

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS - ICS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**

FREDERICO JORGE VIEIRA NITÃO

PASSADO O FUTURO: O IDEÁRIO REFORMISTA NA SAÚDE

**BRASÍLIA
Agosto/2009**

FREDERICO JORGE VIEIRA NITÃO

PASSADO O FUTURO: O IDEÁRIO REFORMISTA NA SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Sociologia.

Orientadora: Professora Doutora Fernanda Antonia da Fonseca Sobral.

Brasília

Agosto/2009

Ficha Catalográfica

Nitão, Frederico Jorge Vieira

Passado o Futuro: o ideário reformista na saúde / Frederico Jorge Vieira Nitão.
Brasília: F. J. V. Nitão, 2009.

p.

Orientadora: Prof.^a Dra. Fernanda Antonia da Fonseca Sobral.

Tese (doutorado) - Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília.

1. Reforma Sanitária. 2. Reforma Setorial. 3. Reforma dos Serviços de Saúde. 4. Políticas de Saúde. 5. Saúde Pública. 6. Planejamento em Saúde.

I. Título

CDU

FREDERICO JORGE VIEIRA NITÃO

PASSADO O FUTURO: O IDEÁRIO REFORMISTA NA SAÚDE

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Sociologia.

Aprovada em, 27 de Agosto de 2009.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Dra. Fernanda Antonia da Fonseca Sobral
SOL/UnB
Orientadora

Prof. Dr. Pedro Demo
SOL /UnB

Profª Dra. Rosa Helena Stein
SS/UnB

Prof. Dr. Caetano Ernesto Pereira
SOL /UnB

Prof. Dr. Roberto Passos Nogueira
Ipea/ MPOG

Prof. Dr. Danilo Nolasco Cortes Marinho
SOL /UnB

Para Luiz Vieira Fonseca (Tiba), com quem continuo aprendendo com seus 98 anos de idade.

AGRADECIMENTOS

Durante muitos anos tentei realizar o doutoramento em diversos departamentos na UnB, sobretudo naqueles pertencentes à área da saúde, sem obter qualquer sucesso. Jamais consegui realizar inscrição para o processo seletivo. Sempre pelas mesmas razões: o estudo proposto fugia ao escopo das temáticas afins do departamento ou a inexistência de orientador habilitado para o tema a ser desenvolvido.

Sem conhecimentos anteriores sobre o Departamento de Sociologia - processo seletivo, professores, apresentação preliminar do projeto, aceitação tácita prévia do orientador ou não, etc. - realizei matrícula e submeti-me ao certame em condições de igualdade com os demais candidatos, embora com formação originária em outra área de conhecimento. A aprovação trouxe alento e esperança de finalmente poder realizar a investigação sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira que havia acompanhado, mesmo que marginalmente tenha tomado parte em sua etapa final por ocasião dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte e nas deliberações relativas às duas Leis Orgânicas do setor, conferindo a tão aguardada e acalentada legalização do ideário reformista.

Por tais razões sou imensamente grato ao Departamento de Sociologia pela possibilidade oferecida de apresentar o anteprojeto de estudos, assim como pela acolhida generosa e profícua como discente egresso do campo das ciências humanas.

Muitas são as pessoas a quem devo prestar gratidão pelos ensinamentos ao longo dos quatro anos de curso, ainda que o espaço não permita registrar todos os nomes que gostaria.

À professora Fernanda Sobral, por acolher-me com a serenidade, firmeza, disciplina e capacidade intelectual que permitiu a travessia dessa jornada de forma mais proveitosa possível. Sua orientação sensível, ressaltada por muitos dos seus alunos, tornou viável a concretização desta tese.

À Samara Rachel Vieira Nitão, pelas sugestões, críticas e discussões calorosas, sempre na direção de interessantes descobertas.

A meus irmãos, José Nitão e Clara Nitão, pelo entusiasmo e confiança presentes em todos os momentos que eu nem mesmo entendia e conseguia compartilhar.

RESUMO

Passados 23 anos da VIII Conferência Nacional de Saúde e 21 anos da promulgação da Carta Magna, justifica-se uma análise sobre o ideário da Reforma Sanitária Brasileira, na perspectiva de verificar sua viabilização concreta. Desse modo, o objetivo da presente investigação é analisar a emergência e o desenvolvimento de um projeto político-ideológico contra-hegemônico que logrou legitimar-se e, posteriormente, com sua institucionalização, via Sistema Único de Saúde, criou as condições para a promoção da universalização das políticas sociais. Busca-se, a partir desse ideário em uma formação capitalista e conservadora, compreender seus fundamentos doutrinários sob o enfoque da práxis. Defende-se a tese segundo a qual o ideário da Reforma Sanitária Brasileira constitui-se em fenômeno social e histórico, e como tal representa uma reforma social. O estudo tem como hipótese que a Reforma Sanitária Brasileira, embora proposta como práxis setorial e teorizada para alcançar a democratização e somente em sua vigência plena poderia viabilizar-se promovendo a inclusão social com vistas à cidadania, apresentaria como desfecho uma reforma parcial, aquém do prometido setorial e socialmente. Realizou-se um estudo da implantação e implementação do Sistema Único de Saúde, a partir de pesquisa documental, em duas conjunturas, tendo como componente descritivo o período compreendido pela formulação do ideário, a difusão do projeto, a arregimentação de militantes, a ocupação do aparelho de Estado com vistas à legitimação e legalização do ideário, e como componente explanatório, a análise do desenvolvimento institucional da reforma pretendida, recorrendo ao referencial teórico de Giddens, Offe, Rosanvallon, particularmente as categorias de globalização econômica, responsabilização e atribuição individual e comunitária, novas relações entre Estado, sociedade civil e mercado, pulverização do modo de produção e novas relações de trabalho. Os resultados identificam o êxito parcial do ideário da Reforma Sanitária Brasileira como a ampliação do acesso e a descentralização, tendo como contrapartida a persistência da concentração do poder na União Federal. Constata-se que os antigos protagonistas da Reforma Sanitária Brasileira, agora gestores do sistema, evocam os problemas de saúde e da organização dos serviços e escamoteiam as soluções. Procura-se acentuar a relevância da ausência do “sujeito coletivo” na consolidação de uma *Reforma Democrática da Saúde*, mediante alterações da correlação de forças, desequilibrando o binômio conservação-mudança em benefício do segundo e promovendo uma política de proteção social maciçamente inclusiva e cidadã.

Palavras-chave: 1. Saúde Pública – Pesquisa – Brasil. 2. Política de Saúde – Brasil – História. 3. Medicina Social – Brasil. 4. Reforma Sanitária – Brasil. 5. SUS – Brasil. I. Título.

ABSTRACT

Twenty-three years after the VIII National Conference on Health and twenty-one years after the promulgation of the Brazilian Constitution an analysis about the ideas of the Brazilian Sanitary Reform is justified, aiming to verifying its viability. The objectives of this study are: a) to analyze how a political-ideological and counter-hegemonic project emerged and got legitimated; b) the institutionalization of this project, via the Unified Health System, that promoted the universality of the health policy; c) to understand the doctrinaire foundations of the Brazilian Sanitary Reform, focusing on the praxis theory. The hypothesis is that the Brazilian Sanitary Reform was proposed as a sectional praxis and to achieve democracy and if it was fully accomplished it would promote social inclusion and an effective citizenship. However it resulted into a partial reform, below the sectional and social promises. The study was developed on documentary and bibliographical basis and divided in two components: a) the descriptive component, comprising the elaboration of the ideas of Brazilian Sanitary Reform and its diffusion, the recruitment of militants, the occupation of the state apparatus as a path to legalize and legitimate the ideas; b) the explanatory component, comprising the analysis of the institutional development of the health sector reform based on theoretical references from Giddens, Offe and Rosanvallon in particular the categories of economic globalization, responsibility, individual and community participation, the changes on the relationship among state, civil society and market and the changes on the work relationships. Two major results are identified; a) the partial success of the ideas of the Brazilian Sanitary Reform such as the widening of the access to health services and decentralization of the health system but on the other hand the political power persists on the federal level of the government; b) the leading protagonists of the Brazilian Sanitary Reform are now managing the health system and evoke the health problems and postpone the search for solution of the problems. In conclusion, the study stresses the relevance of the absence of the “collective subject” in order to consolidate a Democratic Health Reform, able to modify the correlation of power, balancing the binomial conservatism-change in benefit of the second promoting a social protective policy massively comprehensive and based on the citizenship.

Key Words: 1. Public health - Research - Brazil. 2. Health policy - Brazil - History. 3. Social Medicine - Brazil. 4. Health reform - Brazil. 5. UHS - Brazil. I. Title.

RÉSUMÉ

Vingt-trois ans après la VIII Conférence Nationale de la Santé et vingt et ans après la promulgation de la Constitution Brésilienne une analyse des idées de la Réforme Sanitaire Hygiénique Brésilienne est justifiée, en visant au fait de vérifier sa viabilité. Les objectifs de cette étude sont: a) pour analyser comment un projet idéologique-politique et contre-principal a émergé et a été légitime; b) pour analyser l'institutionnalisation de ce projet, via le Système de Santé National qui a promu l'universalité de la politique de santé; c) pour comprendre les fondations de la doctrine de la Réforme Sanitaire Hygiénique Brésilienne, en se concentrant sur la théorie de la praxis. L'hypothèse est que la Réforme Sanitaire Hygiénique Brésilienne a été proposée comme praxis du secteur hygiénique et pour accomplir la démocratie et s'il a été complètement accompli il promouvoir l'inclusion sociale et une citoyenneté efficace. Pourtant il s'est ensuivi dans une réforme partielle, au-dessous des promesses pour le secteur hygiénique et pour la société. L'étude a été développée sur la base documentaire et bibliographique et s'est divisée dans deux composantes: a) la composante descriptive, en comprenant l'élaboration des idées de Réforme Sanitaire Hygiénique Brésilienne et de sa diffusion, le recrutement de militants, l'occupation de l'appareil public comme un sentier pour légaliser et légitimer les idées; b) la composante d'explication, en comprenant l'analyse du développement institutionnel de la réforme de secteur hygiénique basée sur les références théoriques de Giddens, Offe et Rosanvallon en particulier les catégories de globalisation économique, responsabilité, individu et participation individuel et de la communauté, les changements sur le rapport parmi la société publique, civile et le marché et les changements sur les rapports de travail. Deux résultats importants sont identifiés: a) le succès partiel des idées de la Réforme Sanitaire Hygiénique Brésilienne causant l'ampliation de l'approche aux services sanitaires et la décentralisation du système sanitaire; d'autre part le pouvoir politique persiste sur le niveau fédéral du gouvernement; b) les principaux protagonistes de la Réforme Sanitaire Hygiénique Brésilienne dirigent maintenant le système de santé et évoquent les problèmes de santé et remettent la recherche de la solution des problèmes. En conclusion, l'étude insiste sur la pertinence de l'absence du "sujet collectif" pour consolider une Réforme Sanitaire Hygiénique Démocratique, capable de modifier la corrélation de pouvoir, et équilibrant l'équation conservatisme-changement, à l'avantage de la deuxième, capable de promouvoir une politique de protection social énormément complète et en ayant comme base la citoyenneté.

Mots-clé: 1. Santé publique - Recherche - Brésil. 2. Politique de santé - Brésil - Histoire. 3. Médecine Social - Brésil. 4. Réforme du système de la santé - Brésil. 5. SUS - Brésil. I. Titre.

LISTA DE SIGLAS

I a XIII CNS – Conferência Nacional de Saúde
Abrasco - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS - Ações Integradas de Saúde
AMB - Associação Médica Brasileira
AMS - Associação Médica Supletiva
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
Arena - Aliança Renovadora Nacional
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Cebrap - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CFM - Conselho Federal de Medicina
CGT - Confederação Nacional dos Trabalhadores
Conam - Confederação Nacional de Associações de Moradores
Conasp - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Consu - Conselho de Saúde Suplementar
Contag - Confederação dos Trabalhadores na Agricultura
CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira.
CUT - Central Única dos Trabalhadores
Datusus - Departamento de Informática do SUS
DMP - Departamento de Medicina Preventiva
Ecem - Encontro Científico dos Estudantes de Medicina
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fenam - Federação Nacional *dos* Médicos
Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz
Finep - Financiadora de Estudos e Projetos (colocar)
FNAS - Fundo Nacional de Assistência Social
FSesp - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
Funrural - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Inamps - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Inep - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Inan - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS - Ministério da Saúde
Noas - Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
Opas - Organização Pan-Americana da Saúde
PCB - Partido Comunista Brasileiro
PC do B - Partido Comunista do Brasil
PDT - Partido Democrático Trabalhista
PEC - Programa de Extensão de Cobertura
Peses - Programa de Estudos Socioeconômico de Saúde
Piass - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PIB - Produto Interno Bruto
Plus - Plano de Localização de Unidades de Saúde
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PND - Plano Nacional de Desenvolvimento
Prev-Saúde- Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
Pronan - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSB - Partido Socialista Brasileiro
PT - Partido dos Trabalhadores
Reme - Movimento de Renovação Médica
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde
SADT - Serviço de Atendimento de Doenças do Trabalho
SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
Sesac - Semana de Estudos de Saúde Comunitária
SNS - Sistema Nacional de Saúde
Sucam - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
Suds - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

Susep - Superintendência de Seguros Privados

UnB - Universidade de Brasília

Unicamp - Universidade Estadual de Campinas

USP - Universidade de São Paulo

W.S. - *Welfare state*

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição percentual dos planos de saúde com beneficiário por modalidade da operadora	211
GRÁFICO 2 - Distribuição dos planos de saúde com beneficiários, por tipo de contratação	213
GRÁFICO 3 - Planos de saúde registrado ou cadastrado, por número de beneficiários da operadora	214

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DESPESAS DO SUS POR NÍVEL DE GOVERNO - 2000/2003	199
TABELA 2 - NÚMERO DE LEITOS (SUS) POR 1.000 HABITANTES, SEGUNDO A ESFERA ADMINISTRATIVA DO ESTABELECIMENTO	200
TABELA 3 - DESPESAS DO SUS EM % DO PIB	201
TABELA 4 - SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL	203
TABELA 5 - HOSPITAIS DO BRASIL	204
TABELA 6 - LEITOS HOSPITALARES NO BRASIL	204
TABELA 7 - SERVIÇOS COMPLEMENTARES NO BRASIL	205
TABELA 8 - NÚMERO DE EQUIPAMENTOS	206
TABELA 9 - UNIDADES DE ENSINO NO BRASIL	207
TABELA 10 - PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE CADASTRADOS NO CNES	208
TABELA 11 - MÉDICOS ATIVOS NO BRASIL POR REGIÃO	209
TABELA 12 - SISTEMA SUPLEMENTAR - OPERADORA COM REGISTRO NA ANS	212

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Tema e Objetivos	19
1.2 Justificativa	20
1.3 Enfoque Metodológico	24
1.4 Organização da Tese	27
2 O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL	30
2.1 Tipologias do Estado de Bem-Estar Social	30
2.2 A Harmonização Possível entre Trabalho e Capital	35
2.3 O Estado de Bem-Estar Social em um Mundo Globalizado: Universalização e Seletividade	39
2.4 O Estado de Bem-Estar Social: Crises Renovadoras?	45
2.5 O Estado de Bem-Estar Social: Encruzilhadas à Direita e à Esquerda	48
2.6 As Razões da Crise sob o Enfoque Liberal e Progressista	49
2.7 Mudanças no Capitalismo: Crise do Modelo Keynesiano-Fordista	53
2.8 Estado de Bem-Estar Social no Brasil	58
2.9 Estado de Bem-Estar Social: o Elo Perdido?	63
2.10 Sociedade e Estado: Casamento ou Divórcio?	73
3.1 O Ideário da Reforma Sanitária Brasileira	92
3.2 As Concepções de Organização e Estruturação de Serviços de Saúde	95
3.3 Os Atores Sociais e o Movimento Sanitário	98
3.4 O Ideário da RSB Revisitado	111
3.4.1 <i>As Conquistas da RSB</i>	111
3.4.2 <i>As Promessas não Cumpridas</i>	112
3.4.3 <i>As Perspectivas da RSB</i>	116
4. A CONSTRUÇÃO DO SUS: IMPASSES E DISJUNTIVAS	118
4.1 As Bases Filosóficas da RSB	122
4.1.1 <i>As Bases Sociais e Políticas da RSB</i>	127
4.2 Institucionalidade e Abrangências	164
4.2.1 <i>As Conferências Nacionais de Saúde</i>	164
4.3 Os Princípios do SUS	175
4.4 Arcabouço Jurídico do SUS	175
4.5 Princípios e Diretrizes da RSB	177
4.6 A Implantação do SUS: Limites e Possibilidades	189
4.6.1 <i>O Sus como Estágio Preliminar da RSB</i>	190
4.6.2 <i>O SUS como Estratégia</i>	195
4.7 O Sus como Instrumento de Inclusão Social: Realidade e Promessas	197
4.7.1 <i>O SUS como Institucionalização da RSB</i>	204
4.7.2 <i>A Rede SUS do Século XXI</i>	207
4.7.3 <i>Dados Gerais do Setor Saúde</i>	209
4.7.4 <i>A Saúde Suplementar</i>	215
5 CONCLUSÃO	221
REFERÊNCIAS	229

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo destina-se a realizar investigação sobre o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), desde as suas origens acadêmicas e nos serviços de saúde até a sua institucionalização via criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir do ideário da RSB, busca-se identificar e analisar quais os tópicos expressos em seus princípios e diretrizes fundadores que se tornaram realidade e aqueles que permanecem pendentes de concretização passados 21 anos da conquista de sua efetivação jurídico-legal.

O percurso compreendido abrange a trajetória que se inicia nos anos 60, com a formulação e elaboração dos aspectos teóricos, e as teses que lhe confeririam consistências, credibilidades e visibilidades para assegurar a legitimidade futura, passando pelas lutas empreendidas em diferentes campos e setores com vistas à conquista da legalidade, nos anos 80, com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

No período em análise, busca-se identificar e compreender como se processou a articulação política do movimento social, englobando pesquisadores e intelectuais nas academias, formulando e experimentando novos modelos de atenção à saúde, organismos nacionais e internacionais no apoio técnico e financeiro, além de profissionais de saúde, usuários, militantes políticos com atuação nos serviços, implementando políticas alternativas de gestão e de assistência médico-sanitária, sob a direção orgânica e majoritária ao Partido Comunista Brasileiro (PCB).

Considerando que nesta época outros movimentos sociais lutaram pelo reconhecimento e aprovação de projetos de alcance coletivo, como a reforma agrária, reforma da educação, reforma urbana, reforma do sistema habitacional, reforma da assistência social, etc., destacamos a importância da configuração política que tornou o movimento sanitário distinto dos demais movimentos sociais, apesar dos primeiros mobilizarem maior número de participantes e ativistas.

As condições que lhe asseguraram a vitória plena dos seus ideais reformistas no âmbito jurídico-legal decorreram das características da articulação política que privilegiou a diversificação dos atores sociais envolvidos e a amplitude e multiplicidade dos campos e/ou espaços de atuação, seja institucional (por dentro da burocracia), seja em trabalhos

empreendidos em comunidades marginalizadas quanto à disponibilidade de políticas públicas, inclusive sociais.

O arranjo de forças políticas distintas e plurais, articulando-se com atores sociais de outros setores e interesses imediatos distantes, possibilitou a elaboração e a difusão de um projeto contra-hegemônico que foi ganhando novos adeptos e defensores, tornando o movimento sanitário vanguardista e com credibilidade como efeito do longo processo de construção de sua base teórica e das diversas experiências de modelos alternativos de gestão e organização dos serviços de saúde, permitindo a consolidação de um projeto tecnicamente consistente e politicamente inovador.

As crises econômicas decorrentes das elevações abruptas nos preços do barril de petróleo, no início da década de 70, fragilizaram o regime autoritário vigente, possibilitando práticas alternativas e inovadoras que reduziam custos de investimentos e operacionais e, ao mesmo tempo, permitiam ampliar a cobertura assistencial, estendendo as ações e serviços de saúde para segmentos populacionais à margem das políticas públicas.

Tendo a questão da democracia como princípio norteador, o movimento sanitário concebe as transformações dos setores como parte do processo de mudanças nas relações do Estado com a sociedade civil. Ao destacar a importância da redemocratização do país com o lema “Democracia é Saúde”, o movimento sanitário enfatiza a democracia como um bem universal e permanente, e não como condição transitória e meio para o alcance de seus fins, mas como instrumento de transformação social. A democracia para os reformistas da saúde significava condição permanente a ser conquistada para se promoverem as mudanças setoriais e permitir que avançassem na direção da criação das estruturas e alicerces para a construção da cidadania. A retomada da democracia não se constituía em tática ou meio, mas como fim, isto é, a democracia como condição permanente e indispensável para a viabilização das mudanças e a consolidação do novo modelo de atenção à saúde.

A saúde deixa de ser uma questão apenas técnico-racionalizadora, e passa a expressar as condições econômicas, sociais e políticas da população. O novo conceito de saúde, introduzido pelos reformistas sanitários, significa mais do que ausências de doenças, pois espelha a estrutura da própria sociedade.

1.1 Tema e Objetivos

O presente estudo tem como tema a busca da compreensão e da análise do ideário da RSB com vistas às transformações não apenas setoriais, mas também nas relações entre o Estado e a sociedade civil. Quando o futuro chegasse, o conjunto de proposições e doutrinas da RSB haveria de ter promovido a construção de um sistema de saúde público, universal, gratuito e integral promotor da inclusão social e com a promoção da cidadania, assim prescrevia o ideário reformista. Realizar o cotejamento das promessas cumpridas parcial ou integralmente na implementação do SUS, assim como as que permanecem pendentes de efetivação real, constituem-se em balizamento dos avanços e limitações experimentados pelo modelo reformista, possibilitando verificar os resultados alcançados de acordo com as perspectivas anunciadas no passado.

Ou seja, a questão central da tese diz respeito ao discernimento das condições políticas, ideológicas, teóricas, econômicas e institucionais que possibilitaram a construção do projeto de RSB e a explicitação e análise das estratégias utilizadas na sua implantação.

Tomando como referência e elemento de análise, a doutrina e o projeto político-ideológico da RSB, definimos como objetivos a serem investigados os percursos realizados pelo movimento sanitário desde as suas origens, os ambientes e circunstâncias de sua gestação e divulgação da doutrina, as articulações político-ideológicas, a constituição de redes profissional e social de apoio, sustentação e legitimação, a ocupação dos espaços institucionais para sua legalização, até sua concretização real com a materialização da institucionalidade via Sistema Único de Saúde (SUS).

Buscar-se-á demonstrar a influência indireta da reforma sanitária na Itália, assim como os aspectos que vinculam a concepção da RSB ao modelo de Estado de bem-estar social originado na Europa Ocidental no pós-guerra.

Analisar-se-ão as estratégias e articulações políticas que viabilizaram o projeto contra-hegemônico em uma sociedade marcadamente hostil a mudanças profundas e submetidas ao vício de práticas políticas nocivas como o clientelismo, o coronelismo e o patrimonialismo, associados aos assistencialismos vinculados a sujeição da dominação e exploração.

Proceder-se-á à identificação e análise dos limites e obstáculos, avanços e recuos empreendidos pelo movimento sanitário na direção da plena consecução do ideário da RSB

como instrumento de promoção da cidadania, trazendo à luz da institucionalidade o descompasso entre as condições estruturais do país e o ambicioso projeto reformista.

Serão verificados os resultados alcançados, considerando as promessas anunciadas e realizações efetivamente concretizadas permitindo dimensionar a distância entre o possível e o realizável politicamente. Isto é, partindo-se da doutrina e do projeto político-ideológico da RSB, explicitado em seus princípios e diretrizes, identificam-se as lacunas técnicas e políticas que viabilizaram, apenas, parcialmente, o ideário reformista.

Os objetivos específicos foram delimitados em torno da identificação, compreensão e análise das condições conjunturais e estruturais, que possibilitaram a construção e implantação do ideário da RSB por meio de sua institucionalização via SUS, quais sejam:

- 1) identificar e explicar até que ponto as políticas de proteção social, representadas pelo *welfare state*, influenciaram a formulação teórica e doutrinária da RSB;
- 2) avaliar como o movimento sanitário organizou-se como “sujeito coletivo” para impulsionar o ideário reformista;
- 3) compreender e explicar o processo de formação de uma política contra-hegemônica em um ambiente cultural, social, econômico e político hostil e refratário às mudanças em sua estrutura de dominação e poder;
- 4) compreender e analisar se a institucionalização da RSB, via SUS, foi capaz de realizar o ideário reformista no setor saúde.

1.2 Justificativa

O processo de construção da tese que ora se apresenta representou um percurso rico, importante e esclarecedor retorno a iniciação profissional. A decisão de revisitar o projeto da RSB, depois de transcorridas mais de duas décadas de sua efetivação institucional, possibilitou trazer à lembrança fatos, acontecimentos, amigos e companheiros que marcaram indelevelmente a minha formação. Embora se tratando de um trabalho eminentemente solitário, em muitos aspectos, a presença de velhos companheiros e queridos amigos sempre se fizeram presente. Ora como reminiscências das articulações e lutas empreendidas nos anos que antecederam os trabalhos constituintes, ora como novos encontros, agora sob o signo de analista submetido aos rigores e exigências das academias.

Tais reencontros se fizeram por meio de releituras de textos os mais diversos, editados e publicados em momentos distintos ao longo de toda a jornada idealista da formulação e implantação da RSB, cumprindo com finalidades diversas, seja como difusores do ideário reformista, instrumentos de aglutinação política, veículos de debates e aperfeiçoamentos de estratégias, seja como propostas e programas destinados à busca de legitimação e, posteriormente, a conquistas da legalidade.

A idéia para a realização deste estudo surgiu como uma espécie de “ajuste de contas” deste autor com seu passado: com seu trabalho profissional, suas convicções políticas e ideológicas e a dedicação profissional por 24 anos à Saúde Coletiva.

Após a conclusão do curso de especialização em Medicina Preventiva e Social, iniciado na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e concluído na Universidade de Brasília (UnB) no ano de 1986, tive a oportunidade de ingressar em um grupo de trabalho constituído pelo então Reitor da UnB, professor Cristovam Buarque, para acompanhar e apoiar as atividades da Assembléia Nacional Constituinte na área da saúde.

Funcionando, preliminarmente, no Centro Multiuso, recém-inaugurado, os diferentes grupos constituídos no âmbito da UnB abrangiam as áreas de interesses sociais, econômicos, culturais, etc., com o propósito de influenciar e pressionar os constituintes para incorporar na Carta Magna as proposições elaboradas e defendidas pelos agrupamentos políticos situados no campo da esquerda democrática.

Esses grupos temáticos eram formados por professores da UnB em associação e parcerias com entidades e organizações da sociedade civil e instituições públicas da administração indireta. Na área da saúde, o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Federação Nacional dos Médicos (Fenam), Fundação Oswaldo Cruz, Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), entre outras entidades, formaram as bases de sustentação técnica, financeira e logística do movimento sanitário em seu braço operativo no front de Brasília.

Os grupos eram ampliados e fortalecidos com a inclusão de bolsistas, professores temporários, consultores *ad doc*. Todos os grupos funcionavam sob a coordenação do ex-deputado federal João Gilberto do Partido do Movimento Democrático Brasileiro Democrático do Rio Grande do Sul (PMDB/RS). O setor saúde era coordenado pelo professor Eleutério Rodriguez Neto, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB).

Com a redemocratização e a posse inesperada do vice-presidente da República, os canais tradicionais de influência e controle dos processos decisórios ficaram

momentaneamente sem seu fluxo costumeiro; havia espaços institucionais a serem preenchidos e aberturas nas arenas políticas para novos atores sociais. Os movimentos sociais tiveram ampla e permanente atuação nos meandros do parlamento nacional.

O grupo de trabalho liderado pelo professor Eleutério Rodriguez Neto, que contou com militantes e ativistas políticos com experiências e formações acadêmicas e com atuações em serviços de saúde em programas alternativos e inovadores, abrangendo e aglutinando diversas profissionais do setor com interesses nas políticas sociais públicas, representou o melhor aprendizado possível para um recém-graduado ainda em fase de amadurecimento e consolidação da formação profissional.

O brilhantismo técnico, a capacidade inesgotável de promover articulações políticas com atores sociais de diversas correntes do pensamento, a habilidade e inventividade na condução do grupo de trabalho e a sensibilidade social do professor Eleutério Rodriguez Neto foram fundamentais para a manutenção da harmonia interna, coesão nas lutas e credibilidade externa em todas as lides políticas desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) até a Assembléia Nacional Constituinte.

A constituição de uma força política, que se tornou movimento social e como tal em “sujeito coletivo”, representou o coroamento das virtuosas articulações e alianças estratégicas entre profissionais da saúde e setores da sociedade civil com vistas ao êxito da RSB como ideário e projeto político-ideológico contra-hegemônico.

Esses atores sociais das mais diversas origens e inserções sociais e profissionais, além de formação acadêmica diversificadas, criaram e formaram as pontes que ligaram amplos setores da sociedade civil em torno de um projeto reformista e inovador.

O desdobramento imediato dessa articulação foi o estabelecimento de parcerias com entidades representativas dos médicos e outras categorias do setor saúde, com movimentos sociais originados em comunidades locais.

Revisitei os caminhos, as lutas e os personagens que fizeram o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, quanto às concepções teóricas que lhe embasaram a construção doutrinária e seu itinerário político-ideológico, desde suas origens na academias e serviços de saúde públicos, passando por arregimentação de aliados e militantes na constituição de um movimento social, movimento sanitário, até sua legitimação com a realização da VIII CNS, e o coroamento exitoso com a legalização do ideário da RSB no âmbito da Assembléia Nacional Constituinte.

A construção de um projeto contra-hegemônico na vigência de regime autoritário constituiu-se em iniciativa complexa e ousada, viabilizada pela existência de um

movimento social cuja articulação política transcendeu o setor saúde, e mesmo a área social.

Todavia, resta demonstrado que o movimento sanitário incorreu em grave equívoco ao acreditar que uma vez alcançado o êxito nas fases iniciais do projeto da RSB, notadamente, na etapa de sua legalização com a institucionalização advinda com a formalização jurídico-legal, havia-se esgotado toda a luta necessária para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Muitos foram os que imaginaram que a luta estava ganha e, dentre esses, eu me incluo. O que de certa forma explica e justifica a realização desta tese.

Os erros de avaliação cometidos no passado quanto à importância da permanência ativa do movimento sanitário, com as renovações que o tempo iria impondo, para a consolidação da RSB como instrumento de transformação para além do setor saúde, e ingressando em outros campos políticos que pudessem conduzir a mudanças nas relações entre o Estado e a sociedade civil, vêm claudicando em vários momentos cruciais.

Rever, por meio de leituras, reflexões e análises, os fatos e acontecimentos de um passado já distante em mais de duas décadas representou a possibilidade de realizar um balanço e criteriosamente identificar as insuficiências e inadequações de rumos tomados pela RSB.

Embora sem dúvidas quanto a pequena parcela de responsabilidade histórica, em face do papel secundário desempenhado então, julgo que identificar e analisar os erros e equívocos dos que fizeram parte do movimento sanitário pode contribuir para a retomada dessa jornada, realizando as correções de rumos e o agrupamento de novas forças políticas com vistas ao impulso e firmeza necessários à construção e consolidação de um sistema de saúde universal, gratuito, equânime e integral, tendo como princípio norteador a democracia, meio e fim para a ampliação da cidadania.

Fazer parte dessa experiência representou importante fator para a minha formação pessoal e profissional. Como contrapartida, espero contribuir modestamente para retomada das reflexões acerca dos próximos caminhos a serem trilhados para a construção e consolidação da RSB.

Finalmente, a realização da tese proporcionou uma volta ao passado sem saudosismos e sem frustrações. A bela jornada em companhias de tantos amigos e colegas de ideal, além de uma escola de vida, constituiu a certeza de que erros de avaliação e condução de um processo amplo e complexo fazem parte da aprendizagem e da evolução política.

1.3 Enfoque Metodológico

Este trabalho toma como base as análises documentais e bibliográficas que serviram como fundamentos para a construção do ideário da RSB, e sua implantação com a criação do Sistema Único de Saúde.

A produção acadêmica teórica, as formulações políticas realizadas pelo movimento sanitário por meio do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), os textos elaborados para debates e difusão do projeto da RSB produzidos por entidades da sociedade civil, os documentos concebidos e publicados por instituições executivas e legislativas com vistas à concretização jurídico-legal do ideário reformista constituíram, em conjunto, fontes de mapeamentos das trajetórias da formulação do projeto reformista, da inserção de modelos de gestão e organização de serviços de saúde públicos alternativos e experimentais e da conquista de espaços nas arenas políticas decisórias que viabilizaram institucionalmente, com a criação do SUS, o ideário da RSB.

Ainda, mediante a análise dos diversos programas governamentais implementados nos anos 60, 70 e 80, é importante identificar e compreender as estratégias políticas que conformaram as alianças entre diferentes entidades e instituições nacionais e internacionais com vistas à elaboração e legitimação do projeto contra-hegemônico na área da saúde pública.

Para fazer frente ao desafio de investigar o ideário da RSB foi preciso, também, proceder à seleção, leitura e análise dos diversos documentos, relatórios e atos oficiais que ao longo das décadas de 60 e 70 foram criando o ambiente e as possibilidades políticas reais para a atuação de pesquisadores e de diferentes grupos de profissionais na criação de espaços nos serviços de saúde e na burocracia estatal com vista à consolidação do projeto reformista.

Na fase de elaboração e formulação da teoria e da doutrina reformista, os textos, documentos e manifestos produzidos à época pelas entidades científicas como o Cebes e, posteriormente, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), nos forneceram os materiais que possibilitaram refazer a trajetória do movimento sanitário desde seus primórdios, na busca pela legitimação.

No período da ocupação dos espaços institucionais via assento diretivo no aparelho de Estado, dando início à consolidação do projeto contra-hegemônico, procedeu-se, ainda, à análise das diretrizes políticas e dos diversos programas governamentais emanados do Ministério da Saúde como forma de acompanhar e avaliar a evolução e incremento de alternativas de gestão e organização dos serviços de saúde públicos em uma fase experimental de novos modelos de atenção à saúde.

A participação do movimento sanitário per si será feita mediante a seleção e análise dos textos e documentos produzidos com vistas à mobilização e difusão dos ideais reformistas por meio da Revista Saúde em Debate editada pelo Cebes, e de Relatórios Finais de Simpósios e Conferências realizadas no âmbito do parlamento nacional.

As teses de doutoramento de Sergio Arouca e Cecília Donnangelo serviram como base e primeira referência para a aproximação do objeto de estudo e identificação das críticas ao modelo vigente de ensino e práticas na medicina, além de fornecerem algumas das propostas pioneiras de reformulação do setor com ênfase na centralidade da democracia e na participação popular nos processos decisórios.

Os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde, desde a I até a XIII, foram fundamentais para a compreensão das diversas conjunturas em que se deram os processos de formulação do ideário da RSB, os embates e as lides políticas, que ensejaram a articulação crescente do movimento sanitário que emergiu como força política, abrangendo um leque de apoios para além do setor saúde. A identificação das características pioneiras que viabilizou a construção de um “sujeito coletivo”, representado pelo movimento sanitário que impulsionou e galvanizou diferentes atores sociais, representa ponto nodal para a explicação da diferenciação e especificidade dessa parcela do movimento social.

Conjunturas diversas que representaram momentos de avanços, recuos, vitória e perdas que em conjunto foram alicerçando as bases legitimadoras da RSB e sua incorporação no texto constitucional. Para a presente investigação, realizamos o inventário do movimento sanitário brasileiro, mediante a revisão na literatura sobre o *welfare state*: suas origens, principais características e tipologias, as causas e consequências das crises em meados dos anos 70 e a descrição e análise das diversas propostas para estruturação de novas políticas públicas de bem-estar social nos marcos da globalização da economia mundial.

Discernir como se estabeleceram às relações entre as crises econômicas e as crises do Estado de bem-estar social quanto à precedência e influência exercida entre si tem se

constituído na literatura sobre o *welfare state* em questão política candente e, ainda, controversa. Embora sem negar a existência de uma relação entre as duas crises, datadas das décadas de 60 e 70, assumimos, em consonância com autores como Offe, Giddens, Rosanvallon e outros pesquisadores dedicados ao tema das políticas de proteção e promoção social, que os fatores políticos estruturais encontram-se no centro da questão, seja como causa ou como consequência, seja como problema ou como solução.

As mudanças profundas no mundo do trabalho e nas relações sociais, em decorrência do processo de globalização da economia, imprimindo novos arranjos institucionais com vistas à superação ou amenização da crise do Estado de bem-estar social, foram analisadas a partir da literatura sobre o tema, com a apresentação, descrição e explanação sobre os principais elementos das crises econômicas que abalaram os alicerces do Estado de bem-estar social, sob os enfoques da direita e da esquerda, e as possíveis soluções na direção da construção do Novo Pacto Político que propiciasse a adoção de políticas de proteção social, combinando universalização e maior responsabilização individual e comunitária, considerando que a crise fiscal do Estado, iniciada nos anos 60 e agravada nas décadas seguintes, constitui-se em ponto central das divergências ideológicas entre as percepções e visões dos agrupamentos de esquerda e da direita.

O emprego do enfoque interdisciplinar, ainda que com maior ênfase na Sociologia, foi uma exigência decorrente da escolha do objeto de estudo e da investigação de que trata esta tese. Os instrumentais analíticos disponíveis na área da saúde, como disciplina isolada, não fornecem os elementos que possam abranger e englobar a complexa e diversificada questão da formulação, construção e implantação de um projeto político-ideológico contra-hegemônico com vistas a mudanças nas relações entre o Estado e a sociedade civil, com a fundação de novos paradigmas para as políticas públicas de promoção e proteção social.

As Ciências Sociais, em geral, e a Sociologia, em particular, ampliam o foco da análise para além da dimensão instrumental das iniciativas governamentais e as tratam como objetivos a serem questionados e criticados quanto às viabilidades e às possibilidades que se oferecem como soluções para problemas estruturais que dizem respeito à configuração das relações entre o Estado, a sociedade civil e o mercado.

A questão ideológica, como matriz geradora de forças antagônicas e de lides na arena política, ultrapassa os aspectos apenas “concretos” do setor saúde, e avança em direção à simbólica transformação dos espaços públicos em arena das decisões políticas.

Este trabalho assume que as políticas públicas na esfera social, em particular no setor saúde, adquiriram novos significados e extensão com a redemocratização do país em 1985, e a promulgação da Nova Carta Constitucional em 1988.

Verificar e comprovar que a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade civil brasileira nos leva a traçar uma investigação considerando sempre os dois ambientes políticos: o setorial e as estruturas de dominação e poder e sua contrapartida clientelística e patrimonialista.

1.4 Organização da Tese

Para realizar uma investigação sobre o ideário da RSB, enquanto política de inclusão social e promotora da cidadania, dividimos o estudo em três partes, tratando, na primeira parte, das políticas de proteção social e do Estado de bem-estar social, abordando as condições políticas de sua emergência e consolidação, as características e tipologias em diferentes países, identificando e revisando a literatura sobre as crises econômicas, as transformações processadas no mundo do trabalho com o advento da globalização do capitalismo, a superação do modelo de produção Fordista/Taylorista/Keynesiano e sua substituição pelo modelo Toyotista, que determinou a pulverização da produção, a retração dos direitos trabalhistas, a precarização das condições de trabalho, o aviltamento dos salários, entre outros aspectos, como decorrência direta nas mudanças nas relações entre Estado, mercado e sociedade civil. Revisamos e analisamos as principais críticas ao antigo modelo de proteção social realizados por conservadores e progressistas, ao tempo em que empreendemos a abordagem e análise das alternativas que se afiguram como soluções para a retomada de uma nova política de proteção social, baseada no compartilhamento das responsabilidades fundadas em novas relações entre o Estado, o mercado e a sociedade civil, mediante a identificação de atribuições, deveres e direitos a serem partilhados com o deslocamento da primazia do processo decisório do centro do poder para a periferia do sistema, isto é, focado em maiores atribuições e responsabilizações dos indivíduos e das comunidades locais.

Na segunda parte, enfocamos as condições conjunturais e estruturais em que ocorreram a formulação e a emergência do projeto contra-hegemônico da RSB e sua

legitimação. Identificamos e analisamos os instrumentos empregados para realizar a ampliação dos apoios e sustentação política do ideário reformista. Discorremos sobre a importância da construção e da atuação do “sujeito coletivo” na articulação do ideário reformista, assim como, identificamos e analisamos como se processou a articulação política que viabilizou a legalização do projeto reformista, como a criação do sistema único de saúde no campo institucional. A constituição e articulação do movimento sanitário brasileiro, englobando atores sociais para além da saúde, caracterizando-se como “sujeito coletivo”, foram escrutinadas na perspectiva de sua importância política em aliança com o Partido Comunista Brasileiro, que conferiu a unidade, a organicidade e a direcionalidade que viabilizou a construção, a difusão e a legitimação do projeto reformista na saúde.

Na terceira parte, tratamos da implantação e implementação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, o qual conferiu a institucionalidade do ideário reformista. Considerando o rol de atribuições, responsabilidades e competências do SUS, buscamos identificar as promessas e compromissos realizados por ocasião de sua efetivação jurídico-legal e as condições reais de gestão e organização do modelo de atenção à saúde criada a partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988. Identificar o estágio de desenvolvimento do SUS a partir de indicadores sanitários e médico-hospitalares representa o instrumental que permite a aproximação entre o prometido e o realizado na esfera das ações e serviços de saúde. Mas também, o reconhecimento da importância crescente do setor privado lucrativo na saúde, na forma de seguros e planos de saúde suplementares, como consequência direta das dificuldades existentes no acesso da população aos serviços de saúde, aliada à baixa qualidade dos serviços ofertados em decorrência do financiamento persistir sendo realizado em função da capacidade instalada de ambulatórios, hospitais e clínicas de diagnose e exames complementares, mesmo quando nos cálculos para as transferências intergovernamentais haja ponderações demográficas que não amortizam as diferenças existentes entre as diversas regiões do país. A importância do movimento sanitário como força motriz das mudanças foi ressaltada, sendo explicitado que seu arrefecimento nas lutas pela consolidação do SUS constituiu-se em elemento explicativo das parciais mudanças no sistema. Analisamos, ainda, como e por que o movimento sanitário, ao se dividir politicamente, ensejou o enfraquecimento do projeto reformista sanitário. Destacamos em que medida a ausência de um partido político, que conferisse unidade e direcionalidade ao movimento reformista, contribuiu para a fragmentação do movimento reformista e as razões e motivações políticas que criaram uma divisão no seio do movimento sanitário e

seu impacto e consequência no enfraquecimento das lutas por mudanças substantivas nas relações entre Estado e sociedade civil. Enfatizamos a importância do equívoco de se considerar que as conquistas no campo jurídico-legal, com as promulgações da Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde, seriam bastantes para assegurar a efetivação plena dos ideários da RSB.

2 O ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL

Tendo em vista o objetivo de realizar uma investigação acerca da elaboração e do desenvolvimento do ideário da RSB e diante da suposição de influência das concepções de Estado de bem-estar social na construção de ideário, pretende-se, neste capítulo, analisar a concepção de Estado de bem-estar social, as suas origens, diferentes tipologias, as crises que lhe debilitaram politicamente, assim como revisitar e interpretar as principais vertentes do pensamento sobre o tema do *welfare state* em sua reconstrução teórica e prática.

2.1 Tipologias do Estado de Bem-Estar Social

A consolidação do Estado de bem-estar social como política pública de promoção da cidadania foi um marco em toda a Europa Ocidental, embora não se possa identificar homogeneidade em sua implementação nos diversos países. Pelo contrário, há diversidade quanto à sua concepção, seja nos critérios de inclusão, distribuição e extensão de benefícios e beneficiários, seja na amplitude e duração de cobertura caracterizando uma pluralidade dessas políticas sociais.

Tomando como referência a classificação desenhada por Esping-Andersen (1991, p. 23), o modelo de *welfare state* apresenta-se dividido em três modalidades: o liberal, o conservador e o social-democrata.

O modelo liberal ou residual caracteriza-se pela atuação do Estado de forma excepcional, quando o mercado estabelece condições rígidas ou impeditivas de ingresso de segmentos sociais a partir de sua inserção no mercado formal de trabalho. São paradigmas desse modelo os EUA, Canadá e Austrália, onde o mercado funciona como espaço óbvio de acesso ao seguro previdenciário, resultando no domínio de arranjos instituídos por empresas privadas no âmbito do seguro social, sendo ainda chancelados e apoiados pelos sindicatos.

O modelo conservador ou meritocrático tem como principal característica a vinculação estreita da ação do Estado ao desempenho dos grupos favorecidos. Quem contribui para a riqueza nacional e/ou insere-se no mercado formal de trabalho, adquire o

direito a acesso aos benefícios securitários que se diferenciam conforme o trabalho, o status social, a capacidade de pressão, respeitando-se as diferenciações socioeconômicas criadas pelo mercado que detém a base legal da meritocracia. Para Esping-Andersen (1991, p. 24), esse modelo assume características hierarquizantes e segmentadores, sendo prevalente na Europa continental (Alemanha, Áustria, França, Itália).

O modelo social-democrata representa a modalidade institucional - redistributiva de proteção social. O bem-estar social é visto como “parte importante e constitutiva das sociedades contemporâneas, voltadas para a produção e distribuição de bens e serviços ‘extramercados’, os quais são garantidos a todos os cidadãos”.(DRAIBE, 1990, p. 89). Para Esping-Andersen (1991, p. 25), esse modelo configura-se como avanço da democratização social do capitalismo. Deve-se enfatizar que qualquer esquema de classificação de tipos diferentes de modelos de proteção social pouco esclarece quanto ao funcionamento de cada um deles, pois as classificações ou dão conta das peculiaridades de operação de determinado sistema, e por isso são fragmentários (os sistemas diferem quanto ao financiamento, ao acesso, a incorporação de programas), ou, em sentido contrário, apontam para perfis cuja generalidade empobrece a explicação do funcionamento concreto do sistema.

Os estudiosos dessas tipologias de Estado de Bem-Estar, mesmo quando perfilam correntes ideológicas distintas, sabem que há fatores condicionantes e determinantes (políticos, econômicos, culturais, estruturais e conjunturais) na configuração dos diferentes sistemas. Para Draibe & Aureliano:

As variações (na busca de um equilíbrio relativo entre os objetivos conflitantes do *welfare state* e na edificação e transformação do mesmo), assim como seus impactos sobre as características institucionais do *welfare state*, relacionam-se a fatores-chave no plano nacional e a um fator advindo do plano internacional. (DRAIBE & AURELIANO, 1989, p. 36)

Em geral, as variáveis de desenvolvimento socioeconômico (industrialização e urbanização no contexto da organização capitalista de produção) e mobilização da classe operária (pressão *versus* ações defensivas do sistema político através das instituições do *welfare state*) e, mais proximamente, o desenvolvimento institucional (extensão do sufrágio, características do regime político) produz efeitos convergentes que explicam a emergência dos *welfare state*, assim como as características que os diferenciarão entre si.

No plano internacional, defendem os mesmo autores, estão presentes já determinados processos de institucionalização do *welfare state* em dados países e suas inovações difundem-se sobre outros, exercendo pressões no mesmo sentido.

A permanência de uma polaridade entre ideais de justiça social mantém a tensão e conflito entre políticas públicas que substantivam a justiça social, mediante ações que buscam estabelecer as condições de igualdade de resultados, num polo, e a justiça social baseada no princípio de igualdade de oportunidades, no polo oposto. Esses dois matizes constituem os critérios fundamentais das diferentes tipologias do Estado de bem-estar social e contêm implicitamente os valores definidores e a concepção político-ideológica de cada modelo, à margem de aspectos normativos.

Para Esping-Andersen, o Estado de bem-estar social consiste numa articulação de conflitos distributivos intermediados pelas relações de poder de mobilização política e a democratização social do capitalismo.

