabilidade sanitária dos entes federados, serviços e equipes de saúde; e) estratégia da saúde da família com recomposição das equipes em função das características de cada população ou “espaço geocultural”; f) revisão do modelo de gestão empregado pelo SUS; g) desenvolvimento científico e adoção de mecanismos de “filtro” para a incorporação de tecnologia em saúde (CAMPOS, 2007).

Essas estratégias consideradas por alguns como a “reforma da reforma”, ainda que possam obter certa convergência entre os que defendem sistemas de saúde de natureza pública e universal e o avanço de políticas públicas de saúde (COELHO, 2007, PASCHE, 2007), deixam de aprofundar a discussão das relações entre SUS e a RSB (FLEURY, 2007) e de analisar os desafios postos para superar uma reforma social incompleta, particularmente, no que se refere às estreitas bases sócio-políticas desse projeto.

Ao contrário, a alternativa de radicalização da Reforma Sanitária, como parte de um processo radicalização da democracia a partir da sociedade civil, especialmente nas instâncias vinculadas ao movimento sanitário, pode resultar na produção de novos fatos políticos que permitam o reencontro com essas forças e a sua ampliação. Por isso a variável-chave dos processos de *revolução passiva* localiza-se, segundo a reflexão gramsciana no elemento jacobino:

É a maior ou menor presença ativa do portador da *antítese*, mesmo que derrotado, o que singulariza uma forma atrasada de uma forma avançada. Assim, para ele, nem toda revolução passiva se cumpre com plena subsunção da *antítese* pela *síntese*: o ator subordinado pode ser ativo (ou ter sido), sobretudo *deve*, e é a sua ação que vai qualificar o resultado final como mais ou menos ‘atrasado’ (VIANNA, 2004, p. 101).

Impõe-se, então, a necessidade de buscar a compreensão do desenvolvimento histórico da sociedade brasileira e do papel desempenhado pelo Estado e pela política. Nesse particular, o conceito de *revolução passiva* pode contribuir na explicação sobre o ritmo e as

conseqüências do *processo* da RSB, pois o Brasil tem sido reconhecido como o lugar por excelência da ilustração dessa interpretação da mudança social. Ao mesmo tempo, o conhecimento dessa História permite a identificação de portadores da antítese no passado e a sua possível configuração no presente.

Desde a Independência, o Estado brasileiro vivia a ambigüidade entre o liberalismo e a escravidão. O primeiro, administrado em contatogotas pelas elites políticas, deveria ser exercitado em longa duração no suposto de que a sociedade ainda não estaria preparada para tal, enquanto consagrava o patrimonialismo e a estrutura produtiva herdada da colônia. No caso da ordem senhorial-escravocrata passaria por um lento processo de transição até a Abolição, de modo a alcançar uma ordem competitiva com o advento da República. Ainda assim, trata-se de conciliar com uma restauração em que o agrário “vai coexistir com um trabalhador formalmente livre, embora submetido a um estatuto de dependência pessoal aos senhores da terra” (VIANNA, 2004, p. 48).

O elemento antítese apareceu no início do século XX com o movimento sindical, a juventude militar, o Partido Comunista do Brasil, a Coluna Prestes e, possivelmente, a emblemática Semana de Arte Moderna de São Paulo, mas se transformou numa modernização conservadora desde 1930. O *transformismo* se expressava no nacional-desenvolvimentismo da era Vargas, traduzindo-se em uma “fuga para frente” a partir do Governo Kubitschek, repercutindo, inclusive nas forças progressistas e na esquerda (VIANNA, 2004).

Assim, na História do Brasil é comum a referência à “Revolução de 30” ou à “Revolução de 64”. Essa retórica não pode ser explicada apenas pela tentativa de encobrir situações típicas de golpe de Estado. Talvez indique aquilo que se conseguiu fazer pelo fato de uma revolução burguesa não ter sido realizada, efetuando de outra maneira a mudança social. Distante das rupturas consideradas por certos cientistas sociais (FERNANDES, 1975, PRADO JÚNIOR., 2000), verifica-se o desenvolvimento da *revolução passiva*:

Ao contrário do que supunha a tradição marxista-leninista, o Brasil experimentou um processo de modernização

capitalista sem por isso ser obrigado a realizar uma ‘revolução democrático-burguesa’ ou de ‘libertação nacional’ segundo o modelo jacobino. [...] Por um lado, gradualmente e ‘pelo alto’, a grande propriedade latifundiária transformou-se em empresa capitalista e, por outro, com a internacionalização do mercado interno, a participação do capital estrangeiro contribuiu para reforçar a conversão do Brasil em país industrial moderno, com uma alta taxa de urbanização e uma complexa estrutura social. [...] A transformação capitalista teve lugar graças ao acordo entre as frações das classes dominantes, à exclusão das forças populares e à utilização permanente dos aparelhos repressivos e de intervenção econômica do Estado (COUTINHO, 1985, p. 106).

Esse longo percurso da *revolução passiva* brasileira vai ser aprofundado com o golpe militar de 64, “oportunidade para a reforma liberal das estruturas do Estado e de suas relações com a sociedade, cumprindo-se uma americanização ‘por cima’” (VIANNA, 2004, p. 51). As mudanças moleculares atravessaram 21 anos de ditadura não ocorrendo um colapso, nem a sua derrubada. Conseqüentemente, não é difícil documentar as principais transformações “pelo alto” verificadas no Brasil:

Como reações a movimentos populares, reais ou potenciais, as classes dominantes empenharam-se em ‘restaurações’ que, em última instância, produziram importantes modificações na composição das classes e prepararam o caminho para novas transformações reais (COUTINHO, 1985, p. 109).

Em 1984 foi derrotada a emenda Dante de Oliveira, após o maior movimento de massas no Brasil, conhecido como *Diretas, já*, sendo substituída por uma negociação política que implicou a ida ao colégio eleitoral para assegurar a eleição da Aliança Democrática (Tancredo e Sarney). Se esta opção histórica possibilitou a redemocratização do país e a promulgação da Carta de 1988, implicou, entretanto, custos políticos sublimados com paciência e invenção.

A transição brasileira, na verdade, se fez *centralizando o momento democrático*, político-institucional. [...]. Sempre foi preciso, portanto, *fazer política* em todos os níveis [...]. Alianças amplas, negociações, recuos táticos, transformações

progressivas: as oposições democráticas só conseguiram progredir travando aquela prolongada ‘guerra de posição’ que exige ‘qualidades excepcionais de paciência e espírito inventivo’, como costumava dizer Gramsci (NOGUEIRA, 1985, p. 138).

Novas manifestações do *transformismo* verificam-se a partir da transição democrática: o *transformismo molecular* e o *transformismo de grupos radicais inteiros*. O primeiro ocorre na conjuntura da transição democrática, quando personalidades do chamado MDB autêntico passaram para o lado conservador-moderado, constituindo a Aliança Democrática, simbolizada pela chapa Tancredo-Sarney, em 1985. Nesse momento, “as personalidades políticas elaboradas pelos partidos democráticos de oposição se incorporam individualmente à ‘classe política’ conservadora e moderada” (GRAMSCI, 2002, p. 286).

Na conjuntura pós-constituente o *transformismo molecular* poderia ser observado no Governo Itamar, quando alguns elementos da oposição mudaram de lado, a exemplo de FHC (sabe-se que se não fora a resistência de Mário Covas, o PSDB teria integrado o Governo Collor). Portanto, a eleição do Collor e a “era FHC”, pretendendo a ruptura com a “era Vargas”, possibilitaram uma coalizão de forças orientada para o mercado e “pelo projeto de ‘normalização’ da ordem burguesa no país” (VIANNA, 2004, p. 53). Como explica um cientista social argentino:

Enquanto nos períodos populistas as classes hegemônicas faziam concessões aos setores populares, nos anos 90 há uma inversão desse processo, na medida em que o Estado, em nome das elites econômicas, impõe sacrifícios às classes populares, as quais consentem em favor da hegemonia burguesa (BORÓN, 1995, p. 78).

No caso do *transformismo de grupos radicais inteiros* a maior ilustração é visualizada a partir de 2003, quando Lula, o PT e seus aliados dão continuidade às políticas de FHC. Ao contrário do período populista, quando se identificava uma tentativa das classes dominantes de “incorporar no bloco de poder, em posição subalterna,

os trabalhadores assalariados urbanos, através de concessão de direitos sociais e de vantagens econômicas reais” (COUTINHO, 1985, p. 115), o período lulista revela, com maestria, a pertinência e atualidade do conceito de *revolução passiva*: “a política da Direita com homens e frases de esquerda” (GRAMSCI, 2002, p. 70).