O poder de mobilização política demonstrado pelo movimento operário repousa na sua capacidade de, mantendo a coesão interna dos partidos representativos dos trabalhadores, conduzirem alianças (externas) interclasses, e se expressa na imposição de limites à iniciativa e à própria hegemonia dos partidos burgueses. (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 24)

É este poder que, no enfrontamento com as forças do mercado, possibilita seguir os rumos da democratização social do capitalismo, o que equivale construir o *welfare state*. Por seu turno, a democratização social do capitalismo implica preencher uma agenda de quatro pontos: desmercadorização do *status* da força de trabalho (alcançável na medida em que se institui o “salário social” e os direitos de cidadania suplantam os mecanismos de distribuição do mercado); reforço da solidariedade, ou seja, substituição dos esquemas de proteção social competitivos, seletivos ou corporativos pelo princípio do universalismo (segundo o qual todos os cidadãos partilham a noção de “estar no mesmo barco”); redistribuição efetiva, via tributação progressiva e transferências sociais; e pleno emprego, como meta e como base financeira para a consecução dos demais objetivos (VIANA, 2000, p. 26). A montagem do *welfare state* não é capaz por si só de dar conta da democratização social do capitalismo e, como observa Offe (1989, p. 94), os estados de bem-estar mais desenvolvidos e estáveis são aqueles encontrados nas sociedades européias altamente homogêneas.

A infundável controvérsia do papel do *welfare state* como redistribuidor de rendas, redistribuição, aliás, como inerente ao modelo ideal de *welfare state*, suscita

questionamentos político-ideológicos que fomentam a polaridade de concepções. De um lado, os progressistas sustentam que, à revelia do mercado, o sistema cria as condições para os indivíduos manterem minimamente sua dignidade, ao tempo em que ampliam os meios necessários para a aquisição da capacitação de inserir-se no mercado. De outro lado, os conservadores afirmam que o cidadão deve ser resultado do esforço de cada indivíduo, e sua capacitação pode e deve ser feita dentro e mesmo fora do mercado, adquirindo o direito de viver sob um estado de bem-estar social.

Essa classificação apresenta, como tantas outras evidentes, limitações e contém certa simplificação, embora seja útil na medida em que abrange várias tendências e tipos distintos de *welfare state*, e, sobretudo por apresentar os elementos essenciais de cada tipologia de modo mais característico, pela abordagem de forma esquemática e ideologicamente bem estruturado das principais correntes políticas presentes na arena decisória.

Mais amiúde, o *welfare state* sucedeu ao que Dahl (1971, p. 87) considera os dois eixos centrais da evolução política do ocidente: a liberalização (na terminologia marshalliana, o elemento civil da cidadania, e, na tradução de Offe, o estabelecimento do Estado de Direito) e a participação (o elemento político, para Marshall, e a “voz ativa”, para Offe).

A associação entre idéias keynesianas, social-democracia e *welfare state* é recorrente na literatura, e de acordo com Przeworski:

A revolução keynesiana forneceu aos social-democratas um objetivo e, com isso, a justificativa para o seu papel no governo, ao mesmo tempo em que promovia a transformação do significado ideológico de políticas distributivas, tornando-as mais aceitáveis pelos setores dominantes, e que favoreciam a classe trabalhadora. (PRZEWORSKI, 2003, p. 68)

Por seu turno, os social-democratas “descobriram”, assim, que a economia podia ser controlada e o bem-estar dos cidadãos intensificados pela ação ativa do Estado.

Offe (1984b, p. 67) também destaca as relações entre keynesianismo, *welfare state* e social-democracia a partir de um enfoque que ressalta um movimento de *trade-off* estrutural entre capital e trabalho e entre o Estado e o mercado. Dois princípios mediadores, para ele, compatibilizaram o capitalismo com a democracia no século XX: a) os partidos políticos de massa e a competição partidária e, b) o *welfare state* keynesiano. Nessa formulação, os partidos políticos de massa - notadamente os social-democratas - atuaram principalmente na promoção da desradicalização ideológica dos movimentos

operários, ao se submeterem às regras institucionalizadas da luta pelo poder e na formulação e implementação de políticas públicas sociais, tornando ambas burocratizadas e desprovidas do caráter de identidade coletiva que possuíam as demandas classistas.

Ainda de acordo com Offe (1984b, p. 67), o *welfare state* keynesiano só pode ter seu êxito entendido quando relacionado a dois processos: o *boom* econômico massivo e sem precedentes na história atingindo todas as economias capitalistas avançadas no pós-guerra e a “transformação do padrão de conflito industrial e de classe numa forma que se afasta cada vez mais do radicalismo político, e até revolucionário, e que conduz a um conflito de classe meramente economicista e institucionalizado”.

Subjacente ao desenvolvimento do *Welfare state*, por conseguinte, está um acordo de classe (promovido pela social-democracia), pelo qual os trabalhadores aceitam a lógica do lucro e dos mercados em troca de uma garantia de que seriam defendidos os padrões mínimos de vida, forjando, ademais, “um consenso quanto às prioridades, desejabilidades e valores básicos da economia política, a saber, o crescimento econômico e a segurança social
Ter se viabilizado através de compromissos ideológicos, políticos e econômicos interclasses é algo que o *Welfare state* compartilha com a lógica da decisão de política econômica keynesiana. (OFFE, 1984b, p. 373)

Todavia, vale destacar que ambos os autores, Przeworski (2003) e Offe (1984b), entendem este acordo de um ponto de vista estrutural - ainda que operado por agentes racionais - o que os torna bastantes céticos, visto que se as bases para a celebração desse pacto forem rompidas, como ocorre em casos de crescimento da economia, e as regulações do Estado não forem capazes de promoverem o jogo de soma positiva, pode-se advir o desmoronamento do alicerce de toda aquela arquitetura institucional.

Embora tal desmoronamento não tenha efetivamente ocorrido, verifica-se ao longo dos anos o desgaste do arcabouço institucional, mesmo que as bases que o sustentam permaneçam ainda vigorosas. Mesmo com a pressão decorrente do crescente desemprego e pelas novas transformações nas condições de trabalho e de produção, os trabalhadores persistem firmes quanto às conquistas sociais e, segundo Wallerstein, isso se deve:

ao fato de que o compromisso ou pacto não decorreu apenas de uma dinâmica estrutural (ou conduzida por agentes cuja racionalidade é alheia às suas próprias vontades), mas concretizou-se através de arranjos político-institucionais que se tornaram centrais nas democracias européias. (WALLERSTEIN, 2002, p. 246)

2.2 A Harmonização Possível entre Trabalho e Capital

Considerando que o Estado de bem-estar social assenta-se na busca da conciliação ou da harmonização possível entre capital e trabalho, possibilitando, assim, a expansão das fronteiras produtivas e a diversificação do mundo do trabalho, almeja-se identificar, compreender e analisar como a reestruturação no modo de produção capitalista, a partir dos anos 80, influenciou o novo desenho para as políticas de proteção social.

Neste capítulo, investigaremos, ainda, as condições estruturais e conjunturais e as características principais das crises econômicas e do próprio modelo de *welfare state* em sua concepção original, e se contribuíram ou não para a redução das possibilidades políticas do ideário da RSB, assim como quais as influências daí decorrentes contribuíram para amainecer o impulso reformista na implementação do SUS.

O processo de globalização e as revoluções na cibernética, na telemática e nas esferas da informação e comunicação têm influenciado e mesmo determinado drásticas alterações nas relações entre países e suas fronteiras, inclusive quanto à capacidade de controle e domínio soberano dos espaços nacionais.

As críticas dirigidas ao antigo modelo de bem-estar social, realizado tanto por setores conservadores quanto por representantes do pensamento progressista, convergem no sentido da necessidade de mudanças e rupturas com velhos paradigmas que balizaram as políticas de proteção social em seus primórdios.

Todavia, a partir da identificação das causas da crise ou esgotamento do modelo de proteção social e, sobretudo, quando se adentra no campo das possíveis soluções, isto é, no desenho institucional do novo modelo de promoção e proteção social, surgem as grandes divergências que separam e antagonizam os polos ideológicos na contenda política para a formação da agenda governamental visando à reestruturação do setor e o estabelecimento de relações inovadoras entre o Estado, o mercado e a sociedade civil.

A inspiração e motivação para a criação e estruturação das políticas públicas de proteções sociais, chamadas de *welfare state* nos países de capitalismo avançados no pós-guerra, decorreram das necessidades do Estado e do sistema econômico de promoverem uma distensão e harmonização dos conflitos nas relações entre o mundo do trabalho e o capital. Em outras palavras, seria a forma encontrada pelos Estados nacionais de cumprir duas de suas funções fundamentais, a saber: a acumulação de capital e de legitimidade frente aos diferentes grupos sociais (O'CONNOR, 2000).

Todavia, há um descompasso entre a retórica e os programas implantados com vistas à proteção social. Segundo Stein (2005, p. 86), “ao final da década de 70 pode-se notar a defasagem entre direito e realidade. A universalização e a homogeneização parecem cada vez mais longínquas”.

Segundo Draibe e Henrique (1988, p. 21) “seu início efetivo dá-se exatamente com a superação dos absolutismos e a emergência das democracias de massa.” O *welfare state* é uma transformação do próprio Estado a partir das suas estruturas, funções e legitimidade. Ele é uma resposta à demanda por serviços de segurança socioeconômica.

Marta Arretch diz que, com a industrialização, surge a divisão social do trabalho. Isto implica um crescimento individual em relação à sociedade. Desse modo, os serviços sociais surgem para dar respostas às dificuldades individuais, visando garantir a sobrevivência das sociedades. E ainda salienta: “As medidas de proteção aos pobres foram progressivamente deixando de tratá-los indistintamente, isto é, passaram a surgir políticas de atenção à heterogeneidade da pobreza.” (ARRETECH, 1995, p. 11).

É consenso na literatura que o Estado de bem-estar social foi construído apoiado em políticas keynesianas de pleno emprego, baseadas em amplos programas de intervenção econômica por parte do Estado. Era a chamada era do “industrialismo”, caracterizada por economias centralizadas de produção em massa e organização centralizada do capital e do trabalho (GIDDENS, 1999, p. 140).

As políticas de *welfare state* assentam-se no papel a ser desempenhado pelo Estado como promotor e responsável direto pela assistência e apoio aos indivíduos que apresentam necessidades e riscos potenciais de caráter social no contexto de uma sociedade de mercado, ou seja, uma noção de responsabilidade coletiva acerca das questões sociais e a noção da legitimidade das demandas coletivas feitas pelas associações de trabalhadores (OFFE, 1984, p. 67).

A viabilidade de uma política desta natureza dependia da existência de um consenso entre as elites políticas e econômicas, intermediadas por sindicatos fortes e atuantes e corpos dirigentes do aparelho estatal e do setor empresarial em aliança com partidos políticos que funcionassem como instrumentos de coesão das diferentes posições no espectro ideológico.

A simbiose estabelecida entre as políticas públicas macroeconômicas nos moldes Keynesianos, a atuação de partidos políticos, notadamente os social-democratas, e a mobilização e pressão dos trabalhadores por meio de suas entidades de classe haviam propiciado a fórmula, aparente, para a superação das contradições inerentes ao

desenvolvimento de uma economia capitalista em um ambiente de relativa harmonia, possibilitando as condições para o progresso do sistema.

As crises econômicas que permearam os anos 60 e 70 fizeram surgir contestações e críticas contundentes ao modelo de proteção social. Os setores conservadores promovem o ressurgimento de teses econômicas de inspiração liberal centrada na supremacia da proteção e valorização da moeda (monetarismo) como instrumento de política econômica e promoção do desenvolvimento.

Como corolário, enfatizava os malefícios representados pela intervenção governamental na vida social, que deveria encontrar no mercado as soluções para os problemas advindos das dificuldades de natureza individual, momentâneas ou não. Sob esta óptica, as responsabilidades sempre serão individuais e encontram no mercado o local adequado e propício para equacionar os problemas reais e os riscos potenciais, pois, ambos são partes indissociáveis das escolhas e opções que os indivíduos realizam.

Os críticos situados no campo ideológico-conservador identificavam as crises financeiras enfrentadas pelas economias desenvolvidas como decorrência em grande parte pela presença “dirigista e intervencionista” do Estado na economia, provocando distorções no funcionamento do mercado e elevando os custos dos empréstimos ao governo para financiamento de suas ações intervencionistas, impulsionando os juros e promovendo aumento do desemprego.

A outra vertente alinhada ao campo progressista concentrava suas críticas na incapacidade das políticas do *welfare state* em alterar a natureza classista da estratificação e funcionamento da economia. O sistema de proteção social concebido e operando em uma sociedade dividida em classes atuava sempre como consequência de demandas sociais surgidas após a ocorrência do dano ou das necessidades já manifestas. Como agravante, tais políticas, por seu mecanismo de operacionalização, sempre se tornariam alvo de demandas crescentes e, pois, de pressões sobre o orçamento fiscal, gerando desequilíbrios nas contas públicas e contribuindo para a piora das crises financeiras.

Enquanto as divergências de interpretação das causas para a crise do sistema de proteção social ganhavam o centro dos debates pela sua importância social e econômica, profundas mudanças ocorriam na economia real: desregulamentação financeira; aumento no comércio internacional; declínio da sociedade industrial e do modelo fordista de produção e da grande expansão do setor de serviços; internacionalização e desnacionalização do capital, etc. Em conjunto estas mudanças significavam um processo

de reestruturação capitalista mediante mudanças nas formas de acumulação do capital com fortes impactos nas relações sociais vigentes, notadamente no mundo do trabalho.

O capitalismo em sua nova fase deixa de ser do tipo oligopolista-produtivo e passa a ser centrado e dependente do sistema financeiro. Estas mudanças imprimiram características distintas e inéditas ao capitalismo que ganha fluidez, agilidade e liberdade plena para a realização de enormes lucros sem relação com a produção, e, assim, alterando as relações de produção e as relações sociais. Este processo, chamado de “globalização da economia”, importou na redução da capacidade das unidades políticas - os Estados - de realizarem políticas próprias e, pois, significou retração na autonomia e soberania dos países em fixarem políticas nacionais autóctones.

O impacto deste novo cenário materializou-se na área social com a retração das políticas públicas, onde se sobressai: “haveria uma diminuição dos leques de políticas nas mãos das lideranças nacionais” (PRZEWORSKI, 2003, p. 79). Em outros termos, essa diminuição do escopo e de opções nas políticas de proteção social levaria a uma convergência nas políticas macroeconômicas e, por consequência, a uma convergência na forma do Estado relacionar-se com o tecido social na forma de promoção via estatal de mecanismos de suporte e apoio às demandas sociais.

De acordo com Draibe (1988, p. 56), a alteração no caráter da economia significou um marco histórico: a nova face do capitalismo, agora globalizado e financista, importou em um divisor de águas na performance, significado e extensão do *welfare state* como política de proteção social universal e integrada com o sistema econômico. Como consequência direta das transformações nas economias capitalistas como um todo, constata-se seus efeitos e impactos nas mudanças no mundo do trabalho e crises políticas que afetam, sobretudo, as políticas destinadas aos cuidados e proteção com a segurança e bem-estar social dos indivíduos e grupos sociais mais vulneráveis.

O novo modelo de política de proteção social assenta-se na:

divisão de responsabilidades sociais e de crescente envolvimento da sociedade (...) na formação do chamado modelo pluralista de bem-estar (Welfare Mix) que consiste em “uma reducción o uma inversión en el dominio estatal de la provisión de bienestar y un incremento em el papel de los setores informales, voluntários y comerciales”. (STEIN, 2005, p. 36)

2.3 O Estado de Bem-Estar Social em um Mundo Globalizado: Universalização e Seletividade

As crises econômicas trouxeram mudanças inevitáveis nos modelos de políticas sociais nos moldes até então utilizados nos países de capitalismo avançado. Os sistemas de proteção social abrangem e integram políticas de natureza econômica, social e cultural. De acordo com Esping-Andersen (1990, 1999), pode-se distinguir o “regime” de bem-estar social e a “participação” do Estado na provisão desses benefícios. No primeiro caso, haveria uma política de proteção social decorrente da sedimentação na sociedade do conceito mais geral de solidariedade, enquanto, no segundo caso, cabe ao Estado o papel preponderante na formação de uma rede de proteção social. Embora nos dois casos haja uma diminuição na capacidade de atuação do Estado na economia, isto não implica necessariamente retração do seu papel enquanto ator social, quando a sociedade tem a noção cristalizada do bem comum partilhada entre seus membros.

As mudanças nas políticas de proteção social se deparam com o problema de legitimidade que levaram a necessidade de pensarmos na idéia de um novo “contrato social” (JOHNSON, 1988, p. 40; ROSANVALLON, 2000, p. 39). Na sua origem, as idéias que sustentaram a concepção dos sistemas de proteção social buscavam ser um instrumento de reconstrução nacional e de um mecanismo de construção da cidadania. Os direitos sociais eram entendidos, então, como ancoradores para o alcance da cooperação social e o compromisso político dos indivíduos com vistas à cidadania nos marcos do sistema capitalista.

A globalização e as mudanças daí decorrentes no mundo do trabalho solaparam a vinculação das políticas de bem-estar social à incorporação das classes subalternas à noção de cidadania, à insegurança de renda para trabalhadores ativos e inativos. O eixo estruturador das instituições deixou de ter o trabalho como questão central (GIDDENS, 1996, p. 140).

O compromisso dos cidadãos com a busca de proteção mútua desfaz-se com a diferenciação social imposta pelo processo de globalização e mudanças nos processos produtivos e nas relações de produção, rompendo os elos de solidariedade social típica dos Estados de bem-estar social.

Esse ambiente de crises econômicas e ineficiência do aparelho estatal prestador de serviços na esfera do *welfare state* gera as condições para um contexto de pressão e

insatisfação quanto à manutenção das políticas públicas de proteção social nos moldes concebidos originalmente.

Os beneficiários, além de terem seus direitos reduzidos e expostos a contestações burocráticas quanto a direitos presumíveis assegurados, eram alvos de críticas por parte do Estado e dos empresários, acusados de serem responsáveis pelos malefícios trazido à economia e ao espírito individuais, empreendedoras, rebaixadas pela falta de iniciativas e as propensões as buscas frequentes de abrigos e proteção nos sistemas de seguridades, encarecendo seus custos e penalizando a economia pelo absenteísmo e ausência de motivações para as iniciativas individuais criadoras de oportunidades e ampliação da autonomia e independência dos grupos comunitários, familiares e indivíduos como apanágios do exercício da cidadania.

A relação entre sistemas de proteção social e solidariedade, como fatores de promoção da coesão social mediante o estabelecimento de consensos entre sociedade civil, partidos políticos e Estado estão presente em diversos trabalhos que analisam as origens e as configurações que assumiram em diferentes conjunturas os sistemas de *welfare state* (ESPING-ANDERSEN, 1999; GIDDENS, 1996; GLAZER, 1990; ROSANVALLON, 2000; SCHMIDTZ, 1998).

O processo de globalização coloca em xeque as políticas de proteção social, com críticas agudas e persistentes quanto à eficácia e eficiência do sistema, além dos altos custos e encargos financeiros aliados aos desestímulos à responsabilização individual perante as necessidades de preservação e manutenção das condições de vida. Tais políticas desconsideram a existência de danos potenciais e riscos eventuais como inerentes ao ambiente social e de trabalho em uma sociedade dividida em classes.

A cooperação entre os indivíduos, se na origem do sistema era um argumento válido, passa a significar sobrecarga para uns em benefício de outros que não se mostram dispostos às iniciativas que lhes permitam responsabilizarem-se por si próprios. As políticas públicas de bem-estar social decorriam fundamentalmente da existência explícita ou não de princípios de solidariedade que conferiam legitimidade aos programas de proteção social.

As duas dimensões representadas pela solidariedade e legitimidade do modelo de proteção social constituem uma crise de natureza humanitária e filosófica. O tecido social que sustentava o modelo esgarçava diante da nova realidade econômica e social determinada pela globalização.

Nós não estamos ainda completamente conscientes dessa crise filosófica e tampouco como esta se relaciona com a nova questão social. Dois grandes problemas aparecem no “topo” da crise: a *desintegração dos princípios de solidariedade social* e a inadequação dos direitos sociais como estrutura para resolver os problemas de exclusão social e legitimação dos programas assistenciais. (ROSANVALLON, 2000, p. 4)

A “nova questão social” diz respeito à construção de princípios de solidariedade em outras bases político-sociais que viabilizassem a formulação e implantação de serviços sociais perenes e sustentáveis na nova conjuntura mundial. Segundo Rosanvallon (2000, p. 12), na construção político-institucional do *welfare state* o princípio que dava base e suporte político para os sistemas de proteção social era a idéia de coletivização dos riscos.

O pensamento liberal compreendia e defendia, nos primórdios das políticas de proteção social, que as necessidades e riscos decorrentes da vida em sociedade eram de inteira responsabilidade dos indivíduos, mediante suas escolhas e opções de vida e trabalho. Esta compreensão acerca dos culpados pelos problemas sociais sofre mudanças em função da pressão exercida pelos partidos políticos e movimentos dos trabalhadores organizados que exigem direitos e garantias diante das incertezas e hostilidades da vida em sociedade.

Por outro lado, o Estado de bem-estar social estava apoiado justamente na idéia de que a sociedade possuía uma “dívida” com seus indivíduos e de que os riscos sociais seriam de responsabilidade coletiva, imprevisíveis e igualmente distribuídos, ou seja, cada indivíduo possuiria sua parcela de culpa, conforme Rosanvallon, (2000, p. 16).

Para o autor, a realidade social com a globalização mudou substancialmente. Transformações no mercado de trabalho, no processo produtivo, no intercâmbio comercial e financeiro e na dinâmica demográfica, além da acentuação das diferenciações sociais, importam em seu conjunto em modificações na percepção e no conceito de risco e de responsabilidade por parte dos indivíduos e grupos sociais.

Rosanvallon (2000) destaca, ainda, como o conceito de risco, por trás do *welfare state*, era restrito a problemas decorrentes da ausência ou da insuficiência de renda. Contudo, na nova realidade social, essa questão não necessariamente é a mais relevante. Novas formas de insegurança social, tais como crime urbano, racismo, segregação social e étnica, desintegração da família, entre outros, são temáticas presentes na agenda, mas que não estão contempladas na noção de seguridade típica do modelo clássico de Estado de bem-estar social, em que apenas uma parte da sociedade é protegida por esse conceito de seguridade, e, mesmo assim, com proteção parcial e limitada diante das necessidades e

carências reais que se configuram nas novas e diferentes características que assumem a noção de insegurança.

A crise geral do *welfare state* decorre do ideal de igualdade entre os indivíduos por meio da solidariedade. Os sistemas de proteção social sofrem questionamentos quanto à validade deste objetivo, visto que a igualdade não poderia ser alcançada por meio da promoção de políticas sociais destinadas a superar as diferenças existentes entre as aptidões, vontades, capacidades e talentos que distinguem os indivíduos, tornando-os seres humanos singulares, não passíveis de “igualitarismos artificiais” encetados por políticas públicas universais.

Glazer (1990, p. 158) enumera as razões para suas críticas ao igualitarismo, entendido como tentativa superficial e enganosa de se promover uma igualdade fictícia, uma vez que não existe igualdade real entre os indivíduos desde o nascimento, e as políticas públicas não podem criar um ambiente social, econômico, político e cultural que promova por meio de forças externas essa igualdade.

Identifica três elementos em defesa de seu argumento:

O primeiro motivo é que a diferenciação social tornou-se tão patente que o igualitarismo perdeu prestígio e força. Segundo Rosanvallon (2000, p. 33), o “véu de ignorância” rawlsiano foi rompido, ou seja, os indivíduos sabem que seu ponto de partida na sociedade não é uniforme; assim sendo, as políticas sociais deveriam considerar essa desigualdade inicial, já que os indivíduos não são responsáveis igualmente pelos riscos produzidos coletivamente.

O segundo fator é que a igualdade adquire importância relativa comparada a outros valores. Trata-se, aqui, do debate sobre o conceito de justiça, em que se questiona o ideário rawlsiano de “justiça como equidade”: a natureza do argumento seria normativa, pois não há razão *a priori* para tomarmos a igualdade como fim último das políticas sociais.

O terceiro elemento decorre do conflito acerca do significado e extensão de “justiça” como mecanismo de superação das desigualdades e promotora do ideal de igualdade.

Todavia, para Glazer (1990) seria impossível para qualquer governo democrático atingir esse ideal de igualdade com a adoção de instrumental de justiça social. Permeia a noção e o ideal do alcance da igualdade a identificação da realização da justiça social como dever e obrigação dos governos perante a sociedade. O binômio igualdade e justiça social, assim, adquire o significado de dever moral dos governos e dos indivíduos como condição preliminar e indispensável para a harmonia e a paz em sociedade.

Assim, os debates teóricos voltam-se para a busca de novos paradigmas que criem condições políticas e sociais para a formulação de outras bases de sustentação valorativa e argumentativa para o compartilhamento solidário dos danos e riscos inerentes à vida em sociedade via cooperação social. Há consenso na literatura sobre o tema que não há mais espaços para políticas impositivas, isto é, a adoção unilateral de programas e projetos de alcance e interesses coletivos concebidos e determinados pelo Estado, mantendo-se à margem das deliberações os segmentos populacionais diretamente envolvidos como seus beneficiários.

Deste modo, as premissas para a legitimação de uma política de proteção social de caráter público e universal passa obrigatoriamente pela participação ativa, autônoma e independente da sociedade civil, que assume, por sua vez, o compartilhamento com o Estado e a responsabilidade de serem fiadoras e sustentáculos de um Novo Pacto Político. A promoção e a viabilidade de uma política de proteção social em novos moldes pressupõem a existência obrigatória de mecanismo de cooperação política entre Estado, mercado e sociedade civil.

A globalização promoveu o esgarçar do tecido social, levando à crescente diferenciação entre grupos e indivíduos, rompendo os laços de solidariedade típicos de um contrato social nos moldes do *welfare state*. O aspecto central dos debates diz respeito à questão da “justiça”: sua aplicabilidade, seu significado, sua extensão e sua capacidade de promover e assegurar direitos para todos em uma sociedade caracteristicamente desigual e dividida em classes.

Segundo Rosanvallon (2000, p. 31), a pós-modernidade caracteriza-se por ser um mundo “pós-rawlsiano”. O que precisaríamos, agora, seria de um ideal de justiça que se apoiasse no tratamento diferencial dos indivíduos, e não mais em normas universais.

A literatura que trata da crise do *welfare state* identifica dois fatores contraditórios e antagônicos, decorrentes das mudanças na economia mundial que explicariam as dificuldades e impasses que vivem os Estados de bem-estar social: a pressão econômica externa e as instituições nacionais.

No primeiro caso, as restrições no orçamento fiscal levam os governos a obterem juros no mercado para financiarem seus investimentos ou manutenção de programas dispendiosos e com resultados aquém do esperado: baixa eficiência, gigantescas máquinas públicas, exigências burocráticas rigorosas que mais se prestam aos padecimentos dos necessitados do que ao controle dos custos e, como consequência mais grave, a perdas

paulatina da motivação e interesses dos beneficiários em buscar meios e formas de assegurarem as condições mínimas para a autoproteção individual e familiar.

Em segundo lugar, as instituições nacionais responsáveis pela prestação dos serviços além do gigantismo burocrático passam a ter existência própria, isto é, as instituições de proteção social adquirem e desenvolvem a cultura autorreferida, sua existência decorre de sua importância e não mais dos serviços e das qualidades dos mesmos, assim como os beneficiários deixam de ser clientes ou patrões e passam a ser vistos como indivíduos que buscam aproveitar-se, apenas e sempre, das regalias e facilidades de um amparo certo como conquistas de um direito social.

As duas condições combinadas levaram ao descrédito de parte do sistema de proteção social, agravadas pelos custos elevados e crescentes que mais contribuíam para perpetuação de situações que deveriam ser transitórias e pontuais.

De acordo com as análises de vários autores (ESPING-ANDERSEN, 1994, 1999; HUBER & RAY, 1999; MISHRA, 1999; PIERSON, 1996, 2002; SWANK, 2001), como consequências das restrições impostas pela economia mundial, os Estados nacionais perdem autonomia relativa para determinar livremente as políticas públicas, inclusive na área social.

As políticas públicas sociais condicionadas pelos efeitos da crise econômica internacional tenderiam a retração com restrições acentuadas nos benefícios e nos possíveis beneficiários em decorrência do deslocamento do eixo de equilíbrio de poder entre o Estado, o trabalho e o mercado em direção a esse último setor.

Assim sendo, políticas típicas da social-democracia e dos trabalhadores organizados não teriam mais espaço nessa nova ordem econômica internacional.

A vinculação e dependência das políticas de proteção social à globalização da economia não raro têm servido de mistificadora da crise do *welfare state*, pois, há carência conceitual na literatura que exprima de forma plena o que é “globalização”. Para Mishra (1999, p. 3) a definição de globalização como “processos através dos quais as economias nacionais estão se tornando cada vez mais abertas e, dessa forma, elas estão mais sujeitas às influências econômicas supranacionais e menos sujeitas ao controle nacional”, não contempla as questões relativas à identificação dos atores, conveniências, necessidades, interesses e estratégias determinadas pela economia política e passam a constituir em bloco a subordinação a chamada globalização.

2.4 O Estado de Bem-Estar Social: Crises Renovadoras?

As duas crises decorrentes do “choque do petróleo” na aurora dos anos 70 trouxeram para as economias capitalistas mais avançadas o fim da era do crescimento econômico contínuo, com incorporações tecnológicas que elevavam exponencialmente a capacidade produtiva e a produção em escala nunca vista. Panorama que se fez acompanhar de empregos plenos e com salários diretos e indiretos em elevação desde a Segunda Guerra Mundial.

A globalização da economia, e não somente ela, reduziu de forma brusca e significativa a capacidade de influência do Estado nas decisões sobre políticas sociais, inclusive, a partir das deliberações realizadas nas fronteiras nacionais. Ao deslocar a balança de poder e de decisão dos Estados e do mundo do trabalho para a esfera do mercado com a crescente autonomia do capital, resta aos Estados nacionais serem caudatários relativos e reativos dos interesses financistas. Nesse cenário, o Estado não mais poderia controlar e regular as dinâmicas dos fatores de produção. Dada essa mobilidade, o que haveria é uma série de exigências de competitividade e credibilidades impostas pelo mercado como condição para a busca de investimentos.

Essa é a visão e compreensão dos adeptos do virtuoso mundo dominado pelo sistema financeiro global, que impôs limites e restrições à atuação do Estado, tornando-o refém das condições impostas externamente pela nova modalidade que assume o capitalismo, migrando do empreendedorismo e da produção para a especulação e aplicações dos excedentes financeiros no sistema internacionais financista, interligados em tempo real em um mundo sem fronteiras e sem soberanias nacionais.

Nesse sentido, as políticas governamentais deveriam adaptar-se aos novos imperativos oriundos do novo ambiente econômico. Essa concepção neoliberal da economia adquirindo hegemonia a partir dos anos 80 passa a determinar as agendas políticas governamentais com impactos mais severos nas economias emergentes que se veem obrigadas a procederem a ajustes estruturais de grande alcance, agravando as condições de vida das populações mais pobres. As economias de capitalismo centrais experimentam ajustes de outras ordens: redução e limitações nos salários diretos e indiretos e retração nas políticas de proteção social.

Em um cenário de crise generalizada de crédito para investimentos e custeios realizados pelo poder público, também nas áreas sociais, ocorre uma migração acentuada

do capital dos países desenvolvidos para as novas economias determinadas pelos custos mais baixos de produção, notadamente no que diz respeito às relações de trabalho e as questões salariais pela disponibilidade de mão de obra em abundância e a preços baixos, mesmo que as qualificações técnicas e profissionais deixassem a desejar.

Como efeito imediato, as novas economias empurrariam os países desenvolvidos a diminuir seus custos de produção, principalmente utilizando a diminuição dos custos sociais do trabalho, via salários diretos e indiretos e, assim, reduzindo e limitando os programas de bem-estar conquistados pelos sistemas de proteção social.

As consequências objetivas e diretas do processo de globalização da economia significaram para o Estado de bem-estar social duas ordens de obstáculos: as relações de trabalho e as questões fiscais (MISHRA, 1999, p. 15).

No primeiro caso, em decorrência da diferenciação da força de trabalho entre os países emergentes e desenvolvidos que se materializa nas discrepâncias salariais e nas condições de trabalho com as mudanças nos modos de produção, além da fragilidade na organização e atuação das entidades classistas com o enfraquecimento do processo de negociação coletiva.

Quanto às questões fiscais, como resultado da dissociação entre crescimento econômico e geração de postos de trabalho. As riquezas dos países não decorrem apenas da produção nativa, mas da capacidade de integrar mercados extraindo vantagens comparativas com a realização de negócios por meio da diversificação das origens das fontes e locações das diversas etapas da produção, tornando o pleno emprego inviável rompendo um dos pilares de sustentação do *welfare state*.

Assim, o crescimento do desemprego em escala mundial e as modificações estruturais dos mercados nas economias capitalistas seriam efeitos diretos e associados da globalização.

Nas palavras de Mishra:

O aparecimento da economia de mercado global enfraqueceu a primeira linha contra a insegurança econômica e a pobreza. Ao invés de pleno emprego, agora temos uma situação de desemprego crônico aliado à crescente insegurança dos empregados. A intensa competição global está revolucionando as tecnologias que ameaçam a Era do Trabalho. O mercado também está mudando em diferentes maneiras. No lugar de empregos em tempo integral com bons salários, razoável segurança e benefícios, o que nós vemos agora é um crescimento de trabalho parcial, temporário e mal pago, além da insegurança e poucos benefícios. A economia global também explicaria, de acordo com a literatura, os obstáculos fiscais do *Welfare State*. (MISHRA, 1999, p. 32)

Alega, ainda, Mishra (1999, p. 15) que a globalização exerceria pressão nos gastos sociais, por priorizar a redução de déficit e a diminuição do nível de taxaço das economias.

Os estudos de Esping-Andersen (1999, p. 73) apontam uma miscelânea ao se rotular diferentes programas de proteço social sob os mesmos conceitos. O autor defende a necessidade de fazer-se a diferenciaço entre o conceito de regime de proteço social e a participaço do Estado nesse processo.

Em contestaço aos efeitos da globalizaço como explicaço única para a crise do *welfare state*, o autor desenvolve a identificaço dos marcos que compõem os pilares das políticas de bem-estar social nos chamados “regimes” tradicionais: o Estado, a família e o mercado. Neste sentido, perdem validade associar de forma automática e mecânica as mudanças no *welfare state* à diminuição da capacidade do Estado como agente promotor central nas políticas sociais, visto que ele é apenas um dos componentes que garantem o combate a mazelas e carências sociais. Os três entes que compõem o sistema da provisáo social (Estado, família e mercado) têm importantes papéis em seus êxitos e igualmente responsabilidade nos momentos de crises, embora cada um deles tenha peso próprio e distinto na composiço final dos arranjos institucionais e nas disponibilidades de bens e serviços atinentes as políticas de proteço social.

Neste sentido, a associaço entre sistema de proteço social e participaço estatal - embutida no argumento do impacto da globalizaço - é incapaz de elucidar as diferentes estratégias institucionais no combate às questões sociais. A explicaço do autor é alternativa. Segundo ele, a “crise” está nos regimes como um todo e não na participaço específica do Estado, particularmente nos outros dois componentes desse tripé, o mercado e a família.

Na verdade, trata-se da incapacidade dos arranjos institucionais promoverem novos pactos sociais, consequências típicas dos desenvolvimentos realizados em moldes que marginalizam as formas de produço tradicionais em atender aos “novos riscos sociais” (ESPING-ANDERSEN, 1999, p. 145). Tais riscos são decorrentes das modificaço no mundo do trabalho e do novo papel da família. A construço teórica do autor enfatiza as determinaço e contingências exógenas sobre as economias nativas, porém, sem negligenciar fatores de outra natureza, mais amplos e complexos para além da globalizaço como inovaço econômica.

Muitas são as fórmulas e propostas formuladas para compreender e também para superar a crise do *welfare state* presente na literatura, sem que qualquer uma delas seja

capaz de galvanizar forças convergentes construtivas de outros instrumentos de salvaguardas institucionais para a coletividade.

2.5 O Estado de Bem-Estar Social: Encruzilhadas à Direita e à Esquerda

O discurso conservador, de direita, empresta à crise a oportunidade de introduzir políticas e discursos direcionados ao combate do Estado como ente contrário ao bom funcionamento do mercado e, pois, como seu antípoda. Para seus adeptos, a única forma de reduzir a vulnerabilidade das economias nacionais seria a adoção de políticas fiscais e monetárias que evitassem a dependência dos países do volátil dinheiro internacional para empréstimos de curto prazo, destinados a cobrir seus déficits orçamentários e, principalmente, fiscal. Orçamentos públicos equilibrados seriam a condição primordial para a manutenção da ordem econômica neste novo mundo globalizado.

A linha de raciocínio desenvolvida pelos neoliberais assenta-se nas premissas da existência de uma relação inequívoca entre modo de produção, padrão de consumo e estrutura de proteção social. Havendo mudanças significativas em um destes elementos, os outros sofreriam inevitáveis impactos que exigiriam adaptações nos outros dois elementos da equação em busca de um novo equilíbrio. Equilíbrio este sempre precário visto estar sujeito às oscilações e flutuações sazonais e transitórias em qualquer um dos três elementos da equação.

Advoga-se a existência de um padrão universal para o funcionamento e a direcionalidade do capital que vincula e subordina o modo de produção com as características de consumo praticadas.

Assim, para o modo de produção “fordista”, correspondeu ao padrão de consumo de uma estrutura de proteção social incorporada no *welfare state*. Em contrapartida, o modo de produção vigente incorpora elementos dispersos, pulverizados em diferentes linhas de produção que não mais se concentram em uma mesma unidade fabril, e cuja palavra de ordem é a flexibilização dos fatores de produção para possibilitar a rápida adaptação da produção às variações da demanda pelo produto. Esse ambiente de negócios não traz em sua lógica a generalização do consumo de massa e tampouco, por conseguinte, a estruturação de mecanismos de distribuição de renda. Assegurar o consumo de massa via mecanismos de compensações e distribuição de rendas propiciadas pelas políticas públicas

de bem-estar social deixaria de ter lugar e viabilidade em um mundo regido pelos imperativos da competitividade e do estímulo à individualização e realização pessoal como instrumentos de progressos econômicos e sociais.

2.6 As Razões da Crise sob o Enfoque Liberal e Progressista

Na década de 70, com as duas crises econômicas mundiais decorrentes do chamado choque do petróleo, as críticas aos sistemas de *welfare state* tornaram-se frequentes e motivo de acirrada disputa política. Os setores conservadores esgrimiam denúncias que apontavam as políticas sociais de bem-estar de serem diretamente responsáveis pelo crescente aumento do déficit público, pela volta da inflação e, como consequência, pela diminuição dos investimentos. Ademais, os próprios usuários ou beneficiários do sistema passaram a reclamar da burocratização dos serviços, da queda dos valores dos benefícios e da qualidade da assistência. Para manter a burocracia e os benefícios, os impostos passaram a ser progressivamente aumentados onerando a classe média, e os altos gastos governamentais importava mais inflação, enquanto o sistema dava mostras de iniquidade e incapacidade de eliminar os bolsões de pobreza. Na década de 80, ocorre o agravamento da crise econômica, em parte pelas medidas contencionistas adotadas pelos governos conservadores em vários países europeus e nos EUA.

A crise do *welfare state* pode ser apresentada esquematicamente sob três ângulos. O primeiro e mais importante como decorrente da crise econômica, com seu cotejo de recessão, queda do Produto Interno Bruto (PIB), incremento do desemprego, baixa competitividade no mercado de trabalho e na produção. Em conjunto, esses fatores significam, na prática, menos receitas e mais gastos. O segundo tem como causa as mudanças na estrutura demográfica, seja pela diminuição do contingente de população economicamente ativa em relação à inativa, seja pelas ondas migratórias que atingem, sobretudo, os países da Europa Ocidental, agravadas por menores taxas de natalidade e fecundidade e aumento da longevidade, que acarretam elevação das despesas com os encargos relativos aos idosos, aposentadorias, doentes crônicos, etc. Como terceiro componente da crise, temos a dimensão política, expressa na insatisfação da população com os custos crescentes dos impostos e na baixa qualidade dos resultados obtidos pelo Estado de bem-estar social, refletidos nos serviços ofertados e burocratização dos mesmos.

As sucessivas derrotas dos trabalhistas ingleses, dos democratas americanos e dos social-democratas alemães e suecos foram, também, consequências da insatisfação do eleitorado com as políticas de bem-estar social.

Os principais eixos do questionamento atual do *Welfare state*, porém, são as determinados pelas necessidades advindas de uma nova divisão internacional do trabalho vis-à-vis o movimento de globalização da economia, resultando num descompasso entre a economia de bem-estar e os processos sociais vigentes nas economias desenvolvidas. (DRAIBE & HENRIQUE, 1988, p. 356)

Deppe (apud HORNIS, 1994, p. 247), por outro lado, destaca que com a crescente interdependência de mercados, produção e circulação da moeda, o desenvolvimento globalizado da acumulação de capital passou a impor a adoção de políticas globalizadas. A política monetária espelha essa realidade, enquanto a política de seguridade social enfrenta grandes dificuldades de adaptação às mudanças ocorridas no mundo do trabalho, nos mercados e nas governanças. Verifica-se que a União Européia, por exemplo, logrou êxito quanto à integração econômica, algum sucesso em termos de integração política e nenhum em termos de integração social. Foi nesse contexto que as medidas contencionistas adotadas pelos governos conservadores ganharam ímpetus, com a adoção de processos seletivadores e privatistas, mesmo que, ainda, preservem alguns aspectos do modelo original.

Na visão de Kornis, a questão central diz respeito:

A solidariedade que sustentou o *Welfare state* tinha como eixo um determinado padrão de organização do trabalho que, com as transformações derivadas da crise do último quartel do século XX, entra em processo de esgotamento progressivo. Portanto, a proteção social em construção que vem ocorrendo na esteira da crise do *Welfare state* deverá para a sua efetivação real encontrar uma sociedade onde não mais esteja em curso o assalariamento progressivo (isto sem considerar a hipótese de que estaria processando-se neste “fin-de-siècle” a constituição de uma sociedade do pós-trabalho) como bases fundamentais de sua reestruturação. Isto significa dizer que as novas técnicas organizacionais associadas à automação/robotização do processo produtivo pressupõem um padrão de proteção social apoiado não apenas na folha de salários, mas na formação de um ou mais fundo de financiamento às políticas sociais. (KORNIS, 1994, p. 244)

Os sistemas de seguridade social no mundo desenvolvido passaram por reformas, as mais diversas, como consequência de mudanças conjunturais, mas também, e sobretudo, decorrentes de modificações na estrutura produtiva e na integração de mercados. Para Hirschman (apud MISHA, 1992, p.334) a crise atual, em grande parte superestimada pela

retórica conservadora, representa o caminho da acomodação definitiva dos direitos sociais à cidadania.

Rosanvallon (1997) destaca como fatores que têm determinado as crises nas políticas públicas na área social uma conjunção de elementos originados tanto nas condições e características do Estado contemporâneo, quanto no mercado globalizado e nas mudanças no sistema produtivo. Como consequência imediata dessas mudanças, o autor identifica medidas destinadas a “amortecer os efeitos das crises cíclicas do capital (função anticíclica dos sistemas de proteção social)”. Isto é, as políticas de proteção social entre outras finalidades têm o alcance de proverem condições de sustentabilidade e estabilidade econômica e social aos grupos populacionais mais vulneráveis nas crises periódicas que acompanham historicamente o sistema capitalista. Para ele:

o Estado-providência visa substituir a incerteza da providência religiosa pela certeza da providência estatal. O *Welfare state* representou uma nova fase da evolução do Estado que passou de protetor da propriedade e da vida para providência (direito a garantia de condições mínimas de vida mediante sociais direitos conquistados). (ROSANVALLON, 1997)

Os principais argumentos dos conservadores concentram-se na constatação de que “as despesas crescem mais com o setor social do que as receitas.” (ROSANVALLON, 2000). Acrescente-se que esse discurso encontra guarida nos evidentes limites para aumentar os descontos obrigatórios, pois isto significa onerar ainda mais as condições para o investimento produtivo e no descontrole da inflação, que têm como corolário o comprometimento da competitividade das empresas, minando o dinamismo econômico.

Este quadro de crise ressalta Rosanvallon (2000), revela-se em seu mais largo alcance e significado: trata-se de uma crise decorrente de um modelo de desenvolvimento e crise de determinado sistema de relações sociais, onde a questão central diz respeito às relações da sociedade com o Estado, que passam a ser fortemente questionadas e ao mesmo tempo passam a concentrar as principais alternativas propostas para o equacionamento da fragilidade crescente do sistema e seu ascendente descrédito político-ideológico.

Estes aspectos que compõem o cenário da crise do modelo atual de *welfare state* vigente na Europa Ocidental são vistos, pois, de forma sintética e objetiva como consequência direta e mais acentuada da “crise decorrente de um modelo de desenvolvimento e crise de determinado sistema de relações sociais.” (ROSANVALLON, 2000). Para o autor, “são as relações da sociedade com o Estado que são questionadas”. As

reformulações dos sistemas de proteção social terão que considerar e incorporar as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho e as novas atribuições e competências atribuídas ou esperadas do Estado, além das novas e distintas relações deste com a sociedade, sobretudo quando se advoga a maior autonomia das esferas locais e comunitárias como forma de compartilhar responsabilidades e aumentar a capacidade resolutiva e a eficiência dos sistemas.

Considerando-se que a construção das políticas de *welfare state* nos mais distintos países obedeceu à mesma lógica quanto à questão da responsabilização e da negação relativas à distribuição de funções e atribuições aos indivíduos e aos grupos sociais, Giddens (1996) identifica na centralização de funções e competências pelo Estado como uma das causas principais da atrofia do sistema e cristalização das relações do setor público com a sociedade que têm impedido o setor de empreender sua renovação e atualização consoante as condições vigentes no mundo contemporâneo, sobretudo quanto à nova e dinâmica estrutura de mercado e as relações aí construídas e, ainda, na sempre controversa e conflituosa convivência entre a estática e inflexível burocracia securitária e a crescente busca de autonomia pelas comunidades locais e os indivíduos.

Estes foram relegados e desprezados como meio e instrumento de articulação e elaboração das políticas sociais, passando ao largo na implementação e controle das funções públicas que se tornaram obsoletas e onerosas em excesso e, principalmente, pouco efetiva no atendimento das expectativas e exigências da sociedade.

Para Giddens:

[...] sua força propulsora é a proteção e a assistência, mas ele (o sistema de proteção social) não dá espaço suficiente à liberdade pessoal, pois algumas formas de *welfare state* são burocráticas, alienantes e ineficientes, e além disso, os benefícios das políticas de *welfare state* podem gerar consequências perversas que solapam o que foram projetadas para realizar. (GIDDENS, 2001, p. 74)

Ademais, para este autor, as dificuldades do *welfare state* são financeiras somente em parte.

Aliados aos aspectos econômico-financeiros, outros elementos se somam para tornar o sistema em inoperante, ineficiente e perdulário, pois

as normas do *welfare state* tornam-se frequentemente aquém do ótimo, ou criam situações de perigo moral: o perigo moral existe quando as pessoas usam a proteção do seguro para alterar seu comportamento, redefinindo com isso o risco pelo qual estão seguradas. (GIDDENS, 2001, p. 89)

2.7 Mudanças no Capitalismo: Crise do Modelo Keynesiano-Fordista

Até meados dos anos 60, o modelo Keynesiano-Fordista vigorou plenamente estável nos EUA e países aliados da Europa Ocidental como instrumento de organização, estímulos e fluidez da economia e da operacionalização da produção capitalista. No entanto, segundo Harvey (1992) e Antunes (1999), o final da década de 1960 marcou o início da crise de hegemonia deste modelo em decorrência do aumento da demanda de produção por parte dos países da Europa Ocidental e do Japão. O *welfare state* é uma transformação do próprio Estado a partir das suas estruturas, funções e legitimidade.

O modelo de desenvolvimento Fordista/Keynesiano inaugurado nos primórdios da industrialização dos EUA (década de 20) e incrementado no período do pós-guerra (pós 1946) propiciou a expansão das indústrias, a elevação dos salários diretos e indiretos, melhoria nas condições de trabalho e de vida da classe trabalhadora, e tinha como alicerces econômico-políticos as seguintes características:

1) produção em série e em massa, assentada em grandes estoques e voltada para o consumo em larga escala;

2) implementação da linha de montagem caracterizada pelo uso da esteira rolante - como forma de acelerar o processo de produção - do trabalho mecânico, repetitivo, rígido e mão de obra numerosa;

3) clara separação entre o trabalho manual e o intelectual (criação, projetos), instituição de novas técnicas de gestão e, principalmente, rígido controle produtivo, de forma vertical e hierarquizada, propostas pelo engenheiro norte-americano Taylor, conhecidas, com o tempo, como *Taylorismo*;

4) forte intervenção do Estado, enquanto regulador, entre as relações de Capital e Trabalho, como forma de evitar grandes crises econômicas do Capitalismo, como a de 1929. Essa política econômica era embasada na teoria do economista inglês John Maynard Keynes, contrário ao Estado Liberal e favorável a um Estado forte e regulador, intitulada de *Keynesianismo*.

Esse conjunto de fatores somados forneceu as condições políticas e econômicas para a implantação e o desenvolvimento do chamado Estado do bem-estar social, nos moldes Keynesianos, nos países europeus mais industrializados, principalmente após o fim da Guerra, em 1945. Assim, buscava-se atender à crescente demanda social nos serviços públicos.

A década de 70 assiste o florescer nas economias asiáticas, notadamente, no Japão e Coréia do Sul, e, posteriormente, na China, novos processos produtivos. Estes países passam a utilizar inovadoras e criativas formas de organização e operacionalização do parque produtivo instalado, iniciando o desenvolvimento acelerado da produção com a formação de crescentes demandas por insumos e matérias-primas, não disponíveis em volume e tempo adequados às necessidades exigidas para o atendimento da capacidade de produção. A revolução no modo de produção experimentado pelo parque industrial asiático, que se estruturava sob a égide de nova teoria administrativa e produtiva chamada de “Toyotista”, imporia transformações duradouras no mundo capitalista.

A teoria “Toyotista” significava maior flexibilização nas relações de trabalho e no processo produtivo, transformando-o e tornando-o mais ágil e dinâmico ao tempo em que se associava à redução substancial nas perdas de matérias-primas e nos produtos finais. Como resultados imediatos, o capitalismo produtivo passa a demandar maiores quantidades de insumos e matérias-primas, aumentando a disponibilidade de produtos no mercado mundial a preços decrescentes, e alterando as relações de trabalho que toma como primazia a produtividade individual, como parâmetro para auferir os rendimentos dos trabalhadores e dirigentes da empresas. As empresas asiáticas, assim, oferecem seus produtos (gêneros manufaturados) a preços e custos mais competitivos, pressionando a demanda em escala de nível mundial.

As consequências visíveis e imediatas nas modernizações experimentadas nos parques industriais têm reflexões em toda a economia mundial que ingressa em nova fase ou ciclo de produção capitalista. Assim é descrito este novo cenário:

Em primeiro lugar, o grande deslocamento do capital para as finanças foi a consequência da incapacidade da economia real, especialmente das indústrias de transformação, de proporcionar uma taxa de lucro adequada. Assim, o surgimento de excesso de capacidade e de produção, acarretando perda de lucratividade nas indústrias de transformação a partir do final da década de 1960, foi à raiz do crescimento acelerado do capital financeiro a partir do final da década de 1970 [...] As raízes da estagnação e da crise atual estão na compressão dos lucros do setor manufatureiro que se originou no excesso de capacidade e de produção fabril, que era em si a expressão da acirrada competição internacional. (BRENNER apud ANTUNES, 1999, p. 30)

No início dos anos 70, agravou-se e deteriorou-se o quadro de instabilidade em decorrência da eclosão da Crise do Petróleo de 1973, com a diminuição da oferta deste insumo energético, determinando a elevação abrupta nos gastos com energia das nações industrializadas. O aumento repentino e crescente no preço do barril de petróleo impõe à

economia mundial em geral e, em particular, aos países periféricos, uma redução drástica e brusca na produção e no consumo de bens, serviços e produtos.

Em médio prazo, ocorreu o aumento dos juros no âmbito financeiro internacional, o que contribuiu para o encarecimento dos empréstimos aos países pobres e, especialmente, às nações em desenvolvimento. A economia do Brasil, por exemplo, neste período - final dos anos 70 - foi marcada pelo rápido e substancial crescimento da dívida externa e do processo inflacionário, bem como o início do processo recessivo com aumento do desemprego e do arrocho salarial para a classe trabalhadora. Em âmbito mundial, a segunda metade dos anos 70 marcou o início de um período de recessão, particularmente na economia norte-americana. A partir daí as bases do modelo de desenvolvimento ancorado nas teorias Keynesiano/Fordista foram questionadas e colocadas em xeque.

No âmbito da produção, a crise instaurada revelou que o Fordismo era um sistema rígido que não conseguia dar respostas rápidas para superar os obstáculos que se apresentavam naquele novo contexto. No Japão, ao contrário, onde a produção baseava-se no modelo Toyotista, a produção já adotava os princípios da flexibilidade produtiva, por conseguinte, um sistema produtivo mais ágil e capaz de responder de forma mais eficiente às novas exigências de um mercado em crise e com profundas contradições.

Dessa forma, comparando com o modelo Fordismo, Harvey assim delinea os traços da nova estrutura produtiva:

A acumulação flexível, como vou chamá-la, é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracterizam-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimentos de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. (HARVEY, 1993, p.140)

No âmbito do Estado Keynesiano, o aumento dos gastos governamentais e a crise fiscal decorrente de uma maior emissão de moeda resultaram nos Estados Unidos em uma crise de estagflação - estagnação econômica associada à inflação. As diretrizes econômicas do Estado Keynesiano tornaram-se inflacionárias, sendo que as despesas públicas cresciam enquanto a capacidade fiscal estagnava. E, em decorrência deste quadro de crise, as idéias ligadas ao *welfare state* passam a ser criticada por intelectuais conservadores vinculados às idéias monetaristas e neoliberais.

O ajuste neoliberal da crise preconiza a defesa do mercado livre, como pressuposto da liberdade civil e política; a desregulamentação da economia e administração; a

configuração do estado mínimo, subordinados às prerrogativas do mercado; e, finalmente, a oposição e crítica aos sistemas de proteção social. “[...] O neoliberalismo tem seus princípios expressos na economia de mercado, na regulação estatal mínima e na formação de uma cultura que deriva liberdade política da liberdade econômica.” (MOTA apud ALMEIDA; ALENCAR, 2001, p.100).

O final dos anos 70 e o início dos anos 80 marcaram a subida ao poder de Ronald Reagan e Margareth Thatcher, respectivamente, nos Estados Unidos e Inglaterra. O conservadorismo destes governos deu início ao longo processo de estruturação de uma hegemonia ideológica de caráter neoliberal que perpassaria seus governos e ingressaria nas décadas seguintes como “receituário padrão” para todos os países, e apanágio para o desenvolvimento econômico consistente e duradouro.

Nesse sentido, a ideologia e a teoria defendidas pós-década de 70 foram um retorno ao liberalismo dos anos 20, reformulado a partir da experiência negativa da crise mundial dos anos 30. Essa teoria econômica, com base em pensadores como Hayek e Friedman, propunha um Estado Mínimo, subordinado aos interesses do capital, promovendo a retração na participação governamental nas políticas econômicas e, igualmente, nas áreas sociais, que passam em conjunto a serem função do mercado.

As mudanças profundas na ideologia dominante trouxeram consigo alterações substantivas na esfera produtiva. O Neoliberalismo nos campos das políticas governamentais implicou a desregulamentação e retração no papel do Estado, e no modelo produtivo a introdução do chamado modelo Toyotista em nível mundial.

O modelo Toyotista se deve ao pioneirismo da indústria automotiva japonesa em buscar sair da retração econômica mundial a partir da década de 80, modificando completamente o modelo produtivo Fordista, já em crise desde meados dos anos 70.

Esse modelo expandiu-se mundialmente, pois objetivava, em linhas gerais, superar o Fordismo/Taylorista em fase de retração econômica, por meio de profundas mudanças na produção e nas relações de trabalho, tendo como meta principal reduzir os custos, aumentar a produtividade e, principalmente, garantir a lucratividade do capital.

Nessa conjuntura, a expansão acelerada do modelo Toyotista faz-se presente nos parques industriais dos países centrais, em face das suas vantagens comparativas frente ao antigo modelo de produção baseado no Fordismo/Taylorista. As principais inovações do novo modelo de produção assentavam-se em objetivos claros e definidos com precisão, visando maximizar os ganhos de capital mediante a redução dos custos de produção, notadamente os relativos à mão de obra e aquisição das matérias-primas.

De acordo com Carmo (2008, p.12), os pontos centrais no modelo correspondiam a:

1) produção em pequenos lotes, com estoques mínimos, voltada a determinados nichos de mercado, principalmente àqueles com maior poder aquisitivo;

2) eliminação da divisão entre o trabalho mental e manual, pois o trabalhador precisa ficar atento a todo o processo, controlando e corrigindo, no ato, os eventuais problemas apresentados pela automação produtiva;

3) fim do trabalho especializado numa só função, pois, devido à instabilidade econômica constante, o trabalhador precisa aprender a se adaptar, a todo o momento, a outras funções, ou seja, ser multifuncional, polivalente, “empregável” e flexível como a produção exige;

4) desregulamentação da legislação trabalhista e combate à organização sindical independente, que precariza o trabalho por meio de subcontratações e da terceirização de serviços;

5) horizontalização da gestão organizacional por intermédio de células de produção e grupos de trabalho corresponsáveis, inserindo a ideologia da Qualidade Total, entre outras, como forma de controlar e explorar não só a força de trabalho, mas as capacidades cognitivas (o saber) e a subjetividade do trabalhador. Dominar não só seu corpo, mas sua mente: “Vestir a camisa da empresa” e “incorporar o trabalho como uma família”, eis a regra.

Esse modelo de produção e de relações de trabalho explica as razões primárias do crescimento do desemprego estrutural em todo mundo, além do aumento da exclusão social aliada a precarização das condições de trabalho tanto nos países centrais como nos chamados países emergentes. Tais mudanças estruturais em escala mundial conferiram ao capitalismo ingressar em nova fase, ao mesmo tempo superando a crise de estaginflação e promovendo o incremento na produção em larga escala. Assim, a crise do modelo Fordista/Keynesiano ensejou a implantação do modelo Toyotista/Neoliberal, que procura crescer e se reproduzir por meio da automação e financeirização descontrolada, expansionista, agressiva, antidemocrática e, principalmente, individualista e desumana (ANTUNES, 1999; GOUNET, 1999; HARVEY, 2001; KURZ, 1996).

Se por um lado, a concepção de Estado de bem-estar social, na sua origem e na sua tendência universalista, inspirou a RSB, por outro lado, as mudanças e a crise do Estado de bem-estar social trouxeram algumas dificuldades para a implementação do SUS no Brasil.

2.8 Estado de Bem-Estar Social no Brasil

No Brasil, a elaboração e implementação de políticas pública na área social devem ser analisadas sob o prisma do regime presidencialista com seus conflitos latentes entre os poderes Executivo e Legislativo, a estrutura partidária fragmentada e pouco enraizada na sociedade, a presença de entidades segmentadas de representação de grupos de interesse com demandas sociais corporativas (ensejando a prática rotineira do lobista). Nesse emaranhado de interesses e conflitos, sobressai a tradicional prática corporativa.

A partir da análise dos aspectos jurídicos e institucionais das políticas sociais do país a partir de 1930, é possível perceber que só com a passagem da economia agrário-exportadora para a economia urbano-industrial é que se podem observar as primeiras mudanças institucionais no Estado, que visavam fornecer condições necessárias para o efetivo desenvolvimento da indústria. Foram estabelecidas medidas para centralizar as ações estatais com o objetivo de propiciar a integração da economia nacional e regulamentar os fatores de produção. Na visão do *welfare state*, essa regulamentação é traduzida na criação de leis que falem sobre as condições de trabalho e a venda da força de trabalho (WIECZYNSKI, 2006, p. 13).

O Estado de bem-estar social no Brasil, como aponta Draibe (1998), emerge entre as décadas de 30 e 70 e possui as seguintes fases: 1930/1943 - criação dos institutos de aposentadorias e pensões, legislação trabalhista, regulação de políticas nas áreas de saúde e educação. Há uma centralização dos recursos na Esfera Federal; 1945-1964 - inovações nos campos da educação, saúde, assistência social e na habitação popular. Estas ações estavam guiadas sob as formas seletivas, heterogêneas (benefícios) e fragmentada (institucional e financeiro quanto à intervenção social do Estado); a partir da década de 60 até meados da década de 70 - supera-se a forma fragmentada e socialmente seletiva, há um espaço para a universalização (educação, saúde, assistência social, previdência e habitação). Este período segue alguns elementos importantes, tais como, 1965-77 - há uma organização no interior do Estado quanto ao financiamento do *welfare state*; 1977-81 - expansão massiva; 1981-85 - reestruturação conservadora; 1995-88 - reestruturação progressista; 1988 - definição do novo perfil (Constituição Federal).

Então, no Brasil, as políticas de bem-estar social surgiram a partir de decisões autárquicas com um caráter político muito forte: regular aspectos relativos à organização dos trabalhadores assalariados dos setores modernos da economia e da burocracia

envolvida nas atividades mais avançadas do capital. As características das políticas sociais são de caráter extremamente conservador. É facilmente detectado o autoritarismo como marca de seu surgimento, como forma de poder exercer repressão sobre os movimentos trabalhadores ao mesmo tempo em que fazia concessões seletivas e pontuais como mecanismo de controle dos trabalhadores, pois, de acordo com a perspectiva corporativista dos grupos do poder, o ideal que predominava era o de uma sociedade harmônica, ou seja, os antagonismos entre as classes eram encarados como nocivos ao bem comum representado pelo Estado, devendo as diferentes classes sociais trabalharem e viverem sob o signo da cooperação como condição para o alcance do progresso nacional.

Diversas reformas no Estado consolidaram um sistema de proteção social como uma política voltada, principalmente, para os trabalhadores urbanos, para não afetar, assim, os interesses das oligarquias rurais que detinham um forte poder político na época. Essa estratégia possibilitava ganhos político-eleitorais ao governo com a atração via cooptação de segmentos dos trabalhadores urbanos e propiciava a prática do clientelismo nas áreas rurais e em pequenos municípios, garantindo a manutenção do poder oligárquico e o coronelismo como forma de dominação e mando.

Nesse aspecto, Draibe (1988) levanta alguns princípios pelos quais o *welfare state* no Brasil foi construído, sendo caracterizado, pela centralização política e financeira no governo federal e nas ações sociais, fragmentação institucional, exclusão da população à participação política, o autofinanciamento social, a privatização e o clientelismo que ainda persiste em muitos segmentos sociais.

O corporativismo no Brasil, incrementado e tornado principal meio de barganha política, ganhou papel protagonista na era Vargas. Sua importância na primeira modernização conservadora entre 1930 e 1945 tornou-se tema clássico da ciência social brasileira. Tanto na definição do sindicalismo operário quanto na configuração de uma cidadania restrita e controlada, e ainda sobre o próprio processo de acumulação capitalista.

O incentivo dos governos populistas para o apoio das massas urbanas para os projetos da burguesia industrial permitiu organização, pela primeira vez, de um movimento sindical no país, ocorrendo várias mudanças na legislação, com o ganho de vários benefícios para os trabalhadores.

Com os governos militares, o modelo de políticas de proteção social perdeu o caráter populista e assumiu duas linhas distintas. Uma, a primeira, de caráter compensatório, era constituída de políticas assistencialistas que buscavam amenizar os impactos das desigualdades crescentes provocadas pela aceleração do desenvolvimento

capitalista. A segunda, de caráter produtivista, formulava políticas sociais, visando contribuir com o processo de crescimento econômico ao fornecer mão de obra hígida.

No período do regime autoritário, a base financeira e administrativa de um Estado centralizado permitiu melhorias e ampliações das ações no campo social em relação às observadas no período getulista, como consequência do aumento do investimento em políticas públicas sociais. As medidas adotadas pelos governos dirigiam-se ao estímulo e à participação da iniciativa privada, mediante financiamentos subsidiados como forma de expandir programas assistenciais para os segmentos populacionais de baixa renda.

Até as reformas ocorridas na década de 1980, as políticas públicas brasileiras tinham uma característica de centralização política e financeira em nível federal, fragmentação institucional, tecnocratismo, autofinanciamento, privatização e uso clientelístico das políticas sociais, características de um sistema de proteção social que não tem pretensões de funcionar como mecanismo redistributivo do produto da economia e nem de promoção da cidadania.

Com o início da Nova República, vieram também os avanços na área política, o crescimento da atividade sindical e partidária e o aumento da participação da população nos processos decisórios. O movimento sanitário brasileiro surgiu e foi se estruturando nesta época, inicialmente nas academias e instituições de pesquisas e, posteriormente, nos serviços de saúde localizados em comunidades sem assistências de programas conduzidos pelos organismos governamentais. A crise econômica que acelerou o esgotamento do regime autoritário propiciou as condições para práticas de modelos de atenção à saúde experimentais, alternativos, que se coadunavam com os interesses e conveniências do governo autoritário.

Explorar a contradição conjuntural foi uma das estratégias adotadas pelo movimento sanitário brasileiro. Na vigência da crise econômica que inviabilizava a expansão dos programas governamentais e tornava a manutenção dos já existentes excessivamente onerosos pelas características do modelo de atenção à saúde, que privilegiava a contratação do setor privado lucrativo mediante o pagamento por serviços prestados, que se constituía em fonte inesgotável de corrupção e sangria dos recursos públicos.

Como conciliar expansão de serviços e ampliação da oferta de programas para as camadas mais pobres da população como forma de manter a sustentabilidade do regime autoritário na ausência de recursos públicos em montante adequado em face da crise econômica? Essa contradição o movimento sanitário soube explorar, utilizando os espaços

disponíveis na rede assistencial. A ponte entre a academia e os serviços de saúde fez-se com o uso de estratégias de gestão e organização fossem respaldadas por organismos internacionais, que conferiam credibilidade e apoio técnico e financeiro para a implantação e o desenvolvimento de modelos alternativos e inovadores na área da saúde, com duas vantagens imediatas: a expansão da oferta de serviços e ações de saúde a custos mais baixos mediante a adoção de práticas mais simples e compatíveis com as necessidades e carências dos mais pobres; e a redução temporária da pressão política por serviços públicos advindas dessa parcela da população. Com isso, o ideário da RSB pôde ser empregado de forma experimental em diversas localidades sem as hostilidades características do período quando se tratavam de inovações em políticas públicas.

A partir de 1993, surgem inovações nas políticas sociais brasileiras, tais como a descentralização das políticas, a articulação de fato entre os diversos programas governamentais e a parceria entre os três entes federados e movimentos sociais foram inovações que permitiram redução das práticas clientelistas.

É necessário apontar também para a prática da focalização das políticas sociais como instrumentos de cooptação e de clientelismos com vistas a vantagens eleitoreiras. Não existe uma indicação clara, portanto, de que as mudanças na estrutura institucional das políticas sociais brasileiras ocorridas ao longo da década de 1990 estejam representando uma ruptura de tendência na trajetória do setor social brasileiro na direção de um modelo mais distributivo.

Santos (apud VIANA, 1988) afirma que o sistema de proteção social no Brasil nunca será redistributivo, mesmo após sua reformulação, pois os atores que fazem parte do cenário político não atuam com a força necessária nos canais reivindicatórios de igualdade, e seus representantes mantêm-se descolados das reivindicações dos trabalhadores que não possuem entidades e associações coesas e articuladas politicamente para mobilização e pressão sob os atores políticos. São, sim, instâncias políticas que expressam interesses apenas de alguns grupos. Com isso, o Estado possui um papel de benfeitor, assumindo ações de produtor e distribuidor de bens públicos.

Na formulação do capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988, ocasião em que as várias corporações se faziam legitimadas com atuação direta dos seus interesses no interior da burocracia e do corpo legislativo. A plenária nacional de saúde, constituída e funcionando no âmbito do parlamento nacional, congregava todas as tendências e facções do movimento sanitário brasileiro, vindo a firmar-se por ocasião dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte como interlocutor reconhecido como legítimo

representante da sociedade civil. As emendas parlamentares apresentadas por parlamentares das esquerdas eram submetidas aos debates e escrutínios da plenária.

Esse fórum da sociedade civil fazia convergir entidades classistas, organizações de usuários dos serviços de saúde, profissionais de formação variadas, pesquisadores e militantes de movimentos sociais em geral. Com respaldo financeiro do Conselho Federal de Medicina e contribuições de parlamentares das esquerdas, empreendeu-se a mobilização e participação ativa de amplos segmentos da sociedade civil no sentido de realizar negociações em torno dos textos a serem submetidos a deliberações dos constituintes. Espaço privilegiado para as articulações políticas e o entrelaçamento dos diversos interesses corporativos, constituiu-se em fonte de pressão e impulsão dos ideários da RSB no âmbito da Constituinte.

No Brasil contemporâneo, o novo corporativismo se expressa melhor em sua atuação e organização como entidades que exercem o lobismo, aqui entendido como refinamento do padrão anterior com a exacerbação do elitismo e do particularismo excludente.

A ineficácia de um sistema de proteção social (como o brasileiro, incapaz de gerar efeitos redistributivos mesmo quando reformados) pode, assim, ter raízes nas distorções verificadas na sequência e na forma de incorporação dos atores políticos.

No Brasil, em vez de se organizarem através de partidos políticos - via de expressão dos interesses desiguais diante de uma instância que obriga a todos igualmente -, as identidades dos grupos mais fortes se incrustam dentro do Estado (VIANA apud SANTOS, 1988). Com isso tanto se inviabilizou o referencial do “nós” inclusivo (as regras gerais se transformam em privilégios para alguns e penalidades para outros) quanto se destituiu de força política os canais reivindicatórios.

O Estado pode, assim, posar de benfeitor, mas dificilmente consegue exercer as funções de produtor e distribuidor de bens e serviços públicos de forma universal e muito menos ainda de modo igualitário. A seguridade social se lastreia na articulação de um consenso de classe, propiciado pela ação política da social-democracia, e no alargamento da visão econômica possibilitadas pela macroeconomia keynesiana.

O futuro das políticas de Proteção Social no Brasil ancora-se, nos termos de Draibe (1998, p. 67), na adoção de várias decisões de cunho eminentemente político: *Descentralização político-institucional* - é o espaço de discussão de políticas públicas com a população. Porém, segundo Draibe (1998), há dois problemas com isso: primeiro esses espaços nem sempre são democratizados, vindo a prevalecer um comportamento político

arbitrário; segundo há uma ligeira tendência em reduzir as despesas, e isso poder ser um discurso político. *O social* - a elevação do grau de participação popular em diferentes níveis de todos os processos de implantação das Políticas Sociais. *Setor privado/lucro, setor privado/sem lucro* - é uma tendência de mudança nos modos de gerir os bens e serviços sociais. Alteram-se as relações entre Estado e mercado público e o privado, assim como, os sistemas de produção e consumo dos equipamentos sociais. Pode ocorrer uma desresponsabilização do Estado. *Distribuição de produtos/bens in natura a população pobre* - é o fortalecimento do assistencialismo. *Renda mínima* - o valor proposto não garante plena cidadania aos indivíduos.

2.9 Estado de Bem-Estar Social: o Elo Perdido?

Desde a sua origem o Estado de bem-estar social tem passado por grandes transformações, principalmente no campo político-institucional, sobretudo quanto a sua configuração organizacional e significado político. Ao longo dos anos, sua função deixou de ser meramente uma questão social e passou a desempenhar atribuições de maior relevo político, como expresso por Rosanvallon (2000), “o Estado-providência tem por função proteger as aquisições (a vida e a propriedade), e igualmente as ações de redistribuições de renda, regulamentação das relações sociais, de responsabilização por certos serviços sociais”. Essa nova característica das políticas de bem-estar social, agora com função mais ampliada e, pois indo além da prestação de benefícios e oferta de bens aos que são ou estão limitados, representa paradigma e balizamento para as engenharias político-institucionais em todos os países desenvolvidos.

O original modelo de proteção social entre em crise e as propostas de resoluções e equacionamento de seus problemas acirram os debates, mas encontram entraves os mais diversos para sua efetivação. Assim, ao longo das últimas três décadas muitas foram as modificações introduzidas, porém sempre em caráter pontual e circunscrito as situações emergenciais. Um novo e distinto modelo de *welfare state* não foi, ainda, experimentado permanecendo em vigor as concepções gerais do modelo de política social. O fato é que as soluções propostas pelos estudiosos do tema e as posições político-partidárias confluem para o leito caudaloso e turvo das contendas políticas que têm permitido apenas mudanças parciais no modelo de cobertura social.

Dentre as várias propostas mudancistas, no campo progressista, indicando como meta a ser palmilhada no futuro um caminho para a transformação do modelo, enfatiza Rosanvallón (1998) que “a solução passa do campo financeiro para o nível da sociedade e das relações sociais (Novo Contrato Social entre indivíduos, grupos e classes)”. Isto é, não poderá haver retorno a situação anterior do sistema, em face da impossibilidade de se voltar àquelas condições que propiciaram a criação do modelo em questão. Por isso, a necessidade de se empreender um novo pacto social que implique celebração de um novo arranjo institucional, que seja ao mesmo tempo dinâmico, no sentido de atender às reais necessidades da população, mas sem substituir a imprescindível iniciativa e responsabilidades dos indivíduos.

Se o Estado-providência progride por saltos, notadamente na ocasião das crises, é porque esses períodos constituem tempos de provação graças aos quais há reformulação mais ou menos explícita do Contrato Social (Ato de Refundação Social). A dinâmica do Estado-providência repousa, com efeito, num programa ilimitado: libertar a sociedade da necessidade e do risco (ROSANVALLÓN, 1997, p. 73).

Os novos desafios para um modelo contemporâneo de políticas de bem-estar social dizem respeito a levar-se em conta que “os apertos e as dificuldades financeiras são um ‘movimento de civilização’: se há limites esses são societários e culturais” (ROSANVALLÓN, 1997), pois, o “bloqueio do Estado-providência: de ordem cultural e sociológica”. Isto é, a crise do *welfare state* não pode ser resumida na questão fiscal. Embora importante, o elemento fiscal deva ser compreendido como um dos componentes da crise, mas o esgotamento do modelo de proteção social inaugurado no pós-guerra tem raízes mais profundas e amplas. Vive-se, de acordo com Rosanvallón, uma crise mais geral decorrente da presença e contribuição de fatores os mais diversos como: as mudanças no mundo do trabalho, o enfraquecimento dos partidos políticos como intermediários e intérpretes dos interesses dos trabalhadores, a precariedade das condições de trabalho, a perda de vínculos familiares e comunitários, a ausência de solidariedade enraizada na sociedade, a primazia do individualismo, etc.

Para o autor, a manutenção das antigas relações entre Estado, sociedade civil e mercado já não é mais viável. As inovações necessárias para se criar um ambiente propício às formulações de políticas para o setor decorrem da celebração de Novo Pacto Político que envolva a definição prévia de atribuições, responsabilidades e possibilidades de oferta de benefícios, tendo como base a busca de maior equilíbrio entre os participantes, no que diz respeito à divisão de obrigações e direitos, e na descentralização do poder na direção do

governo para as comunidades e os indivíduos, com o aumento das competências e responsabilidades por parte da sociedade, sem que isso signifique o abandono por parte do Estado de participação no modelo.

Nesse cenário, não se pode, portanto falar em um limite preestabelecido para o desenvolvimento do Estado-providência, e nem mesmo para o grau de redistribuição que seu financiamento implica, considerando que “o Estado-providência não progrediu nem por cálculo da burguesia (para ‘prevenir’ uma explosão social), nem pela conquista de novos direitos operários” (ROSANVALLON, 1999), mas, como decorrência de arranjos institucionais propiciados pela estrutura produtiva vigente, aliada às condições materiais de progresso dos empreendimentos burgueses, além da “dívida contraída para com as vítimas de guerra, que teve decisivo papel histórico na criação dos sistemas de proteção social” (ROSANVALLON, 1999).

O desenho de um novo modelo de bem-estar social no século XIX impõe reflexões e questionamentos quanto à concepção de *welfare state* que vigorou até meados da década de 70 sem maiores percalços. Algumas condições precisarão ser atendidas na elaboração de um modelo de políticas públicas de proteção social que considere distintos paradigmas que até então não eram pertinentes como a:

liberdade e igualdade adquirem novos significados e não mais podem ser objetos de políticas isoladas e uma nova política social deve ter como premissa a existência de novos atores sociais para além dos sindicatos e associações de classes, e com isso a inauguração de relação entre Estado e sociedade distinta, mediante novo contrato social. (ROSANVALLON, 1997, p. 43)

As respostas para o futuro do Estado-providência devem ser buscadas no seio da própria sociedade. Isto significa que as sociedades se organizam e forjam as condições para a criação e estruturação de modelos distintos de política de proteção social consoante aos critérios de coesão social visto que “a demanda do estado-providência já não se apresenta, hoje em dia, como o único de proteção social” (ROSANVALLON, 1999). As sociedades são cada vez mais segmentadas, oligopolizadas, desintegradas em decorrência das pressões advindas das mudanças nas estruturas econômicas, e nas transformações que ocorrem no seio da sociedade civil como a fragmentação familiar, o individualismo exacerbado, a carência de laços de solidariedades.

Os desafios para as políticas sociais, segundo Esping-Andersen (1995), são o envelhecimento populacional, os serviços que garantem o pleno emprego e não mais as indústrias, o declínio do provedor familiar do sexo masculino e as mudanças no ciclo da

vida (as pessoas se envolvendo mais com várias atividades ao longo de suas vidas, pois não são constrangidas por estereótipos tradicionais de gênero e idade).

O futuro da sociedade de bem-estar social leva Rosanvallon (1999) a lançar assertivas sobre a necessidade de “uma interrogação sobre o futuro do Estado-providência é a própria sociedade: qual a plasticidade das relações sociais? Como analisar a rigidez e a flexibilidade da estrutura social?”.

As alternativas que estão presentes com maior frequência nas diversas propostas dos estudiosos do tema, sejam eles filiados ou identificados com setores progressistas ou conservadores, têm pontos de convergências sobre aspectos relevantes quanto ao diagnóstico da crise e as possíveis soluções, embora haja inúmeros pontos de divergências doutrinárias e programáticas que envolvem as causas das crises e seus efeitos sobre a economia e a vida social, assim como quanto aos projetos e propostas de reestruturação dos sistemas.

Dentre as possíveis saídas propugnadas, entre outros, por Giddens e Rosanvallon, destacam-se àquelas atinentes ao papel a ser desempenhado pela sociedade, em particular quanto às atribuições a serem culminadas às populações locais. Neste sentido, como pensar essa questão em termos de um modelo como o SUS a partir do Estado apenas como regulador e não mais como promotor? Considerando o papel a ser desempenhado pela sociedade civil na conformação e na participação ativa nas políticas públicas sociais, torna-se imperativo uma mudança no enfoque empregado pelos ideólogos da RSB. O centro do novo modelo de atenção à saúde deve realçar o protagonismo da sociedade civil como “sujeito coletivo”, à semelhança do que já ocorrera no período de idealização e implantação da doutrina reformista. Deslocar do Estado para a sociedade civil a direcionalidade das políticas públicas de saúde, constitui-se em correção de rumos e alterações significativas no ideário da RSB, mas que necessita acontecer resgatando a estratégia que assegurou ao movimento sanitário brasileiro os êxitos nas fases preliminares do projeto, desde as suas origens até formalização jurídico-legal. A reorganização do movimento sanitário brasileiro em novas bases político-ideológicas pressupõe a existência de um partido político e de um novo momento social que possam abraçar e conduzir o SUS na esteira do apoio social.

Assim, a importância das comunidades locais torna-se pedra angular na nova arquitetura da gestão pública onde se destacam as crescentes responsabilizações dos indivíduos e dos grupos comunais tanto na formulação quanto na implementação das políticas públicas. “As relações sociais cristalizadas ao longo de décadas sob a tutela do

Estado, perderiam a capacidade de realizarem as formatações de compõe e decompõe o social? Como ele organiza as relações entre os indivíduos?” (ROSANVALLON, 1999, p. 56). Embora possamos afirmar que há consenso quanto às necessidades de mudanças nas políticas de *welfare state*, as divergências se avolumam com o passar dos anos, e mesmo os aspectos em que são estabelecidas convergências as suas implementações têm sido ora postergadas, ora distorcidas em face de acomodações de ordem político-partidário, levando a prejuízos não apenas ao próprio sistema, mas, sobretudo quanto à configuração de novas relações entre o Estado e a sociedade.

O novo desafio parece concentrar-se na construção de novos arranjos de desconcentração e descentralização do poder estatal, e institucionalização dos indivíduos e grupos sociais no arcabouço jurídico-legal, mas principalmente na maior autonomia e independência frente aos interesses do Estado.

O rompimento da dependência crônica das instâncias superiores e distantes das realidades dos indivíduos e grupos sociais comunais, e a celebração de uma nova relação entre Estado e sociedade civil poderiam passar a fomentar ganhos superiores de autonomias e maiores responsabilizações que trariam aos próprios interessados mecanismos de controles e influências quanto aos destinos de cada um deles, e levando a formas criativas e viáveis de sua realização material. A descentralização do sistema de saúde propugnada pelos reformistas sanitários em direção aos municípios e estados, aliada à desconcentração do poder da esfera federal, poderá imprimir nova dinâmica ao modelo com o exercício do poder realizando-se na periferia do sistema. A participação da sociedade civil nas definições das políticas, no acompanhamento das ações e programas, na fiscalização e controle dos serviços constitui, em conjunto, os novos desafios postos com vistas a implementação do SUS no sentido gerar um modelo de atenção à saúde que se coadune com o ideário da RSB.

O Novo Pacto deveria observar que um modelo de proteção social deva atentar para “as normas que regem as relações entre o Estado e a sociedade devem ser refundadas com vistas a adaptações as condições objetivas do desenvolvimento capitalista” (GIDDENS, 1998, p. 68), considerando que a sociedade contemporânea valoriza cada vez mais a procura de segurança e que tende a relativizar a procura por igualdade - lado regressivo da crise.

Em última análise, cabe ao Estado definir em conjunto com a própria sociedade quais os critérios que nortearão as relações sociais no futuro. Em outros termos, como o Estado, em conjunto com a sociedade civil, pode identificar e celebrar um novo arranjo

institucional que proteja os indivíduos vulneráveis sem tolher a responsabilidade e autonomia dos particulares.

Todas as correntes ideológicas que analisam a crise do Estado de bem-estar social divergem nos diagnósticos e na terapêutica, porém há convergência quanto ao reconhecimento da crise e da necessidade de formulação de uma nova forma de solidariedade social, distinta das bases do *welfare state* original.

Trazer para o primeiro plano dos debates e das possíveis soluções a sociedade civil constitui-se ponto comum e assertiva que se afigura como única convergência em meio a posições extremadas à direita e à esquerda nos debates e disputas políticas acerca do futuro das políticas de proteção social. Elemento de coesão social, indispensável à prosperidade econômica e desenvolvimento do capital, além de fator de estabilidade social mesmo que precária ou sujeita a solavancos e crises pontuais e espasmódicas em uma sociedade dividida em classes, as políticas públicas de proteção social devem ser construídas com bases em novas e distintas formas de solidariedade.

As matrizes das crises das políticas de bem-estar social, sob qualquer ângulo ideológico, encerram igualmente os *locus* das soluções possíveis: os planos sociais e políticos existentes ou criados na própria sociedade civil.

Apesar das discrepâncias em muitos aspectos, vários autores convergem no diagnóstico da crise do sistema de proteção social como decorrente do desequilíbrio entre as receitas auferidas e as despesas realizadas. Todavia, Rosanvallon rejeita a tese de que a crise seja exclusivamente financeira, visto que as soluções seriam mais facilmente identificáveis, pois, com a adoção de medidas que importassem em alterações nas relações existentes entre salários diretos e indiretos e a diminuição da elevação das cotizações sociais associados com as compensações advindas do crescimento dos encargos fiscais poderia coibir os desequilíbrios do sistema.

Para o autor, o problema é que soluções financeiras desta natureza importam em modificações substantivas nos equilíbrios sociais existente entre indivíduos, categoriais sociais e agentes econômicos. O verdadeiro impasse decorre do bloqueio quanto à ampliação do grau de socialização aceito e tolerável para um determinado número de bens e serviços e não de uma equalização contábil ou financeira (ROSANVALLON, 1999, p. 16). Assim, o verdadeiro bloqueio ao Estado-providência é, afinal, de ordem cultural e sociológica: a crise é de um modelo de desenvolvimento e crise de um sistema dado de relações sociais.

Diante dessa conjunção de fatores e emaranhado de especulações acerca dos caminhos a serem trilhados, à parte as idiosincrasias dos grupos ideológicos à direita e à esquerda no espectro político, cumpre questionar se as políticas públicas de proteção social nos moldes do *welfare state*, ainda se constituirão em único apoio, suporte, amparo, proteção e promoção da cidadania. Os instrumentos de solidariedade social serão no futuro tecidos exclusivamente por meio de políticas do tipo do *welfare state*? Embora seja difícil apontar um caminho claro e que faça justiça social, retomar os princípios e diretrizes contidos na doutrina reformista representa instrumental valioso para criar as condições de viabilização de uma política de promoção e proteção social que seja inclusiva e valorativa da cidadania. O ideário da RSB como projeto audacioso e generoso necessita para sua retomada em outros patamares de articulação política.

Tendo em vista a conjuntura desfavorável a sua plena execução em curto prazo, cumpre realçar que as relações que conformam as estruturas políticas e econômicas permanecem inalteradas, mantendo as mesmas relações de submissão e clientelismo presentes na convivência entre as três esferas de poder. Persistem, ainda, muitos dos vícios e iniquidades do antigo modelo de assistência à saúde, a despeito dos inegáveis avanços institucionais. Romper paradigmas arcaicos e enraizados na cultura política constitui-se em desafios a serem enfrentados pela organização de movimentos sociais, inclusive na saúde, que imprima e impulse nas políticas públicas sociais a marca de outra relação entre Estado e sociedade civil, na qual não haja mais a tutela, a submissão e clientelismo, mas, ao contrário, que a sociedade civil adquira as condições para o pleno exercício das reivindicações, assumindo igualmente as responsabilidades decorrentes de sua nova posição política. Desta forma, a sociedade civil poderá passar a constituir-se no centro das políticas sociais no que diz respeito a seu papel, não apenas como destinatário e beneficiário das mesmas, mas também instância política capaz de atuar nas arenas decisórias como protagonistas, isto é, exercendo o poder sobre as políticas para ela construídas e destinadas.

A cidadania como objeto a ser alcançada pelo ideário da RSB ficará, ainda, em compasso de espera enquanto perdurarem as condições de supremacia do Estado sobre os indivíduos e os grupos populacionais sem articulação e força política para influenciar, pressionar e participar das decisões que lhe dizem respeito diretamente.

Em um mundo centrado e dominado pelo capitalismo financista e especulativo, em detrimento dos processos de produção de bens e serviços materiais, com a valorização exacerbada do individualismo, a crise do Estado-nacional, e a perda ou diminuição da

capacidade de representação e intermediação dos partidos políticos realizados nas formas tradicionais, persistem as dúvidas acerca de qual novo pacto social poderá gerar uma configuração de novos mecanismos de proteção social.

Ao reconhecer a existência de graves problemas decorrentes da insuficiência de financiamentos para o setor, o autor destaca e critica a postura conservadora que opõe as virtudes libertadoras do mercado ao Estado redistribuidor.

Se redução positiva da demanda social ao Estado há que se fazer, será, entretanto, não através de um retorno ao mercado, antes pela implantação de novos métodos de progresso social, complementares ao Estado-Providência, suscetíveis de limitar o crescimento, mas permitindo servir de base a uma nova etapa do desenvolvimento social. (ROSANVALLON, 1999, p. 10)

É nesse ambiente que a crise de solidariedade sobrevém como consequência direta do esgarçamento do tecido social que se fragmenta, abrindo um fosso entre o Estado e os indivíduos, agora, sem mais a existência do “social”. O Estado-providência em crise põe em xeque as formas de socialidade que ele induz, estimulando diversos tipos e níveis de “socialização da demanda”, acarretando vinculação estreita e dependente das percentagens de tributações obrigatórias toleráveis. Ao condicionar-se com o atrelamento ao sistema de tributação, o *welfare state* cria limitações e restrições extrínsecas e sem ingerência nesse campo.

A celebração de Novo Pacto Político que importe na refundação de programas de proteção social, de acordo com importantes autores dedicados ao estudo do tema (ESPING-ANDERSEN, 1999; GIDDENS, 1995; GLAZER, 1990; ROSANVALLON, 2000; SCHMIDTZ, 1998), assentar-se-ia em um conjunto de três elementos articulados e mutuamente condicionados e dependentes entre si: a socialização, a descentralização e a autonomização.

As reestruturações dos modelos de proteção social, com base nos pressupostos acima, encerrariam diretrizes gerais com vistas à superação das mazelas dos antigos sistemas e a construção de modelo mais eficiente, ágil e com as responsabilidades partilhadas entre Estado, indivíduos, grupos sociais, empresas e mercado, criando-se as condições para que o “novo social”, mais do que aproximar Estado e indivíduos, possa fundir e imbricar todos os componentes da equação, compartilhando responsabilidades e obrigações.

Rosanvallon identifica os elementos e suas funções e atribuições desta forma:

Desburocratizar e racionalizar a gestão dos grandes equipamentos e funções coletivas: é a via de uma socialização mais amena. Grandes esforços devem ser feitos neste domínio para simplificar e melhorar a gestão, mas esta não é uma via inovadora em si mesma;

Remodelar e reorganizar certos serviços públicos de modo a torná-los mais próximos dos beneficiários: é a via da descentralização. Visa a fazer crescer as tarefas e responsabilidades das coletividades locais nos domínios sociais e culturais;

Transferir às coletividades não públicas (associações; fundações, agrupamentos diversos) as tarefas de serviço público: é acionar a via da autonomização. É esta a via a que pode ser a mais nova e interessante para responder as dificuldades do Estado-Providência e enfrentar as necessidades sociais do futuro.

[...] Mais globalmente, esta alternativa à crise do Estado-Providência não terá sentido a não ser que se inscreva no tríptico movimento de redução da demanda do Estado; reinserção da solidariedade na sociedade e produção de uma maior visibilidade social. (ROSANVALLON, 1999, p. 112)

A partir desse conjunto articulado e multifuncional, o Novo Pacto Político, haveria a possibilidade de promover-se a redução da demanda pelos serviços ofertados pelo Estado, sem a adoção de uma visão estritamente instrumental do Estado, com as acepções de Estado-mínimo ou Estado-socialmente ativo. Para tanto, o desenho institucional teria em conta a necessidade da elaboração e implantação de um novo “direito” não mais centrado e atrelado a bipolaridade Estado-indivíduo, mas que se direcionasse a recobrir as formas não estatais de socialização via a ativação e o incremento de instâncias de participação e compartilhamentos das responsabilidades e atribuições deslocando-os em direção à periferia da vida social, por meio do reconhecimento de grupos de vizinhança, de bairro, redes de ajuda, etc.

Privilegiar o direcionamento das políticas públicas de proteção social do nível central para as instâncias locais e comunitárias representa a alternativa aventada por autores como Giddens, Rosanvallon, Glazer e Esping-Andersen, dentre outros, para a superação da crise do modelo de proteção social, e a passagem para uma nova e inovadora fase das relações entre o Estado e a sociedade civil com fundação de relações sociais mais sólidas e duradouras, ao tempo em que mais racional, com a distribuição de responsabilidades, atribuições e obrigações de forma mais eficaz, racionalizadora, dinâmica e estimulante da coesão social por meio do incentivo à participação dos indivíduos e grupos comunitários e o compartilhamento do sistema de proteção social dividido entre todos os entes sociais e políticos.

A recomposição das relações sociais, sustentadas por novas formas de constituição de redes de solidariedades diretas como caminho para a construção de modelo de proteção social, pressupõe a existência de uma composição de campos intermediários entre o Estado e os indivíduos.

A reaproximação da sociedade civil consigo mesma e a conseqüente diminuição da dependência do Estado importa em reinserir os indivíduos e grupos comunitários em associações locais, sem a veleidade de um retorno nostálgico a formas comunitárias isoladas e autossuficientes como se fora um contraponto à “dessocialização” da sociedade civil em decorrências das forças e conveniências de mercado.

As mudanças inovadoras nas políticas de proteção social, notadamente nos países que adotavam o antigo modelo de *welfare state*, demonstram o dinamismo da própria sociedade civil, tecendo redes de solidariedade em substituição às antigas formas de proteção social, mediante a adoção - mesmo que parcial e ainda insuficiente para alcançar todos os espectros da insegurança social e dos riscos e danos eventuais decorrentes da vida em sociedades divididas por classes - de instrumentos que fortalecem, via ampliação e extensão de redes de apoios e sustentação originárias nas próprias comunidades, como redes subterrâneas de solidariedade familiar ou grupal, e as próprias economias informais constituem formas de socialização transversal que apontam para a possibilidade de uma reinserção da solidariedade na sociedade em novos moldes, ensejando o fortalecimento dos laços comunais.

As reformulações no ideário da RSB, compatibilizando-a com as novas estruturas produtivas e o processo de globalização, constituem em primado inadiável para a retomada e viabilização dos princípios e diretrizes do SUS. Para tanto, é indispensável o envolvimento e a participação ativa da sociedade civil, a mobilização da sociedade civil em torno de uma política pública de saúde, investindo-se conceitualmente de “sujeito coletivo” e encarnação do espírito de cidadania na busca por melhores serviços de saúde com acesso e qualidade dos atendimentos compatíveis com dignidade humana.

A importância do movimento sanitário brasileiro no longo processo de conquistas de novos adeptos e militantes para o setor criou as condições políticas para a articulação bem sucedida na aproximação e entrelaçamento dos diversos interessados na área da saúde na origem do movimento sanitário brasileiro, culminando na implantação do ideário da RSB via SUS. A consolidação do SUS como expressão de uma nova política do setor precisará de outras articulações político-ideológica que galvanize e irradie a mobilização social.

O novo significado de saúde com expressão da qualidade de vida, e não como ausência de doenças, necessita, para se tornar realidade, de aprofundamento do exercício da democracia de forma permanente e contínua, utilizando, além dos fóruns institucionais já criados, a ocupação de espaços na arena política em que se processam as decisões como

atores sociais protagonistas dos destinos das políticas públicas de promoção e proteção social.

2.10 Sociedade e Estado: Casamento ou Divórcio?

A constituição do Estado brasileiro desde seus primórdios caracterizou-se pela separação entre o Estado e a sociedade civil. O Estado sempre exercendo o papel de “tutor” da sociedade civil, mantendo-a sob vigilância e estreita dominação, ao tempo em que promovia medidas paternalistas e clientelísticas sedimentando essa supremacia política e ideológica.

Toda a década de 80 foi permeada, na política brasileira, pela questão da democracia como condição primeira e indispensável para a resolução das mazelas acumuladas ao longo de nossa história. A conquista da democracia nesse período envolveu amplas e heterogêneas forças políticas a partir da sociedade - sindicatos, movimentos populares inorgânicos, corporações as mais diversas e partidos políticos - com o intuito de arregimentar e fazer convergir interesses e posições sociais e políticas distintas tendo com propósito mais imediato a retomada das eleições para a Presidência da República.

A contenda se fazia em oposição ao projeto das Forças Armadas que desejavam impor à sociedade uma abertura controlada sob o signo de “lenta, gradual e segura”.

Embora haja concordância entre a maioria dos autores que a transição à democracia tenha se dado como uma decisão dos próprios militares no escopo do regime autoritário, o papel dos movimentos sociais inorgânicos, dos sindicatos de operários e do sindicalismo da classe média, aliados aos partidos de oposição, configuraram a argamassa que possibilitou minar as bases de estabilização do regime autoritário, ressaltando suas contradições e legitimidades com o forte estímulo da crise econômica e social que se arrastavam desde os anos 70.

As relações entre o Estado e a sociedade passam a fazer parte da agenda política com os questionamentos das lacunas que os separavam, e na busca do estabelecimento de novas regras e procedimentos que importassem em nova dinâmica da definição dos mecanismos de representação dos interesses particulares e difusos na sociedade com

participação ativa e influência na tomada de decisões na esfera das políticas governamentais.

O longo e tortuoso percurso da transição democrática comportou distintos e complexos momentos que têm ensejado interpretações díspares entre os autores quanto ao papel dos diversos setores envolvidos diretamente na consolidação da democracia brasileira, mas, sobretudo quanto ao tipo de transição. Para Schmitter & Karl (1991) há quatro tipos ideais ou modelos de transição à democracia:

- *pactuada*: acontece sempre que as elites chegam a um acordo entre elas;
- *imposta*: quando há uma decisão unilateral para estabelecer mudanças no regime;
- *reformista*: em que as massas se mobilizam e impõem uma solução sem violência;
- *revolucionária*: quando as massas, pela via armada, derrotam os antigos dirigentes.