Diante da biografia do seu personagem central e das características dos partidos que lhe deram sustentação política, tal situação constitui o exemplo mais bem acabado do *transformismo* brasileiro. Este conservar-mudando ou mudando para conservar, tal como se evidenciou no pensamento social sobre o Brasil, bem como na sua história, torna mais inteligível o próprio *processo* da RSB nas duas últimas décadas.

O movimento sanitário, ou mesmo o “partido sanitário”, ainda que tentasse (e tente) vocalizar tal reforma, até o momento não dispôs de densidade política para superar a inércia nem alterar a correlação de forças no sentido de realizar, plenamente, a RSB: “um processo político para a construção de um sistema de saúde digno e democrático que pode consumir toda a nossa vida” (TEMPORÃO, 1987, p. 11).

Além da capacidade de formulação, argumentação e negociação demonstrada na sustentação desse *processo*, impõe-se a paciente mobilização e organização para enfrentar os seus impasses. Esta ponderação justifica a persistência da militância sócio-política dos intelectuais da Saúde Coletiva com tendência socialista e do Cebes, como elementos da antítese, no sentido de tensionar as distintas estratégias e, conseqüentemente, obter um *processo* e resultados menos atrasados na história real.

Nessa perspectiva, apostar na construção da consciência sanitária, avançar na intervenção sobre os determinantes sociais da saúde, difundir o projeto da RSB para a ampliação das bases político-ideológicas, recuperar a concepção de Seguridade Social e proteger o SUS dos interesses político-partidários, privados e corporativos, “blindando-o” dos retrocessos, da barganha política e da descontinuidade administrativa têm sido consideradas tarefas fundamentais para o avanço da RSB, independentemente de qualquer postura otimista. Um

dos maiores desafios colocados no presente, ao lado do financiamento estável, é como assegurar uma autonomia relativa do SUS e das políticas de saúde em relação às interferências partidárias e corporativas. Nesse particular, cabe a revisão das pautas de lutas:

Retomar os princípios da Reforma Sanitária que não se resumiam à criação do SUS. O conceito de saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. À Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas em desenvolvimento. O conceito fundamental é o da intersectorialidade (RADIS ENTREVISTA: Sergio Arouca..., 2002, p. 18)

Mesmo como retórica, a Reforma Sanitária esteve banida nos relatórios finais das conferências nacionais de saúde de 1992 (Governo Collor), 1996 e 2000 (Governo FHC), voltando a ser mencionada apenas quatro vezes no relatório da 12ª CNS (Governo Lula). Evidentemente que este é um indicador grosseiro para aferir a relevância desse *projeto* na conjuntura pós-constituente, podendo-se argumentar que seus conteúdos talvez estivessem contidos em análises e proposições, mesmo na ausência dessa expressão. Não é esta, porém, a impressão que se registra após a leitura exaustiva dos respectivos relatórios. Daí a conclusão de que o *projeto* da RSB só consegue ser reiterado no discurso de parte de seus intelectuais e militantes, bem como de alguns dos seus sujeitos coletivos, a exemplo do Cebes e da Abrasco.

Tematizar uma *reforma geral*, como fizeram certos intelectuais da RSB e da Saúde Coletiva, mas sem dispor dos sujeitos efetivamente constituídos para incidir sobre ela repõe, de certo modo, o velho *dilema preventivista* diante dos distintos valores atribuídos à vida humana em uma sociedade capitalista, subdesenvolvida, dependente, heterogênea, desigual, autoritária e iníqua como a brasileira.

Independentemente do ímpeto jacobino – revolucionário ou reformista – de parte dos militantes da RSB, existia e existe uma ordem social e um Estado, razoavelmente refratários a mudanças de vulto

como aquelas contidas no *projeto* da RSB. Do mesmo modo, um dos pontos de tensão do movimento sanitário diz respeito a alternativa de fortalecimento da sociedade civil, posto que por essa via “estabelece seus próprios limites, na medida em que esse fortalecimento passa pela sua representação partidária e corporativa” (SCOREL, 1995, p. 156). Ao se buscar na política o meio mais adequado de viabilizar o *projeto* da Reforma Sanitária uma das conseqüências dessa opção corresponde a sua submissão às “manobras da política”.