No Brasil, para esses autores, a transição ocorrida deve ser caracterizada como do tipo *imposta*. A complexidade da transição no Brasil, no entanto, não pode ser enquadrada em um tipo único e exclusivo, visto o emaranhado de interesses e a longa e tortuosa travessia que durou anos para se consolidar. A transição pode melhor ser caracterizada como um processo que comportou diversas e distintas fases.

Se em uma primeira fase se possa reconhecer e concordar com os autores em sua tipologia, quando as iniciativas ficaram sob o domínio dos militares, em outra fase, com o rompimento da influência interna no regime autoritário dos setores chamados de “linha dura”, ocorre uma inflexão na condução da política de transição, com a predominância da orientação de um pacto político entre as elites e a oposição “moderada”, criando as condições para uma sucessão presidencial *negociada*. O caráter de pacto, de acordo com O’Donnell (1988), caracteriza melhor essa segunda fase da transição política brasileira.

O’Donnell (1988) identifica dois tipos de transição à democracia: por *colapso* e *pactuada*. A primeira ocorre mais amiúde em regimes burocrático-autoritários marcados pela repressão violenta e sistemática e têm seus alicerces econômicos destruídos. Nesse cenário, ocorre um vácuo político com perda do controle do processo político que a deriva e sem comando enseja a formação de novas articulações políticas com atores emergentes.

A transição por colapso ocorre em um contexto econômico caótico, todavia com menos condicionamento e influência política para os setores de oposição ao regime. Na

transição pactuada, por outro lado, os regimes autoritários lograram melhores êxitos na política econômica, e o uso da repressão foi menos brutal e menos sistemático.

No Brasil, houve relativo êxito econômico com o estabelecimento de acordos e alianças com setores da classe média e de empresários que desenvolveram seus negócios com o prestimoso auxílio do Estado. Dessa forma, as elites civis e militares criaram as condições para uma transição pactuada, alijando as forças de oposição mais radicais, e celebrando entre elas os limites e condicionamentos para o novo governo. O novo governo, assim pensando, seria a reedição de velhos pactos que marcaram as históricas relações entre Estado e sociedade com nítido predomínio e supremacia do primeiro na condução das políticas governamentais.

Entre as mais antigas e características faces do Estado brasileiro, estão o seu autoritarismo e porosidade à clientela seletiva que lhe absorve recursos financeiros e materiais e proteção, enquanto a sociedade brasileira configura-se com características elitistas e excludentes, além de dependente do Estado. Esse histórico se materializa ao longo dos tempos com a cristalização do domínio do Estado sobre a sociedade com a prática do patrimonialismo, do clientelismo e da incorporação periódica de setores de classes subalternas pela adoção de procedimentos de cooptação notadamente com iniciativas de ordem econômica que mantém as elites no exercício do poder político.

A transição pactuada e adoção das velhas práticas de pactos históricos não são suficientes para explicarem toda a complexidade do caso brasileiro em face das críticas severas existentes na sociedade quanto às características autoritária do Estado.

Havia a compreensão de que a questão do regime autoritário tinha relação direta e inequívoca com a existência da noção de cidadania e seu exercício pleno entendido como direitos a serem usufruídos pelo conjunto da sociedade, e não mais apenas por setores privilegiados por ligação com o regime. Neste contexto, para compreensão da relação entre Estado e sociedade, é indispensável conceituar a democracia tendo por base a esfera pública e a privada, mas também quanto ao indivíduo, à sociedade, à justiça e à equidade.

As tensões que permearam a transição política tornavam bastantes difíceis a identificação e consolidação de regras e instituições que servissem como lastro a receberem e incorporarem a questão da democracia. As ações crescentes das entidades da sociedade civil - partidos políticos, movimentos estudantis e sindicatos - por maior participação política e pela volta da democracia impõem restrições à atuação dos militares e passaram a exigir mudanças no projeto original de abertura política. Tais ações, mesmo

sem retirar o poder de controlar o processo de transição por parte dos militares, levou-os a realizarem negociações com setores das oposições para além do que havia sido planejado.

A morte de Tancredo Neves antes de sua posse e a ascensão do Vice-Presidente José Sarney resultaram em um vácuo político pela falta de comando e ausência de uma aliança que fornecesse sustentação política necessária ao governo instalado. Enquanto os antigos pactos não eram trazidos à tona e as elites não se consolidavam no poder, os movimentos sociais e os partidos de oposição gozavam de relativa capacidade de exercer influências nas decisões. A dubiedade e fragilidade do novo governo nesse contexto favoreciam as demandas pelas questões sociais e as crescentes mobilizações da população. Como mecanismo de busca de legitimação perante os movimentos sociais e os partidos de oposição, o governo adota o slogan “*Tudo pelo Social*”, mas também por saber da necessidade de promover consensos. Notadamente com o reconhecimento da grave crise no setor social que precisava da adoção de políticas reformistas que importassem em última instância, em alguma forma de compensação ao crescimento das enormes desigualdades sociais e econômicas crônicas, porém agravadas pelo regime militar.

Todavia, a questão da democracia não se atinha à transição política, mas implicava, sobretudo, implantação de um regime democrático. Os princípios enumerados por Dahl (1979) como os *procedural minimum* - voto secreto, liberdade de associação, eleições regulares, sufrágio universal, competição partidária, transparência do executivo - são necessárias, mas não suficientes para assegurarem uma democracia capaz de se reproduzir e principalmente que não haja retorno a situação autoritária anterior. Se esse conjunto de princípios é indispensável para eleger governos democráticos, estes, por si sós, não garantem regimes democráticos.

Para Schmitter (1991), a diferença entre um governo democrático e um regime democrático decorre de um padrão democrático espelhado em uma estrutura. Estrutura democrática entendida como a capacidade reprodutiva da democracia, isto é, o governo e a sociedade desenvolvem e reproduzem políticas democráticas. As modernas democracias têm um forte caráter societário decorrente da tradição europeia das políticas social-democratas que impuseram ao longo do tempo determinado padrão de políticas públicas de bem-estar social.

Alçar os indivíduos ao *status* de cidadãos confere à esfera pública a possibilidade de atuar regulando as relações particulares entre os indivíduos na esfera privada e, assim, igualando os indivíduos aos cidadãos, pelo menos para efeito prático, logra ampliar o raio de ação por parte do poder público que se estende ao âmbito da esfera privada. A cidadania

confere aos indivíduos uma identidade coletiva integrando-os a concepção de nação. A noção de cidadania está embasada na existência de direitos e, assim, na potencialidade de haver o exercício desses direitos, embora não haja nenhuma garantia de sua real efetivação na vida cotidiana.

Cria-se, pois, uma expectativa de exercício de direitos para os indivíduos, agora cidadãos, mas a sua realização efetiva fica condicionada à ocupação de espaços públicos por representantes do conjunto da sociedade, que buscam legitimar os representados perante o Estado e a esfera pública. Vale ressaltar que essa sobreposição do indivíduo pela cidadania, via identificação coletiva, determina uma interpenetração de mão dupla entre as esferas pública e privada, acarretando a exclusão dos indivíduos como seres particulares e únicos.

Esse aspecto contraditório da cidadania, que para se materializar torna necessária a sobreposição do indivíduo pela identidade coletiva e daí a constituição de mecanismos de intermediação de interesses, via representantes, afigura-se como passo indispensável para a consecução da conquista dos direitos de cidadania, principalmente os direitos sociais como expressão mais elevada desta. A conquista dos direitos sociais que Marshall (1967, p. 57-113) denominou de “*cidadania completa*” em referência ao modelo antigo de direitos existentes na Inglaterra apresenta concepções, abrangências e características históricas peculiares nos diversos países em que há seu reconhecimento.

Para Gerschman,

[...] o efetivo preenchimento dos direitos sociais nos Estados democráticos modernos, expressado pelo *welfare state*, é, talvez, o momento de maior aproximação da esfera pública ao “público”, termo este usado aqui para designar a presença, na esfera do Estado, de interesses de classes diversos dos de classe dominante. (GERSCHMAN, 2004, p. 39)

Deve-se a aliança entre os sindicatos operários e os partidos social-democratas tornarem o Estado mais poroso às demandas e interesses dos setores menos aquinhoados social e economicamente, como decorrência direta do reconhecimento da existência de desigualdades sociais, como corolário da produção capitalista e meio adequado e aceitável para conter as pressões por maiores transformações econômicas por parte dos segmentos de não proprietários. Em outros termos, sempre teve o primordial papel de evitar modificações estruturais, atenuando os efeitos do mercado e por extensão do próprio capitalismo sobre a classe operária.

A concepção de cidadania inclui os direitos civis, políticos e sociais que, em conjunto, constituíram os três momentos dos quais a cidadania alcançou seu significado “pleno” no plano formal. Entretanto, o princípio da igualdade formal e a noção de equidade são questões que exigem o reconhecimento da impossibilidade do mercado e por extensão da esfera privada resolver o grave problema das desigualdades sociais e econômicas inerentes às sociedades capitalistas.

Todas as transformações impostas pelos movimentos operários na Europa, auxiliados pelos partidos políticos de esquerda com destaque para os partidos social-democratas, determinaram profundas reformas do capitalismo (PRZEWORSKI, 1992, p. 89) por meio da intervenção do Estado na economia e da regulação do mercado, além de passar a desempenhar direta e ativamente o papel de promotor de condições que atendam as necessidades da cidadania à margem do ofertado ou possibilitado pelos mecanismos de mercado.

Os direitos sociais são inequivocamente conquistas das lutas operárias e quando se materializam em políticas sociais ocorre uma maior aproximação da igualdade formal da igualdade real. A equidade nas modernas democracias sociais adquire o significado de distribuição mais equitativa das riquezas e do bem-estar social, não se confundindo com igualdade. Para tanto, faz-se indispensável a maior intervenção e participação do Estado na vida social e econômica, mediante a elaboração e implementação de políticas públicas voltadas ao atendimento das necessidades básicas que não possam ser obtidas no mercado. Este panorama acima sempre se constituiu no protótipo do Estado de bem-estar social.

A crise profunda do modelo de *welfare state* que começou a se delinear em meados dos anos 70 assumiu gravidade inegável em face de diversos fatores, dentre eles, os crescentes custos para manutenção do sistema de proteção social, a ineficiência operativa, o aumento exponencial dos beneficiários, a redução progressiva dos contribuintes decorrente da retração dos empregos formais e o aumento do desemprego como consequência imediata da crise econômica desencadeada pelos “choques do petróleo”, que impõem pesados e drásticos arrefecimento das atividades econômicas nos países capitalistas mais avançados.

Com o estabelecimento do *welfare state*, a própria noção de democracia passou a ser relacionada à implantação e implementação da participação social e política e, ainda, às condições de vida desfrutada pela população.

Os gastos correntes passaram a ser vistos como investimentos estatais compensatórios diante da pobreza decorrente e do crescente número dos excluídos pelo

sistema produtivo capitalista. O caráter de salário indireto sempre revestiu as políticas sociais com esse escopo, vistas como retribuição por parte do Estado da parcela não remunerada do trabalho e que assumem o aspecto de benefícios por meio de bens de consumo social como aposentadorias, saúde, educação e moradia.

A matriz econômica dessas políticas assentava-se na concepção keynesiana de ampliação do consumo como solução para o crescimento econômico: os benefícios sociais por intermédio de políticas públicas sociais permitem liberar uma parte considerável do salário, que não mais precisa ser utilizado para a reprodução da força de trabalho e poderá ser destinada ao consumo. Neste particular, cabe destacar que não há no sistema capitalista como um todo nenhuma necessidade vital de incorporar essas políticas de bem-estar social. Pelo contrário, observa-se que nos países em que não houve movimentos operários organizados e fortes, aliados a partidos políticos de esquerda e que por isso acumularam parcelas do poder político, o capitalismo, como sistema econômico, tende a ser tanto ou mais predatório e reprodutor de desigualdades sociais quanto em sua instalação originária.

A incorporação da questão da equidade na concepção de democracia e a forma de viabilizá-la assumem uma importância central em países que têm parcelas enormes da população na pobreza absoluta, como ainda ocorre no Brasil. A questão da democracia, sobretudo em países periféricos como o Brasil com enormes desigualdades sociais, representa também a possibilidade de comportar reformas estruturais que importem na incorporação de maiores parcelas da população na partilha das riquezas nacionais.

A teoria da democracia apresentada no modo capitalista de produção com a economia e a política situadas como instâncias separadas e distintas constitui-se em grande desafio às reformas estruturais. Essa concepção de separação em dois mundos distintos torna ainda mais difícil a elaboração de programas e projetos de reformas, cuja realização fica condicionada à aproximação e imbricamento desses dois polos que são artificialmente e ideologicamente afastados como forma de isolar ou limitar as possibilidades de transformações do sistema econômico.

Os embates em torno de temas que propugnam por reformas precisam realizar a aproximação entre democracia formal e democracia substantiva. Essa deve ser compreendida como a conquista real da cidadania pelos atores políticos e sociais que rompem os discursos conformistas e desmobilizadores presentes na democracia liberal. As mudanças operadas no capitalismo ao longo da história tiveram sempre como escopo o campo da política; a partir da luta política travada pelos movimentos operários com

apóio de partidos políticos de esquerda foi possível promover mudanças estruturais no capitalismo que de outra forma permaneceria cristalizado.

A democracia comporta uma parcela significativa de “incerteza” (O’DONNELL, 1988; PRZEWORSKI, 1992; SCHMITTER, 1991), mas condicionada a uma relativa certeza advinda do fato de cidadãos habilitados por uma cultura cívica que lhes confiar os cursos da ação política a existência de canais de representação e a aceitação tácita de um tempo necessário para a implementação dos seus próprios interesses e mesmo para o atendimento de suas necessidades materiais mais imediatas. A tolerância com a espera do atendimento das necessidades materiais combina-se com a expectativa de satisfação futura que como tal vislumbra-se como não apenas possível, mas também como viável.

A reforma sanitária brasileira insere-se na luta pela conquista de democracia. As lutas pela sua efetivação constitucional e implementação real com mudanças no sistema de saúde configura-se como a disputa pelo predomínio da representação de interesses no setor, no contexto político mais amplo que indicam o alcance da cidadania extensiva a todos os brasileiros. A reforma sanitária como parte do modelo de política de proteção social que se deseja no Brasil deve ser compreendida como um processo de lutas contínuas pela conquista da ampliação e da concepção de democracia inclusiva com a efetivação institucional. E, por isso, sua institucionalização funcionaria, na arena política da saúde, como condição básica para o exercício da democracia. O projeto político-ideológico da reforma sanitária advoga que não é suficiente para a consolidação da democracia entre nós a existência de instituições políticas, eleições periódicas e partidos políticos livres, mas tem na questão da equidade como caminho para a cidadania a principal meta para a efetivação da democracia. A reforma sanitária propôs-se a realizar a permanente atualização das condições necessárias e indispensável à concretização da cidadania.

Enquanto os regimes autoritários aprofundam a acumulação capitalista (O’DONNELL, 1976) e, no caso particular do Brasil, traduziu-se em ampliação e alargamento das desigualdades sociais e econômicas entre as regiões e interpessoais com o crescimento da pobreza absoluta, tornando-se fatores de crise política, minando as condições de manutenção do regime autoritário que promove inicialmente uma transição para a democracia sob tutela, mas que posteriormente viu-se na contingência de buscar a celebração de um pacto com forças da oposição visto não deter mais a hegemonia do processo de transição. Nesse contexto o projeto político-ideológico da reforma sanitária foi gestado como anseio por mudanças substantivas no setor saúde, combinando simultaneamente maior participação popular nas decisões sobre políticas públicas com

ênfase no incremento da identidade coletiva e, pois na constituição de uma nação formada por cidadãos.

A reforma sanitária como foi idealizada por seus fundadores apresenta um conjunto de postulados - participação deliberativa da população nos fóruns decisórios, participação paritária entre usuários e governos, prestadores de serviços e profissionais de saúde - que diz respeito à identificação política coletiva e, pois, precisa atingir e englobar toda a sociedade mantendo permanentemente seu caráter incluyente, e em que o mercado, ainda presente, seja fortemente regulado. Neste cenário é que se inscreve o projeto político-ideológico da reforma sanitária brasileira.

A incorporação de direitos sociais à Constituição Federal levou à incorporação de reformas estruturais, embora parciais, no âmbito da economia e do aparelho de Estado, ensejando a contínua luta entre o governo e as forças políticas e sociais que militam no setor saúde e que defendem a reforma sanitária como caminho principal para as transformações nas relações entre o Estado e a sociedade, com vistas à democratização da saúde e, pois, sua extensão para todos os membros da sociedade, especialmente as camadas mais pobres e necessitadas da população sempre à margem dos benefícios do progresso econômico e social.

As forças políticas que empreenderam as lutas pela reforma sanitária esgotaram suas pautas comuns com a consolidação da democracia, não logrando qualquer consenso ou acordos em relação à implementação do projeto reformista. Enquanto uma parte das fileiras do movimento sanitário apoiava ostensivamente a descentralização dos serviços, incluindo a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), outros setores advogavam que essa postura traduzia a estratégia governamental de desonerar-se de obrigações legais e morais de responsabilizar-se diretamente pela promoção das políticas de proteção, prevenção e recuperação da saúde.

Para estes havia a suspeita de que se tratava de mais um engodo do governo com base na política neoliberal, determinada a ocultar a insuficiência do orçamento público destinado à saúde e, também, como mecanismo de promover o enxugamento da máquina estatal, reservando-se o clientelismo e a corrupção para outras instituições do Estado. A ausência de acordos sobre a conveniência e significado da extinção do Inamps representou um marco na divisão do movimento reformista em saúde, no qual cada agrupamento vislumbrava essa decisão sob a ótica de seus interesses específicos que vocalizavam suas posições por meio de simplificações e superficialidades: a extinção do Inamps, assim, era entendida por alguns como primeiro passo para a desconcentração do poder federal e

reforço ao poder local com a municipalização das ações e serviços de saúde; por outro lado, via-se essa política como uma forma de desobrigação do governo federal para com a saúde, transferindo poucos recursos financeiros e materiais e encargos excessivos para a municipalidade.

Os aspectos pontuais acima servem com exemplos do alargamento do fosso entre os integrantes do movimento sanitário, mas longe de se constituir em principal óbice a implantação da reforma sanitária.

Os entraves às mudanças sempre disseram respeito à capacidade do sistema político de compreender e absorver as novas demandas sociais. Em particular o setor saúde padeceu dessa dificuldade, como consequência do grau de sofisticação teórica de projeto de reforma sanitária quando comparado ao de outros setores sociais. Este manteve por longo período atividades paralelas aos serviços públicos, servindo como laboratório para novas modalidades de gestão e organização dos serviços e ações de saúde e, ao mesmo tempo servindo como espaço público a ser ocupado para o desenvolvimento de programas que funcionavam como agregador e aglutinador de profissionais de saúde e de membros das comunidades.

Por outro lado, as contradições do sistema político ensejavam uma abertura para a introdução de novas modalidades de gestão pública diante da crise financeira, que impunha restrições crescentes ao orçamento público e à necessidade de atender a parcelas enormes da população excluídas da atenção básica à saúde. Esse conjunto de fatores de ordem política e de ordem financeira e técnica criaram as condições para o estabelecimento de uma maior aproximação entre o Estado e a Sociedade.

Embora não se possa falar em parcerias, é inegável que a força política dos movimentos sociais, aliada ao bem elaborado e fundamentado projeto político-ideológico da reforma sanitária, havia adquirido legitimidade perante a sociedade para ser absorvido, pelo menos parcialmente, como instrumento de transformação nas históricas relações cristalizadas no clientelismo político e no patrimonialismo.

Os impedimentos e obstáculos mais destacados à implementação dos princípios e diretrizes da reforma sanitária decorrem da modalidade de exercício da política, com seu sistema de partidos fracos e sem enraizamento na sociedade, e com forte presença da velha e ultrapassada política centralizadora e concentradora de poder na esfera federal.

A abertura para a institucionalização da reforma sanitária ocorre como consequência direta do esgotamento do Estado e do pacto de dominação que lhe dava sustentação política, assim como a celebração de novo pacto envolvendo forças políticas

historicamente excluídas das decisões, como os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde públicos que propiciaram a reestruturação parcial do Estado, que passou a incorporar os técnicos e os projetos inspirados na reforma sanitária.

Ainda que uma reforma profunda e duradoura do Estado tivesse que se constituir com base em um novo pacto federativo, restaria saber se as forças reformistas nos setor saúde teriam a unidade de propósitos para papel tão relevante nesse processo, mediante o desenvolvimento de negociações políticas em torno de um novo pacto mais abrangente do que o próprio setor. As alianças necessárias para alcançar tal feito certamente escapavam ao campo em que militavam os reformistas, razão pela qual sua materialização dependeria de forças políticas que pactuassem em torno de novo modelo de federação.

Com a arregimentação dos principais quadros políticos da reforma sanitária para ocuparem postos de direção em diferentes instâncias administrativas e políticas nas três esferas de governo, ocorre um vácuo de lideranças políticas com projeção nacional e de autoridade política que se habilitasse a proceder às imprescindíveis negociações que levasse à reforma do próprio Estado.

O papel central do Estado nas relações com o mercado e a esfera privada, no exercício de sua função de regulador e promotor do desenvolvimento econômico e da justiça social, configura-se como condição básica e essencial para o estabelecimento de uma relação entre o Estado e a sociedade mediante o ajuste de novo pacto. A reforma sanitária brasileira pode ser entendida como balizador dessa relação. Sua viabilidade assenta-se que novas atribuições e exigências a cargo do Estado possibilitem que a democracia venha a se confundir cada vez mais com a equidade social.

A reforma do Estado para propiciar as condições de efetivação da reforma sanitária não pode ser restrita a mera questão administrativa, mas exige uma nova configuração do pacto federativo, com atribuições e responsabilidades expressamente definidas entre os entes nacionais. Para tanto se faz necessário uma recomposição das alianças políticas que lograram inscrever os principais tópicos programáticos da reforma na Constituição Federal.

Outro aspecto que precisa ser preventivo para viabilizar um novo sistema de saúde nos moldes preconizados pelos reformistas e inscritos na Carta Magna diz respeito à produção de serviços médico-hospitalares com base em critérios de remuneração ou reembolso. Sua persistência deve ser compreendida como a negação do direito à saúde, como direito de cidadania, pois continuará a ser um *bem* que deve ser almejado e assim condicionado à aquisição privada ou mesmo públicos. A lógica do pagamento por produção originou-se na relação médico/paciente e foi estendida ao sistema de saúde,

perdurando atualmente em grande parte na alocação dos recursos financeiros, em evidente contraposição aos postulados reformistas.

A persistir essa modalidade de pagamento, mesmo que parcial, implicará que quanto maior o número de atendimentos realizados maior será o fator gerador de gastos, mesmo que eles não se façam diretamente pelos pacientes, mas essa função é desempenhada pelo Estado, promovendo a concentração de receitas nas unidades da federação mais desenvolvidas e que, por isso, concentram o maior número de profissionais e de leitos hospitalares, perpetuando, assim, o círculo vicioso com o privilegiamento das regiões mais desenvolvidas e mantendo reduzida a possibilidade de alocação de recursos financeiros e orçamentários de acordo com o perfil sócio-demográfico do país.

Por esse ângulo, a saúde deixa de ser um direito do cidadão e um dever do Estado, conforme preceitua a Constituição Federal, uma vez que a alocação dos recursos financeiros e orçamentários para o setor saúde mantém-se atada à lógica do modelo liberal da medicina tradicional.

Outro impasse que persiste para a efetivação da reforma sanitária diz respeito à definição de atribuições, competências e responsabilidades que sejam culminadas a cada uma das instâncias governamentais.

Para Gerschman,

[...] o que se observou até recentemente foi o esvaziamento da política, que se manifestou na ausência do papel regulador do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde no processo de municipalização. Assim, a falta de um Plano Nacional de Saúde que contivesse as diretrizes básicas que guiarão a implantação do SUS levou a uma descentralização administrativa do sistema de saúde em que faltam incentivos para uma efetiva autonomia política e administrativa dos municípios. (GERSCHMAN, 2004, p. 204)

A descentralização real das decisões políticas não é factível sem a autonomia dos níveis inferiores, aos quais corresponde decidir e implementar a política e ampliar a participação dos atores sociais envolvidos na mesma. (GERSCHMAN, 2004, p. 208)

O desenho político-institucional originado no projeto da reforma sanitária, que vem sendo desenvolvido há quase duas décadas, tem como princípio orientador a ampliação e efetivação da participação social na tomada de decisões por intermédio de Conselhos de Saúde e a constituição da cidadania como pressuposto da democracia. Passados vinte anos da promulgação da Constituição Federal, pode-se afirmar que o projeto político-ideológico da reforma sanitária brasileira carece de inúmeros ajustes e aperfeiçoamentos que só podem ocorrer com o estabelecimento de uma reestruturação do Estado, tornando-o mais permeável às demandas da sociedade, não mais por concessão outorgada unilateral pelo

Estado, mas com a construção de canais de interlocução e de participação real nas decisões por parte da sociedade.

Os avanços e melhorias nas ações e serviços de saúde são fatos indiscutíveis quando comparados ao modelo anteriormente vigente, mas resta sabido que os principais postulados da reforma sanitária permanecem como letra morta na legislação, à espera de condições adequadas à sua efetivação plena, o que exige um sistema político que privilegie a constituição da cidadania em um ambiente que tenha pela democracia o sentido e significado de um valor universal.

A questão da construção da cidadania apresenta-se como primordial no processo de efetivação de um regime democrático, como condição primeira para a criação de um ambiente político propício às reformas abrangentes e profundas, que têm como escopo a configuração de uma sociedade mais justa social e economicamente e equitativa no acesso aos bens e as riquezas nacionais. A consolidação dos direitos de cidadania, como uma conquista da sociedade, decorre estreitamente da relação que vier a estabelecer-se com a compreensão da justiça social como valor ético e moral e como apanágio da democracia

A concepção de democracia passa, assim, a denotar um processo no qual o sentido não é dado pela adscrição e pela procura de modelo acabado, seja doutrina econômica a implantar ou proposta de sociedade. Trata-se de condição necessária ou, dito de outra maneira, da amplitude com que a democracia é capaz de viabilizar valores ético-morais, isto é: equidade e justiça social, enquanto bastião da dignidade humana; respeito à pluralidade cultural, étnica, religiosa, preferências sexuais e de gênero, etc. (GERSCHMAN, 2004, p. 253)

A consecução do projeto da reforma sanitária brasileira, mesmo parcialmente, só poderá viabilizar-se com o estabelecimento de novo arranjo do sistema político que privilegie uma relação entre Estado e Sociedade que tenha como foco central a construção efetiva da cidadania na perspectiva da democratização, como instrumento e elemento indispensável para a realização da justiça social e da equidade.

3 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: ILUSÃO OU UTOPIA?

A investigação sobre o projeto de reforma no sistema de saúde brasileiro nos leva a uma constatação inequívoca, ao mesmo tempo ambiciosa, generosa e humanista, com forte marca da promoção dos indivíduos como centro e razão de ser da existência de modelo de atenção à saúde. A saúde como direito universal e gratuito buscava espelhar a luta por mudanças que se estendiam para além do setor saúde, avançando em batalhas pelas transformações no Estado e na sociedade.

O modelo de atenção à saúde vigente no Brasil começou a ser questionado quanto à abordagem de seus problemas no final dos anos 60 e início dos anos 70, utilizando a construção teórica marxista do materialismo histórico em contrapartida à concepção fundamentada nas ciências sociais positivistas que norteavam as ações, programas e paradigmas governamentais.

A inspiração política e técnica para a formulação do projeto da reforma sanitária origina-se nas experiências de políticas sociais de bem-estar social. A importância dos partidos políticos de esquerda na Europa foi fundamental para a elaboração e implantação daquelas políticas sociais. Os principais formuladores das teses e teorias que dariam sustentação ao projeto da reforma sanitária brasileira militavam no PCB que mantinha estreitas relações institucionais com os intelectuais da Europa, sobretudo com as experiências desenvolvidas na Itália na área da saúde pública.

Enrico Berlinguer, senador e médico na Itália e também dirigente do Partido Comunista Italiano, participava ativamente de seminários e congressos organizados pelo movimento sanitário, tendo seus textos produzidos sobre a temática da saúde, traduzidos sob o patrocínio de entidades da área da saúde vinculadas ao PCB, e que serviram como parâmetros de transformações que eram possíveis de serem realizados a partir da crítica da filosofia funcionalista e da concepção prevalente do significado e extensão do binômio saúde-doença.

Inicialmente, as críticas foram centralizadas nos Departamento de Medicina Preventiva das Universidades Públicas que se constituíram:

[...] na base na qual se desenvolveu a produção de conhecimentos sobre o estado de saúde da população e sobre a organização das práticas sanitárias, produção esta frequentemente articulada com modelos experimentais de organização de

práticas médicas, quer para efeito de demonstração, quer para finalidades didáticas. (DONNANGELO, 1983, p. 26)

Com o incentivo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), as ciências sociais passaram a ser o instrumental para a elaboração de novas práticas na saúde e intervenção nos serviços de atenção básica.

O ano de 1975 seria o marco final desse esforço acadêmico com as defesas das teses *O Dilema Preventivista*, de Sérgio Arouca, e *Medicina e Sociedade*, de Cecília Donnangelo. Esse foi o divisor de águas que deu início a uma teoria social da medicina no Brasil. (SCOREL, 1998, p. 19)

Neste período eram poucos os críticos do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e no ambiente acadêmico constituíram-se as bases do movimento sanitário, com a participação de professores e alunos vinculados aos programas de Medicina Preventiva, mais tarde chamada de saúde coletiva ou pública.

O novo enfoque crítico trazido a tona pelos acadêmicos tinha com referência os conceitos básicos fundados na concepção preventiva que utilizava o conhecimento relativo à “história natural das doenças, o conceito ecológico de saúde e doença e multicausalidade como fator determinante das doenças” em oposição à histórica compreensão da medicina baseada em medidas curativas e individuais.

Em um período de forte repressão política, a aceitação de propostas contrárias ao modelo vigente foi possível a partir das discussões sobre a necessidade de extensão da cobertura assistencial para as populações mais pobres, sobretudo aquelas residentes nas zonas rurais.

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, como resultado da Conferência Mundial promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na antiga URSS, selou o compromisso dos países-membros em alcançarem “Saúde para Todos no ano 2000”, por intermédio da adoção da estratégia da atenção básica como modelo de cuidados com a saúde e a simplificação dos procedimentos tornando-os mais baratos e acessíveis a um número maior de pessoas.

Essa estratégia contava com a simpatia dos governos latino-americanos por serem soluções baratas e sem exigência de preparos técnicos mais qualificados, o que possibilitava o atendimento de demandas crescentes decorrente da urbanização acelerada nesse período. Assim, podia-se simultaneamente racionalizar o modelo, aumentar a

cobertura assistencial, além de propiciar aos pesquisadores desenvolverem modelos alternativos de prestação de serviços e ações.

O ideário preventivista e suas bases filosóficas (a sociologia histórico-estrutural, materialista marxista) exerciam a crítica, no campo da saúde, ao cientificismo, ou seja, a concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e isenta de valores (GARCIA, 1983, p. 120). Em contrapartida propugnava uma abordagem médico-social caracterizado por levar em conta o caráter político da área da saúde.

O novo enfoque histórico-estrutural foi desencadeado a partir do reconhecimento da fragilidade, incorreção e fragmentação com que vinham sendo analisadas as relações saúde e sociedade. Esta reflexão crítica sobre a medicina nos países latino-americanos surgiu como resposta a quatro grupos de fatos, segundo Laurell (apud NUNES, 1993, p. 26):

- da observação de que a posição de classe explica muito melhor que qualquer outro fator biológico a distribuição da doença na população e o tipo de patologia predominante;
- do equívoco da suposição “desenvolvimentista” de que as condições de saúde coletiva melhorariam como resultado automático do crescimento econômico;
- da percepção de que o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar não implicou um avanço substancial na saúde dos grupos por ela cobertos;
- da noção de que a distribuição destes serviços ente os diferentes grupos e classes sociais, que estão em relação inversa às necessidades de cada um, não depende de considerações técnicas e científicas, mas, principalmente, de considerações econômicas, políticas e ideológicas.

Com o questionamento e crítica da teoria utilizada para analisar o campo da saúde, ocorre a construção de novos marcos teóricos e metodológicos, com aplicação tanto nas pesquisas quanto nos projetos de reformulação das atividades médicas. O campo da saúde passa a configurar-se tendo por objeto não mais os indivíduos ou seu somatório, mas a sociedade, o coletivo como social, para compreender e explicar os fenômenos da saúde e da doença. Esse processo de revisão crítica levou a superação do modelo da “história natural das doenças” e da “multicausalidade”, e construiu-se o conceito de determinação.

O espaço institucional para a aplicação dessa teoria seria possibilitado pela importância adquirida pela questão social no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), elaborado no governo Geisel em meados dos anos 70. A questão social passou a ser objeto de interesse e incluída no planejamento governamental como necessária ao

estabelecimento de legitimidade do regime autoritário, produzindo o estímulo para o surgimento de equipes de pesquisadores opositores em algumas instituições públicas na área da saúde.

O processo de reforma sanitária brasileira permite apontar a dominância de certo padrão de concepção do Estado de tipo modernizador, com forte viés autoritário, com a área da saúde à frente do sistema de seguridade social e, mais recentemente, emergindo a nuance de um Estado não necessariamente produtor de serviços, mas com forte traço regulador.

Vinculando os conjuntos de circunstâncias internas e externas favoráveis, foi possível desenvolver alianças e compromissos políticos entre setores da saúde e a academia; a busca por legitimidade pelo regime, a necessária expansão da cobertura assistencial às populações mais pobres; a redução dos gastos correntes com saúde, tendo em vista a crise econômica; o fomento por organismos internacionais com financiamento de pesquisas com objetivo de alcançar o atendimento das camadas mais pobres da população; acordos e compromissos internacionais que comprometem o Brasil a melhorar a prestação de ações e serviços.

Os três pilares institucionais que estimulavam oficialmente à reestruturação e articulação do movimento sanitário foram: o setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicada (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (PPREPS/Opas) que, em conjunto, promovem uma rede de sustentação de projetos e de pessoas, por meio de financiamento de pesquisas, contratação de pessoal e estimulando as articulações com as secretarias estaduais de saúde. Essas iniciativas deram origem a vários programas de saúde que marcaram a conjuntura: o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Plano de Localização de Unidades de Saúde (PLUS).

Todas essas iniciativas compreendiam uma incipiente transformação na área da saúde cujo panorama era de mercantilização das ações e serviços de saúde sob a égide do Ministério da Previdência Social.

O movimento sanitário representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra de serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma

de pagamento conhecida como Unidade de Serviço (US) que se fazia contra apresentação de recibos. (SCOREL, 1998, p.51)

Durante toda a primeira década do regime autoritário, configurou-se um sistema estatal de atenção à saúde, caracterizado pela predominância da Previdência Social, com sua lógica e modelo, sobre o Ministério da Saúde, que foi enfraquecido normativa e financeiramente. Essa predominância foi construída a partir da concentração de recursos financeiros na esfera da previdência Social. Ao se organizar, em junho de 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social passou a ser o segundo maior orçamento da União, apenas superado pela própria União (SCOREL, 1998, p.51).

No interior do aparelho previdenciário, estabeleceu-se uma aliança entre os interesses privados e a burocracia estatal que “se consolidaram ao longo do período e prepararam as condições para uma crescente privatização dos serviços médicos e hospitalares prestados aos previdenciários” (CORDEIRO, 1982, p.83).

Nesse panorama de mercantilização da saúde protagonizado pela Previdência Social, o movimento sanitário passou a atuar setorialmente, aninhando-se dentro do Ministério da Saúde.

Enquanto a Previdência Social manteve-se no centro da responsabilidade pela oferta de serviços em uma conjuntura de crise econômica, que logo lhe atingiria, o Ministério da Saúde continuava a desempenhar um papel secundário de acordo com o Sistema Nacional de Saúde, criado pela Lei nº 6.229/73 e, por isso foi, possível introduzir outras modalidades de gestão que eram mais racionalizadoras do que transformadoras.

Neste espaço foi aprimorado não somente a organização, mas também a proposta de atuação para enfrentar uma situação que, segundo o próprio diagnóstico do “pensamento democrático na área da saúde”, tinha como problemas mais significativos, de acordo com Cordeiro et al (1986):

O atual estado de saúde da população brasileira é consequência direta de uma dupla determinação. De uma política econômica e social que coloca nas costas dos assalariados quase todo o ônus do crescimento econômico (...) e de uma política de saúde cuja característica mais importante é o empresariamento e cujo objetivo fundamental é o lucro;
Atualmente, a característica profissional mais marcante dos trabalhadores na área da saúde é a perda de sua dignidade enquanto tais;
A Política Nacional de Saúde é tratada de maneira autocrática;
Os recursos da Previdência Social para a assistência médica estão sendo dirigidos, basicamente, à compra de serviços de empresas privadas;
O governo financia a expansão dos serviços privados com a poupança da população;

O setor de equipamentos médicos, a dependência externa é tão grave quanto a dos medicamentos. (CORDEIRO ET AL, 1986)

O ideário da reforma sanitária foi sendo construído nesse cenário e com poucos atores sociais que se concentravam em institutos de ensino e em alguns postos de comando no Ministério da Saúde, responsável pelos programas de alcance coletivo e os destinados às populações rurais. Os principais pontos do projeto de reforma sanitária, balizados pela concepção de que a saúde vinculava-se obrigatoriamente a questão da democracia, compreendiam: a saúde é um direito universal e inalienável do homem; são as condições de caráter socioeconômicas as que viabilizam a preservação da saúde; as ações médicas detêm responsabilidade parcial, porém intransferível na promoção da saúde; diante do caráter social desse direito cabe à coletividade e ao estado a sua efetiva implementação.

A inserção de técnicos no Ministério da Saúde somente veio a configurar-se na constituição de forças políticas na arena de decisões setoriais a partir do final de 1979. Até então, ao longo de todo o processo de “distensão” política promovido pelo governo autoritário, os atores coletivos - o movimento sanitário - foram sendo urdidos e construídos, a começar pela articulação entre profissionais de saúde, acadêmicos, grupos de interesse e partidos políticos de esquerda, em um processo integrado e semelhante aos empreendido por outras forças políticas que atuavam na luta pela restauração da democracia, incorporação de políticas públicas de caráter social e na melhoria das condições de vida da população. Vivia-se a reativação da sociedade civil como participante das decisões e lutas de interesses nacionais.

A definição do significado e as características principais do movimento sanitário podem ser identificadas a partir dos elementos que lhe deram origem e importância política em sua atuação, seja na burocracia estatal, seja como interlocutor reconhecido e aceito como legítimo representante dos interesses da maioria da população. A história permite afirmar tratar-se de um movimento social com percurso histórico diferenciado da defesa de interesses particulares, que são característicos dos grupos de lobbies, mas que, pelo contrário, se revelou permanente e com ramificações em todas as áreas e campos da saúde, englobando igualmente pessoas sem vínculos profissionais com o setor saúde, além de agrupamentos políticos partidários.

A capacidade de agregar e buscar a ampliação da participação de outros setores e pessoas sem ligação com a área permitiu ao movimento sanitário desenvolver articulação de grupos e pessoas de diversas origens, mas com interesses comuns na promoção da responsabilização do Estado pela questão do binômio saúde-doença, e que no momento da

realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1988, apresentava tendências de ampliação tanto em números de integrantes e de ativistas quanto no que se refere a sua esfera de atuação e influência.

Teixeira (1987, p.94-115), tendo como referência a tese de Sérgio Arouca, caracteriza a formação do movimento sanitário pela construção de um saber, por ser um movimento ideológico e por ter uma prática política.

Entendendo-se por “prática teórica” (a construção de um saber) a transformação de um produto ideológico em conhecimento teórico por meio de um trabalho conceitual determinado; por práticas ideológicas (movimentos ideológicos) a transformação de uma consciência sobre si mesma; e, por prática política a transformação de relações sociais produzidas por meio de instrumentos políticos. (AROUCA, 1975, p. 73)

3.1 O Ideário da Reforma Sanitária Brasileira

O ideário da RSB tinha como ponto modal a compreensão e crítica do significado, extensão e tradução real, na prática, do “binômio saúde-doença” historicamente utilizado no campo da saúde coletiva e nas definições e implementações de políticas governamentais desenvolvidas no setor. Manifestação social, este binômio vinculava-se indelevelmente à questão da democracia.

O ideário da Reforma Sanitária consistia na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado suplementar àquele, sob controle público, e descentralizado. O que estava em questão era a universalidade da atenção à saúde, superando--se a histórica dicotomia entre *assistência médica individual* e *ações coletivas de saúde*.

O que se buscava, com a descentralização, era não só maior racionalidade do sistema de saúde, mas fundamentalmente a valorização da criação de novos espaços institucionais de participação, com poder deliberativo dos segmentos organizados da sociedade, constituindo-se, assim, uma estratégia de ampliar, no espectro social, as oportunidades de acesso ao poder.

As formulações de uma nova e radical concepção deste binômio desenvolveram-se no ambiente acadêmico na década de 70, mais especificamente nos departamentos de medicina preventiva e social e nas escolas de saúde pública.

Partindo do marco conceitual do movimento preventivista que nutria as idéias de Medicina Integral (*Comprehensive Medicine*) como contraponto e crítica às propostas e práticas da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária, empregadas em diferentes países latino-americanos, inclusive no Brasil, os ideólogos da RSB inspiraram-se, igualmente, nas concepções de Medicina Social desenvolvidas na Europa em meados do século XIX para delimitação do campo de conhecimento e de atuação que embasam essa nova concepção.

A junção destas duas matrizes conceituais (Medicina Integral e Medicina Social) sedimenta os paradigmas que norteariam a elaboração do projeto da RSB. Os elementos sociais e políticos são incorporados como amálgamas indispensáveis, e tornam-se centro e polo irradiador das demais formulações no setor.

A produção teórica desenvolvida no campo da Saúde Coletiva, a partir daí, passou a trabalhar com dois conceitos: *determinação social das doenças* e *processo de trabalho em saúde* (TEIXEIRA, 1985). A compreensão de que o binômio saúde-doença em uma sociedade não pode ser explicada exclusivamente pelos componentes biológicos e ecológicos, possibilitava ampliar os horizontes de análise, investigação e intervenção sobre as diferentes realidades, como integrantes dos processos de reprodução social, e, pois, como fenômenos determinados social e historicamente.

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

É neste cenário que os conceitos da “velha Saúde Pública” eram confrontados e questionados, ensejando a medicina social latino-americana a desenvolver uma vertente crítica ao pensamento relativo à saúde pública dominante, como destaca Rodriguez Neto:

Se pelo lado da questão saúde a Medicina Social tinha introduzido novos conceitos e abertos outros campos de intervenção além do prevenir/diagnosticar/curar, quais sejam a determinação social do fenômeno saúde/doença e a organização das práticas, serviços e sistemas de atenção à saúde, pelo ângulo da política, a visão que predominava no movimento era predominantemente reformista, ainda que tendo no horizonte o socialismo (RODRIGUEZ NETO, 1997, p.63).

Esta matriz de pensamento passava a orientar as construções teóricas e as práticas político-sanitárias que, como movimento de democratização da saúde, conduzia as transformações nas relações deste setor com outros setores análogos e, assim, como sua inserção e relação com o estado, a sociedade civil e as instituições públicas.

O processo reformista em seus esforços de inovações teórico-conceituais se fazia acompanhar de desconfianças e receios quanto à possibilidade e capacidade de preencher e superar as lacunas teóricas e as ausências de práticas solidárias no campo social. Aspectos culturais, psicológicos e subjetivos fizeram parte do rol de componentes envolvidos na definição e reconstrução do conceito do significado e extensão da saúde.

Saúde e doença, bem-estar e mal-estar são fenômenos não apenas físicos que se manifestam pelo bom ou mal funcionamento de um órgão, mas ao mesmo tempo possuem uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São fenômenos que possuem uma dimensão sócio-cultural, coletiva, e outra psicobiologia, individual, que não deveriam ser dicotomizadas. Devem então ser compreendidas enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um. (VAITSMAN, 1989, p.157-158)

A visão economicista das necessidades humanas é entendida pela autora de forma crítica, pois, ao restringir a concepção de saúde aos efeitos das formas de organização da produção e à distribuição das riquezas em uma sociedade, considera que as relações de classes decorrentes do processo social de produção determinariam as desigualdades nas condições de vida e de saúde, relevando outros fatores também importantes para, em conjunto, formarem as vigas mestras que contribuem para acentuar as distorções e discriminações presentes na atenção à saúde, como cor, gênero, idade, posição social, etc.

Nestes termos, a reforma sanitária brasileira, ao contrário do caso italiano, não se configura como uma esfera de ação preferencial do Estado e, portanto, como uma política de Estado, mas sim como um ato de interesse dos governos. A principal hipótese para explicar esta ocorrência remete ao tema recorrente da fragilidade da participação política em nosso meio, do qual a fraqueza das estruturas partidárias é decorrência e não causa, resultando na rarefação de partidos políticos mais orgânicos e ideológicos (SOUZA, 1976, p. 33-34).

A mediação entre Estado e sociedade flui através de outros mecanismos, como por exemplo, diretamente por determinados segmentos sociais que, representando interesses setoriais, cumprem o papel de mediação frente ao Estado e interferem na formulação e implementação das políticas de governo.

A influência do pensamento marxista no balizamento teórico e programático da RSB destacava a importância do conceito de “determinação” em contraposição ao modelo biomédico prevalente.

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

Mesmo que não desenvolvesse uma análise a respeito da pertinência da teoria da produção socialmente determinada do binômio saúde-doença, com o propósito de orientar as práticas e políticas no setor, o autor acima citado admitia a ampliação de espaços democráticos para a sua redefinição, destacando a importância da concepção gramsciana do Estado ampliado, como fundamento para a intervenção social organizada.

3.2 As Concepções de Organização e Estruturação de Serviços de Saúde

A Medicina Comunitária logrou imprimir racionalidade na organização dos serviços de saúde, imprimindo as noções de regionalização, hierarquização, participação comunitária, equipe multidisciplinar e multiprofissional, a partir das formulações originadas no movimento preventivista (DONNANGELO, 1976). Desde a incorporação das ciências sociais no estudo dos cursos de saúde pública, ainda na década de 70, as disciplinas de planejamento e administração, com abordagem de análises de custo-benefício e custo-efetividade, programação, planejamento participativo, sistema de informação, etc., foi possível desenvolver criticamente novos conceitos, metodologias e instrumentos operativos no campo da saúde. Estas iniciativas empreendidas pelo movimento preventivista possibilitaram outros arranjos institucionais, vindo a se constituírem em um dos principais fundamentos do movimento sanitário que deu origem ao projeto da RSB.

Partindo da análise dos processos de trabalho e do conceito-chave de organização social da prática médica, tal movimento opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada bem como de sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevalentes, organizado de

forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento. (FLEURY, 1988, p.196)

A Saúde Coletiva com vertente vanguardista passa a questionar a supremacia do economicismo e do estruturalismo que houvera sido importante nos primórdios das formulações preventivistas, e que havia reduzido os enfoques e críticas à estrutura do poder. A busca de outras e diversificadas alternativas teóricas assumem lugar de destaque como desafios à construção do projeto da RSB.

O conceito de práticas de saúde, inicialmente pouco valorizado na análise política do movimento sanitário e nas formulações de macropolíticas, tornou-se imprescindível como campo de experimentação e laboratório de modelos alternativos de gestão e organização de serviços de saúde, e indispensável para a consecução exitosa de projeto da RSB.

Diversas linhas de pesquisas, reflexões e experimentações relativas às práticas de saúde foram desenvolvidas em distintos centros acadêmicos e núcleos de estudos instalados em unidades de serviços, ensejando novos arranjos institucionais e profissionais para a criação de modelos alternativos de atenção à saúde, planejamentos locais e gestão participativa de profissionais e usuários. Estes novos arranjos criaram as condições para que outras dimensões subjetivas fossem incorporadas às práticas com a constituição de espaços de comunicação e diálogos entre trabalhadores de saúde e usuários na perspectiva da criação de sujeitos sociais.

Os diversos modelos de atenção à saúde e as iniciativas inovadoras que lhes acompanhavam propiciaram a articulação entre as universidades, os serviços e a comunidade em vários municípios e distritos sanitários.

Paralelo aos trabalhos de pesquisas, experimentações e de formação de recursos humanos desenvolvidos pelas academias e núcleos de serviços alternativos para construção de condições propícias as mudanças, também programas e ações implantadas em distritos sanitários e pequenas unidades de saúde contribuíram para o desenvolvimento de diversos modelos de atenção à saúde, como, por exemplo, a “estratégia da saúde da família”.

Assim, o ideário da RSB foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde como coroamento da uma ampla reforma social e política e de produção de conhecimento sobre o assunto. A questão da democracia sempre foi o cerne da concepção reformista: como necessidade para as mudanças setoriais e como possibilidade de transformação do Estado e da sociedade civil, assim como as relações entre eles. *A democratização da*

saúde, nas formulações da RSB, adquire o significado de elevação da consciência social e sanitária a respeito da saúde e de seus condicionantes e determinantes, além do reconhecimento do direito inalienável da cidadania, garantindo-se pelo acesso universal, gratuito e igualitário ao SUS e a participação da comunidade na definição e prioridades das políticas e da gestão.

Visando à *democratização do Estado* e de seus aparelhos, com a desconcentração do poder e descentralização dos processos decisórios, o reconhecimento de autoridade sanitária única em cada esfera de governo - comando único - evitando duplicidades de ações e gastos desnecessários e disputas políticas, e estímulo à participação social como forma de propiciar maior transparência nas prestações de serviços governamentais, constituíam objetivos explícitos do movimento reformista.

Ao mesmo tempo como estratégia e como finalidades precípuas, a RSB propugnava pela *democratização da sociedade civil e da cultura*, vistos em conjunto como espaços a serem conquistados e ocupados pelos cidadãos para modificações no modo de vida e organização das comunidades, condição indispensável para alcançarem-se melhores serviços de saúde e acessíveis a todos.

Em perspectiva, pode-se dizer que o projeto da RSB tinha um alcance e uma profundidade que ultrapassava os limites do setor saúde, atingindo outras áreas em busca de melhor qualidade de vida para o conjunto da população brasileira, criando estímulos e meios à implantação e desenvolvimento da solidariedade entre os cidadãos.

O projeto da RSB é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira (AROUCA, 2001, p.6).

Especificar e detalhar as bases sociopolíticas do projeto da RSB, sua *práxis* e as estratégias empregadas ao longo da construção dos pilares doutrinários da reforma, as características do movimento pelas reformas, alianças setoriais e intersetoriais, a ampliação do espectro de apoios partidários e as contribuições do mundo acadêmico nas formulações e experimentações de diversos modelos de atenção à saúde configuram, em seu conjunto, as raízes de uma nova modalidade de fazer política no Brasil, e cujo êxito contou com a participação de diferentes atores sociais em distintas posições extras e interinstitucionais.

A conjuntura política e econômica mostrava-se favorável a novas experiências inovadoras. Os setores mais modernos das indústrias viviam experiências econômicas mais

contemporâneas, decorrentes dos intercâmbios com países capitalistas centrais, e por isso, propiciavam melhores condições de trabalho e melhores distribuições de renda, sem, contudo significar rompimentos com a ordem vigente.

Cabe-nos, agora, realçar cada um destes múltiplos elementos constitutivos do amplo e ambicioso do projeto da RSB.

3.3 Os Atores Sociais e o Movimento Sanitário

Na conjuntura em que se deu a realização da VIII CNS, coroamento da legitimação da RSB, podemos identificar a presença de dois pactos que polarizaram e se digladiavam em torno da conquistas de posições e na busca de fazer prevalecer seus interesses imediatos e de longo prazo: o *liberal-burguês* e o *democrático-popular*.

O primeiro tendo como base de sustentação e apoio a grande burguesia do setor saúde com respaldo da pequena burguesia conservadora, a tecnoburocracia incrustada no aparelho de estado e os trabalhadores manipulados com massa de manobras pelos sindicatos ditos de “pelegos”.

Foi no interior do Partido Comunista Brasileiro - PCB 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 multicausalidade, onde foi introduzido o pensamento do materialismo histórico e foi possível desenvolver experiências de reorganização dos serviços de saúde. Este movimento sanitário, que, pela contingência da clandestinidade, era suprapartidário, assumiu também que o Estado não é monolítico. O Estado é um espaço de lutas sociais e, portanto, era possíveis lutas dentro desse Estado no sentido de produzir avanços sociais. Esse movimento suprapartidário expressou-se de uma forma muito fraterna, de experiências de trabalho de alianças; expressou-se, também, dentro do aparelho do Estado, pelas Ações Integradas de Saúde - AIS. E na organização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - Suds. O braço da democratização do sistema de saúde, de criação de conselhos estaduais paritários, deliberativos, aconteceu em muitos lugares (AROUCA, 1991, p. 16-17).

O pacto democrático-popular era constituído pelos trabalhadores organizados em entidades de classe - sindicatos e associações profissionais -, com apoio das pequenas burguesias progressistas, da tecnoburocracia especialmente pública e de alguns setores

industriais com fortes laços comerciais internacionais e com a incorporação de tecnologias mais modernas para se tornarem competitivas no mercado mundial.

As tensões dentro do movimento sanitário tiveram vários fatores determinantes. Destacamos os principais por representarem em seu conjunto as dificuldades que vivem e experimentam movimentos sociais com as características identificadas acima. Ao se envolver na luta pelo fortalecimento da sociedade civil, o movimento sanitário criou seus próprios limites de atuação e de representatividade. As classes sociais e os partidos políticos com interesses e compreensões próprias do processo levam à corrosão da unidade interna do movimento sanitário ao partidariá-lo. O apelido com nítido cunho pejorativo de “Partido Sanitário” - como o movimento ficou conhecido dentro e mesmo fora do mesmo - surgiu em um seminário organizado pela Opas, em 1981, onde se buscava caracterizar um grupo de lideranças com um conjunto de propostas e projetos comuns e coesos, cujos componentes eram militantes ou simpatizantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB).

Porém, todo o histórico do movimento revela-se multipartidário e com vários integrantes sem qualquer filiação partidária e sem até mesmo formação política nos moldes tradicionais da esquerda. Destaca Escorel (1998, p. 183), que a trajetória do movimento sanitário afigurava bem diferente do propagado “ficou claro que o processo observado não foi à configuração de um partido de profissionais de saúde”. Observa Nunes (apud ESCOREL, 1987): “a conformação do movimento sanitário ocorreu através da experiência plural das oposições”.

A convivência das diferentes correntes de pensamento, ainda, que nessa conjuntura com uma direção claramente vinculada ao PCB, foi o que permitiu sua consolidação. O chamado “Partido Sanitário” é, na realidade, um movimento de profissionais de saúde - e de pessoas vinculadas ao setor - que usa um referencial médico-social na abordagem e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil.

As dificuldades na implementação da RSB se tornavam mais visíveis à medida que seus princípios e diretrizes eram transformados em realidade. Para além dos obstáculos e resistências esperadas pelos setores mais conservadores e que se beneficiavam a muito tempo do antigo modelo de atenção à saúde, pode-se destacar como grave equívoco a tática escolhida para a efetivação do projeto sanitário.

A reforma adquire maior impulso e relevância em seus aspectos administrativo-legais e menos sanitária, visto que “em lugar de envolver o Estado na política de saúde, envolve-se a saúde nas manobras políticas” (BERLINGUER, 1988, p.62). Na Reunião

Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), em 1988, realizada em São Paulo, o autor advertia:

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, 1988, p.62).

Mesmo durante o ano da promulgação da Constituição Federal, já havia consciência crítica dos desvios e distorções que poderiam comprometer o percurso, a construção e consolidação da RSB como um modelo novo e eficaz de políticas públicas na área da saúde.

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. (DAMASCO, 1989, p. 89)

Tendo em vista o cenário em que ocorreu a consolidação da RSB no plano jurídico-legal, a mesma foi sustentada politicamente pela existência de movimentos sociais de origem diversas que emergiram do seio da sociedade civil, como: a) o movimento sindical; b) movimento popular em defesa da saúde; c) profissionais de saúde; d) técnicos, intelectuais e burocratas da Saúde Coletiva; e) partidos políticos (JORGE, 1991, p. 6). O movimento sindical tinha uma participação pouco expressiva quando comparada a sua capacidade de mobilização e força política pelo fato das áreas que concentravam os trabalhadores mais politizados disporem de serviços médicos-assistenciais providos pelo setor privado lucrativo, e, pois, com acesso e qualidade distinta das ofertas do setor público. Esta realidade propiciava o surgimento do componente corporativo que impedia o avanço consistente das lutas pelas reformas.

Lembrando que a conquista da hegemonia se faz de forma permanente, prolongada, e pressupõe uma longa luta de persuasão visando à direção política, moral e cultural, a estratégia de “guerra de posição” claudicava pela sua condução que se distanciava da política, em favor dos aspectos administrativos.

O movimento popular em defesa da saúde, pilar importante nas origens das lutas pela democratização da saúde, tornou-se fragmentado e pulverizado logo após a aprovação do texto constitucional, em decorrência da ausência de organismos de união no âmbito

nacional que funcionassem como espaços para os dissenso e superação das divergências e disputas dentro do próprio movimento.

Os integrantes do movimento pertencentes à Saúde Coletiva - técnicos, intelectuais e profissionais de saúde - tiveram importantes contribuições para a RSB, notadamente na produção teórica e dentro das instituições que lhes abrigavam e respaldavam. O componente relativo aos partidos políticos representava um elo fraco na corrente pelo apoio e sustentação das reformas em sua fase pós-legalização, sobretudo quando comparado ao papel desempenhado pelo PCB nas origens do movimento sanitário.

A conquista da democracia havia levado os partidos políticos a se diferenciar de forma mais radical entre si, com vistas às disputas por posições nos contextos das contendas político- -eleitorais. As disputas eram direcionadas e travadas dentro dos partidos que lutavam internamente ao movimento pela busca do protagonismo que já não cabia mais a nenhum partido isoladamente como ocorreu no passado.

Os partidos políticos alinhados com as reformas ou pelo menos simpáticos em parte as mesmas, como o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), o Partido Comunista do Brasil (PC do B), o Partido dos Trabalhadores (PT), o Partido Comunista Brasileiro (PCB), o Partido Socialista Brasileiro (PSB) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT), constituíam uma base política frágil e gelatinosa que não mais proporcionavam a direção, a condução e a amálgama necessária à consolidação da RSB, com seus inúmeros obstáculos e resistências.

A fase posterior à legalização do projeto da RSB foi, assim, marcada pela ausência de articulações políticas que envolvem os cinco elementos que na origem do movimento haviam criado as condições para a formulação e consolidação de uma contra-hegemonia inéditas nas políticas sociais públicas no Brasil.

A redemocratização havia criado múltiplos atores dispersos e grupos atomizados diante das necessidades impostas da realidade nacional. A conjuntura de distensão e liberdade política levou à fragmentação e dispersão dos atores sociais que lograram êxito na consolidação do projeto e na adesão de outros atores sociais e partidos políticos, culminando com o vitorioso desempenho no campo jurídico-legal e nos aspectos administrativos de seus postulados. A mudança de conjuntura levou a alterações nas estratégias de condução do projeto. Cede espaço o “movimento sanitário” e passa a vigorar como vanguardistas o “personalismo sanitário”.

O movimento sanitário conformou-se de maneira inovadora e criativa, na política de “aproveitar espaços”, rompendo com o isolacionismo a que a sociedade civil 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. (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 63)

O efeito imediato destas mudanças ocorreu com a concentração dos esforços e lutas a serem desenvolvidos, prioritariamente, no âmbito do parlamento em detrimento da busca de ampliação e fortalecimento das bases que haviam dado suporte, sustentação e legitimidade ao projeto da RSB. Trocou-se, assim, o “movimento como sujeito coletivo” pelas iniciativas, negociações e entendimentos realizados pelos próceres reformistas com acesso a arena política tradicional: parlamentos e partidos políticos, ficando à margem em posição secundária os atores sociais que formaram as bases nos anos iniciais da construção do projeto reformador.

Relembrado os compromissos dos idealizadores do projeto da RSB, inscritos nos Anais do *I Simpósio sobre Políticas de Saúde*, em 1979, verifica-se a ênfase nas questões relativas às condições necessárias que possibilitam a saúde e o reconhecimento da importância dos aspectos socioeconômico como estratégicos na consecução da reforma.

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)

Assim, perdurava no seio do outrora unido e coeso movimento sanitário questionamentos e propostas as mais diversas quanto aos meios, instrumentos, estratégias e táticas a serem utilizados no processo político que transcendam as práticas ideológicas, isto é, como articular-se de forma ampliada na busca de novos atores e apoios sociais na arena das disputas políticas cotidianas sem perder o viço pela inovação e transformação, mantendo, todavia, o vigor do projeto mediante as necessárias pactuações.

Estas dúvidas fomentavam ainda mais as discórdias e discrepâncias quanto às trincheiras e serem ocupadas e suas importâncias como forma de fazer a luta avançar, levando a dispersão pela abertura de caminhos e percursos construídos de modo personalista ou por pequenos grupos com baixo poder de arregimentação, mas providos de grandes capacidades alaridos intimidatórios.

Assim, persiste a dimensão que admitia a necessidade de ampliação da consciência sanitária como forma de promover alterações na correlação de forças políticas em prol da construção de uma contra-hegemonia vitoriosa, porém com crescentes poros na rede de apoios sociais em decorrência de sua fragmentação.

As três vertentes de atuação do movimento sanitário em sua fase de amadurecimento político e técnico haviam selecionado, como visto anteriormente, os caminhos a serem percorridos simultaneamente, visando à consecução do projeto da RSB. São elas: o *técnico-institucional*, com o aproveitamento da formação profissional dos novos atores sanitários, imbuídos de uma consciência renovada e vanguardista, para ocuparem os espaços institucionais com vistas a imprimirem, na medida do possível, a marca das mudanças, seja com a elaboração de críticas aos programas governamentais existentes, seja pela formulação de propostas alternativas que serviam como experiências e galvanizadoras de ações e arregimentadores de outros participantes em defesa do projeto; o *sócio-comunitário*, que tinha o propósito de promover a aproximação e articulação dos profissionais de saúde dos usuários dos serviços, estabelecendo uma simbiose que frutificasse na viabilização de novos arranjos, na organização e operacionalização do modelo de atenção à saúde adotado como alternativo aos serviços tradicionais, no que diz respeito à participação da população na gestão e fiscalização das ações e procedimentos selecionados e empregados na prestação da assistência à saúde da população; o *legislativo-parlamentar*, como instância de articulação política, fórum para a busca de alianças, adesões e negociação das propostas elaboradas e postas a comprovação de sua eficácia nas práticas empreendidas em diversos municípios e núcleos de assistências mantidos por doações e contribuições originadas em entidades e organismos internacionais de estímulo e apoios à inovação de métodos e experimentações de procedimentos alternativos visando ampliação da cobertura assistencial as populações mais pobres e a custo benefício-financeiro adequado a realidade interiorana.

Destas três vertentes, a última foi privilegiada como caminho estratégico para fazer avançar o projeto reformar. Embora, possa-se reconhecer sua importância para a viabilização do projeto no campo da legalização, sua supremacia relativa determinaria o afastamento e isolamento do movimento sanitário nas duas outras frentes de batalha: o sócio-comunitário e o técnico-institucional.

Os ideólogos não souberam ou não puderam conciliar adequadamente em termos valorativos os três caminhos a serem percorridos para darem conta do êxito da RSB em suas diferentes fases. Desde a elaboração e formulações teóricas, as experimentações em

unidades prestadoras de serviços municipais e de pequeno porte, a atração e adesão de novos atores sociais no trabalho intrainstitucional (usuários e profissionais de saúde), a legitimação obtida junta à população e aos partidos políticos, a aprovação dos princípios e diretrizes, conferindo legalidade aos preceitos da reforma, e, ainda, a fase mais difícil e problemática, correspondendo à implantação e consolidação do novo modelo de sistematização e funcionamento da assistência à saúde no Brasil.

O privilegiamento do caminho legislativo-parlamentar manteve a unidade das forças políticas que lutavam pelas reformas, porém nas outras trincheiras de lutas havia disputas internas no movimento e dispersão de militantes com o surgimento de visões múltiplas quanto às táticas e estratégias a serem adotadas para alcançar igual êxito em outras duas frentes de batalhas.

O resultado mais imediato foi a fragmentação do movimento e conseqüente enfraquecimento do poder de pressão política e diminuição da capacidade de promover articulações sociais e políticas que garantissem as condições para sustentação e impulsionamento das reformas em direção a constituição de um sistema de saúde pública com a visão e alcances mais amplos que o horizonte do próprio setor.

Enquanto alguns se dedicavam a frente de lutas no âmbito parlamentar, outros militantes ocupavam-se com a implantação do SUDS - predecessor do SUS -, da gestão no modelo, e da decrescente mobilização social no enfrentamento dos opositores das reformas sanitárias como os: a) empresários do setor; b) oligarquias, coronelismos e setores políticos clientelísticos e fisiológicos; c) corporações profissionais. (PINHEIRO, 1991, p. 63)

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)

Independente das divergências e disputas político-ideológicas entre os atores e autores da Saúde Coletiva defensores da RSB, verifica-se a presença do “elemento jacobino” contra os “transformistas”. Sua explicitação decorria da conquista das propostas mais moderadas em contraposição às tendências mais radicais do movimento sanitário que advogavam a exclusividade, por exemplo, da saúde como área de competência privativa do setor público. No contexto de crise econômica, déficit fiscal, retrocesso político da “Nova República” e refluxo dos movimentos sociais, inclusive na saúde, adota-se uma estratégia

que se coaduna com a *práxis* do projeto da RSB desde suas origens: enfatizar a necessidade de democratização na saúde e reforçar os aspectos ideológicos por meio da “publicização” do ideário reformista, com vistas à ampliação e à consolidação da rede de sustentação e apoios do projeto, aliadas à introdução do planejamento em saúde como ferramenta vital para otimizar os recursos materiais e humanos, lastreados pela concepção de determinação social da saúde-doença.

Contando com dois vertedouros para condução do projeto, os reformistas utilizam os espaços institucionais do aparelho de estado - *braço estatal* - e mantêm as articulações ampliadas com os segmentos da sociedade civil na conformação do *braço civil* do movimento sanitário.

Pressuposto que, num sistema hegemônico, o Estado tem de fazer concessões, qual é o limite para tais concessões? Ou em outras palavras, qual é o limite para a expansão de políticas sociais no interior da sociedade capitalista? (COUTINHO, 1989, p. 56)

Considerando a idéia de seletividade estrutural (OFFE, 1984) seria necessária uma força social capaz de levar o Estado a ampliar tais concessões, e para tanto a correlação de forças em cada conjuntura teria que ser ponderada para a eficácia da ação política.

Não decorre apenas do seu momento de construção de uma identidade política, mas fundamentalmente, em termos leninistas, do momento estratégico-militar, no qual são construídos os instrumentos de luta dos quais dependerá a possibilidade de alteração real da correlação de forças. Ou seja, parafraseando Gramsci, é quando as ideologias se tornam partidos, que se está colocando em questão a hegemonia dominante. (FLEURY, 1997, p. 25-26)

A constituição de forças políticas capazes de construir uma contra-hegemonia na área da saúde se fez por intermédio da criação de um sujeito coletivo denominado “partido sanitário”, originalmente com um viés pejorativo, mas adquirindo posteriormente uma conotação de referência simbólica para representar um conjunto de forças políticas, moldando um movimento social suprapartidário e aglutinador de pensamentos reformistas, galvanizando militantes em prol de reformas estruturantes e modernizadoras no setor saúde. Desempenhavam o papel que havia sido do Cebes e, posteriormente, da Abrasco na elaboração teórica e difusão de idéias alternativas para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Na fase pós-constituente, ocorre uma desmobilização das forças sociais e políticas que tinham colocado em movimento, e na agenda política do país, o projeto de RSB como concepção contra-hegemônica vitoriosa.

Na ausência de entidades e partido político que atuassem como centro de referência e polo aglutinador das várias correntes e tendências existentes dentro do movimento sanitário, verifica-se a dispersão destas forças políticas e a fragmentação do bloco histórico em defesa das reformas na saúde.

A questão da democracia e da democratização em saúde havia permeado todo o percurso histórico do projeto reformador, e o que deveria ser um valor intrínseco ao movimento e fator de estabilização e consolidação do movimento sanitário, como instrumento de promoção de mudanças via pressão social, termina por exercer a função oposta, isto é, os membros dos movimentos sociais e, em particular, os do movimento sanitário não souberam aproveitar e fazer bons usos das liberdades de associação e de expressão, vocalizando, ainda, em defesa da implantação e consolidação da RSB, mas antes optando pela cizânia nas hostes reformistas.

Cada agrupamento político e social passa a defender e, sobretudo, combater os aliados de ontem, deixando de lado os verdadeiros obstáculos e adversários reais e investem forças e energia com o propósito de fazer prevalecer suas idéias e posições política em detrimento da busca e construção de novas alianças políticas e novos arranjos e articulações dentro do próprio movimento sanitário.

A indispensável e também inevitável renovação nos quadros de militantes políticos que conduziam o projeto da RSB deveria preservar e perseverar na manutenção da sistemática de atuação política que havia trazido resultados positivos para o movimento reformista, introduzindo mudanças nas táticas e estratégias adequadas às necessárias adaptações decorrentes de alterações na conjuntura, sem perder o norte da construção do novo modelo e sem deixar de considerar que a principal virtude do movimento sanitário, responsável direta pelo seu êxito no campo da legitimação e, posteriormente, na seara da legalização, havia decorrido da existência do um movimento social que assumiu o papel e desempenhou as funções de um sujeito coletivo, suprapartidário e sem dogmas de viés corporativistas.

A prática do exercício permanente da ideologia sempre esteve presente nas formulações teóricas e nas ações desenvolvidas pelo movimento sanitário. Seja como pensamento para compreender e elaborar formas de intenção na realidade concreta, seja como instrumento de persuasão e conquistas de posições na arena política. O declínio do exercício contínuo desta prática contribui de forma decisiva para o arrefecimento e refluxo do movimento sanitário como sujeito coletivo e protagonista das mudanças que se processaram a sociedade e no Estado e em seus aparelhos.

A ausência de um partido político que atuasse como amálgama das correntes e tendências que estão sempre presentes em movimento social de grande importância e constituído por elevado número de participantes ativos e combativos contribuiu de forma expressiva para o aumento das tensões e divisões internas no movimento sanitário.

Com a democracia em pleno vigor, naturalmente surgem divergências e disputas políticas que levam à diversificação do quadro partidário. Raramente um único partido político detém, nestas circunstâncias, o monopólio dos movimentos sociais. Quanto maior o movimento social, seja em número de participantes ativos, seja em importância política, maior, pois, a capacidade de produzir efeitos impactantes nas tomadas de decisões na arena das contendas políticas.

Embora a militância se construa nas lides políticas, esta, para ser eficaz e produzir resultados, exige uma organização que se inicia nos núcleos formuladores e se estende aos outros integrantes do movimento social, sobretudo, os pertencentes às classes subalternas que, em maior número e maior capacidade de mobilização e participação ativa, constituem globalmente em intelectual coletivo.

O movimento social em defesa da RSB, que pretendia transformar a sociedade civil e o próprio Estado construindo novas formas de relacionamentos e de compromissos solidários e humanísticos, teria capacidade de alcançar tal feito, em bases democráticas? A produção de um projeto contra-hegemônico em meio a uma sociedade, em geral, refratária a mudanças significativas, mesmo sem o recurso de medidas de rupturas, foi acompanhada de uma estratégia para a continuidade e manutenção das conquistas preliminares?

As respostas para tais indagações podem contribuir para as explicações quanto aos rumos tomados pelo movimento sanitário após sua vitoriosa fase pré-legalização.

Compreender a conjuntura e as estruturas que se buscavam mudar exigiria discernimento acurado quanto às possibilidades reais disponíveis para o prosseguimento das lutas em defesa da RSB, e o desenho de novas táticas e estratégias aptas às transformações nos marcos da democracia. O respeito às regras e limitações determinadas pela observância dos preceitos democráticos exigiria maior capacidade de negociação e composição com as forças políticas relevantes no processo decisório. A construção de projeto contra-hegemônico não implica sua imposição, ao contrário. Por definição, o mesmo só pode prosperar como instrumento de persuasão e promoção de consensos parciais. A totalidade das concepções colocadas na arena política deve servir para as conquistas paulatinas de posições, e fazendo-se avançar as lutas sem perder de vista a dimensão da necessidade de manutenção e preservação do projeto contra-hegemônico.

Todavia, as conquistas, apesar dos percalços, foram muitas e expressivas como salienta esta autora:

Mais do que uma profunda Reforma do Estado, o projeto da Reforma Sanitária foi a ponta de lança na construção de uma 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)

Reconhecendo-se os avanços obtidos pelo movimento sanitário brasileiro com as inovações institucionais decorrentes dessa contra-hegemonia, assim como, o alargamento das bases sociais num primeiro momento das lutas, com o ingresso de novos atores na cena política, há que se destacar a insuficiência dos mesmos para sustentar as renhidas disputas futuras, na fase de implantação e consolidação da RSB.

A segunda questão em aberto quanto à estratégia adotada nas fases posteriores à inscrição no texto constitucional não resta dúvidas quanto à inadequação das escolhas realizadas e equívocos em sua condução. Além da carência das bases sociais renovadas e ampliadas indispensáveis, antigos atores sociais partícipes desde as origens do movimento sanitário deixaram suas posições de militantes da causa e voltaram-se para o apego dos aspectos corporativistas.

Os profissionais de saúde em grave crise de identidade, em face da perda inexorável de suas posições históricas de exercícios de suas atividades de forma liberal e autônoma, comprometeram o seu apoio à RSB, diante, também, da instabilidade econômica e consequente degradação das suas condições de trabalho e de remuneração desde os anos 80, sem qualquer perspectiva de recuperação do prestígio outrora desfrutado e nem dos ganhos financeiros historicamente associados aos exercícios das profissões de saúde.

Tais condições objetivas tiveram o efeito de anular o longo trabalho de persuasão nas categorias, de forma a mudar os valores que distorcem as funções dos profissionais na sociedade e perante ela, como o individualismo, o afrouxamento de compromissos com o exercício de suas atividades, etc. Muitos dos profissionais de saúde, notadamente os médicos, passaram a sofrer as influências ideológicas das tendências liberal e trabalhista. A manutenção de ativo político requeria uma prática ideológica capaz de atuar nos níveis da consciência, sob a premissa de que a luta pela hegemonia desenrola-se, primordialmente, no plano das idéias:

Caso o ideário trabalhista continue a perder terreno, e o ideário neoliberal e os valores que lhes são inerentes ganhar mais espaços poderão 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)

Além da perda de uma força importante para a continuidade do projeto da RSB, perdia-se também não somente alguns protagonistas, mas aqueles que detêm os conhecimentos, as técnicas, a credibilidade e o reconhecimento junto à população e, ainda, o saber e o próprio trabalho postos à disposição das reformas estruturantes do setor saúde.

Em substituição a estes profissionais, enquanto categoria com fins comuns adquirem força e prestígio os gestores e produtores de serviços (empresários e trabalhadores), enquanto os grupos de consumidores e de usuários de bens e serviços “encontram-se em posição de desvantagem estrutural” (VAITSMAN, 1989, p. 148).

Os espaços institucional e legais para a participação social e profissional na representação da sociedade civil, por meio dos conselhos e conferências de saúde, não têm sido suficientes para influir nos destinos da RSB, em sua implantação e consolidação, de acordo com as idéias originais do projeto reformador.

As posições dos conselhos de saúde decorrem de condições políticas adversas à sua plena realização. As leis não podem criar condições políticas contrárias ao funcionamento, a organização e aos interesses da própria política. Fazer política não implica negar a necessidade e importância da existência da própria política buscando anulá-la e substituí-la pelo tecnicismo.

Ambas as situações extremas têm como base comum a visão instrumental dos Conselhos que, considerados “braços” da sociedade, devem manter-se em posição externa ao Estado, seja para guerreá-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)

O autor identifica que “os Conselhos de Saúde são arranjos institucionais tendentes a produzir impactos modernizantes e democratizantes sobre o padrão de processamento de demandas na área da saúde” (CARVALHO, 1979, p. 99). E sem aleivosias com a RSB, reconhece o patrimonialismo e clientelismo como práticas arraigadas historicamente no Estado brasileiro, a modernização conservadora decorrente do processo de transição

democrática do regime autoritário, a persistência da cultura de coalizões e as distorções e iniquidades dos sistemas político e eleitoral.

Ainda assim, os Conselhos de Saúde exercem uma função democratizante e com potencial para a formação de consciência sanitária, ampliando a permeabilidade às demandas de setores não contemplados pelas ações governamentais, agindo como instrumento de alargamento da seletividade estrutural do Estado, na ampliação da agenda pública, e inovando nos mecanismos tradicionais de pressão e influência nos processos decisórios.

Enfim, por maior inovação político-institucional que tenha sido a experiência dos conselhos e por mais relevantes 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.

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 socioambientais (PAIM, 2008, p. 238).

Portanto, ocorreu um deslocamento e substituição das bases de sustentação e impulsionamento nos campos político, ideológico e social da RSB desde os anos 80. O poder político de mobilização exercido originalmente pela sociedade civil foi ocupado pelos gestores do sistema, e pelos seus colegiados de pactuação, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) - colegiados dos secretários estaduais e municipais de saúde, respectivamente.

Tal substituição de atores sociais por gestores do sistema pode explicar, em parte, a ênfase que tem recebido os aspectos atinentes a dimensão setorial da RSB, adicionado aos destaques relativos ao financiamento e gestão, em detrimento da primazia e precedência do tipo de modelo de atenção à saúde e das medidas para lidarem com os fatores determinantes e condicionantes da saúde-doença, em conformidade com o projeto da RSB.

3.4 O Ideário da RSB Revisitado

3.4.1 As Conquistas da RSB

Podemos afirmar que o projeto da RSB representa uma proposta de reforma social inconclusa que trafegou por diversos percursos e conjunturas distintas, articulando práticas - política, ideológica, científica, técnica e cultural -, promovendo transformações estruturais em um setor vital para a sociedade, mediante a concretização de um projeto contra-hegemônico e, por isso, fazendo história.

Tendo a Saúde Coletiva - síntese programática e doutrinária da Medicina Social e da Medicina Integral - formado o triedro ideologia, saber e prática e sustentando e impulsionando teoricamente a RSB, possibilitou transformações profundas nas estruturas do setor saúde.

Todas as experiências anteriores de mudanças no setor saúde assentaram-se na perspectiva do Estado como fonte desencadeante das ações e programas estritamente estatais. O projeto da RSB inverteu e subverteu a lógica predominante, historicamente, no setor ao partir em suas origens da sociedade civil e só, posteriormente, voltou-se para a direção do Estado com vista a sua conquista, via Parlamento e Poder Executivo.

Pode-se constatar que passados trinta anos de fundação do Cebes e vinte e três anos após a realização da VIII CNS há um conjunto de importantes vitórias a serem consideradas como êxito do movimento sanitário e da viabilização do projeto da RSB: o reconhecimento formal da saúde como um direito do cidadão; o direito universal e gratuito ao acesso aos serviços e ações; a direção única em cada esfera de governo, respeitando-se a federação; a descentralização e desconcentração do poder; a cidadania como necessidade e possibilidade extensiva a todos para ter-se “saúde”; a ampliação da permeabilidade do Estado às demandas da sociedade civil; a criação e expansão de programas como o PACS/PSF; o crescimento exponencial do atendimento médico-sanitário e de sua produtividade (mais de 1,5 bilhão de consultas ambulatoriais em 2004; 200 milhões de exames laboratoriais; 12 milhões de internações; 1 milhão de tomografias, etc.), disciplinamento, regulação e realização de 23.400 transplantes, desenvolvimento, implantação e ampliação de sistemas de informatização e informação em saúde, entre outros avanços.

Ganhou o Estado com a ampliação da oferta de ações e serviços, acompanhada da redução de desperdícios físicos, humanos e financeiros pela extinção da sobreposição de programas e de comando/direção; a sociedade civil pôde comprovar seu poder de pressão e influência nas decisões quando se organiza e trabalha em torno de um objetivo comum; os serviços públicos de saúde estão presentes em quase todos os 5.500 municípios; quando comparados ao SNS, o SUS apresenta avanços na quantidade e na qualidade dos serviços ofertados à população brasileira; a saúde deixou de ser assunto exclusivo de técnicos e profissionais da área com a participação de usuários mesmo, ainda, aquém das possibilidades; o binômio saúde-doença ingressou as agendas governamentais e políticos partidários de forma permanente.

3.4.2 As Promessas não Cumpridas

Mesmo sendo possível relacionar extensos pontos de sucesso, vitórias e conquistas no âmbito do SUS, o projeto da RSB permanece, ainda, com inúmeros aspectos de sua doutrina não resolvidos.

A perda de bases sociais muito antes da concretização do projeto da RSB e a ausência de apoios de partidos políticos em seus programas e doutrinas levaram ao confinamento do projeto a sua dimensão exclusivamente setorial e, como consequência, a submissão do SUS aos interesses oportunistas e eleitoreiros, impondo uma série de limitações e distorções na sua implantação, contribuindo para certo ceticismo por parte de segmentos da população.

Situação que tem dificultado sua consolidação como instrumento de promoção da cidadania através da disponibilidade de serviços em condições de inspirar na população a segurança e confiança em momentos de aguda necessidade como nas urgências e emergências médicas.

Em todo o período pós-constituinte, crucial para a expansão e consolidação do projeto da RSB, o SUS como braço institucional enfrentou um conjunto de obstáculos não superados, ainda, tais como: o financiamento aquém das necessidades do sistema; o conceito de seguridade social permanecendo sem a devida integração das áreas afins sem ações intersetoriais; a carência de bases sociais que explica, em grande parte, a precariedade do ambiente político que atualmente sustenta o SUS; o corporativismo,

notadamente dos médicos, em decorrência da baixa valorização profissional traduzida em remunerações baixas e discrepantes entre os profissionais com atuação em setores e instâncias governamentais diferentes como consequência da não criação de um piso nacional; os fóruns e instâncias consultivas e deliberativas com pequena capacidade de intervenção real nas definições de prioridades; supremacia da esfera federal na decisão de políticas para o setor; a persistência de políticas clientelísticas e partidarismos na gestão do sistema; ausência da carreira de gestor; a integralidade e igualdade que continuam apenas como retórica; entre outros.

Princípios e diretrizes têm caído em descrédito e passam a alimentar as críticas de setores de serviços privados e segmentos populacionais que visam minar os esforços de construção e consolidação de um modelo de atenção à saúde que, mais amplo do que um setor, passa a contribuir para reformas estruturantes e modernizantes do estado e da sociedade civil com vista à justiça social.

Não é possível somente defendê-la, é preciso fazer uma avaliação crítica. Não se pode defendê-la da ofensiva reaganiana contra o Estado Social simplesmente defendendo as conquistas das décadas precedentes; 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 vinte 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, Encarte Revista do CEBES)

O descrédito em relação do SUS não decorre exclusivamente dos oponentes do modelo, mas também como consequência direta da falta de aliados na sociedade civil e nos partidos políticos. A carência de bases sociais e a partidarização da gestão do sistema com o uso de cargos de direção como moeda de troca entre partidos têm contribuído para a descontinuidade administrativa, o clientelismo e a apropriação privada de bens públicos em proveito de grupos e facções políticas. Quadro este agravado pelas reconhecidas limitações histórico-estruturais da sociedade brasileira quanto ao patrimônio público e seus serviços.

Assim, da perspectiva de seu financiamento, configura-se uma situação de indefinição em que o sistema vigente no Brasil não se caracteriza por sustentar-se nos recursos fiscais (sistema público universalista) ou exclusivamente nas contribuições calculadas sobre as folhas de salário (sistema de tipo seguro, segundo a lógica de mercado, e, portanto não universalista, mas meritocrático). E, na prática, nem o sistema público (SUS) comporta-se como universalista, dada às enormes dificuldades que enfrenta quanto à

cobertura e ao acesso aos serviços, nem o sistema privado (complementar/supletivo) comporta-se genuinamente como modalidade seguro, dados os incentivos fiscais do Estado e os subsídios cruzados que recebe dos serviços públicos, sobretudo nos procedimentos assistenciais de alto custo.

Assim, a caracterização de um sistema de saúde seletivo na sua base de adstrição de clientela é apontada como de difícil reversão por alguns estudiosos e compromete o princípio constitucional da universalização exigido na estruturação do SUS (SILVA apud GUIMARÃES, 1991, p. 25).

Não se pode então falar em desfecho para o projeto da RSB, visto ser uma construção de longo prazo com avanços e conquistas em determinadas conjunturas, sucedidos por recuos, distorções e debilidades em momentos distintos. Até o presente, o projeto da RSB permaneceu circunscrito à promoção de reformas parciais nos campos setorial e institucional, com a implantação do SUS.

Considerando o processo da reforma ocorrido na Itália, observa-se que lá a Reforma Sanitária obteve o respaldo de uma ampla coalizão de partidos políticos progressistas e pela presença e atuação de fortes centrais sindicais que sustentaram as lutas políticas e impulsionaram as mudanças estruturais. Em contrapartida, no Brasil, a RSB padece como vimos desses apoios políticos, contando apenas com uma frente parlamentar suprapartidária no Congresso Nacional centrada mais no personalismo de alguns do que em compromissos efetivos de seus respectivos partidos políticos que fossem manifestados em seus programas.

No entanto, quando realizamos a comparação entre as conquistas e ganhos auferidos pelo setor saúde com outras áreas de forte presença de movimentos sociais, como educação e reforma agrária, vê-se que o êxito da RSB não pode ser desconsiderado. Fato que se torna ainda mais relevante quando lembramos que o projeto da RSB nunca foi uma “bandeira” de toda a sociedade brasileira, e nem o SUS pode ser identificado como vitória do povo.

Disso também resulta um “sistema de saúde” restritivo quanto à cobertura oferecida, extremamente segmentado na produção e no acesso aos serviços, iníquo no atendimento das necessidades sociais, e absolutamente desigual no tratamento dispensado aos usuários. Em consequência, na prática, transformam em letra morta os preceitos constitucionais aprovados em 1988 e o conteúdo de boa parte da legislação do SUS. Nesse sentido, a área da saúde também espelha, nas palavras do professor Francisco de Oliveira, “o Estado de mal estar social” vigente no Brasil.

De um lado encontram-se os cerca de 40 milhões que constituem a parcela dos incluídos, com acesso a uma rede de serviços de saúde subsidiada de várias formas pelo Estado, e que nos segmentos de ponta é tecnicamente comparável à dos países desenvolvidos que destinam muito mais recursos financeiros para o setor saúde.

No outro extremo, encontra-se a grande massa dos excluídos, com precário acesso a um sistema de saúde já deteriorado em função do relativo desinvestimento público no setor e do desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços, e que também apresenta disparidades e problemas na qualidade da assistência prestada. E isto significa a continuidade perversa de um “sistema de saúde” ainda fragmentado, que privilegia as ações curativas e drena recursos do fundo público para os serviços privados de saúde, sobretudo para os hospitalares (MARTINS, 1995, p. 319).

É necessário que se reverta a lógica de financiamento na relação do setor público com o próprio setor público. O que está em questão aqui é o mecanismo de repasse de recursos entre as três esferas de poder - nacional, estadual e municipal. Embora uma das conquistas centrais do movimento sanitário tenha sido a descentralização da saúde, tornando o nível municipal o principal responsável pela atenção à saúde de sua população, a estratégia política de sua implementação, e que precedeu a Constituição de 1988, configurou-se numa relação entre essas esferas de governo, caracterizada pelo pagamento por serviços prestados.

Em consequência, tanto a lógica da descentralização, *de per si* mais favorável à democratização da gestão pública, vem se caracterizando mais como um processo de desconcentração - transferência de encargos sem transferência de autonomia para a formulação e gestão da política de saúde em nível local, associada a uma estreita dependência do nível central em termos de financiamento - como o próprio setor público de saúde, já depauperado pela histórica e crônica falta de financiamento dependente do orçamento fiscal - passa a atuar também ele pela lógica da produtividade e da rentabilidade vinculada à assistência médica individual.

Em resumo, configura-se um processo de descentralização da saúde extremamente concentrado, obedecendo à lógica do desenvolvimento econômico regional e acentuadamente débil na capacitação dos municípios pelas distintas modalidades de gestão, em que a maior parte dos municípios exercia apenas a gerência dos serviços públicos de saúde sob sua jurisdição, mas não a gestão da saúde no âmbito local, conforme o disposto na Constituição Federal.

Reproduzia, assim, o padrão de acentuada desigualdade regional existente no país. Isto ocorria, principalmente, em virtude de o processo de descentralização em curso ocorrer desacompanhado de um projeto geral de implementação do SUS, sendo operado estritamente através do financiamento do setor.

3.4.3 As Perspectivas da RSB

Passadas mais de três décadas do início da formulação do projeto da RSB e mais de duas décadas de sua legitimação - ancoradouros jurídico-legais -, na Assembléia Nacional Constituinte surgem às questões relativas à credibilidade e sustentabilidade do SUS.

Novas discussões identificam caminhos alternativos com vista à realização da “reforma da reforma” por meio de um movimento de mudanças não mais originados em academias e orientados por partidos políticos. Advoga-se a retomada de algumas estratégias vitoriosas e a introdução de novos conceitos em saúde. Destacamos: constituição de um movimento social e de opinião pública em defesa do bem-estar e de políticas de proteção social; ampliação e diversificação das fontes e bases do financiamento; inovação nos critérios de transferência de recursos intergovernamentais, conferindo maior autonomia às esferas estaduais e municipais - condicionada e dependente da reforma tributária; mudanças no modelo de atenção com a priorização da atenção básica via PACS/PSF; responsabilização sanitária legal de gestores, governantes e de profissionais de saúde; desenvolvimento científico e adoção de mecanismos de “filtro” para a incorporação de tecnologias em saúde (CAMPOS, 2007, p. 36).

O movimento sanitário ou os resquícios dele como sujeito coletivo não dispõe de densidade política partidária para dar continuidade às mudanças e superar a inércia e nem alterar a correlação de forças presentes na sociedade e no próprio setor no o objetivo de realizar, plenamente, o ideário da RSB.

Verifica-se que, além da necessidade de constituir espaços de construção de projetos que identifiquem e indiquem pontos de rupturas e soluções consoantes a conjuntura, é preciso ter a capacidade de novamente voltar à formulação, argumentação e negociação vivenciada nos primórdios da RSB, com a retomada da mobilização social como esteio e força propulsora das mudanças e incremento na organização do sistema com

vista ao enfrentamento e superação dos impasses e obstáculos que se lhes antepõem à ampliação da reforma sanitária brasileira.

Assim, voltar-se para o reconhecimento da importância do Estado como espaço institucional em que ocorrem as disputas e o processo decisório, e onde se exerce a direção política e cultural da sociedade (hegemonia), o avanço, ampliação e ocupação de espaços públicos como “radicalização” democrática, possibilita a construção da contra-hegemonia como instrumento do “fazer política permanentemente”, como ocorrera nas origens do projeto da RSB.

Retomar os esforços visando à rearticulação da sociedade civil em torno da preservação do que já foi conquistado e mediante o trabalho de formação da consciência sanitária possibilita que a política volte a ser o espaço e a instância de realização de alargamentos dos poros institucionais aberto à inventividade, à emancipação e à construção de um ambiente social pautado na solidariedade. Melhorar e aperfeiçoar a democracia brasileira constitui o ponto nodal para uma política de proteção social universal, gratuita, igualitária e integral. Para tanto, torna-se imperativo a participação da sociedade civil como protagonista do necessário reforço da contra-hegemonia.

4. A CONSTRUÇÃO DO SUS: IMPASSES E DISJUNTIVAS

O ideário do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), concebido e desenvolvido por ativistas e militantes de organizações esquerdistas, almejava construir um sistema da saúde pública que suplantasse as concepções que haviam propiciado as condições políticas para a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em vigor a partir do período autoritário iniciado em março de 1964. O êxito dessa empreitada ancorava-se na perspectiva de tornar o “pensar e fazer política” como atividade permanente, cotidiana, e para além das iniciativas circunscritas à atuação ao setor saúde com propósitos corporativistas característico da atuação dos profissionais de saúde e de suas entidades representativas.

Estabelecer um projeto contra-hegemônico com bases na sociedade civil e apoios partidários articulando e agregando novos atores sociais na arena política apresentava-se como pilar central do ideário da RSB. As táticas e estratégias para alcançar tais finalidades identificavam e delineavam os campos de disputas políticas e os caminhos sociais a serem explorados para sua consecução. No campo político afigurava-se a ocupação de espaços institucionais via aparelho de estado e a criação e desenvolvimento de nichos nas academias para formulação e difusão de novas idéias, e na utilização dos serviços públicos de saúde permeáveis a práticas alternativas inovadoras de organização e estruturação de modelos experimentais de atendimentos à saúde. A constituição de núcleos críticos espalhados por distintas instituições de ensino e em serviços de saúde se prestava a, simultaneamente, difundir propostas e promover a agregação e articulação de movimentos sociais em torno da defesa de posições contrárias ao modelo vigente no setor.

A política e o social se imbricavam na ampliação das alianças intersetoriais e no fortalecimento do projeto da RSB.

Enquanto o SNS se caracterizava pela dicotomia das ações e serviços tanto no que diz respeito à clientela a que se destinava e, sobretudo, quanto às responsabilidades e competências institucionais afetas as instâncias governamentais, e as obrigações individuais, a RSB propunha a unificação de comando e a universalização da atenção à saúde.

Enquanto o Ministério da Previdência e Assistencial Social (MPAS) prestava serviços aos trabalhadores e seus familiares com vínculos trabalhistas, o Ministério da

Saúde (MS) era responsável pelas ações e serviços de interesse coletivo, como o combate às endemias e epidemias e ao atendimento às populações rurais e de pequenas cidades interioranas.

Nos aglomerados urbanos, a divisão para o atendimento das necessidades de saúde da população se fazia por meio de três acessos excludentes entre si: a) os beneficiários da previdência social e seus familiares com acesso aos prestadores de serviços em unidades ambulatoriais e hospitalares contratados e/ou conveniados com sistema previdenciário; b) os marginalizados do mercado de trabalho que eram atendidos pelas unidades de saúde de pequena capacidade operacional pertencentes ao Ministério da Saúde, aos municípios, e pelas entidades Filantrópicas - Sociedades Benéficas de Assistência sem fins lucrativos, as chamadas Santas Casas de Misericórdia; c) os que arcavam com o pagamento direto e pessoal pela assistência recebida suprida pelo mercado tradicional da medicina liberal, com a contratação de profissionais e dos serviços de acordo com a disponibilidade financeira de cada cidadão.

As atribuições mais significativas e importantes em termos de extensão de cobertura e de volume de recursos físicos e financeiros disponibilizados pela União Federal, e em menor monta pelos outros entes federados, destinavam-se exclusivamente ao atendimento das necessidades dos beneficiários diretos e indiretos dos trabalhadores com vínculos empregatícios formais no mercado de trabalho.

O primeiro contingente era formado pelos destinatários e usuários inseridos no mercado formal de trabalho e, pois, detentores de vínculos trabalhistas, com carteira assinada e submetida às regras, regulamentos e direitos previdenciários. Em sua maioria, dizia respeito aos trabalhadores urbanos das grandes cidades onde se concentravam os serviços públicos de maior importância para o funcionamento da economia e suas enormes máquinas burocráticas, e o setor privado lucrativo englobando indústrias, serviços, comércios, etc.

Em conjunto, esses setores produtivos exerciam forte pressão junto às instâncias governamentais e órgãos públicos e aos partidos políticos para a constituição de entidades e instituições que lhes propiciassem os cuidados e assistências na ocorrência de agravos ou danos que vitimassem suas mãos de obra, fazendo-se necessário a recuperação e readmissão dos trabalhadores o mais célere possível, evitando elevação dos custos financeiros pela substituição temporária ou pelo afastamento por longos períodos de tempo comprometendo o ciclo produtivo. A utilização de serviços e de profissionais de saúde

contratados e/ou conveniados pela Previdência Social representava o mecanismo mais ágil para o atendimento desses trabalhadores.