Nesse sentido, cabe uma justificada cautela diante da ambigüidade da categoria dos intelectuais, sobretudo quando se tornam dirigentes e assumem um protagonismo na *revolução passiva*. No entanto esse ator, mesmo como uma concepção política realista, pode ser *ativo* na *revolução passiva*, ampliando e diversificando as modificações moleculares na estrutura da correlação de forças. Nessa perspectiva, a *revolução passiva* pode se manifestar, a um mesmo tempo, em positividade e negatividade:

Positividade em termos do processo, uma vez que, em seu curso a democratização social, por meio de avanços moleculares, se faz ampliar; negatividade, porque a ação das elites se exerce de modo a ‘conservar a tese na antítese’ [...] Ser fiel a si mesmo e lutar por seus objetivos não alteram por si só, uma conjuntura adversa. Pode, porém, criar condições para a consolidação de uma *alteridade* em um processo, como o de uma *revolução passiva*, que, por definição, somente admite a existência de *um* ator – as elites que operam o binômio conservar-mudando e que impõem à sociedade uma lógica do transformismo (VIANNA, 2004, p. 104-105).

A vitória de Lula no segundo turno das eleições presidenciais de 2006 expressa, dialética e emblematicamente, esta positividade e negatividade e, ao mesmo tempo, denota uma crise de hegemonia que se amplia para uma crise de Estado:

Lula terá de começar a preparar o pós-lulismo: uma forma de governação de esquerda que não dependa da capacidade de um líder carismático para disfarçar com um discurso da antipolítica a incapacidade para substituir a velha política

por uma nova. Essa política tem que ser preparada de modo consistente, e o primeiro passo é certamente a reforma do sistema político e a reforma do Estado. Só elas permitirão concretizar as políticas de justiça social, cultural e racial em que os brasileiros depositaram a sua esperança (SANTOS, 2006).

Ainda que se reconheça o Estado como espaço institucional no qual se disputam projetos da sociedade e onde se exerce a direção política e cultural, o avanço da democracia e a construção da contra-hegemonia, tal como postos pela Reforma Sanitária Brasileira, supõem a rearticulação da sociedade civil para que a política seja um campo aberto à inventividade, à emancipação e à solidariedade. Tendo em conta o Estado realmente existente no Brasil e os processos de *revolução passiva* e de *transformismo* que conformaram o desenvolvimento histórico da sociedade brasileira e condicionaram a Reforma Sanitária, a radicalização da democracia implica a ênfase na atuação da sociedade civil para o reforço da contra-hegemonia:

Para mim, mais importante que o Estado é a sociedade, mais importante que qualquer governo é a ação da cidadania. Este é o meu credo. Entre o presidente e o cidadão, fico com o cidadão. Meu antiestatismo não tem a mesma origem do pensamento neoliberal. Sou crítico do Estado porque quero democratizá-lo radicalmente, submetê-lo radicalmente ao controle da sociedade, da cidadania. (BETINHO *apud* SEMERARO, 2001, p.6).

Este pensamento do Betinho pode ser um antídoto à perplexidade, desesperança e transformismos.

## Notas

<sup>1</sup> Documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, de 2006 (Movimento de Repolitização do SUS, p. 4).

<sup>2</sup> Ver o documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, de 2006, p. 4 (Movimento de Repolitização do SUS). Ver também: A grande vitória



é que a Reforma Sanitária cria novos atores na área da saúde (RADIS ENTREVISTA: Sérgio Arrouca..., 2002, p. 19).

<sup>3</sup> Ver o Anexo do documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, de 2006 (Movimento de Repolitização do SUS).

<sup>4</sup> Entrevista de Gastão Wagner ao Radis (RADIS ENTREVISTA: Gastão Wagner..., 2005, p. 21).

<sup>5</sup> Ver o documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, de 2006, p. 4 (Movimento de Repolitização do SUS).

<sup>6</sup> Ver o documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, de 2006, p. 6-7 (Movimento de Repolitização do SUS).

<sup>7</sup> Ver Notícias do Planalto (CONTI, 1999, p. 336).