Ademais, esses setores da economia representavam em seu conjunto segmentos da população indispensável ao desenvolvimento das atividades produtivas e, por isso, deveriam os trabalhadores manter-se hígidos e, em casos de doenças, que suas recuperações se fizessem em breve espaço de tempo, evitando onerar os custos da produção. Para os partidos políticos, os trabalhadores urbanos com vínculos trabalhistas e, pois, previdenciários representavam o grande esteio eleitoral em complemento aos domínios coronelísticos localizados, sobretudo, no interior do país e, em vista disso, adotam políticas clientelísticas como instrumento de favorecimento, privilegiamento e de atração e sustentação política eleitoral. A oferta de serviços de saúde para esse segmento da população atingia, simultaneamente, dois objetivos: obtenção de apoio político aos partidos e disponibilização de mão de obra em condições de atender às demandas do setor produtivo.

O fosso criado entre os dois modelos de assistência à saúde espelhava a divisão na sociedade entre aqueles considerados produtivos e os relegados pelo mercado de trabalho, e igualmente pelo Estado que lhes reservava apenas cuidados básicos, simplificados e emergenciais e, mesmo assim, em condições precárias de acesso e de qualidade da atenção à saúde.

O segundo contingente era formado pela parcela da população residente em pequenos municípios e em áreas reconhecidas como endêmicas, com frequentes surtos de epidemias, que exigiam ações permanentes, embora sem efeito erradicador.

O terceiro segmento da população dizia respeito aos afortunados que dispunham de recursos financeiros próprios para arcarem com as despesas decorrentes da prestação de serviços ofertados pela medicina liberal. Essa parcela da população, por ser constituída de poucos membros, não tinha importância política na definição das políticas para o setor saúde.

A unificação desses dois sistemas paralelos e excludentes era um dos pilares do projeto reformista, visto como caminho para a equalização das desigualdades e superação das iniquidades de ambos. A persistência do SNS era, então, compreendida como entrave a formação de uma sociedade menos desigual e estimuladora da ausência de solidariedade, e campo fértil aos interesses políticos partidários escusos e à corrupção institucionalizada.

O Projeto da RSB foi sendo construído e desenvolvido a partir do final dos anos 60 e meados dos anos 70 em um contexto marcado pelas repressões políticas, cerceamento das

liberdades individuais e coletivas. Mas igualmente pela crescente iniquidade dos serviços públicos de saúde, agravados pelo aumento exponencial dos custos dos mesmos em decorrência da incorporação de novas tecnologias, pois, à diferença de outros setores econômicos e sociais, o setor saúde não elimina antigos procedimentos e postos de trabalho a partir da incorporação de novas técnicas e procedimentos. Ao contrário, há acumulação de novos procedimentos que compartilham a assistência à saúde com antigas modalidades de atendimento onerando os custos dos serviços. Assim, por exemplo, a incorporação de tomografias computadorizadas e de ressonâncias magnéticas não elimina o uso de radiografias. Além disso, essa particular característica dos serviços de saúde acarreta a ampliação de números de funcionários aptos para o manejo de novas técnicas e de técnicas mais antigas, sem que haja multiplicidades de funções a serem exercidas pelas mesmas pessoas, o que exige a contratação de pessoal especializado para cada uma delas.

Na esfera política, o projeto da RSB priorizava a questão da redemocratização do país. Havia a compreensão da simbiose inexorável entre as necessidades de reformulação do setor saúde com a vigência plena da democracia. A luta pela volta da democracia inseria-se no projeto da RSB como indispensável para o exercício do controle e fiscalização dos serviços mediante a participação efetiva da população nos processos decisórios. Assim, a redemocratização deveria levar a sociedade civil a estender sua atuação para além das fronteiras da participação na vida partidária e ingressando na esfera pública, exercendo o legítimo direito à influência e pressão nas decisões relativas às definições de políticas públicas.

A ampliação da atuação da sociedade civil estendendo sua participação nas escolhas das políticas públicas, nos processos decisórios definidores da agenda do país, constituía o norte político do movimento sanitário. Sem a participação direta e permanente da sociedade civil, qualquer modelo de atenção à saúde nasceria com grave distorção em sua concepção inovadora.

Para tanto, era necessário que o novo modelo assistencial a ser construído fosse permeado pela presença ativa, dinâmica e decisiva dos usuários e, pois, dos beneficiários diretos do sistema, mediante o exercício participativo na definição das políticas do setor, englobando desde a formatação da organização, da estrutura, do acesso da clientela, do financiamento, da responsabilização institucional-legal passando pela fiscalização e controle do funcionamento dos serviços de saúde.

Tento em vista esse cenário do SNS, o movimento sanitário empreendeu iniciativas em diferentes campos de atuação e com alcance também distintos como veremos posteriormente.

O contexto dos anos das décadas de 60 e 70 foi de intensas atividades desenvolvidas pelo movimento e pela reforma sanitária com a elaboração e implementação de diversos projetos de modelos de atenção à saúde, alternativos aos procedimentos oficiais. Essas iniciativas contavam com a participação e/ou apoio de diferentes universidades públicas, notadamente dos departamentos de medicina preventiva e social, e também de instituições e organismos internacionais que direta ou indiretamente financiavam tais projetos alternativos e pioneiros quanto às mudanças na organização e funcionamento da assistência à saúde.

O período que correspondeu ao momento de maior repressão do autoritarismo no Brasil ensejou, contraditoriamente, ao movimento sanitário empreender novos e ousados projetos alternativos e inovadores, com vistas à transformação do sistema de saúde com fundamento teórico e ideológico em um *pensamento médico-social*, em contrapartida à medicina tida por liberal, mas que contava com o financiamento público e a garantia de sua rentabilidade assegurada pelo Estado, mediante a compra cativa e direcionada de serviços assistenciais prestados por empresas médicas e por profissionais remunerados pelo Estado em substituição ao pagamento dos usuários.

Adotou-se como estratégia de desenvolvimento do projeto contra-hegemônico sanitário a abordagem *histórico-estrutural* dos problemas de saúde-doença baseadas nas formulações marxistas com críticas a base filosófica que dava sustentação ao modelo vigente: *as ciências sociais positivistas*.

4.1 As Bases Filosóficas da RSB

A história da construção dos sistemas de saúde pública no Brasil sempre foi marcada pelo domínio de profissionais do setor, notadamente, os médicos que formulavam programas e criavam estruturas para lhes darem sustentação, direcionando os atendimentos de acordo com os seus interesses imediatos corporativos e para a satisfação das conveniências determinadas pelo modo de organização e funcionamento da sociedade brasileira.

A primazia nas decisões recaía na concentração e centralização na esfera do poder executivo federal de toda a capacidade de definição das políticas, sem a participação significativa dos outros entes federados, englobados nessas iniciativas, apenas, na operacionalização do sistema. Além de formulador exclusivo, o governo federal era o principal executor direto das políticas públicas em saúde.

Deter maior volume de recursos orçamentários e financeiros conferia ao poder central a capacidade de acumular as funções de gestor, operacionador, fiscalizador, financiador e mantenedor do sistema.

A criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953, no governo Getúlio Vargas, como desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, ocorreu como necessidade de melhorar a operacionalização do setor, em face da ampliação da demanda e crescente complexidade do setor em uma sociedade que se urbanizava rapidamente, e que via florescer nas grandes cidades os complexos e variados empreendimentos capitalistas. Aliados a outros fatores como ampliações das relações comerciais com outros países, o que exigia melhores condições sanitárias de produção e também de proteção mais efetiva da mão de obra nativa, além da crescente pressão pelo acesso aos serviços de saúde, situação que se desdobrava com aumento das demandas políticas decorrentes do processo de organização dos trabalhadores em associações e sindicatos e no lastro da importância eleitoral que ganhava relevância na estruturação da economia capitalista brasileira, historicamente dependente e dirigida pelo Estado.

Desde o início do século XX, as ações e serviços de saúde público - entendidos como aqueles de alcance coletivo - eram determinados e impostos pelo Estado de forma localizada e com objetivos circunscritos às demandas decorrentes de questões originadas na esfera econômica, relegando os aspectos sociais do problema.

Assim, no início do século XX, na cidade do Rio de Janeiro, o governo federal, por intermédio do prefeito municipal Pereira Passos e do cientista Oswaldo Cruz, empreendem mudanças drásticas na arquitetura e urbanismo da cidade, com vista à garantia da continuidade dos negócios mercantis via marítima, que estavam ameaçados pela recusa sistemática dos navios estrangeiros em aportarem para realizarem as transações comerciais com medo das condições insalubres que marcavam a paisagem e vida cariocas.

A famosa “*Revolta da Vacina*”, decorrente das medidas autoritárias e discriminatórias levadas a efeito pela decisão do governo central de promover a qualquer custo, e apesar dos protestos, o saneamento da cidade do Rio de Janeiro, nos diz mais sobre as características do Estado Nacional do que sobre políticas de saúde. Essas incipientes

iniciativas no campo da saúde pública, embora não pudessem caracterizar a existência de uma política para o setor, inseriam-se nas concepções relativas às decisões governamentais, inclusive à saúde pública, marcadas pelas decisões arbitrárias e centralizadas com vistas exclusivamente aos interesses e conveniências do setor econômico.

Além da preocupação exclusiva com os aspectos econômicos que determinaram as ações saneadoras, realizadas à revelia e mesmo com a manifestação contrária da população, o governo valia-se de decisões imperiais, unilaterais, convencido de que a ciência - ainda dando seus primeiros passos - deveria nortear e direcionar as ações saneadoras, esposando a *doutrina positivista* que preconizava a supremacia absoluta da ciência como instrumento racionalizador e acima de qualquer dúvida e alheio aos reclamos do povo, visto com ignorante e incapaz de pensar e agir em sua própria defesa e interesse. As classes superiores e, pois, dirigentes do país deveriam diligenciar as decisões apropriadas ao atendimento das necessidades da população inculta. A doutrina positivista assenta-se nesta premissa: as elites detêm os conhecimentos e a capacidade dirigente decorrentes de sua superioridade intelectual e moral e, assim, concentra as iniciativas governamentais em mãos de poucos.

O positivismo é uma ideologia que se desenvolveu na França e ganhou o mundo ocidental, tornando-se predominante já no final do século XIX. O nome vem da obra de Augusto Comte, "*Filosofia Positiva*", na qual o autor faz uma análise sobre o desenvolvimento de seu país ao longo do século, atribuído à indústria e à elite industrial, grupo esclarecido e capacitado, que, se foi o responsável pelo progresso econômico, deveria ser o responsável pelo controle do Estado. Para Comte, caberia à elite governar, enquanto caberia ao povo trabalhar. Trabalhar sem reivindicar, sem se organizar e sem protestar, pois "*só o trabalho em ordem é que pode determinar o Progresso*", nascendo daí o lema de sua filosofia, que os militares escreveram na bandeira brasileira, após o golpe de 15 de novembro de 1889.

As medidas adotadas por Pereira Passos e Osvaldo Cruz, para promoverem o saneamento e urbanização da cidade e do porto do Rio de Janeiro e, simultaneamente, o combate à epidemia de Febre Amarela, ocorreram em consonância com os ditames positivistas que atribuíam às elites e, no caso, por extensão, à ciência, o poder e a capacidade de decidir quanto ao melhor e o mais certo a serem feitos em benefício da população, mesmo que essa não compreendesse e nem colaborasse.

Por serem medidas elitistas, a coordenação das ações nas duas frentes dispensava os governos federal e municipal de contarem com o auxílio de técnicos na formulação do programa de combate à Febre Amarela e nas medidas de reurbanização e higienização da cidade.

Ainda que houvesse a centralização das decisões, no entanto, a fase de operacionalização requeria a necessária colaboração de assistentes e auxiliares na implementação e execução das medidas. Porém, aqueles que detinham conhecimentos técnicos e formação profissional especializada eram recrutados como meros executantes e, pois, como “capatazes de luxo”.

O ponto de ruptura no campo científico com o modelo vigente ocorreu com o questionamento direto da doutrina que lhe dava suporte filosófico: *o positivismo*. As concepções positivistas que emolduraram o Estado brasileiro desde a Proclamação da República perdiam importância e passaram a ser criticadas em diferentes campos do conhecimento sendo atribuídos a ela, em grande parte, o atraso e inadequação do arcaico Estado nacional.

Adotou-se, então, em fins dos anos 60 e início dos 70, o questionamento no campo da saúde do cientificismo, ou seja, “a concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e isenta de valores” (GARCIA, 1983, p. 120). Em seu lugar desenvolve-se uma abordagem médico-social fundamentada pelo seu caráter eminentemente político para a compreensão, questionamentos e elaboração de propostas alternativas no campo da saúde.

Somente a partir do golpe de Estado comandado por Getúlio Vargas, em 1930, o governo federal passa a elaborar e desenvolver atividades no campo da saúde pública mais extensivas, isto é, destinando orçamento e programas voltados ao atendimento das necessidades da população em geral. Cabia ao Ministério da Educação e Saúde a formulação das diretrizes e programas do setor e sua execução direta por instituições próprias e indireta por meio de convênios e contratos com o setor privado lucrativo.

Com o crescimento da industrialização e complexidade da vida urbana, e sua teia de interesses que permeavam os partidos políticos, ocorre o desmembramento desse Ministério e a criação do Ministério da Saúde, em 1953.

A partir da constituição de um ministério responsável pelo setor saúde, o governo federal passa a contar com órgão específico, constituído por um corpo de funcionários especializados na área da saúde, para a realização do planejamento e organização das atividades do setor. Ainda aqui as decisões eram tomadas exclusivamente por técnicos do

aparato burocrático do Estado que intermediavam os interesses dos setores produtivos mais expressivos economicamente, incluindo àqueles da saúde, e os segmentos de trabalhadores organizados e com capacidade de exercerem pressão e/ou de atuarem na defesa dos interesses eleitorais de determinados partidos políticos. A formulação de políticas para o setor confiada exclusivamente aos especialistas mantém a concepção do papel central das elites na condução dos interesses da nação.

A parcela da população representada pelos servidores públicos com atividades em instituições e órgãos de relevância econômica e entre os trabalhadores do setor privado mais competitivo era objeto de interesse político-eleitoral e econômico e, por isso, destinatários das políticas públicas que proporcionavam ações e serviços de saúde voltados para a recuperação e manutenção das condições físicas necessárias aos exercícios de suas atividades laborativas. A proteção e o atendimento das necessidades de saúde desse segmento sempre foram objetivos exclusivos das instituições estatais.

A ruptura com esses modelos de gestão e de formulação das políticas públicas em saúde era central na concepção dos defensores da RSB. Incorporar a população destinatária e beneficiária dos serviços e ações de saúde tinha o significado de estabelecer o exercício da cidadania como condição indispensável para as transformações propostas, envolvendo toda a sociedade civil no compromisso de defesa e sustentação do novo modelo de atenção à saúde, mediante sua participação permanente em fórum e reuniões formalmente instituídas.

Os formuladores do projeto da RSB, majoritariamente vinculados às concepções marxistas quanto à compreensão e análise da história e a evolução das sociedades contemporâneas, adotam o modelo histórico-estrutural de interpretação e de definição de políticas. A abordagem marxista que norteia a doutrina reformista assenta-se na concepção materialista da história: as contradições internas do sistema ou modelo devem ser exploradas com vista a sua superação, possibilitando a construção de novos e distintos paradigmas, que carregam a experiência do antigo modelo, mas se inova pela identificação das incongruências e negações responsáveis pelas iniquidades e falências das velhas estruturas, ensejando a construção de mecanismos, procedimentos e clivagens proporcionando a emergência de novos arranjos estruturantes.

Na formulação clássica de Marx, o materialismo histórico identifica o modo de produção e de troca como base, sustentação de toda a estrutura social. Atribui à economia o papel central e fundamental no desenvolvimento da história, partindo da compreensão de que os acontecimentos políticos, sociais e intelectuais são determinados em última

instância por fatores materiais, nomeadamente aqueles decorrentes das relações de produção e de troca entre os homens e, pois, adstrito à esfera econômica.

Os ideólogos do projeto da RSB adotam, em contraposição à concepção positivista que servia de modelo inspirador e força motriz das decisões governamentais desde a Proclamação da República, a formulação marxista do *materialismo histórico*. O ideário da RSB englobava transformações em diversos campos da vida nacional, não se restringindo aos aspectos atinentes ao setor saúde. O binômio saúde-doença passa a ser compreendido e explicado em função das condições reais e objetivas em que a sociedade civil e o Estado se estruturam. As mudanças nas políticas de saúde pressupunham alterações radiais e, pois, fundadoras de novas matrizes políticas.

A ambiciosa proposta da RSB, embora não advogasse a tese da ruptura da ordem política, avançava suas críticas em esferas tão amplas e complexas como a economia, distribuição de renda, moradia, educação, cultura, lazer, etc. Ao pretender uma transformação mais ampla para lograr êxito na nova definição de saúde, agora não mais como apenas ausência de doenças, o projeto da RSB envereda por áreas acima de sua capacidade de influenciar e decidir tornando seu ideário de difícil consecução política em sua plenitude. Transformações tão amplas e abrangentes sem uma aliança estratégica e doutrinária com outras forças políticas mantêm o setor saúde como vanguardista na formulação, porém, refém das suas promessas ambiciosas e, por isso, alvo constante de críticas que visam minar sua credibilidade como sistema universal e igualitário. A ambição generosa do projeto da RSB necessita ser esposado pela sociedade civil como desafio comum a todos e uma trincheira na luta por cidadania. Trilhando esse caminho, o projeto obteve seus maiores êxitos: na fase de elaboração e na aprovação jurídico-legal na constituinte e nas duas leis orgânicas do setor (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) adquirindo legalidade que se soma à legitimidade auferida com a mobilização social e política precedente à aprovação da nova Constituição Federal.

4.1.1 As Bases Sociais e Políticas da RSB

A expressão *Reforma Sanitária* foi cunhada e usada pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. Em face da crise que assolava o *welfare state*,

incluindo o setor saúde, a Itália promovia amplos debates com vistas às mudanças em seu sistema de saúde, tendo como centro da temática reformista o futuro papel a ser desempenhado pela sociedade civil e as atribuições, competências e responsabilidades a cargo do Estado em um contexto de crises e de formulações de novos paradigmas.

Os custos financeiros e humanos crescentes e descontrolados aliado à iniquidade do modelo tradicional da prática médica haviam disseminado a descrença no seio da população dessa concepção de assistência à saúde. O antigo modelo de atenção à saúde na Itália se mostrava ineficaz para resolver os problemas básicos da população, agravado pelo fomento da crise do setor com a manutenção da onerosa máquina pública que solvia fatias volumosas de recursos financeiros e pela incorporação permanente de novas, caras e sofisticadas tecnologias ao sabor das conveniências do complexo médico-hospitalar, que induzia as aquisições de modernos e sofisticados equipamentos e máquinas.

Situação agravada pela presença da poderosa indústria farmacêutica que desenvolve produtos novos e de alto custo, exercendo pressão junto aos consumidores e governos para demandarem por seus produtos. À insatisfação dos usuários com os serviços prestados aliava-se o esgotamento da capacidade do Estado em manter e expandir o modelo para atender a um contingente cada vez maior de usuários dos serviços.

No Brasil, a expressão Reforma Sanitária ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde com ênfase na importância da democracia e na participação da sociedade civil nas decisões das políticas do setor.

Estas mudanças propostas não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova idéia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população em geral com a inclusão dos segmentos marginalizados. No início das formulações e articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com idéias comuns para o campo da saúde. Em uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em Brasília, nos idos de 1970, esse grupo de pessoas, foi chamado de “partido sanitário”. Em parte por ser constituído de pequenos grupos com afinidades pessoais e ideológicas, e em parte por ser formado em sua maioria por membros militantes ou simpatizantes do PCB. E por isso, e com isso, tinham uma convivência pessoal, familiar e partidária que os unia, agora, também, em torno de um projeto nacional transformador, ao mesmo tempo,

generoso e ambicioso destinado a alçar a sociedade civil a um patamar de solidariedade inaudita.

Apesar disso, os grupos não se constituíam como partido, no sentido de manter-se coeso à custa de restrições e limitações quanto à participação de outras pessoas interessadas no setor com a utilização de filtros partidários e avessos ao dissenso. Ao contrário, a dinâmica de trabalho tinha como prioridade a ampliação, difusão e crescente arregimentação de novos participantes e ativos colaboradores. Sua mobilização era mais ampla, sendo considerada uma ação social. Em uma dissertação de mestrado orientada por Sergio Arouca, em 1986, *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário* (SCOREL, 1986), a atuação desses grupos foi chamada pela primeira vez de movimento sanitário. Surgiram, também, outras denominações, como “movimento pela reforma sanitária” e “movimento da reforma sanitária”.

Este movimento social responsável pela formulação, elaboração, articulação do projeto de RSB tem suas raízes na atuação, inicialmente, de alguns médicos vinculados às instituições de ensino superior e prestadores de serviços públicos em municípios que recebiam estímulos financeiros e técnicos gerados por organizações internacionais como a Fundação Ford e Organização Pan-Americana de Saúde - instituição similar à Organização Mundial de Saúde (OMS), mas com atuação exclusivamente nas Américas.

A consolidação do movimento sanitário como espaço e polo irradiador de novos conhecimentos e de críticas ao autoritarismo e ao modelo de saúde em vigor decorreu da incorporação das ciências sociais como instrumento de análise estruturante. A doutrina funcionalista e positivista que havia presidido as concepções e elaborações das políticas públicas do setor foi substituída pelo materialismo histórico. O movimento pela reforma sanitária passa a realizar críticas mais amplas e abrangentes se estendendo não somente as instituições como também a estruturação da sociedade e do Estado e ao modelo econômico concentrador de riquezas e rendas.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998)

Tratava-se de uma abordagem marxista que passa a modelar e emoldurar o movimento pelas transformações na área da saúde. Os Departamentos de Medicina Preventiva

foram a base na qual se desenvolveu a produção de conhecimentos sobre o estado de saúde da população e sobre a organização das práticas sanitárias, produção esta frequentemente articulada com modelos experimentais de organização da prática médica, quer para efeito de demonstração, quer para finalidades didáticas. (DONNANGELO, 1983, p. 26).

Esse processo, iniciado na década de 60, possibilitou a formação desses enclaves universitários com estímulos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), que incentivou a utilização das ciências sociais como método a ser aplicado na formulação e implementação de projetos alternativos na saúde que pudessem suplantar as iniquidades do modelo vigente.

O ano de 1975, de acordo com Paim (1981, p. 58), fecha o círculo de formulação teórica do movimento sanitário com as defesas das teses *O Dilema Preventivista*, de Sérgio Arouca, e *Medicina e Sociedade*, de Cecília Donnangelo. No Brasil, as duas teses são consideradas um marco divisor de águas que dá início à teoria social da medicina. A partir daí, pode-se dizer que foi fundada uma teoria médico-social genuinamente brasileira (inspirada, como vimos, em acontecimentos similares em outros países, como Itália, mas contendo a incorporação dos aspectos sociais e políticos autóctones) para análise de como se processam os fenômenos saúde-doença no Brasil. Essa nova abordagem se torna um conhecimento relevante, reconhecido academicamente, difundido e propagado por núcleos de estudos e de debates.

Por outro lado, a partir dos seus conceitos básicos, a doutrina reformista dispunha que a prática e o discurso preventivista devessem destacar que “são a história natural das doenças, o conceito ecológico de saúde e doença e a multicausalidade os fatores determinantes de todo os processos de morbi-mortalidade” (AROUCA, 1975, p. 251). O social era para essa vertente do pensamento transformador mitificado, simplificado e reduzido, de forma a ser confundido ou igualado ao meio ambiente onde se encontram os agentes causais das moléstias, e não como uma sociedade que pelas suas características políticas e econômicas determinam as condições que propiciam os estados de saúde e doença de sua população.

Essa concepção preventivista foi incorporada como política oficial com nuances importantes em seu modelo. Nos EUA, o movimento representou a concepção da

sociedade civil dos problemas de atenção médica, passando ao largo do crivo e do controle estatal. No Brasil, se fazia necessária uma leitura estatal devido ao papel central desempenhado pelo Estado brasileiro na prestação dessa assistência, assim como em todas as atividades relevantes no campo social e econômico.

Além disso, o modelo liberal americano não atendia, tampouco, à necessidade crescente do Estado em prestar mais assistência a uma população que crescia e se deslocava para os centros urbanos sem qualquer organização e planejamento. Ampliar a atenção médica para segmentos antes excluídos e, ao mesmo tempo, buscando manter os gastos públicos racionalizados, isto é, limitados e controlados visando a não onerar os gastos públicos com investimentos e custeio da máquina pública setorial.

Inicialmente, processou-se a revisão crítica da teoria utilizada para analisar o campo da saúde até então ancorado na perspectiva positivista, com a construção de novos paradigmas teórica e metodológica a serem empregados tanto nas pesquisas quanto nos projetos de reformulações das práticas médicas.

A delimitação teórica do campo da saúde coletiva passa a tomar como objeto não mais o indivíduo isoladamente ou seu somatório, mas a sociedade como um todo, o coletivo como representação do social, e a incidência, prevalência e distribuição do binômio saúde-doença como atributo da organização política da sociedade. Como consequência direta desse processo de revisão crítica, o modelo preventivista fundado na “*história natural das doenças*” e da “*multicausalidade*” foi suplantado com a adoção do conceito de *determinação social e política* do binômio saúde-doença.

A antiga visão positivista da sociedade composta por setores cultos, e base para a análise da teoria de sistemas, cedeu espaço para a *teoria histórico-estrutural da sociedade* na construção do pensamento contra-hegemônico empreendido pelo movimento sanitário, inspirado nas formulações marxistas.

Essa nova abordagem no campo da saúde foi impulsionada pelo forte incentivo de organismos internacionais, como a OPS e UNESCO, que estimulam a criação de escolas de ciências sociais, os quais se tornam centro e referências para as formulações no setor saúde.

A Fundação Milbank e a OPS financiam estudos sobre educação médica na América Latina sob a coordenação de Juan César Garcia - consultor sênior da OPS no Brasil, viabilizando visitas a várias faculdades e a distribuição de bibliografias, associado ao estímulo à criação de mestrados em medicina social. (SCOREL, 1998, p. 27)

Na América Latina, os 11 países participantes da Reunião de Cuenca (1972) rejeitaram o positivismo, por ser insuficiente para analisar os problemas de saúde. (ESCOREL, 1998, p.28)

O choque e conflitos entre a vertente preventivista - adepta do paradigma higienista, isto é, as moléstias decorriam das condições do ambiente em que se vivia - e a saúde coletiva tradicional - filiada à idéia de “história natural das doenças e da multicausalidade” - faziam-se nas práticas realizadas nos centros de atendimentos e assistência da população em geral.

Esse choque de concepção entre as duas vertentes sanitárias se fazia notar de forma mais acirrada nas áreas mais conservadoras e de maior destaque e importância nas políticas de saúde representadas pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e a Fundação Superintendência de Saúde Pública (FSesp). Essas duas instituições tinham em comum a atuação destinada ao atendimento das populações mais pobres e marginalizadas, isto é, aquelas população sem vínculos trabalhistas e localizadas em zonas rurais e/ou em pequenos municípios interioranos. Para estas populações só restavam a possibilidade de contar com ajuda e atenção por parte dos organismos públicos, mesmo que a oferta dos serviços fosse precária e, principalmente, de difícil acesso.

Essa duas instituições desenvolviam uma política racionalizadora com base na primazia da medicina comunitária, extensão de cobertura e integração docente-assistencial - sob a óptica da análise do custo-benefício -, com forte componente da concepção de organizações baseadas na rigidez da hierarquia, na disciplina do trabalho e na centralização de comando.

A corrente médico-social vertedoura das propostas mudancistas mais profundas no modelo, cujo nicho institucional localizava-se nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), da Universidade de São Paulo (USP) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), realizam suas produções teóricas considerando “o social” como fator determinante das condições objetivas de saúde, além de identificar na prática profissional do sanitarista como “o sujeito” da transformação social e da prática médica almejada.

É com esse projeto que se inicia a luta pela hegemonia no interior do próprio “movimento preventivista”, com a contestação e a confrontação das outras duas vertentes pelos *sanitaristas sociais* no campo da saúde coletiva: os *sanitaristas preventivistas tradicionais* e a *saúde coletiva tradicional*, ambas tendo em comum a visão racionalizada, a disciplina e a hierarquia com comando centralizador. Enquanto os preventivistas

tradicionais eram adeptos da concepção higienista, isto é, as doenças decorriam das condições de asseios individuais e domésticos e, pois, condicionados pelo modo de vida dos indivíduos e de seus familiares, a vertente que esposava a concepção da saúde coletiva tradicional atribuía ao ambiente insalubre no trabalho, nas ruas e nos domicílios a origem das moléstias.

A abordagem marxista, matriz ideológica da corrente social, visualiza o problema da saúde-doença como uma questão eminentemente social. Traz esta visão para o centro do debate no qual os aspectos econômicos, sociais e políticos assumem o papel de determinantes fundamentais dos fenômenos que ocorrem no campo da saúde coletiva. Os conceitos estratégicos desenvolvidos por esta vertente adotam a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social e, a partir dessa prática, a possibilidade de transformação coletiva.

Em linhas gerais, o movimento pela reforma sanitária visava à redemocratização do país e a melhores condições de saúde para a população brasileira, e para tanto vinculava estreitamente as duas questões: a democracia era fundamental para equacionar os graves problemas do binômio saúde-doença e a democracia era indispensável para construção do novo modelo de atenção à saúde, tendo como base o pleno exercício da cidadania.

O esgotamento das lutas empreendidas pelas facções e grupos de esquerda armados havia sido derrotado definitivamente pelo regime autoritário. Findo o período de maior repressão política, o governo do General Geisel toma a iniciativa de promover mudanças na esfera política, seja pelo fracasso do partido governista nas eleições parlamentares, seja pela agudização da crise econômica que exigia novos arranjos institucionais de sustentação governamental.

O sucesso da política econômica que teria levado ao “milagre brasileiro” já não produzia os efeitos de respaldo do regime, e suas consequências danosas se faziam sentir amplamente por todos os setores da sociedade, principalmente nas camadas sociais mais desprotegidas e que dependiam mais diretamente da ação e das políticas governamentais destinadas às áreas sociais.

Devemos destacar que com a emergência do projeto da RSB, analisado anteriormente, seus artífices souberam aproveitar-se das medidas adotadas pelo governo Geisel para restabelecer as mediações com a sociedade civil, começando com o abrandamento da censura e posterior suspensão da mesma na grande imprensa em 1975, e em 1978 na imprensa alternativa.

Os sinais de enfraquecimento do regime autoritário ficaram mais evidentes por ocasião das eleições de 1974 para a renovação de parte do Senado, para a Câmara Federal e para as Assembléias Legislativas, que foram realizadas com liberdade de propaganda eleitoral como tentativa do governo de aumentar sua base social. O partido oposicionista, MDB, tornou-se o vertedouro das insatisfações com relação à elevação da inflação e qualidade dos serviços públicos, dentre eles o setor de saúde. O partido elegeu dezesseis senadores contra seis do partido governista, e sua bancada na Câmara dos Deputados cresceu de modo a torná-lo interlocutor respeitado nas decisões parlamentares ao obter 45% dos votos. Esta votação crescente obtida pela oposição tinha uma relação direta com o grau de urbanização acelerado e desordenado que havia criado uma demanda ascendente por serviços públicos, pressionando o governo pela ampliação da oferta, e a formação de sindicatos e associações de trabalhadores que se organizam e passam a exercer forte pressão sobre o governo e suas políticas pública iníquas.

Embora o processo eleitoral de 1976 tivesse experimentado o refluxo na liberdade de propaganda eleitoral, com a volta de cerceamento à livre expressão da palavra, o ambiente político já não era o mesmo de antes de 1974. O país havia mudado mesmo que isso não se refletisse objetivamente na manifestação do voto e na participação ativa e maciça da maioria da população.

O governo, para fazer frente a queda em sua base de apoio, seja parlamentar, seja no âmbito da sociedade civil, criou instrumentos casuísticos que lhe assegurassem o monopólio do poder, fator indispensável à manutenção da ordem interna, condição alegada pelo governo para dar continuidade ao processo político de distensão. Em março de 1977, não tendo obtido os 2/3 necessários para a aprovação no Congresso do projeto de reformas do judiciário, o Presidente Geisel teve o pretexto para fechar o parlamento e, em 14 dias, elaborar e decretar a reforma do judiciário, como também uma série de medidas de grande alcance político, destinado a garantir a preservação da maioria governista no Legislativo. “As Emendas Constitucionais n^{os} 7 e 8, que ficaram conhecidas como o ‘pacote de abril’, fixaram os limites da distensão e as bases para a continuação do processo de institucionalização do estado” (ALVES, 1985, p. 193).

Enquanto para o MDB os anos Geisel significaram sua inserção real na vida política da nação, para os adeptos dos partidos de esquerdas, ainda clandestinos, por meio dessa legenda partidária obtiveram a participação efetiva nas discussões e deliberações propiciadas pela sua atuação parlamentar.

Os partidos comunistas clandestinos tiveram papel de destaque não só na transformação do MDB, mas igualmente no crescimento e organização dos movimentos sociais. A política do PCB teve particular importância para o movimento sanitário. Em novembro o Comitê Central analisava: “a tendência principal hoje é de aguçamento das lutas políticas e de classe, e de expansão progressiva dos movimentos pela redemocratização do país, o que leva a um desgaste cada vez mais acentuado da ditadura” (PCB, 1980, p. 293).

O PCB propunha como principal atividade das oposições à ampliação e fortalecimento da unidade de todas as forças que se opõem ao regime militar: “reforçar a unidade significa, no quadro atual, desenvolver as lutas setoriais e as lutas gerais capazes de integrar as diversas faixas e segmentos do movimento de oposição” (PCB, 198, p. 271).

O PCB apresentou ao conjunto das oposições a proposta de concentrar a campanha eleitoral de 1978 na luta pela convocação da Assembléia Nacional Constituinte precedida de algumas medidas democráticas: anistia ampla, geral e irrestrita, fim de todos os atos e leis de exceção, restabelecimento do *habeas-corpus* em sua plenitude e completa liberdade sindical. Várias forças de esquerda consideraram incorreta a análise comunista e “inoportuna” as reivindicações. (SCOREL, 1998, p. 36)

Enquanto se constituíam frentes cada vez mais amplas de opositores ao regime militar, o movimento sanitário se destacava seja pela sua organicidade e unidade com base em projetos e propostas decorrentes da amálgama articulada pelo PCB, seja pela inserção de seus militantes no aparelho estatal, que proporcionava maior espaço de influência e direcionamento de algumas políticas públicas. Inauguram-se, a partir de dezembro de 1978, uma nova etapa do regime militar com a extinção do AI-5, o fim dos poderes discriminatórios e a institucionalização do poder discricionário.

Nesse cenário, o movimento sanitário, associado à luta mais geral da sociedade brasileira pela democracia, reafirma entender *por uma saúde autenticamente democrática, quatro grandes reconhecimentos: de que a saúde é um direito universal e inalienável do homem; de que são as condições de caráter socioeconômicas as que viabilizam a preservação e recuperação da saúde; de que as ações médicas detêm responsabilidades parcial, porém intransferível na promoção da saúde; e, de que diante do caráter social desse direito cabe à coletividade e ao Estado a sua implementação.*

Esse rol de críticas e pontos nevrálgicos identificados a serem questionados politicamente serviria de plataforma para o projeto político-ideológico do movimento pela reforma sanitária brasileira. O diagnóstico realizado pelo Centro Brasileiro de Estudos em

Saúde (Cebes), organismo voltado para a elaboração, debates e divulgação de projetos e propostas inovadoras, mas, sobretudo como instrumento de difusão e doutrinação dos ideais propugnados pelo movimento, sob a liderança político-partidária do PCB, seguia nessa linha de conduta, adotando uma visão transformadora necessária do sistema. O registro dessa concepção política pode ser constatado na formulação realizada pelo Cebes quanto aos compromissos, táticas e estratégias concebidas para o êxito do projeto sanitário reformista com a explicitação de programa mobilizador da sociedade civil a partir da identificação dos elementos básicos a serem almejados como passo inicial para a transformação do modelo de atenção médico-assistencial vigente.

A convergência de pensamentos entre a análise da conjuntura pelo PCB e o diagnóstico e a plataforma política do Cebes não deixam margem para dúvidas quanto aos vínculos existentes entre ambos.

O movimento sanitário constatou que, para alcançar tais objetivos, eram necessárias medidas que, entre outros efeitos, detivessem o empresariamento da medicina e transformassem os atos médicos em bem social gratuito; que criassem um Sistema Único de Saúde, sob total responsabilidade do Estado; que delegassem ao Estado a tarefa de planejar e executar a política de saúde; que estabelecessem mecanismos eficazes de financiamento desse sistema, devendo este ser organizado de forma descentralizado, permitindo uma autêntica participação democrática da população e alcançando também maior eficácia. (SCOREL apud CEBES, 1979)

Esse diagnóstico pode ser encontrado também no relatório final da VIII CNS, que se converteu em instância legitimadora do projeto político-ideológico do movimento sanitário brasileiro.

Esse cenário de transição à democracia trouxe a emergência de novos atores sociais. Os movimentos sociais proliferavam em todos os setores e em todo o país, constituindo-se em novas formas de práticas políticas, deslocada das organizações partidárias e de suas estruturas organizacionais, mesmo com o ingresso na cena política nacional de novos partidos políticos a partir da liberalização do regime militar. Pode-se dizer que as demandas por justiça social e liberdade política representavam o centro das preocupações e interesses da sociedade brasileira, e fatores inspiradores de aglutinação e mobilização social que passam a se organizar em entidades não partidárias, mas com fortes vínculos e representação de interesses de moradores, de associações de portadores de determinadas patologias, grupos minoritários como os portadores de necessidades especiais, etc.

Os partidos de oposição ao regime militar tinham como cerne da reconstrução da democracia o “resgate da dívida social” - consequência direta das políticas econômicas de privilegiamento da alta concentração de renda e riquezas pelo regime autoritário. Este compromisso histórico implicava redefinições e redirecionamentos das políticas sociais, passando a ser a trincheira de luta política para reverter as enormes desigualdades sociais e a extrema pobreza que atingia a larga maioria da população brasileira. A universalização das políticas sociais sob a responsabilização direta do Estado visava estabelecer a solidariedade como instrumento de conquistas da cidadania.

O lançamento do II PND defendia uma política econômica que conciliasse crescimento econômico e adoção de políticas públicas compensatórias com a elevação dos investimentos nas áreas sociais. O II PND marca o início das políticas racionalizadoras, com a incorporação ideológica dos instrumentos do planejamento como sinalizador de um projeto de reformas gerais na atuação do Estado com vistas à modernização autoritária.

O planejamento como instrumento do Estado instalou-se como prática institucional no Ministério da Saúde neste período, pois até então não passava de retórica em discursos oficiais e em debates acadêmicos. O declínio do autoritarismo do Estado, decorrente da ausência de inimigos internos aniquilados e da crise econômico-financeira, corresponde também à crise do Estado ou de hegemonia (LUZ, 1979). Neste quadro surgem movimentos populares e de profissionais liberais que exerceriam, no futuro, importante papel no projeto pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Os três pilares que davam sustentação e que serviam como plataforma ao projeto de RSB assentam-se na formação de um movimento social amplo, na orientação e condução doutrinária pelo PCB e na produção acadêmica que embasava as novas propostas e projetos com a introdução das ciências sociais como base para análise da realidade nacional, articulando e movendo forças políticas que impulsionassem os ideais reformistas.

A mobilização dos médicos residentes em torno da regulamentação do programa de Residência Médica associou-se ao Movimento de Renovação Médica (Reme) que propugnava pela liberalização do exercício médico e o repúdio à exploração e controle do exercício profissional a cargo das chamadas empresas de medicina de grupos.

A politização da questão da atenção à saúde se expandia para o segmento estudantil com a *Semana de Estudos de Saúde Comunitária* (Sesac) e o *Encontro Científico dos Estudantes de Medicina* (Ecem,) que adquirem o caráter de fórum de debates de temas políticos em geral e de formação de novas consciências que serão decisivas,

posteriormente, na recepção e difusão dos ideais reformistas e, ulteriormente, na participação direta nas atividades destinadas a promoverem as mudanças no setor saúde.

As conjunções desses movimentos na área da saúde somavam-se outros movimentos populares que tinham na redemocratização e nas transformações das políticas públicas o norte das mobilizações sociais, e, pois, representam os embriões da RSB. As participações das universidades e dos serviços de saúde públicos, como veremos adiante, articulavam-se com aqueles movimentos para o desenvolvimento de programas de medicina comunitária, que se constituíram em um verdadeiro laboratório das experiências e práticas da RSB.

Como um laboratório da democratização na saúde, ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como o processo da Reforma Sanitária, tais como, a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais. (FLEURY, 1995, p. 14)

De acordo com Escorel (1998), o movimento sanitário tinha como principais componentes na sua constituição: as *bases universitárias* e “*academia*” - departamentos de medicina preventiva e social - por intermédio do Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (Peses), elaborado pela Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), com o objetivo de apoiar institucionalmente a pesquisa em medicina social, etc. -, o *movimento estudantil* e o *Cebes*, o *movimento médico* (movimento de médicos residentes) e o *Movimento de Renovação Médica* (Reme) que, em conjunto, formaram a linha de frente do movimento reformista inovador que veio a se constituir nos primeiros “passos firmes” pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta mesma época, o movimento pela Reforma Sanitária representava uma das mais importantes manifestações da sociedade civil com uma proposta clara, avançada, revolucionária sobre a política de saúde e a prática médica, abalando estruturas de poder arcaicas, conservadoras, acomodadas ao *status quo* e incapazes de satisfazer as necessidades dos novos tempos. Também alguns *projetos institucionais*, como o Projeto Montes Claros, que começou como um internato rural da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, cujo objetivo era mandar os alunos para viver a realidade de um local extremamente pobre no Vale do Jequitinhonha. Com o tempo, ele passou a ser um projeto de organização do sistema de saúde na região norte de Minas Gerais, e extrapolou a área de atuação da universidade, começando a enfrentar obstáculos, como os impostos pelo Fundo de Assistência ao

Trabalhador Rural (Funrural) e pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Os projetos institucionais relativos ao Piass, Pronan, PNI, etc. serão destacados e detalhados adiante, sendo que em todos eles o governo federal era ao mesmo tempo mentor, financiador e executor direto e fiscalizador, e destinavam-se ao atendimento de parcelas mais pobres de pequenas cidades interioranas.

Como estratégia de ampliação da oferta de ações e serviços de saúde, o governo federal elabora o Programa de Extensão de Cobertura (PEC), tendo como principal instrumento de ação a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), vinculado ao Ministério da Saúde, de abrangência nacional, instituído pelo Decreto-Presidencial de nº 78.307, de 24 de agosto de 1976.

Segundo Rosas (1981), o Piass estruturou-se com base nos seguintes postulados:

- Máxima Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde - com prioridade na atenção das zonas rurais e pequenas comunidades.
- Regionalização da Assistência - com base nas premissas da desconcentração dos serviços, da descentralização das decisões e da hierarquização da rede de unidades. (ROSAS, 1981)

A partir de 1979, o Piass expandiu-se para o Norte, Centro-Oeste, Espírito Santo e Minas Gerais, enfatizando inicialmente as zonas de maior concentração de pobreza e adaptando o modelo às características regionais, de modo a privilegiar a integração das unidades Piass em nível federal, estadual e municipal.

Ao tempo em que podemos considerar o Piass como mais uma tentativa frustrada do governo em levar assistência à saúde para a população mais pobre e situada em áreas de baixa capacidade econômica, mas de importância política para o exercício do poder em face do contingente eleitoral disponível, a iniciativa mostra, por outro lado, que a União não podia simplesmente ignorar a existência do problema de abandono a que estavam relegadas as populações pobres e interioranas. Mas, por outro lado, estas iniciativas institucionais traziam o benefício de servirem como laboratórios e campos de práticas com vistas a novas e pioneiras relações entre os profissionais de saúde, os serviços e os usuários destinadas a experimentações na organização e funcionamento das unidades de saúde. Se não foram exitosos enquanto políticas públicas pelo investimento financeiro, essas iniciativas institucionais criaram as condições para fomentar um novo modelo de atenção à saúde.

As iniciativas do governo federal nas áreas da saúde, em todo o período autoritário, se caracterizavam pela sua fragmentação e direcionamento específico visando atender às

necessidades contingenciais da população pobre e excluída, mas que serviam de sustentáculos a regime militar como capital eleitoral a ser cultivado e preservado.

Outro exemplo de atuação fragmentada e pontual do governo federal, que mais serviam para amainar e mitigar os problemas, postergando uma solução, foi o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan). Em 1972, as ações e programas em alimentação e nutrição passaram a ser centralizados no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, e, após o fracasso de sua primeira empreitada, o I Pronan, foi lançado, em 1976, o II Pronan, que se estendeu até 1985 com o fim do período autoritário com suas ações, concentrando-se em três vertentes de atuação: suplementação alimentar a diversos grupos da população; racionalização do sistema de produção de alimentos, com ênfase no estímulo ao pequeno produtor; e combate às carências nutricionais, apoiado em medidas de natureza técnica e tecnológica.

Ambos os programas eram formulados e dirigidos de forma centralizada e concentrada na esfera federal. Cabia aos demais entes federados a execução parcial desses programas, porém, sob as diretrizes e vigilâncias emanadas pelo poder central.

Todos esses programas a cargo do Ministério da Saúde (MS) constituíam-se em atividades marginais e secundárias frente àqueles desincumbidos pelo Ministério da Previdência e Assistencial Social (MPAS), voltados para o atendimento dos trabalhadores e seus familiares com vínculos empregatícios formais, por meio dos serviços privados e lucrativos que prestavam serviços mediante convênios e contratos celebrados com o sistema previdenciário. Enquanto àqueles eram destinados ao atendimento das populações rurais, aos pobres, aos desprovidos de vínculos trabalhistas e ao combate as endemias, estes se destinavam ao atendimento das necessidades da produção capitalista: manter a higidez dos trabalhadores ou sua recuperação em breve espaço de tempo garantindo o fluxo da produção mercantil.

Esse panorama de políticas públicas centralizadas e dirigidas pelo governo central apresentou apenas uma exceção, o projeto Montes Claros. Diferente de outras iniciativas localizadas no interior do Brasil, o projeto desenvolvido em Montes Claros - cidade do interior de Minas Gerais -, nos anos 70, foi palco de uma nova experiência em termos de gestão de serviços com a participação social e de profissionais de saúde no estabelecimento de diretrizes normativas e operacionais, remodelando o acesso e definindo prioridades na prestação da atenção à saúde.

Sob os auspícios da municipalidade, puderam-se acolher pesquisadores que transformaram as unidades de saúde locais em laboratório e campo de práticas utilizando

os instrumentais teóricos elaborados no âmbito das academias, e que careciam de comprovação quanto à eficácia dos novos postulados. Esta iniciativa propiciou a aproximação e a convivência entre a academia e os serviços, servindo como experimentação localizada no acompanhamento e fiscalização da execução e identificação dos problemas da gestão dos serviços de saúde dando origem ao que é considerado o embrião do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os diversos dos projetos e programas conduzidos pelo governo federal nos anos 60 e 70, essa iniciativa, embora localizada no interior e em apenas um município, foi concebida e desenvolvida exclusivamente por profissionais de saúde filiados ideologicamente a vertente da medicina-social.

Portanto, em todo período autoritário, as iniciativas na área da saúde pública eram destinadas ao atendimento da população mais pobre e moradora em comunidades interioranas, caracterizaram-se pela fragmentação, valorização da disciplina e hierarquia e comando centralizado, obtendo como resultado baixa repercussão na melhoria da assistência pretendida, excetuando o projeto Montes Claros, que trouxe inovações importantes no planejamento e na gestão dos serviços.

Visando superar essas fracassadas políticas públicas fragmentadas e direcionadas ao atendimento de segmentos específicos da população, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), pela Lei nº 6.229/75, como fruto das discussões e debates ocorridos por ocasião da V CNS. Enquanto o novo sistema vinculado ao Ministério da Saúde pretendia racionalizar e expandir com eficiências os programas chamados de saúde públicos, eufemismo para designar aqueles destinados ao atendimento das populações excluídas do mercado formal de trabalho, na prática, com essa iniciativa, o governo federal cristalizava a separação entre as duas esferas ministeriais com atuação e responsabilidades na área da saúde:

O Sistema Nacional de Saúde não tem em vista unificar, sob a égide do Estado, a prestação de serviços pessoais de saúde, mas contempla a organização e a ampliação do exercício dessas atividades pelo setor público como meio de assegurar a todo cidadão o acesso aos benefícios da medicina científica. (BASTOS, 1975, p. 50-51)

A década de 70 assiste a perversa associação entre as doenças decorrentes da vida “moderna”, como câncer, infartos, AVE, etc., com as morbidades típicas da pobreza, como as endemias de esquistossomose, malária, febre amarela, etc. O Estado se mostrava incapaz de equacionar esses problemas de saúde pública pela iniquidade de seus programas e pela separação das atribuições e responsabilidades distribuídas a dois ministérios afins.

A separação de competências entre o Ministério da Saúde com os diversos programas de alcance coletivo - fragmentados e focalizados -, destinados aos marginalizados do mercado formal de trabalho, e o Ministério da Previdência Social, com os recursos financeiros gerados pelas contribuições compulsórias de empresas e de trabalhadores, cabendo-lhe prover a assistência adequada aos trabalhadores com vínculos empregatícios formais, criou dois sistemas com clientela distintas e financiamentos concentrados no MPAS. Como resultado dessa dicotomia, constata-se a ineficácia dos diversos programas e os desperdícios de recursos públicos, permanecendo a população com serviços de má qualidade e baixa resolutividade.

O setor saúde encontra-se em crise de realização decorrente do baixo impacto e alto custo do atual conhecimento médico. A medicina contemporânea caracteriza-se pela crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, exercida por agentes altamente especializados, diversificados e prestigiados, em que cada vez mais o ato médico se transfigura na técnica e no instrumento, provocando uma baixa cobertura populacional. O setor saúde possui como fator preponderante o diagnóstico e a terapêutica, e centra suas ações sobre o “complexo de efeitos”, reproduzindo constantemente uma população necessitada de serviços médicos. (AROUCA, 1975, p. 17-19)

A incapacidade de organizar um sistema apto a viabilizar o atendimento das necessidades de assistência à saúde da população, e que funcionasse sob regras e parâmetros de atendimento em novos moldes com predominância dos cuidados com a contenção de despesas, decorria da existência de diferentes lógicas operacionais e finalidades institucionais distintas representadas por esses dois ministérios.

A correção da matriz geradora dessa distorcida política pública deveria se assentar na premissa da redução de gastos via racionalização do setor, como forma de fazer frente aos crescentes custos impostos pelo complexo médico-hospitalar e farmacêutico e seus lucros exorbitantes, auferidos pelo setor privado e lucrativo, que se agravavam pela ausência de mecanismos de controle e fiscalização e pelas multiplicidades de ações e serviços adquiridos no mercado pelo Estado.

Mesmo sem confrontar os interesses do setor privado, o governo investe nos chamados Programas de Extensão de Cobertura (PECs) com o intuito de ampliar a cobertura da assistência à saúde as populações de baixa renda ou sem rendimentos, e ao mesmo tempo arrefecer os reclamos dos desamparados como forma de buscar legitimação e sustentação para o regime autoritário que já não contava com o crescimento econômico dos anos anteriores. Ademais, esse era um contingente populacional que asseverava ganhos

eleitorais ao partido do governo sob baixas expectativas e desalentado ânimo reivindicatório.

Para um governo em franca crise decorrente da elevação abrupta do preço do barril de petróleo no mercado internacional que lhe solapava a capacidade de governança, os programas de saúde pública serviam mais a fins clientelistas e paternalistas do que a cuidados efetivos com a saúde pelo seu baixo custo e práticas simplificadas de atendimentos.

O contexto de crise econômica, aliada à abertura política, mesmo tímida e controlada, permitia a mobilização de setores sociais que confrontavam o regime autoritário, reivindicando acessos a melhores serviços e ao mesmo tempo lutando pela restauração da democracia plena. Os PECs, ao tempo que serviam como paliativos para as necessidades reais de saúde da população, promovendo uma política de acomodação, também eram úteis aos propósitos das forças contra-hegemônicas.

Quaisquer que tenham sido os propósitos e objetivos do Estado, com a implementação dos programas de extensão de cobertura de serviços de saúde, o fato é que eles são aproveitados pelos setores mais progressistas do sanitarismo brasileiro para levar à frente práticas participativas que, se não têm grandes impactos no sentido de fazer avançar a democracia iniciam um longo e rico processo de resistência ao autoritarismo no setor. (MACHADO, 1987, p. 301)

No panorama de lutas contra o regime autoritário, o movimento da reforma sanitária nasceu dentro da perspectiva da retomada da democracia. Existia uma idéia clara na área da saúde de que era preciso integrar as duas dimensões: ser médico e lutar contra a ditadura.

Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) eram os espaços adequados para isso em decorrência dos apoios financeiros proporcionados por organismos internacionais, da relativa liberdade pedagógica e das afinidades ideológicas entre os diversos grupos de pesquisadores existentes nestas instituições. Estes locais abriram brechas para a entrada do novo pensamento sobre a saúde, possibilitando o exercício de pesquisas e desenvolvimento de programas que estruturavam modelos de assistências à saúde em distintos moldes. Tais espaços institucionais se constituíram em laboratório para a construção das bases teórica e ideológica do pensamento médico-social, também chamado de abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina.

A nova base filosófica importou no rompimento com o paradigma vigente à época com a forma de olhar, pensar e refletir o setor saúde, então, concentrada nas ciências

biológicas e na maneira como as doenças eram transmitidas. Há uma primeira mudança quando as teorias das ciências sociais começam a ser incorporadas como disciplina nos cursos de saúde pública ofertados pelos DMPs. As primeiras teorias, no entanto, estavam ligadas às correntes funcionalistas, que olhavam para a sociedade como um lugar que tendia a viver harmonicamente e precisava apenas aparar arestas entre diferentes interesses. A grande virada da abordagem da saúde foi à entrada da teoria marxista - o materialismo histórico -, que propicia análises voltadas para a compreensão das estruturas e funcionamento da sociedade e do Estado, constatando que a saúde e a doença são socialmente determinadas.

O treinamento e a capacitação de pessoal adquirem importância crucial para a expansão das experiências e ampliação da sustentação política, mediante atração de novos críticos das políticas governamentais e para a formação de gestores e de profissionais de saúde em geral com uma visão crítica do modelo de saúde vigente.

Quando a ditadura chegou ao seu esgotamento, o movimento já tinha propostas fundamentadas e testadas em diversos cenários. Assim, o movimento sanitário conseguiu, com base nessas experiências, se articular e formular um documento chamado *Saúde e Democracia*, ao mesmo tempo síntese do projeto transformador e instrumento de divulgação dos ideais reformistas.

Às políticas racionalizadoras implantadas pelo governo autoritário se contrapunha a crescente mobilização da sociedade civil. A criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), em julho de 1976, por ocasião da 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), na Universidade de Brasília (UnB), representou o fórum de convergência e articulação que mobilizava e propagava as temáticas relativas às transformações em saúde. Mas, principalmente, tomava a questão da democracia como ponto nodal das mudanças almejadas pelo movimento mudancista. O Cebes, ao longo do processo de formulação do projeto da RSB, constituiu-se como um intelectual coletivo, desenvolvendo atividades políticas que possibilitassem a reconstrução do pensamento em saúde com a introdução do elemento “social”.

Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas “originais”; significa também, e, sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, “socializá-las” por assim dizer; e, portanto, transformá-las em base de ações vitais, em elementos de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato “filosófico” bem mais importante e original do que a descoberta, por parte de “gênio” filosófico, de uma nova

verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais. (GRAMSCI, 1999, p. 95-96)

Essa entidade da sociedade civil organizada constituiu-se em *movimento pela democratização em saúde*, a partir da socialização da produção científica crítica, tendo como matriz ideológica o marxismo passando a realizar a “filosofia” a partir da prática cotidiana. O Cebes representou, pois:

Uma espécie de conjunto de intelectuais orgânicos, digamos assim, na perspectiva gramsciana, [...] uma espécie de desaguadouro de síntese do que vinha dos movimentos sociais urbanos, das associações de moradores, da igreja, do sindicato, da academia, dos departamentos de medicina preventiva que estavam pensando criticamente a coisa da saúde. (TEMPORÃO, 2006, p. 58)

A edição da Revista Saúde em Debate, pelo Cebes, configura-se em elemento essencial para difusão das idéias e a promoção dos debates que vão, posteriormente, constituir a “idéia” de Reforma Sanitária, tendo como matriz filosófica as ciências sociais de cunho marxistas, visto que na direção do Cebes predominavam militantes e simpatizantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB). Temos aqui a confluência de dois fatores que criaram as condições para a elaboração, divulgação e conquista de legitimidade auferida pelo projeto da RSB: a orientação e condução política orgânica do processo pelo PCB, via direção e “células” constituídas por profissionais de saúde, e a produção acadêmica de propostas inovadoras e reformistas que mobilizavam e aglutinavam os críticos do modelo de atenção à saúde. Acresce-se, também, a constituição de um movimento social de grande envergadura com amplo espectro de atuação - universidades, entidades de profissionais de saúde, agremiações estudantis, sindicatos operários, associações de moradores, etc. -, que se revelou capaz de galvanizar o apoio e a adesão de parcelas expressivas da opinião pública em defesa de transformações substantivas no setor saúde.

A Revista Saúde em Debate, em seu número 2, expressava em editorial o princípio geral e básico da RSB, “de que a saúde é um direito de cada um e de todos os brasileiros”, e para tanto havia a “necessidade de organizar a prestação de serviços de saúde em nova perspectiva [...], desejando uma mudança real das condições de saúde do povo” (Editorial I, 1977, p. 3-4). O número 3 dessa Revista, em seu editorial, menciona por 3 vezes a expressão Reforma Sanitária como uma das atribuições a cargo da política a ser empreendida pelo Cebes:

Trata-se de desenvolver o Cebes como um órgão democrático e que preconiza a democratização do setor saúde, recebendo todas as contribuições que atendam aos objetivos de uma Reforma Sanitária, que deve ter como um dos marcos a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade. (EDITORIAL, 1977, p. 3)

Os alicerces para a construção da Reforma Sanitária Brasileira assentavam-se na *unificação dos serviços*, na *participação dos usuários*, na *ampliação do acesso* e na *qualidade da atenção*, e na crítica implacável às atividades lucrativas ligadas à saúde, pertencentes à indústria farmacêutica, a empresas e a cooperativas médicas, além dos setores empresariais do setor de equipamentos hospitalares e instrumentos médicos.

No I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, realizado em 1980, o Cebes apresentou o documento *A Questão Democrática da Saúde* (CEBES, 1980), propondo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com um conjunto articulado de proposições e propostas capazes de promoverem as transformações indispensáveis ao modelo de atenção à saúde. Em editorial do mesmo ano o Cebes, por meio de sua Revista, advoga:

A questão fundamental que atualmente se coloca é a da organização de um sistema democrático na área da saúde e, portanto de sua gestão, ou seja, de que os verdadeiros interessados na área, os profissionais (médicos, enfermeiros e nutricionistas, etc) e os usuários representados por seus sindicatos e associações, e os partidos políticos possam abrir um amplo debate sobre a Política Nacional de Saúde e influenciar efetivamente na sua definição. (EDITORIAL, 1980, p. 3)

Neste sentido, o Cebes era mais do que uma entidade da sociedade civil, era um movimento que contava com amplos setores da sociedade interessados nas mudanças democráticas e na área da saúde mediante a promoção da cidadania.

A constituição e representação da direção do Cebes, marcadamente vinculada ao PCB, findo o período de maior repressão política, identifica a necessária ampliação e atração de novos militantes e simpatizantes para o movimento sanitário para melhor difusão das propostas e crescimento do respaldo político no seio da sociedade civil, ao tempo em que criava um ambiente público para debates e reflexões entorno do projeto da RSB, estimulando a ocupação dos espaços institucionais pelas novas lideranças que surgiam.

A Criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e a conquista das entidades médicas (Conselho Federal de Medicina, Associação

Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos) pelo Movimento de Renovação Médica (Reme) representaram, em seu conjunto, um novo patamar da luta pela reforma sanitária. As idéias estavam elaboradas e o passo seguinte foi o de buscar legitimação perante a sociedade civil, com a difusão das propostas e ampliação das críticas ao modelo de saúde vigente.

Em simbiose as duas novas entidades passam a exercer as funções que ao Cebes já não comportava pela sua base mais estreita e partidarizada. A junção das duas entidades trouxe para o movimento sanitário indivíduos e grupos com formações distintas, incluindo representantes dos usuários, via sindicatos e associações de trabalhadores, alargando seu raio de atuação, de influência e de pressão política. Além de agregar indivíduos com formação acadêmica diversa da área da saúde contribuindo para o alargamento dos horizontes setoriais, e com isso enriquecendo as formulações e ampliando seu raio de atuação e influência.

Os novos atores políticos com a redemocratização e o advento da Nova República, em 1984, promoveram em conjunto com a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados à realização do *V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, com o objetivo de fornecerem subsídios à formulação da política de saúde para o governo de transição. Em seu Relatório Final foi apresentada uma proposta política para um programa de saúde tendo como base, as seguintes diretrizes:

1. Saúde é um direito do cidadão e dever do Estado;
2. A Melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida;
3. A democratização da saúde estreitamente vinculada ao processo de democratização da sociedade brasileira reflete a luta e aspirações dos mais amplos setores sociais. (RELATÓRIO FINAL, Câmara dos Deputados)

A transição democrática promoveu novos arranjos nas relações de forças e de poder, e no período imediatamente posterior à instalação do novo governo, entre 1985 e 1987, os canais tradicionais de influência ainda apresentavam poros que permitiam a atuação mais ousada de setores progressistas, sobretudo nas áreas de Saúde, Previdência e Ciência e Tecnologia.

O governo Sarney constituía um conjunto de forças políticas heterogêneas, conservadoras e progressistas, o que acabou resultando em um jogo de interesses opostos, privatista de um lado, estatizante, de outro, sem uma nítida hegemonia de uma das partes. Essa crise de hegemonia já provinha, em tempos recentes, dos últimos governos da ditadura, mesmo se valendo o regime de mecanismos autoritários para impor seus pressupostos. (FALEIROS, 2006, p. 26)

Nesse ambiente marcado pela ambivalência do poder central, havia um conflito entre as propostas elaboradas pelos setores progressistas e o núcleo conservador do governo:

Carlos Santana, que ideologicamente era considerado conservador, mas que era um radical transformador na área da saúde, se torna Ministro da Saúde. O marco simbólico era transferir o Inamps para o Ministério da Saúde [...] mas havia um problema: a saúde estava na mão de um conservador e a Previdência com a oposição. Até que, na calada da noite, Carlos Santana consegue um decreto que autoriza Sarney a passar o Inamps para o Ministério da Saúde. Waldir Pires, Ministro da Previdência Social, então veta o decreto, dizendo que o “Inamps é um patrimônio dos trabalhadores e que por isso essa decisão deveria ser participada a eles”. Pensamos em fazer isso convocando uma Conferência. (AROUCA, 2002)

Essa polêmica redundou na proposta de convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, com ampla participação da sociedade civil e dos prestadores de serviços privados com a finalidade de definirem, em face do novo governo, uma política de saúde que fosse capaz de estabelecer diretrizes, princípios e programas destinados ao atendimento das necessidades da população. As divisões entre os setores governamentais (progressistas e conservadores, e entre Ministérios da Saúde e da Previdência Social), se estendiam também para os setores privados (lucrativos e filantrópicos).

A VIII CNS não elaborou um texto para ser apresentado aos constituintes, embora o Presidente José Sarney, na abertura da Conferência, tenha sugerido que ela deveria configurar-se como uma “pré-constituente da saúde”. Todavia, o *I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, em setembro de 1986, formulou uma proposta para servir como subsídio aos constituintes, tendo como referência as conclusões da VIII CNS. A *Comissão Nacional da Reforma Sanitária* criada no período, no âmbito do governo federal, tendo como membros representantes do setor privado lucrativo e filantrópico, além de autoridades e técnicos governamentais, igualmente apresentaram um texto para a saúde a servir como substrato aos parlamentares.

A efetiva implementação da RSB teria que trilhar três caminhos com seus inúmeros obstáculos: prevalecer na *elaboração da Nova Constituição*; promover *radicais mudanças na Lei nº 6.229/75*, se possível com sua revogação; e a *ampliação da atuação setorial*, colocando a saúde como objeto do desenvolvimento (RODRIGUEZ, 1997, p. 69). O autor identifica esse último item com sendo de “caráter mais permanente”, possivelmente

indicando uma relação estreita entre a democratização na saúde com a questão da democracia e a redefinição do papel do Estado.

As concepções contidas no ideário da RSB abrangiam outros setores da vida nacional e não podiam ficar mais restritas as políticas específicas de saúde, mas antes englobavam esferas da vida econômica, cultural, social e política. Na solenidade de entrega do anteprojeto para a saúde perante os constituintes o professor da UnB, Eleutério Rodriguez Neto, convidado a falar pela “Plenária Nacional pela Saúde na Constituição”, enfatiza esse aspecto com as seguintes assertivas:

A saúde é resultante do processo global de produção e distribuição de riquezas de um país. Não é possível, portanto, o seu alcance, sem uma efetiva Reforma Agrária e sem uma ordem econômica mais justa. Assim, é expectativa dos segmentos majoritários da população que, na nova Constituição, a saúde passe a ser objeto de governo e não apenas um programa setorial; que essa prioridade seja transformada em meios para seu alcance e que a democracia seja condição para seu gozo. Saúde é democracia. Democracia é saúde. (RODRIGUEZ, 1987, Encarte Especial, CEBES)

A concepção ampliada de saúde vincula diretamente as condições gerais em que vive a população, com ênfase na ordem econômica e na distribuição de riquezas e no acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida digna. A enfática defesa da democracia indicava, além da pronta rejeição ao autoritarismo, que os caminhos da reforma sanitária, e também das reformas sociais em geral, seriam palmilhados pela via democrática, de modo progressivo e como um processo de construção paulatina, e não por meio de rupturas ou transformações abruptas, mas como a se desenvolver como um longo processo permeado por incertezas, e sujeito às mudanças, recuos, perdas ou acomodações determinadas em cada conjuntura política. A visão dos idealizadores do projeto da RSB era que cada posição conquistada, cada avanço almejado somente seria obtido por meio de negociações e entendimentos que redundassem em consensos extraídos de pactos de governanças definidos entre as três esferas de governo, e as representações da sociedade civil.

O projeto na área da saúde teve uma tramitação relativamente tranquila na Sub-Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, com aprovação dos tópicos básicos do projeto da RSB elaborado pelo movimento sanitário. Porém, na Comissão de Ordem Social, o Relator Senador, Almir Gabriel, do PSDB-PA, promoveu modificações substantivas com a introdução da concepção de Seguridade Social que englobava as áreas da saúde, previdência social e assistência social.

Tal modificação provocou reações de temores e de desconfianças no movimento sanitário, visto como uma ameaça ao comando único em cada esfera de governo e a autonomia do SUS, principalmente quanto aos recursos orçamentários e financeiros. Outros militantes compreenderam o alcance dessa proposta e apoiaram o relatório, considerando que “o conceito de seguridade social é um avanço muito grande em relação ao conceito de previdência” (AROUCA, 1987, p. 3).

As disputas entre os constituintes giravam sobre vários pontos, mas principalmente pela duração do mandato presidencial. As cizânias daí decorrentes estimularam o grupo conservador a elaborar uma proposta alternativa que esvaziava em sua essência o projeto da reforma sanitária, entre outros setores que seriam afetados. O projeto do chamado “Centrão”, apresentado em plenário como alternativa ao que já tinha sido aprovado previamente nas Comissões Temáticas e de Sistematização, conseguiu fazer refluir várias propostas inovadoras da apreciação do conjunto dos constituintes.

Após a primeira fase da constituinte em que a maioria conservadora não se articulou de forma a impedir a aprovação de propostas progressistas, o chamado projeto do “Centrão” propunha mudanças em vários capítulos do texto que foi ao plenário para deliberação final. O projeto do “Centrão” incluía diversos itens referentes à saúde que desfiguravam por completo o projeto da RSB. Ao todo eram propostas mudanças em plenário de nove capítulos do texto para apreciação e deliberação finais.

A nova batalha agora dizia respeito à preservação do que já havia sido aprovado nas comissões anteriores, sendo necessária uma ofensiva política com a formação de uma frente de lutas mais amplas e heterogêneas, já que as entidades médicas que haviam participado das mobilizações iniciais agora se alinhavam às diretrizes mais conservadoras contidas no projeto do “Centrão”. A posição política mais conservadora adotada pelo governo José Sarney e pela maioria dos constituintes passa a ser apoiada, também, por segmentos da sociedade civil anteriormente alinhado ao projeto da RSB, vendo nesse impasse a possibilidade de fazer prevalecer a diminuição do papel do Estado, criando as condições para o exercício da medicina liberal.

Nessa conjuntura, cheia de impasses e obstáculos, surgem novos atores políticos com a organização, em Olinda - PE, do *VI Encontro Municipal do Setor Saúde* e o *V Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde*, que decidem constituir o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o qual assume o papel de sujeito coletivo e principal força política no âmbito do movimento sanitário em substituição ao papel de protagonista exercido até então pelo Cebes.

Esse encontro, em 1988, retoma a defesa da reforma sanitária com a unificação de posições e deliberando pela política de pressionar os candidatos no pleito municipal a assumirem o compromisso público de respaldo as propostas reformistas e rechaço as proposições conservadoras. O movimento sanitário, agora renovado e revigorado pela presença de novos atores sociais exercendo funções públicas de gestores do sistema e, pois, responsáveis diretos pela prestação de serviços perante a população, agora, também alvos de cobranças por parte dos governantes, volta a exercer forte pressão junto aos prefeitos e parlamentares pela manutenção e implementação do texto legal.

Durante a realização da 40ª Reunião Anual da SBPC, em 1988, em São Paulo, o Senador pelo Partido Comunista Italiano (PCI), Giovanni Berlinguer, afirma:

A prevenção não tem estado no centro das atividades sanitárias de nenhum governo. Em vez de envolver o Estado na política de saúde, ela é que tem sido envolvida na corrupção e no populismo do Estado. Deve haver uma reforma cultural e moral para afirmar o valor da vida e da saúde. Não quero criticar os amigos, mas a implantação do SUS e toda a luta necessária na constituinte podem ter levado à preocupação muito institucional, com risco de subestimar os problemas reais de saúde. (BERLINGUER, 1988, p. 4)

A advertência do senador decorria das múltiplas visões de reforma sanitária acalentada no seio do movimento quanto às prioridades a serem selecionadas entre os vários objetos de postulação: *a saúde da população, a mudança das práticas de saúde e a modificação do sistema de saúde.*

Esse último tópico havia galvanizado a atenção da maioria dos militantes, em detrimento dos demais pontos da reforma, o que arrefecia a luta ideológica pela prevalência do componente funcional em detrimento de transformação mais ampla e profunda na concepção de saúde, no papel do Estado como responsável direto pela garantia dos serviços a toda a população, e a participação ativa e decisiva da população na formulação, implementação e fiscalização dos serviços de saúde - principal referência do novo modelo a ser implantado e idéia-força da RSB.

As principais incongruências e discrepâncias dentro do movimento sanitário surgem com a ocupação de postos de comandos nos subsistemas municipais e estaduais de saúde por próceres da RSB.

A promulgação da Constituição Federal, em outubro de 1988, continha um texto relativo à saúde bastante próximo do projeto da RSB. A introdução da concepção de Seguridade Social, agora vista como ampliação dos direitos dos cidadãos, reforçou, no entanto, os temores de que a Carta Magna poderia ser apenas uma conquista formal:

A Reforma Sanitária escrita na Constituinte não representará nada se não produzir um impacto concreto sobre a saúde do cidadão. Ela tem que ganhar o espaço da comunidade, do lar, da fábrica, das escolas e ali efetivamente produzir transformações que contribuam para o bem-estar da população e para a construção de uma sociedade democrática, justa e independente. (AROUCA, 1988, p. 8)

O movimento sanitário, como parte do movimento da sociedade civil, havia logrado ampliar o horizonte do possível, aproveitando as condições políticas decorrentes da renovação de esperanças advindas do processo de redemocratização, e as lacunas propiciadas e/ou criadas a partir das mudanças dos dirigentes do país. Soube, assim, superar parcialmente os inúmeros obstáculos estruturais e conjunturais fazendo avançar e concretizar o projeto da RSB no campo jurídico-legal.

Os diversos autores que se dedicam ao tema da RSB concordam que os principais fatores para o êxito desse processo decorreram da organicidade do movimento, da construção das teses de forma consistente e da base de apoio e sustentação obtidos na sociedade quando comparados a outras propostas elaboradas e defendidas por movimentos sociais de igual expressão política com atuação em esferas diversas da saúde.

O movimento pela democracia da saúde obedeceu a certo grau de autonomia em relação aos outros campos de práticas, econômicos ou sociais; grau de autonomia este representado por um avanço temporal das suas teses, em comparação com o próprio processo de democratização e com consistência dos projetos de outras áreas. Isto é, passou a ser voz corrente que o movimento da saúde foi o mais organizado e consistente, levando a conquistas aparentemente mais avançadas que o conjunto das formulações econômicas poderia antecipar, e o nível de organização popular pudesse garantir. (RODRIGUEZ, 2003, p. 21)

Todavia, as conquistas no processo legislativo obtidos pelo movimento sanitário, com a nova Constituição Federal e com as Leis Orgânicas da Saúde, não mascaravam “o afastamento do SUS em relação à doutrina da RSB” (RODRIGUEZ, 2003, p. 22). Isto porque havia a identificação pelo mesmo autor quanto ao descompasso entre as exigências políticas e sociais requeridas pela construção da RSB e a retração do movimento sanitário. Fato que poderia ser constatado pela separação entre as lideranças e as bases políticas e sociais que se via agora em lados opostos quanto à condução política: de um lado, gestores do sistema no nível estadual e municipal; de outro lado, os integrantes dos movimentos sociais que haviam impulsionado a RSB. Além de não haver ampliado a articulação com esses movimentos para as etapas posteriores, as lideranças foram perdendo legitimidade durante a continuidade do processo de construção do ideário da RSB, sobretudo quanto aos

espaços atinentes à comunidade. Assim, o movimento se dividiu entre aqueles que se dedicavam à construção do SUS nos municípios e estados como gestores dos subsistemas, e os que alojados em entidades e organizações da sociedade civil exploravam a necessidade de aprofundar e qualificar a RSB. Em outras palavras, a divisão se fazia entre os que buscavam a construção e consolidação da RSB via desenvolvimento do SUS, e, portanto agiam por “dentro de sistema”, e os que permaneciam nas lutas fora do aparelho burocrático do estado com atuação por “fora do sistema”, buscando manter o movimento sanitário como instância da sociedade civil organizada e ativa.

Como consequência direta, a dispersão das principais lideranças do movimento sanitário, que migram para o aparelho burocrático do estado, nas esferas estaduais e municipais, deixa as etapas seguintes da RSB para serem implementadas pela “ação por dentro” das instituições, perdendo sua mais importante força política advinda da mobilização e pressão social exercidas em fases anteriores. A compreensão de que a implantação e consolidação da RSB nas etapas seguintes à promulgação da Constituição se fariam no exercício de postos de direção do sistema de saúde, esvaziou o movimento sanitário como “agente coletivo” das mudanças.

Ao privilegiar a arena do legislativo, deixou-se à margem a política de atração e entrelaçamento com a comunidade que deveria não somente ser beneficiária como também parceira e protagonista das transformações no campo sanitário. O êxito do projeto da RSB sempre dependeu do movimento social que lhe impulsionou e logrou legitimar-se, porém, sua construção efetiva envolvia um processo mais longo e complexo, sendo sua legalização uma etapa importante, mas as seguintes eram mais difíceis, pois, exigiam permanente mobilização e ampliação de alianças com outros setores dos movimentos sociais e políticos, além da presença de um partido político forte e coeso que tivesse na condução das etapas posteriores da RSB uma posição de liderança que promovesse a unidade orgânica.

No período subsequente, o PCB havia perdido importância política, emergindo o PT como principal força no campo das esquerdas, inclusive na saúde. Novição nas lições políticas, o PT não galvanizou as forças políticas para um projeto unitário, mas antes defendia a estatização dos serviços de saúde com o que promoveu discórdia e enfraquecimento do movimento sanitário. O PT, em suas origens, se caracterizava mais avesso a compromisso e acordos partidários e políticos em geral, do que como força política agregadora.

O crescimento do movimento sanitário ganhava importância política como protagonista nas arenas decisórias. Enquanto no campo científico e de difusão dos ideais da reforma, o movimento sanitário havia ampliado sua atuação e diversificado os atores coletivos, no campo político e social, o necessário alargamento e consolidação do projeto, no seio da sociedade civil, sofreu das divisões internas e da dispersão das principais lideranças, agora no exercício do comando de aparelhos burocráticos do estado, agravado pela ausência de um partido político hegemônico na condução do processo de implantação e fortalecimento da RSB e nas fraturas expostas pelas divisões internas ao movimento.

Com a promulgação da Constituição e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o movimento sanitário parece ter considerado que “ganhou a guerra”, em relação à implantação do SUS, esquecendo-se que tinha sido ganho apenas uma batalha. (RODRIGUEZ, 1997, p. 89)

Em face de tais divergências que foram se afluando e avolumando no transcurso do processo de elaboração da nova Constituição, os grupos que deram origem ao projeto da RSB foram se fragmentando, prevalecendo, na maioria das vezes, a visão, interesses e conveniências de cada corporação envolvida nas disputas políticas. Assegurar a conquista de cada posição relativa de influência e prestígio político como interlocutor da sociedade civil perante as instituições e seus representantes tornou-se para os grupos reformistas o fator de mobilização, disputas e divisões no seio do movimento sanitário. A inscrição no texto constitucional havia galvanizado a atenção de todos os adeptos da reforma com a finalidade precípua das conquistas jurídico-legal, e a razão de ser das lutas no âmbito da constituinte. Como consequência direta dessa visão imediatista, os aspectos atinentes à fiel manutenção do ideário da RSB, a análise crítica, permanente e o combate às estruturas e às relações entre sociedade civil e o Estado que permearam todo o período histórico da construção do projeto reformador - razão de ser do movimento sanitário -, foram deixados para segundo plano. Cada grupo vislumbrava e formulava sua própria estratégia para a implantação da RSB, que passa a ter múltiplas interpretações nas idealizações quanto aos caminhos, ritmos de mudanças e alcances das reformas.

A conjuntura afigurava-se como possibilidade ímpar à materialização legal dos interesses imediatistas em detrimento do projeto original em seu conteúdo global. Ter a sociedade civil como protagonista principal e destinatário final das mudanças perde impulso como movimento contra-hegemônico e artífice dos novos tempos de mudanças. A concepção primária da construção formal no campo jurídico-legal de um sistema

globalizante, universal e incluyente torna-se o único ponto de convergência dos interesses dos diversos grupos, e à medida que os militantes do movimento passam a lutar apenas pela viabilização estritamente legal, deixando a implementação do sistema em segundo plano, o projeto da RSB inicia seu declínio como força política que havia logrado elaborar e legitimar uma concepção de atenção à saúde contra-hegemônica em meio a uma sociedade civil historicamente pouco participativa e atuante.

A crise econômica, que esteve presente em todo o governo Geisel, ao tempo que propiciou a abertura política e a articulação dos movimentos sociais, impulsionou, ainda, a implantação de modelos experimentais na área da saúde que, simultaneamente, importassem em redução dos custos orçamentários e financeiros e aumento da oferta de serviços. A questão ideológica presente nesse modelo alternativo não foi compreendida como projeto de longo alcance e comprometedor do *status quo* com o potencial de converter-se em política contra-hegemônica a serem utilizadas no futuro como questionamento às práticas médicas e à organização e mobilização da sociedade civil, destinados a promoverem transformações substantivas nos serviços públicos de saúde.

A introdução, e até mesmo o destaque, ainda que teórica, à questão social no planejamento do Estado, ou seja, a utilização do campo social como fonte de legitimação do da RSB, não foi compreendida pelo regime como uma possível ameaça ao processo de tomada de decisões políticas em um breve futuro.

Como identifica Escorel (1998, p. 43) esse é o momento do estabelecimento de políticas racionalizadoras pelo Estado que adota o planejamento como fonte e guia das ações governamentais e que direcionam as políticas públicas e por força dessa vinculação estreita passa a direcionar o setor saúde diretamente vinculado ao II PND. Surgiram nessa conjuntura três espaços institucionais que podemos chamar de pilares institucionais, por se constituírem em estímulos oficiais à estruturação e articulação do movimento sanitário: o setor Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisas Econômica e Aplicada (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPS (PPREPS/OPS). Destes organismos nasceram os principais programas que serviriam como experimentos e também como espaços institucionais conquistados pelo movimento sanitário, e que se tornaram em importantes programas governamentais pelo seu caráter abrangente e de baixo custo como vimos anteriormente: o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) e o Plano de Localização de Unidades de Saúde (Plus), destinado à construção de unidades de

atendimentos mais próximas dos cidadãos, inserindo-as nas comunidades mais carentes dos aglomerados urbanos e nas pequenas cidades do interior.

Esses três programas em conjunto representaram para o movimento sanitário a primeira conquista política, visto que o Estado havia incorporado em suas políticas públicas as diretrizes e princípios norteadores do movimento, embora esses programas ainda fossem uma pequena parte do sistema, mas com potencial para deslocar o eixo dos debates e das formulações futuras de políticas para o setor saúde.

Na política científica e tecnológica, o II PND almejava alcançar o desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a área social, com destaque para os setores de saúde e educação. No campo da saúde, desenvolver programas de pesquisas orientadas para a eliminação de endemias, como a esquistossomose, o Mal de Chagas, a malária, a Febre Amarela, etc., assim como sobre a nutrição de grandes contingentes populacionais; instituir certo número de centros de saúde voltados para o diagnóstico e o tratamento de doenças da nossa sociedade urbana, como o câncer e problemas do coração (II PND).

Nesse contexto, o impulso ao *sanitarismo desenvolvimentista* viabiliza-se e afigurava--se como corpo de idéias sólidas e consistentes e, no ambiente pós-milagre econômico, mas ainda sob regime autoritário, pôde fornecer com seu ideário um roteiro para a III CNS realizada com a proposta de descentralizar das ações e serviços de saúde, mesmo permanecendo a centralidade nas decisões governamentais.

O panorama econômico configurava-se como crise crônica e ameaçava a legitimidade do regime militar. O II PND reconhecia a situação e procurava lidar com ela apresentando como relevante à questão social, negando os princípios das gestões anteriores de “esperar o bolo crescer” para, posteriormente, dividir as riquezas nacionais. O II PND “reconhece que a política social tem objetivos próprios, que o desenvolvimento social deve ocorrer de forma paralela e progressiva ao desenvolvimento econômico” (BRASIL, II PND, p. 71).

Na área da saúde, o plano explicitamente afirma:

a saúde, inclusive médica da Previdência Social, carecem, ainda, de capacidade gerencial e estrutura técnica e, com isso, se reduz à eficácia dos recursos públicos a eles destinados e se eleva o risco das decisões de aumentá-los substancialmente. (BRASIL, II PND, p. 71)

Foram estes questionamentos e críticas ao modelo vigente que orientaram as estratégias para o desenvolvimento e implementação de novos arranjos operacionais do

setor, fundamentalmente com as reformas institucionais e administrativas levadas a efeito pelo governo Geisel.

A materialização dessa postura deu-se com a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e, na esfera social, com a estruturação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Esse impulso na área social ocorreu, todavia, de modo dicotômico, com a formação de duas estruturas governamentais excludentes e restritivas na área da saúde. O II PND definia claramente esses campos de responsabilidade federal:

dois grandes campos institucionais - o do ministério da saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os procedimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; e o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado. (BRASIL, II PND, p. 73)

A Lei nº 6.229/75, que criou o SNS, institucionalizou essa divisão e consolidou a marginalidade do Ministério da Saúde como responsável pela assistência médica destinada aos indivíduos. A cidadania era, então, apanágio dos segmentos vinculados formalmente ao mercado de trabalho e que em decorrência possuíam carteira de trabalho. Os trabalhadores sem esse vínculo empregatício constituíam o contingente marginalizado, sem acesso aos bens públicos de saúde, exceto os ofertados pelas Santas Casas de Misericórdias que disponibilizavam assistência nas instituições filantrópicas e outras afins sem fins lucrativos.

Desta forma, sob a maior responsabilização pela área social preconizado pelo II PND, “abriram-se os espaços institucionais” para a atuação dos setores reformista da assistência à saúde. Como o Estado não dispunha de profissionais em número adequado para ocupar todos os espaços abertos pela nova política governamental, criou as condições para que outros profissionais de formação política distinta, inclusive marxista, fossem incorporados às instituições públicas, inserindo pensamentos e propostas contrárias às dominantes no aparato estatal, e com isso promovendo a ampliação dos questionamentos e debates no interior do aparato burocrático governamental.

O movimento sanitário surgiu e articulou-se dentro desse panorama bem definido: a política de saúde então hegemônica era de mercantilização da medicina, sob a égide dos financiamentos e compras cativas de serviços realizados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. A dicotomia existente na área da saúde, em decorrência da divisão de

atribuições e responsabilidades entre dois ministérios, representava a principal entrave a existência de uma política para o setor. A crítica realizada pelo movimento sanitário tomava essa dicotomia como símbolo e as distintivas políticas públicas implementadas pelo Estado, tendo por referência as questões classistas e trabalhistas, e como eloquentes demonstração das desigualdades, fruto de decisão do próprio Estado ao selecionar e segmentar a sociedade em dois grupamentos distintos e estanques.

No seio do aparato previdenciário estava a aliança entre os interesses privados do setor saúde e a burocracia estatal que “se consolidaram ao longo do período e prepararam as condições para uma crescente privatização dos serviços médicos previdenciários” (CORDEIRO, 1982, p. 83).

O nicho de mudanças possíveis localizava-se no Ministério da Saúde, particularmente em sua Secretaria-Geral, ocupada pelo sanitarista Dr. José Carlos Seixas, que incorporou ao Ministério jovens egressos das universidades, formando o grupo progressista com visão distinta e de oposição ao modelo tradicional de organização e concepção do setor saúde. Esse grupo de jovens profissionais havia participado dos Encontros de Docentes de Medicina Preventiva de São Paulo e não representavam, ainda, o pensamento médico-social, mas a ele se aliaram para combater o pensamento e as propostas *sanitaristas campanhistas* representados, dentro do Ministério da Saúde, pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSesp) e Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam). Os dois grupos passam a utilizar o discurso *sanitarista desenvolvimentista* que haviam adquirido de militantes e acumulado experiências de novas gestões para o setor ao longo dos anos anteriores à abertura das instituições para outras formulações teóricas e elaboração de programas inovadores em contrapartida às instituições FSesp e Sucam, formadas sob a égide da racionalização e exacerbação dos controles burocráticos.

Em termos gerais, predominava as políticas formuladas e implementadas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em face do seu orçamento e sua ampla rede de cobertura. Fica evidente esse desequilíbrio não apenas em termos operacionais como na capacidade política com o fato de que a dotação orçamentária global consignada no Orçamento Geral da União para o Ministério da Saúde, em 1975, ser uma cifra 16 vezes menor do que a despesa do Ministério da Previdência só com programas de saúde (GENTILE DE MELO, 1977, p. 193).

Assim, a preponderância financeira e, conseqüentemente, política e organizacional, determinaram que o modelo assistencial personalizado pela Previdência Social fosse o

modelo hegemônico com o respaldo emprestado pela aliança entre os empresários do setor saúde e a burocracia previdenciária em contraposição ao enfraquecido Ministério da Saúde.

A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde - particularmente pela Secretaria-Geral foi a de estabelecer uma postura técnica com a busca de se diferenciar desempenhando o papel de racionalizador (tecnicamente) com o intuito de que o SNS pudesse funcionar mesmo dentro das limitações impostas institucionalmente. Essa estratégia estava baseada em uma visão sistêmica, na qual era possível e desejável tudo harmonizar, além de desenvolver uma atuação cujo corpo doutrinário era fundamentado naqueles propostos pelos organismos internacionais e que orientavam os programas de medicina comunitária e de extensão de cobertura - enfocando os conceitos de regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários e simplificados na assistência a ser desenvolvidos por agentes de saúde e com a participação da comunidade. Nesta busca de adquirir prestígio e importância, o Ministério da Saúde passa a recuperar as Conferências de Nacionais de Saúde como espaço privilegiado para a legitimação de suas propostas inovadoras.

A introdução da “seguridade social” como confluência das políticas sociais públicas ocorreu fora das expectativas e do projeto da reforma sanitária brasileira. Esta mudança, realizada pela comissão de sistematização da Assembléia Nacional Constituinte, pegou o movimento sanitário no contrapé, pois introduzia elementos novos da área social que, se por um lado, deixava o setor saúde sem a primazia da individualidade, por outro lado, trazia a questão previdenciária e assistencial que igualmente interessava às classes trabalhadoras, criando a impossibilidade política de rejeitar uma concepção de junção de áreas afins, e historicamente marginalizadas pelas políticas governamentais.

Inaugurava-se uma nova fase na política brasileira, na qual os usuários e beneficiários das políticas públicas tinham o poder de deliberar sobre os temas que lhes diziam respeito e de interesses de toda a sociedade. Era a realização do acalentado desejo de fazer convergir o direito à saúde com o pleno exercício da democracia por parte de toda a sociedade.

Fruto da mobilização política em torno do evento lhe conferiu legitimidade para mais adiante servir como referência obrigatória nos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, a VIII CNS conferiu um novo patamar na luta política pela RSB. As lideranças do movimento sanitário deixavam de atuar apenas nas franjas do sistema e passaram a exercer papel de destaque nas negociações no âmbito parlamentar. Curiosamente, nesta VIII CNS, embora trouxesse como paradigma a questão da

democracia, todos os seus delegados não foram eleitos nas instâncias municipais e estaduais, mas antes todos foram selecionados e convidados pelas instituições públicas e autoridades do setor. Foi uma representação pautada pela elitização, cabendo aos usuários, alvos e objetos dos discursos inovadores, o papel de coadjuvantes silenciosos.

Foi nos anos 70 e 80 que o movimento sanitário se desenvolveu em consonância com o crescimento dos movimentos sociais em geral e como parte dele, mas como parte pautada em atuação bem definida e articulada organicamente às correntes políticas de matriz ideológica de esquerda, e adquiriu maior visibilidade que outros setores do movimento da sociedade civil. Em todo o percurso de formulação e articulação do movimento sanitário suas propostas foram sendo aperfeiçoadas quanto à sua organização e ampliação dos espaços de atuação, como também pela unidade de atuação para enfrentar uma situação que, o diagnóstico do “pensamento democrático na área da saúde”, tinha como maiores entraves e problemas:

- a) O atual estado de saúde da população brasileira é consequência de uma dupla determinação. De uma política econômica e social que colocou nas costas dos assalariados quase todo o ônus do crescimento econômico (...) e de uma política de saúde cuja característica mais importante é o empresariamento e cujo objetivo fundamental é o lucro;
- b) Atualmente, a característica profissional mais marcante dos trabalhadores na área da saúde é a perda de sua dignidade enquanto tais;
- c) A Política Nacional de Saúde é tratada de modo autocrático;
- d) Os recursos da Previdência Social para assistência médica estão sendo dirigidos basicamente, à compra de serviços de empresas privadas;
- e) O lucro das empresas médicas é aumentado às custas do salário da população trabalhadora;
- f) A característica básica das políticas de Saúde Pública é sua ineficiência;
- g) A política de formação de recursos humanos obedece à mesma óptica da política de saúde: concentração e privatização. (CORDEIRO, 1979)

Com a conquista do projeto reformador, verificada no teor do Relatório Final da VIII CNS, e sua legitimação, na qual foram consagrados o triunfo e a conquista dos “corações”, o passo seguinte seria a batalha pelas deliberações a serem realizadas pela Assembléia Nacional Constituinte, em que se daria a institucionalização do projeto sanitário. Vê-se que havia mais do que convergência entre esses atores políticos, mas antes eles eram na verdade o mesmo ou um só: PCB, Cebes e os teóricos do sanitarismo desenvolvimentista ou médico-social.

O marco histórico foi realização da VIII CNS, em março de 1986, com a aprovação do projeto da Reforma Sanitária que adquire, então, a necessária legitimidade e que tem sua continuidade com a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), por

meio de portaria interministerial, e que teria em suas mãos o processo de implementação do projeto na esfera governamental por intermédio da elaboração de *resoluções* que embora não tivessem o caráter impositivo serviam, sobretudo, como instrumento de pressão e luta política para sua efetivação institucional.

Paralelamente, criou-se a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, cuja finalidade era a de promover a continuidade das articulações e mobilizações dos organismos da sociedade civil. A CNRS, criada como desdobramento da VIII CNS, era composta por entidades do governo e da sociedade de forma paritária. Na prática sua composição não refletia a representatividade alardeada pelo governo, pois as associações da sociedade civil eram minoria em relação aos organismos estatais e privados do setor saúde. A CNRS era constituída por 22 representantes, sendo apenas seis os vinculados às organizações populares: a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Confederação Nacional dos Trabalhadores (CGT), a Confederação dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), a Federação Nacional dos Médicos (FNM) e a Confederação Nacional de Associações de Moradores (Conam). Os demais membros pertenciam aos organismos governamentais, a parlamentares, a centrais patronais e a prestadores privados de serviços de saúde.

Essa composição visava desde sempre à preservação do Estado e o controle das políticas sociais, realizando a filtração das demandas sociais, por meio do exercício da “seletividade estrutural” (OFFE, 1984). A luta política ainda se concentrava no aparelho burocrático do estado, ocorrendo em duas frentes diversas e distintas: o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Saúde. O instrumento que inicia o processo de implantação da Reforma Sanitária, em 1987, foi a edição de *Decreto* pelo qual se criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tinha o caráter eminentemente administrativo, pois as mudanças verificadas diziam respeito à contração do papel da máquina previdenciária na prestação de serviços de saúde, por intermédio da transferência dos serviços de saúde e dos recursos financeiros para os estados e municípios; o estabelecimento de gestor único de saúde em cada esfera de governo; e a transferência para os níveis estadual e municipal dos instrumentos de controle sobre o setor privado (ESCOREL, 1992). Estas medidas mantinham intocadas as questões relativas às decisões políticas que permaneciam centralizadas no governo federal.

A política de saúde do governo da Nova República trilhou os mesmos caminhos de incertezas do processo de transição política, com avanços e recuos em sua efetivação institucional. O processo de descentralização, a integração interinstitucional e a primazia do setor público igualmente padeceram de semelhante insegurança.

Para a compreensão dessa etapa da RSB recorreremos à classificação desenvolvida por Offe (1984) na identificação de dois planos de análise da política social, um estrutural e um singular, articulados mediante relações que se estabelecem no campo específico do político. Quanto ao plano estrutural, as políticas sociais estão ligadas ao Estado capitalista e às suas determinações estruturais. Enquanto o plano singular é considerado pelas peculiaridades que as distinguem de outras políticas, e sua singularidade pode ser dimensionada mediante a realização de pesquisas empíricas direcionadas a dois eixos básicos: a evolução, modificação e inovação de uma determinada política social; e a relação entre estratégias de racionalização administrativa e a implementação de inovações políticas.

Na primeira situação, a política social fomenta as bases para a construção de condições socioestruturais, proporcionando ao trabalho assalariado o critério de intermediação dessa política. A política social assim concebida funciona como forma de permitir ao Estado a regulamentação de exclusão e inclusão em decorrência do mercado de trabalho. Para tanto, o Estado organiza e define as formas de existência externas ao mercado como, por exemplo: pessoas que, pela idade avançada, não estejam mais em condições de trabalhar passam a vincular-se ao sistema previdenciário; aquelas que não estejam em condições de saúde hígdas ficam sob os cuidados e responsabilidades do sistema de saúde; as crianças e jovens são mantidos sob os cuidados do sistema educacional.

Na segunda alternativa de políticas sociais, sob a óptica marxista de cunho estrutural funcionalista, essas políticas são apresentadas ou como úteis ao processo de acumulação capitalista, ou então porque possibilitam que o Estado se legitime perante as demandas e reivindicações da classe trabalhadora organizada. Em qualquer dessas condições, Offe (1984) afirma que as inovações nessa área buscam a compatibilização de diferentes estratégias que surgem no campo da política.

O Estado responde tanto às exigências quanto às necessidades de acordo com as instituições políticas e as relações conflituosas presentes na sociedade. Neste caso, as políticas sociais não estão subordinadas a nenhuma contingência oriunda da sociedade, seja como necessidade, seja como exigências de qualquer classe, mas visa criar as condições para lidar com os problemas estruturais do aparelho estatal de dominação e de prestação de serviços. Admitindo-se essa assertiva como verdadeira, de acordo com Offe (1984), as inovações na política social proporcionam as condições de interação conflituosa entre grupos e classes sociais com resultados imprevisíveis ou ambivalentes.

No aspecto teórico, a Reforma Sanitária, como política social, foi uma proposta surgida de um movimento social que articulava e mobilizava os interesses coletivos como questão central no processo de redemocratização. As dificuldades e resistências para sua implementação, ao longo desses 21 anos de promulgação da Constituição Federal, podem ser melhor compreendidas a partir da formulação de Offe (1984) quanto às dificuldades, dilemas e possíveis soluções ao tratar das inovações sociopolíticas e de racionalização administrativa experimentadas na Alemanha com a crise do *welfare state*. No plano das inovações sociopolíticas procurou-se, então, aumentar a eficiência das políticas sociais com a adoção de estratégias preventivas com vistas a melhorar as condições de trabalho e de vida da população, e com isso induzindo a crescente responsabilização da sociedade que passa a compartilhar com o Estado dessa função, ao tempo em que promove a redução dos custos operacionais do modelo de proteção social.

Em países sem tradição democrática como o Brasil, a representação de interesses dos setores sociais nas agendas políticas nacionais padece da tibieza das forças políticas das organizações partidárias ou trabalhistas vinculadas aos segmentos sociais que possam promover negociações com vistas ao atendimento de requisitos básicos de proteção social. No Brasil, onde até recentemente não houve um sistema político de corte liberal-democrata, o reconhecimento dos direitos de cidadania e, em particular, do direito de usufruir de um mínimo de proteção social por parte do Estado, não sido contemplado nas políticas governamentais. Esta situação agrava-se pelos efeitos diretos e indiretos da implantação de políticas econômicas que promovem ajustes nas contas públicas para atender às demandas das crises econômicas e financeiras. Assim, a diminuição dos recursos disponibilizados pelo Tesouro para os programas de proteção social e o aumento das contribuições dos trabalhadores e empregadores passam a constituir fundos para pagamentos das dívidas internas e externas, e como instrumento de contenção das crises do sistema capitalista dependente do Estado que sempre vigorou no Brasil.

As limitações e obstáculos à implantação da Reforma Sanitária decorrem essencialmente da democratização ainda precária no país, visto que o regime apresenta-se em estágio de consolidação distante do necessário à efetivação de uma política pública com características de inclusão social.

4.2 Institucionalidade e Abrangências

4.2.1 As Conferências Nacionais de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde - I a XIII CNS - foram criadas por Lei Federal datada de 1941, no governo de Getúlio Vargas, antes mesmo da existência do Ministério da Saúde, que só seria instituído em 1953, também por iniciativa de Getúlio Vargas em seu segundo mandato presidencial, pelo desmembramento do Ministério da Educação e Saúde.

Coerente com a concepção positivista que norteava as ações e políticas governamentais, caberia às elites do aparelho burocrático, detentoras de capacidade técnica racionalizadora, a formulação de diretrizes para o setor saúde. As CNSs foram instituídas como instâncias, extensões exclusivamente do poder executivo federal, para a definição de programas e seleção de clientela-alvo das ações e serviços providos pelo governo central. Todavia, apenas com o caráter consultivo, permanecendo o poder decisório concentrado na cúpula dirigente.

Assim, a concepção de realizar uma Conferência Nacional de Saúde primava pela exclusão ou limitação: os técnicos participavam apenas como membros integrantes de um fórum consultivo, cabendo as decisões quanto à implementação ou rejeição das propostas aos detentores do poder central; a sociedade civil, mesmo por intermédio de profissionais do setor, estava sumariamente excluída até mesmo da apreciação das propostas.

A I Conferência Nacional de Saúde ocorreu no ano de sua instituição, em 1941, e sua agenda de debates e rol de recomendações finais revela sua natureza política: promover no âmbito do poder executivo consultas entre técnicos com vistas à estruturação do setor, com a definição das atribuições e responsabilidades do Estado perante a questão da saúde pública. Na definição conceitual relativa ao papel a ser desempenhado pelo Estado, ficaram estabelecidas as limitações de sua atuação: circunscrita a concepção curativa e não extensiva as medidas de alcance preventivo; a defesa sanitária da população; a assistência social aos indivíduos e às famílias; proteção da maternidade, da infância e da adolescência.

Vê-se que se tratava de mais um conjunto de intenções suficientemente amplas para serem vagas, sem a identificação de qualquer parâmetro operacional, e sem compromissos explícitos quanto ao atendimento de objetivos e programas específicos. Na verdade era uma resposta necessária do governo federal diante da complexidade do setor e sua

incapacidade de atender às crescentes demandas oriundas do campo empresarial e do mercado de trabalho. O governo identificava a crescente complexidade da questão da saúde pública decorrente de sua importância política e econômica. A concentração de atribuições em um único ministério de duas atribuições de grande demanda social, como educação e saúde, tornava a organização e operacionalização de medidas efetivas uma miríade.

As recomendações finais da I CNS indicavam:

- a) estudar as bases da organização de um programa nacional de saúde e de um programa nacional de proteção da infância, síntese dos objetivos a serem atingidos e dos meios a serem mobilizados, nesses dois terrenos do serviço público nacional;
- b) estudar e definir o sistema de organização e de administração sanitárias e assistenciais, nas órbitas estaduais e municipais;
- c) considerar, de modo especial, as campanhas nacionais contra a lepra e tuberculose, para o fim de serem assentadas medidas relativas à sua coordenação e intensificação, e bem assim a situação das cidades e vilas de todo o país quanto à montagem e funcionamento dos serviços de águas e esgotos;
- d) definiu-se, por fim, que as conferências ocorreriam anualmente ou, pelo menos, de dois em dois anos;
- e) a sugestão de criação de um ministério específico para a área. (BRASIL, 1941)

Diferentemente das conferências posteriores, que são convocadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pelo Ministério da Saúde, quem esteve à frente da primeira edição foi o então ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema.

Desde então, ocorreram outras 11 edições, em que a população brasileira teve a oportunidade de discutir e propor diretrizes para as políticas de saúde implementadas no país, havendo variações de acordo com a conjuntura tanto nos critérios de participação dos delegados e convidados, assim como quanto ao número de representantes.

A II CNS ocorreu nove anos depois, em 1950. Nas duas primeiras, o principal tema discutido foi criação do Ministério da Saúde, o que se tornou realidade em 1953. As quatro conferências seguintes - 1966, 1975, 1977 e 1980 - ocorreram durante a ditadura militar e são descritas como tímidas na história da saúde brasileira, realizadas em ambiente restrito e com a participação exclusiva de convidados pelo governo, todos com origem no aparato estatal e nas entidades privadas lucrativas e filantrópicas do setor. Mantendo-se o caráter exclusivamente consultivo e com integrantes escolhidos pelo governo central, significava a promoção de uma reunião com os próceres da burocracia estatal.

Para a realização da VI CNS foram selecionados para debates os temas que versavam sobre os cuidados adstritos ao controle das grandes endemias e a promoção da

interiorização dos serviços de saúde para o atendimento das populações rurais e de pequenos municípios desprovidos de qualquer equipamento de saúde, mas, ainda, conservando uma concepção assistencialista e curativa. Essas medidas atendiam mais às necessidades e conveniências dos líderes políticos interioranos com a prestação de favores as suas clientelas cativas.

A realização da VII CNS, em 1980, a última do ciclo militar, teve como temário para debates mais uma vez a interiorização dos serviços de saúde, sempre planejado e prometido, mas que não se viabilizava, pois, mais retórica política do que projeto de governo, padecia de estímulos oficiais em termos de aportes de recursos físicos, financeiros e de pessoal em quantidade adequada. Definiu-se pela implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) com o intuito de levar às comunidades interioranas os procedimentos assistenciais simplificados e de baixos custos a serem executados principalmente por pessoal de nível técnico e residente na comunidade. Em verdade, tratava-se de uma tentativa do governo federal de promover os interesses eleitorais do partido de sustentação do regime - a Aliança Renovadora Nacional (Arena) - nos moldes do Funrural que beneficiou grande parcela das populações interioranas, revertendo em dividendos políticos ao regime autoritário. Mais uma vez a intenção não foi acompanhada dos meios necessários para sua efetivação real, restando, apenas, como exemplo de promessa eleitoral e fracasso de políticas públicas.

Anos depois, em 1986, foi realizada a VIII CNS, que aprovou as diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Também foi a primeira conferência com ampla participação popular.

Realizada no período de 17 a 21 de março de 1986, logo após a decretação do chamado “Plano Cruzado”, havia trazido inaudita popularidade ao governo do Presidente José Sarney, órfão de legitimidade pela sua condição de candidato a vice-presidente e assumindo o poder de modo surpreendente. A “Nova República”, assim chamado seu período de governo, foi marcado pelas disputas intensas e contínuas com as lideranças do PMDB, notadamente seu presidente o deputado Ulisses Guimarães. No início do governo foi mantida a equipe ministerial escolhida pelo presidente eleito, mas empossado, posteriormente, o governo foi realizando nova composição ministerial com o afastamento de lideranças identificadas com os movimentos sociais e substituídas por parlamentares conservadores. Para o Ministério da Saúde foi escolhido inicialmente o deputado pelo PMDB/BA, o médico Carlos Santana, que convocou a VIII CNS e assinou os decretos regulamentando sua realização. Em meados de 1985, o governo editou o chamado “Plano

Cruzado”, que trouxe o controle dos preços e a queda da inflação provocando enorme apoio popular ao governo. Apenas alguns meses após sua edição, os partidos governistas obtiveram grande votação com a eleição majoritária dos deputados e senadores, trazendo maioria expressiva na constituição dos membros da Assembléia Nacional Constituinte.

As divergências entre o poder executivo e os constituintes cresciam na medida em que os trabalhos de elaboração da nova Carta se ultimavam. A par da disputa pela duração do mandato presidencial, como de discórdia entre oposição e situação, outros pontos ganharam forças políticas alargando o fosso entre os dois lados. Neste ambiente de cizânias e disputas ideológicas, emerge como articulação das forças conservadoras o bloco político chamado de “Centrão” com o propósito de barrar as propostas mais progressistas e fazer prevalecer um texto “alternativo” que modificava nove capítulos já aprovados nas Comissões Temáticas e de Sistematização.

O cenário de confronto vivido pela Assembléia Nacional Constituinte se refletiu na composição do poder executivo federal. O Presidente da República promove mudanças em sua equipe ministerial com a substituição de membros progressistas por parlamentares conservadores, vinculados às lutas empreendidas pelo chamado “Centrão”. Em março de 1986, data de realização da VIII CNS, o Ministério da Saúde já havia trocado seu titular com a saída do deputado Carlos Santana - aliado dos reformistas -, e a posse do deputado conservador Roberto Santos - identificado com o “Centrão”.

Toda a logística e operacionalização da VIII CNS preparada na gestão anterior tinha mudado de mãos em pouco tempo. As lideranças do movimento sanitário que ocupavam cargos de direção nos Ministério da Saúde e da Previdência Social e que comandariam a VIII CNS foram igualmente substituídas. Essas mudanças tiveram mais efeito simbólico ao curto prazo, e assinalavam que novos rumos iriam tomar as políticas do setor ao médio prazo. Obrigados a seguir o programa do evento, já fixado em decreto, apenas poderia o novo ministro promover mudanças superficiais e sem maior alcance e significado político.

A realização da VIII CNS representou um acontecimento de grande impacto político para o governo, que não contava com a participação de número tão expressivo e surpreendente de delegados, cerca de cinco mil, como também importou na afirmação do projeto sanitário perante a sociedade civil e sua conseqüente legitimação. A questão política norteou os debates e discussões, ficando as questões de cunho técnico em segundo plano. A vinculação inexorável e permanente entre saúde e democracia se fazia presente com o slogan “Democracia é Saúde”.

Os temas selecionados para debates refletiam o momento de transformação política e institucional vivido pelo país: *saúde como direito inerente à cidadania e personalidade*; *reformulação do sistema nacional de saúde*; *financiamento do setor saúde*. Em conjunto, os três temas tratavam explicitamente de promoverem os debates e discussões sobre as mudanças que eram tomadas como certas e inevitáveis. Porém, faltava definir o ritmo, amplitude e as alianças políticas necessárias a sua efetivação futura.

O temário da VIII CNS com esses três itens abrangia, em sua totalidade, as pretendidas transformações do modelo de atenção à saúde, as relações entre Estado e sociedade civil e a definição quanto às responsabilidades e obrigações na prestação dos serviços, assim como a extensão universal do direito à saúde. Tudo coroado com um ambiente plenamente democrático que ensejasse a participação social.

Merece destaque o aspecto do projeto original da reforma sanitária quanto à questão da *descentralização* dos serviços e dos profissionais de saúde, e do comando único em cada esfera de governo. Pois, esse foi o princípio que mais avançou dentre todos os demais, passados 23 anos da promulgação da Constituição Federal. Havia, então, a decisão política de fazer prevalecer esse princípio, embora o mesmo não se possa dizer com relação à ênfase atribuída aos demais itens do projeto da reforma sanitária brasileira.

Os eixos centrais e fios condutores dos debates da VIII CNS indicavam o norte a ser trilhado, possibilitando, todavia, a flexibilidade e a incorporação de componentes não previstos originalmente no projeto da RSB como, por exemplo: a questão da *seguridade social* - representou uma inovação quanto ao projeto da reforma sanitária que não advogava a combinação das três áreas que compõem a seguridade social, quais sejam, a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde; a *implantação do SUS* - onde os aspectos da organização e operacionalização do novo sistema fossem atribuição e competência das esferas governamentais em conjunto e solidariamente; o *controle social* - pedra angular do movimento sanitário brasileiro -, estabelecendo a estreita relação entre o direito à saúde e a questão da cidadania com seu exercício efetivo realizado pela participação direta nas formulações, fiscalização e controle das políticas de saúde. A participação social tem o duplo sentido de enfeixar direitos e obrigações sob a mesma responsabilidade e como expressão real da cidadania, o que impunha também obrigações e responsabilidades à sociedade civil.

A compreensão de participação social no setor pressupunha a combinação de direitos e obrigações para o exercício funcional do sistema de saúde. Para tanto, a sociedade deveria ter uma atuação mais efetiva e permanente nas decisões sobre políticas

públicas, e de resto na vida nacional como indicador de suas condições de cidadãos plenos de direitos e obrigações.

A retomada das Conferências Nacionais de Saúde como palco e fórum apropriado para a consolidação de projetos e programas governamentais, a exemplo do que já ocorrera em 1975, ganhou revigorada importância em face da redemocratização e convocação da Assembléia Nacional Constituinte. A realização da VIII CNS, em março de 1986, além de servir para ultimar a legitimação na elaboração do projeto reformador sanitário, igualmente significou a busca pela tão necessária pressão política a partir da sociedade civil.

Obtida essa legitimidade com a aprovação do Relatório Final da VIII CNS, que continha todos os aspectos essenciais do projeto sanitário, os reformistas estavam aptos a apresentarem aos constituintes suas propostas, debatê-las e defendê-las com vigor e legitimidade. Legitimidade era moeda forte, pelo fato de ser escassa nesse período, representava abertura e acesso às decisões, anteriormente previstas para ocorrerem apenas entre parlamentares e com pouco ou quase nenhuma participação efetiva da sociedade civil nas decisões relativas ao teor, significado e alcance das políticas públicas que emergiriam das deliberações dos constituintes.

A VIII CNS, diferente de todas as demais, foi um acontecimento histórico e único, por tratar-se de um fórum amplo e plural embasado em conceitos claros e objetivos, em princípios e diretrizes que alteravam profundamente não somente o modelo de atenção à saúde, mas também o significado e extensão da compreensão do sentido do conceito de saúde.

A edição da Lei nº 8.142/90, portanto após a promulgação da atual Constituição Federal, retomou a consulta à sociedade pelo Estado com vista à definição de prioridades e a formulação de políticas para o setor saúde, mas, agora, com o caráter de fórum deliberativo, e, pois, definidor de políticas públicas em saúde.

Em 1992, a IX CNS teve como principal demanda a descentralização da saúde, que seria obtida com a municipalização dos serviços. “Foi o grande debate que aconteceu após a nova Constituição Federal, depois da criação da Lei Orgânica do SUS”. Esta Conferência foi marcada pela sua realização em um período particularmente difícil para o governo federal visto estar em curso uma intensa mobilização popular para processar o Presidente da República por crimes de responsabilidades e desvios de conduta que culminaram em seu afastamento compulsório pelo Congresso Nacional.

A convocação desta Conferência só foi possível em função da importância política do Ministro da Saúde, Adib Jatene, que enfrentou as manipulações do governo para adiá-

la, e pela sua força política pessoal logrou vencer as resistências de um governo já enfraquecido e desacreditado. Sua realização foi uma vitória pessoal do ministro, assim como da mobilização social impulsionando as pressões políticas, e com isso vencendo os entraves protelatórios governamentais. O foco da pauta dizia respeito a “saúde tinha que ser descentralizada, municipalizada, dada plena autonomia aos municípios, com mais condição de fiscalizar, de exigir, de tornar o sistema sintonizado com a realidade dos municípios”. Segundo dados do CNS, o encontro reuniu mais de dois mil delegados.

A realização desta IX CNS ocorreu no governo Fernando Collor de Mello, e adotou como lema do encontro novamente a discussão sobre a necessidade de promover a descentralização com ênfase na questão da “*Saúde: Municipalização é o Caminho*”.

Isso ocorria no momento em que aconteciam grandes transformações na condução das políticas macroeconômicas e que eram redefinidas as atribuições e competências governamentais em todo o mundo, com a adoção de políticas neoliberais que importavam na desoneração do Estado como ente responsável pela execução direta de políticas públicas.

Esses objetivos eram delineados com a promoção do deslocamento dessas responsabilidades para os entes periféricos - estados e municípios - cabendo à União Federal o papel de regulador e financiador parcial do sistema em comunhão com os demais entes federados; o governo buscava transferir responsabilidades, pois, se propunha à descentralização do sistema, o que condizia com o projeto da reforma sanitária, por outro lado, deixava a União Federal com atribuições e obrigações apenas indiretas.

O lema da IX CNS indicava claramente quais os rumos a serem palmilhados pelo governo federal na condução da questão da saúde: municipalizar a prestação dos serviços de saúde.

A IX CNS foi adiada diversas vezes, embora já convocada por decreto, diante dos temores do governo federal em crise política aguda, solapado por crescentes denúncias e acusações de práticas de corrupção envolvendo autoridades do primeiro escalão do governo, aí incluído o próprio Presidente da República.

Havia o temor governamental, justificado, de que evento dessa natureza ao trazer para Brasília grande número de delegados e participantes pudesse promover intensas manifestações hostis ao governo. A concentração e aglomeração de pessoas dispostas a promoverem protestos contra o governo federal tornaram-se motivo para sucessíveis adiamentos até a posse do novo ministro da Saúde.

Por toda a crise, iniciada em 1991 e que avançou por todo o ano de 1992, o governo federal buscou postergar sua realização na expectativa do abrandamento das condições políticas, promovendo inclusive a substituição do ministro da Saúde com a posse do respeitado médico Adib Jatene no lugar do deputado do PFL/PR, Alcení Guerra, que havia sido um dos coordenadores da campanha eleitoral vitoriosa, mas que estava sob suspeição por inúmeras denúncias de má prática administrativa com desvios de recursos públicos.

Os quatro temas selecionados para os debates reforçavam essa decisão política: *sociedade, governo e saúde* - marcando claramente a interdependência dos três elementos e suas mútuas responsabilizações política, mas, sobretudo buscava-se transferir responsabilidades e desobrigar a União de encargos diretos que o modelo neoliberal não compartilhava.

A X CNS, realizada em 1996, no governo Fernando Henrique Cardoso, sendo mais uma vez ministro o médico Adib Jatene, tinha como lema o respaldo em linhas gerais da proposta de reforma sanitária, mas sem promover qualquer avanço significativo na estruturação do sistema e nem no estabelecimento de mecanismos reais de consolidação de políticas para o setor saúde. O lema “*Onde dá SUS, dá Certo*” acenava para satisfazer e aplacar o clamor popular contra o governo que adotava com maior envergadura e amplitude as políticas neoliberais com retração no papel do Estado como participante direto na promoção de políticas de proteção social.

As deliberações da X CNS não introduziram nenhum aspecto relevante para a construção do SUS. Sua pauta de discussões e debates restringia-se à reafirmação dos princípios gerais do SUS, sem, todavia identificar os obstáculos e a formulação de propostas para suplantá-las. A operacionalização do sistema passa a ser vista novamente como uma questão de racionalização técnica, sendo a politização do setor apontada como prejudicial a sua efetivação. Os temas selecionados para as reflexões tinham como base o projeto da reforma sanitária. Embora contemplados como temas a serem debatidos, houve o esvaziamento do conteúdo político dos mesmos, quando o governo conferiu aos mesmos um caráter eminentemente técnico e racionalizador: *saúde, cidadania e políticas públicas; gestão e organização de serviços de saúde; controle social; financiamento da saúde; recursos humanos para a saúde; atenção integral à saúde*.

Cumpriu-se a determinação constitucional de se convocar a Conferência a cada quatro anos, mas sua organização e concepção foram marcadas pelo esvaziamento da participação da sociedade civil relativamente a VIII CNS, já que apenas 1.200 delegados foram credenciados, embora todos tenham sido eleitos nas etapas preliminares à nacional.

Quanto ao SUS, nenhuma proposta relevante foi introduzida, restando a reafirmação dos compromissos do governo com o SUS, mesmo sem identificar explicitamente as formas de sua atuação real.

Essa conferência passou a se preocupar como foco central dos debates com a questão do *financiamento* da saúde. À época, começou a ser discutida a Proposta de Emenda à Constituição 169, que mais tarde se tornaria a Emenda 29, aprovada em 2000. Mas a regulamentação da emenda só foi aprovada pela Câmara dos Deputados 13 anos depois de sua apresentação pelo ex-deputado Eduardo Jorge. O problema do financiamento como questão central dizia respeito diretamente às responsabilidades dos entes federados diante da prestação dos cuidados com a saúde, incluindo as medidas preventivas.

A regulamentação da emenda significou mais R\$ 4 bilhões para a saúde, em 2008, R\$ 5 bilhões, em 2009, R\$ 6 bilhões, em 2010, e R\$ 9 bilhões, em 2011. “A gente está parcialmente satisfeito por isso, porque não deixa de ser uma grande vitória, agora está longe do que a gente quer, não somente do volume de recursos como em relação à vinculação e a gente vai continuar esse debate, quem sabe na próxima conferência”, afirmou o presidente do CNS, ao criticar a vinculação dos recursos à arrecadação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF).

No segundo governo de Fernando Henrique Cardoso, em 2000, e tendo como ministro o economista José Serra, foi realizada a XI CNS onde foi aprofundada a questão técnica e a racionalização do setor com a seleção do lema “*Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na Atenção à saúde com Controle Social*”. O encontro ocorreu em ambiente fechado, com acesso restrito aos delegados e representantes de organismo internacionais e convidados oficiais. A participação social agora era controlada e precisava passar pelo crivo de escrutínios prévios e com a limitação nos números de delegados, 2.500; número apenas maior do que o verificado no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (1.260). A escolha da Academia de Tênis de Brasília facilitava o controle e a exclusão de interessados em participar, mas que não houvesse sido eleito.

Depois do financiamento da saúde, foi a vez de o *controle social* ser o centro dos debates, na XI CNS. Na ocasião, o foco foi o fortalecimento do controle social do SUS, conceito que surgiu à época das discussões sobre a municipalização da saúde. Com a criação dos conselhos de saúde nas três esferas de governo por determinação legal (Lei nº 8.142/90), veio a necessidade de habilitar/credenciar os municípios para a fiscalização dos recursos repassados aos governos estaduais e às prefeituras.

Aqui, diferentemente da VIII CNS, houve eleição para a escolha dos delegados, mas o acesso foi restrito aos mesmos, enquanto naquela não houve eleição, embora o acesso dos participantes fosse irrestrito. Os 10 temas selecionados para debates e deliberações abrangiam todo o leque de assuntos pertinentes ao SUS, sem, todavia, permitir o aprofundamento em nenhum deles. A amplitude dos temas permitia a abordagem superficial dos mesmos, e a elaboração final de um relatório vago quanto a compromissos políticos e carentes no estabelecimento de metas e objetivos mensuráveis e, portanto, passíveis de monitoramento e cobranças pela sociedade civil.

A XII CNS, no governo do Presidente Lula, em 2003, buscou resgatar as questões atinentes ao projeto original da reforma sanitária brasileira, identificável na escolha dos temas para discussões e deliberações, porém foi esquecido que as condições políticas haviam mudado desde a realização da VIII CNS. Os dirigentes do MS eram todos oriundos da participação na VIII CNS, e se espelhavam nela na perspectiva da repetição do êxito político alcançado; o proselitismo político prevaleceu sem qualquer avanço institucional. Repetir o roteiro e estratégias da VIII CNS, desconsiderando as mudanças de cenários políticos e institucional, teve o efeito de promover a proclamação do compromisso de manter-se fiel ao projeto original da reforma sanitária brasileira no campo da retórica sem se fazer acompanhar de qualquer proposta de como viabilizar suas generosas aspirações doutrinárias e programáticas. A exemplo da Conferência Nacional de Saúde anterior, novamente foram selecionados 10 temas para discussões e deliberações da plenária, e novamente todos os itens da reforma sanitária estavam em pauta, mais como reafirmação de compromisso político do que fórum para formulação de proposta para a efetivação do SUS. Os quatro mil delegados, todos eleitos, também se reuniram na Academia de Tênis de Brasília, embora sem as restrições verificadas no governo anterior quanto ao acesso da sociedade civil.

O Relatório Final da XII CNS pode ser entendido como reafirmação dos princípios da reforma sanitária brasileira, mas sem tratar das questões que se punham como obstáculos a sua concretização, passada mais de duas décadas de sua institucionalização. A nova geração de sanitaristas em posto de comando no Sistema Único de Saúde trazia a lembrança das lutas reformistas, mas as idealizações haviam ficado para trás.

Há seis anos, foi realizada a XII CNS, cujo tema foi *“Saúde é um Direito de Todos e Dever do Estado - A Saúde que Temos e o SUS que Queremos”*. Os cerca de cinco mil participantes do encontro debateram os eixos que orientaram a criação do Plano Nacional de Saúde.

O temário desta Conferência Nacional de Saúde foi basicamente uma retomada da histórica VIII CNS, pois buscava compreender as dificuldades e identificar os limites reais à concretização do ideário da RSB, visto que havia ficado patente que as conquistas da legitimidade e da legalidade não eram suficientes para tornar realidade o novo modelo que padece, ainda, de inúmeros problemas relativos à qualidade dos serviços e ações de saúde, assim como também quanto à quantidade e qualidade ofertadas, mas, sobretudo, quanto ao acesso por parte das camadas e segmentos mais pobres e distantes dos grandes centros urbanos.

A XIII CNS, realizada em 2008, teve como tema central “*A Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento*”. Além de avaliar os 20 anos de criação do SUS, o evento trouxe o desafio de propor uma inversão da prioridade da saúde, do tratamento da doença para a prevenção. Mesmo com o novo modelo estava claro que os custos do sistema permaneciam altos e aquém da capacidade governamental de arcar com as despesas. Enfatizar a prevenção, além de valorizar a cidadania, trazia embutidos os limites da capacidade financeira dos entes federados em arcar com os custos sempre crescentes do setor saúde. O complexo médico-hospitalar permanecia como centro do sistema, enquanto as unidades de saúde dotadas de procedimentos mais simples permaneciam ociosas. As grandes filas de espera e a procura por atendimento médico não haviam sido alteradas, e nem poderiam ser, com promulgação de leis.

“A gente deve continuar investindo em hospital, ou começar a investir nas pessoas para que elas não precisem do hospital? Eu acho que o debate é esse”, destacava o presidente do CNS. “E esse é o debate da XIII CNS, saúde como qualidade de vida, saúde como conceito mais amplo, como prevenção e como promoção efetiva, como intersetorialidade”. Novamente a qualidade e a segurança do atendimento em situações prementes de ameaça à vida perfilavam-se como questão, ainda, insolúvel e que tem imposto aos governantes pesados ônus políticos. Ressalte-se que a comissão selecionada para elaborar o relatório final do encontro ainda não concluiu seus trabalhos, não sendo possível o acesso a informações sobre as deliberações e números de delegados.

4.3 Os Princípios do SUS

Passados 21 anos da promulgação da Constituição Federal, onde pela primeira vez se inscreveu uma sessão específica relativa à saúde, a institucionalização da reforma sanitária ocorreu por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem por finalidade prestar assistência universal e gratuita a todos com a integração de recursos físicos, humanos, insumos em um sistema hierarquizado por níveis de complexidade e especialidades crescentes, da periferia até o centro do sistema.

Tem como objetivos melhorar a qualidade da atenção à saúde; romper com o passado de irracionalidade técnico-administrativa decorrente da dicotomia das ações e serviços divididos entre dois ministérios; aglutinar e articular os esforços do Ministério da Saúde (MS), das secretarias estaduais e municipais de saúde na mesma direção e com os mesmos propósitos; extinção do Inamps, em 1993.

4.4 Arcabouço Jurídico do SUS

O arcabouço jurídico do SUS é constituído pela: Constituição Federal de 1988, capítulo II, seção II, artigos 196-200; *Lei Orgânica da Saúde*, nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços; *Lei Complementar da Saúde*, nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

A partir dos anos 90, o Ministério da Saúde passa a editar normas disciplinando as relações entre os três entes federados com a definição e especificação de atribuições e competências, assim como o estabelecimento de critérios para as transferências de recursos financeiros e as definições de mecanismo de prestação de contas e de metas, que foram sendo ajustadas em reuniões englobando os três níveis de governo mediante a pactuação entre eles, em fórum chamado de tripartite. São elas: *Norma Operacional Básica* - NOB, editada nos anos de 91, 92, 93 e 96 versa pelo disciplinamento dos critérios para as “transferências financeiras” para os municípios, na definição das “responsabilidades,

atribuições e competências” pelas execuções das ações e serviços de saúde, objetivando realizar a “municipalização” do sistema como estratégia de implantação do SUS; *Norma Operacional de Assistência à Saúde - Noas*, editada nos anos de 2001 e 2002, visando disciplinar critérios para a “regionalização” do sistema e o atendimento “integral” à população.

Há, ainda, compromissos assumidos pelos entes federados entre si, com a finalidade envidarem esforços conjuntos na priorização de áreas temática específicas. São os Pactos pela Saúde, editados em 2006, circunscritos à pactuação entre os gestores dos três níveis de governo com relação à “Pacto pela Vida”, “Pacto em Defesa do SUS” e “Pacto de Gestão”.

Esse conjunto de normas técnicas, embora celebrados entre os três entes federados em reuniões chamadas de “tripartite”, onde a participação e atuação de cada ente federado se fazem, em princípio, de modo igualitário, na prática, todavia, o poder do governo federal se sobressai em função de sua maior capacidade de arrecadação financeira e com isso as normas técnicas tornaram-se instrumento de legislação e de comando do Ministério da Saúde sobre os dois outros parceiros.

Embora democrático em seu desenho institucional, por reunir os representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais e estaduais de saúde com iguais condições de participação, as normas técnicas têm a finalidade precípua de direcionar os programas e projetos a serem implantados e implementados pelos municípios e estados, retirando-lhes parcialmente a autonomia e independência em dissonância com os preceitos constitucionais.

Essa simetria de poder entre os entes federados contribui para a manutenção da concentração do poder na esfera do governo federal, penalizando aqueles que recebem incumbências e atribuições de organização e funcionamento do sistema de saúde sem dispor, entretanto, das condições políticas para estabelecerem as definições quanto às prioridades em consonância com as necessidades locais, e especificadas pela epidemiologia.

Assim, as NOBs e Noas, ambas editadas pelo Ministério da Saúde por meio de sua Secretaria de Assistência à Saúde, têm se constituído em verdadeiras deliberações com força de lei, e como se lei fosse de fato, pois, impõem aos entes federados critérios para o repasse financeiro de acordo com o cumprimento aos seus preceitos, regras, prioridades sanitárias que determinam em última instância as condições para a organização, hierarquização e operacionalização dos serviços.

O SUS, ainda, não logrou desfazer-se da submissão ao poder central, permanecendo atrelado e dependente das prioridades definidas pela tecnocracia federal, à revelia das condições sanitárias e epidemiológicas das comunidades locais e regionais.

4.5 Princípios e Diretrizes da RSB

Seus princípios e diretrizes podem ser didaticamente divididos em dois grandes grupos: os *princípios doutrinários ou éticos* formados pela universalidade, equidade e integralidade, e os *princípios ou diretrizes organizativos ou operacionais* do sistema, compostos pela descentralização, estruturação de uma rede regionalizada e hierarquizada, com comando único em cada instância federativa e a participação da sociedade civil na formulação, fiscalização e controle das políticas públicas no setor saúde.

Com a *universalidade*, a cobertura da assistência deve ser prestada de modo a garantir a abrangência das ações e serviços de saúde em todo território nacional com acesso irrestrito e gratuito para a população brasileira, independente de qualquer outra consideração de ordem econômica ou social. Isso importa em ofertar ações e serviços de saúde, considerando a qualidade e quantidade dos mesmos e as suas disponibilidades de acordo com as necessidades e expectativas da população. Um sistema universal implica a capacidade do setor saúde de promover e ofertar, mesmo que contrário ao histórico de outros setores da vida nacional, assistência para todos. É pertinente a dúvida se um setor isoladamente pode alçar todos os brasileiros à condição de cidadãos, e se a cidadania pode se restringir apenas a um aspecto da vida em sociedade. Por isso, esse princípio torna-se, na prática, mais uma declaração geral de intenções e indicação de propósitos humanistas do que realização efetiva. Na verdade, a universalização do acesso e atendimento apenas elimina as barreiras de imposições legais, mas não implica superação das desigualdades interpessoais e inter-regionais marcantes historicamente no Brasil.

A *equidade* resgata a concepção marxista com a assertiva “*tomar de cada um de acordo com sua capacidade*” e dar “*a cada um de acordo com sua necessidade*”. Essa idéia ou fundamentação teórica espousa a concepção de tratar desigualmente os desiguais, aparentemente generosa e viável, norteou os movimentos esquerdistas pelo mundo até meados dos anos 80, e somente findou com a derrocada da ex-URSS, em 1991. A inspiração era claramente extraída da idéia socialista-comunista, embora não exclusiva

dela, como decorrência da filiação partidária da principal corrente de pensamento do movimento sanitário: o antigo PCB. A defesa e promoção da cidadania, pedra angular no projeto da RSB, encontra nesse princípio a expressão máxima de seu caráter socializante da vida nacional.

A concepção de *integralidade* diz respeito à necessidade de transformação da formação médica e sua prática diária, e com os cuidados assistenciais daí decorrentes. O paciente teria que ser visto e atendido como indivíduo único, singular e por inteiro. Essa compreensão visava sobrepujar os atendimentos realizados por múltiplos especialistas médicos, estimulados pelo aparato educacional e pelas regras do mercado de trabalho. As instituições de ensino superior e as empresas médicas, aliadas ao complexo hospitalar e farmacêutico, incentivam a formação de especialistas e de subespecialistas que fracionam o corpo humano em partes isoladas e estanques, desconsiderando a complexidade da vida e da constituição orgânica do ser humano em sua plenitude.

Um sistema de saúde organizado e estruturado em níveis de complexidade crescentes, desde ações e serviços simplificados disponibilizados por unidades do programa saúde da família, passando pelas unidades de média capacidade de resolução como os centros e postos de saúde, até atingir as unidades hospitalares - por sua vez também hierarquizados por níveis de complexidade - torna o próprio sistema inovador em refém da mesma lógica organizativa criticada pelos reformistas. Essa contradição interna ao sistema não foi devidamente equacionada, permanecendo a divisão do trabalho médico em especialidades como instrumento de segmentação e fracionamento do corpo humano, a despeito das malogradas intenções dos reformistas brasileiros.

Quanto aos princípios *organizacionais ou operacionais* advogados pelo movimento sanitário, propunham fundamentalmente a racionalização e otimização do sistema com a adoção de técnicas e procedimentos de acordo com as necessidades e expectativas da população. As variações dos serviços em complexidade e sofisticação das técnicas e procedimentos disponibilizados à população deveriam, simultaneamente, abranger um amplo espectro de modalidades de atendimento, desde cuidados simplificados realizados por profissionais oriundos e/ou inseridos na comunidade e, em níveis mais complexos, os procedimentos só passíveis de realização em unidade assistenciais com estruturas destinadas a abrigarem profissionais especializados e equipamentos com tecnologias mais modernas e sofisticadas.

Em outros termos, mediante a criação de um sistema organizado por hierarquia, outro princípio com o fito de assegurar a qualidade e a justeza na prestação dos serviços de

saúde, diz respeito ao controle e à fiscalização dos mesmos pelos usuários do sistema, com o intuito de promover a cidadania mediante a *participação comunitária* direta nas decisões das políticas públicas: o setor saúde, além de prestar os serviços dela esperados, ainda deveria ser capaz de proporcionar as condições para o exercício da cidadania, com o fornecimento de conhecimentos relativos à capacitação para as deliberações sobre organização, funcionamento, distribuição e qualidade do atendimento à saúde.

A ideologização do setor saúde é exacerbada, aqui, culminando com a suposição e a assertiva decorrente de que o setor saúde seria capaz de, além de realizar suas atribuições próprias, fornecer os meios para a formação da consciência cidadã; a definição do papel complementar, mas não suplementar, destinado ao setor privado médico-hospitalar lucrativo, facultando suas atividades e deslocamento do mercado empresarial para a periferia do sistema, ficando livre apenas para o atendimento de pequena parcela da população capaz de arcar com os custos do atendimento, mas mesmo nesses casos sob regras estabelecidas pelo Estado na regulamentação das atividades do setor.

A *descentralização e desconcentração* do sistema, como forma de impulsionar e deslocar o processo decisório das políticas públicas para as comunidades locais onde os serviços eram prestados, facilitam sua organização e funcionalidade de acordo com as necessidades específicas de uma determinada população, tornando os serviços de custo mais baixo e de qualidade superior diante da proximidade entre os profissionais de saúde e a população-alvo do atendimento a ser realizado, que poderiam selecionar racionalmente as melhores opções de acordo com as características epidemiológicas da área coberta pelo serviço de saúde. A *regionalização e hierarquização* das ações e serviços de saúde também obedeciam à lógica da racionalização e, principalmente, à questão da transferência do poder decisório para as instâncias mais periféricas do sistema, ao mesmo tempo em que evitavam desperdícios de recursos financeiros, humanos e físicos decorrentes da sobreposição de ações e serviços realizados por diferentes entes federados em desordenada competição.

Como o Brasil adotou em seu ordenamento jurídico os municípios como *entes* federados, dotados de autonomia administrativa, financeira e política, neles deviam se concentrar a responsabilidade pela prestação direta dos serviços e ações de saúde, cabendo as duas outras instâncias de poder (estados e União Federal) o apoio logístico, a coordenação e suporte financeiro compartilhado, além de auxílios e assessorias técnicos para ordenar a funcionalidade do sistema de saúde. A transferência de poder do centro para

a periferia se fazia acompanhar da valorização da democracia a ser melhor exercida com esse deslocamento do poder para as comunidades locais.

O *comando único* em cada instância de governo visava estabelecer a responsabilização dos entes federados, mediante a identificação de atribuições específicas para cada esfera de governo. Também aqui a racionalização técnica se fazia acompanhar da questão política. Os gestores do sistema teriam que gozar de autonomia política para assumir as suas atribuições e poderem ser responsabilizados política e legalmente pelos serviços sob suas competências legais, gerando, assim, um sistema compartilhado de atribuições e responsabilizações entre os três entes federados. E, por último, a questão da *participação da sociedade civil* diretamente na formulação e implantação das políticas públicas e na fiscalização de sua execução final como instrumento de promoção da cidadania.

Participação ativa da comunidade nas decisões importava na pedra angular da concepção sanitária desenvolvimentista ou médico-social. Os formuladores do projeto político-ideológico da reforma sanitária de formação marxista em sua maioria decidiram dar realce pela incrementação no Brasil da mútua dependência entre cidadania, democracia e o direito à saúde, como forma de ampliar a responsabilização social pelas questões da saúde, e como plataforma político-ideológica questionadora do *status quo*.

A confluência do projeto político-ideológico da reforma sanitária com a redemocratização do país, a partir do início da década de 80, possibilitou a elaboração de um novo e ampliado conceito de saúde, base de toda a doutrina reformista, agora compreendido não apenas como uma ação setorial preventiva ou curativa, mas passa a se estender às políticas econômicas e sociais que a determinam e condicionam: alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, lazer, educação, etc.

A saúde, então, deixa de ter uma conotação negativa, o estado de não-doença, e passa a significar qualidade de vida, de “bem-estar físico, social e mental”, conforme expressamente grafado no parágrafo único do art. 3º da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90). As ações e serviços de saúde, agora, não se limitam mais ao combate às doenças e outros agravos à saúde e suas causas, mas se estendem à promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Mendes conceitua a reforma sanitária como:

um processo modernizador e democratizante de transformações nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como direito universal e gratuito constituído sob a

regulamentação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e a equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social. (MENDES, 1995, p. 42)

Vê-se por essa concepção que o projeto da reforma sanitária tinha um caráter muito mais abrangente do que a reforma do setor saúde isoladamente, mas antes pretendia alterar as estruturas políticas e econômicas mesmo sem a veleidade de transformações profundas e radicais que importassem em mudanças na matriz político-ideológica do país.

Foi esse contexto político, econômico e social que se ensejou, nos anos 80, em que se destacava como cenário interno uma profunda crise de legitimação do regime militar, quando o governo brasileiro perdia rapidamente as condições que lhe asseguravam a legitimação para a manutenção do regime político autoritário então vigente, que permitiu a emergência na arena política de novos atores sociais que no campo da saúde apresentam um projeto reformista, cujas características principais, como enfatizados anteriormente, em termos político-ideológicos, identificavam a questão da democratização e da democracia como vital, inclusive para as mudanças no setor, mediante a participação social na formulação, fiscalização e controle das políticas, no acesso universal e gratuito aos serviços e ações de saúde, na definição que o ser humano deve receber os cuidados assistenciais obrigatoriamente de forma integral, esta última correspondendo a nova compreensão do binômio saúde-doença: os cidadãos como sujeitos da história e integrantes da nação brasileira não mais terem seu corpos e mentes segmentados, em permanentes correspondências com as conveniências das infinitas especialidades médicas e os interesses das empresas médicas e hospitalares que assalariavam os profissionais de saúde por contar, ainda, com seus sofisticados e caros equipamentos biomédicos, à mercê dos interesses do mercado.

O panorama internacional, por outro lado, evidenciava a existência de crises econômicas e políticas, com o fim da guerra fria e o desmoronamento do bloco socialista e a emergência de um projeto hegemônico centrado na desregulamentação de mercados, retração do papel do Estado como indutor do desenvolvimento e fiador do equilíbrio social, o chamado modelo neoliberal. Situação agravada pela falta de liquidez nos mercados financeiros internacionais que supriam, até então, com os excedentes gerados pelos petrodólares, as necessidades de captação de recursos financeiros dos países em desenvolvimento para fazer frente às políticas de pagamentos das dívidas e investimentos em projetos e programas, cujas prioridades, no mínimo, eram duvidosas.

A conjunção desses dois cenários anuncia novos tempos, transformadores e de acelerada acentuação das desigualdades entre os países. Nestes cenários com grandes adversidades, mas também propício à inovação e experimentação, foi que se desenvolveu e se consolidou o projeto da reforma sanitária brasileira. Nos ambientes e conjunturas políticas marcadas pelas contradições e impasses surgem as oportunidade de transformações, mesmo paulatinas.

Neste período, paradoxalmente, no Brasil, com a constituinte de 1986-1988, as propostas reformistas, no setor saúde, que implicavam maior envolvimento e comprometimento do Estado, conseguem, em uma conjuntura de celebração pela volta da democracia e de articulação bem sucedida dos atores sociais - protagonistas - reformistas, obter avanços e conquistas que ao mesmo tempo representavam o resgate da dívida social, mas também significavam revitalização do papel do Estado como indutor e ao mesmo tempo partícipe prioritário nos campos econômicos e sociais, agora, todavia, como responsável pela ampliação da cidadania, mediante políticas públicas que promovessem a inclusão social. Pelo menos no plano formal-legal havia mudanças substantivas a serem celebradas, embora sua viabilidade e implementação padecessem da falta histórica de participação ativa dos indivíduos nos destinos da própria sociedade, e assim, os destinatários e beneficiários das mudanças - a população brasileira - foram apenas parcialmente incorporados como protagonista das transformações do sistema de saúde.

Emerge nesse período como catalisador do movimento social em geral, o chamado “Movimento Médico” que aglutina as três entidades médicas: as associações de caráter sindical - Federação Nacional dos Médicos (FNM), as reguladoras e fiscalizadoras do exercício da profissão - Conselho Federal de Medicina (CFM) e as de caráter técnico-científicos - Associação Médica Brasileira (AMB) que, diferente de outros movimentos populares com atuação de destaque na sociedade, apresenta a homogeneidade de classe - embora relativa devido às divisões internas - como fator determinante para sua liderança, e fiadora em última instância da viabilização de um projeto contra-hegemônico.

As relações do Movimento Médico com o Estado, também, e mais uma vez, diferiu dos outros movimentos sociais visto que enquanto esses reivindicavam uma maior presença e participação ativa do Estado, como responsável pelas políticas públicas de proteção social, aquele buscava distanciar-se da tutela do Estado, advogando uma volta ao modelo liberal autóctone - o Estado garante a manutenção e a rentabilidades dos negócios particulares.

Alguns setores que se alinhavam com o ideário da RSB migram para posições mais próximas das propostas conversadoras esposadas pelo Centrão. O deslocamento do centro para a periferia do sistema político importava na diminuição da concentração do poder decisório e no caixa de financiamento na esfera federal, passando aos municípios como gestores e executores diretos das ações e serviços de saúde. O poder de pressão dilui-se em virtude desta transferência de recursos para os milhares de municípios quando antes se concentravam na União Federal.

As principais críticas dos que resistiam às mudanças contidas no projeto da RSB diziam respeito às mudanças nas esferas de influência e pressão política exercidas pelos lobbies.

Assim, as pesadas críticas à “prefeiturização” – crítica à ênfase dada a transferência de atribuições de competências aos municípios na configuração do novo sistema de saúde -, e à “partidarização” - crítica ao privilegiamento conferido ao poder dos partidos políticos com indicações dos gestores -, do modelo que priorizava na alocação de recursos orçamentários e financeiros a relação que se estabelecia a partir das demandas oriundas dessas instâncias políticas.

Para o Movimento Médico, em geral, importava a liberalização do exercício profissional que deveria ocorrer simultaneamente às transformações do modelo vigente. Esta contradição política refletia as divisões internas do movimento médico com a convivência conflituosa de posições políticas antagônicas. De um lado, os adeptos da estatização do sistema e de outro lado as entidades representativas dos segmentos liberais que visavam à menor interferência do Estado nos cuidados com a saúde da população e com isso maior espaço para o exercício liberal da profissão. Para estes, a saúde deveria ser objeto a ter no mercado o lugar para equacionar suas limitações e possibilidades, a despeito da carência de renda da maioria da população brasileira.

Parte do Movimento Médico lutava contra alguns dos princípios da RSB que diziam respeito ao exercício da profissão: emprego único no setor público; tempo integral e cumprimento de horários mediante controles administrativos; isonomia salarial entre os três níveis de governo - durante sua implantação convivia em um mesmo local de trabalho profissional pertencentes administrativamente aos três entes federados, o que criava dificuldades gerenciais, mas, sobretudo animosidades decorrentes das diferenças salariais.

Por outro lado, havia segmentos que propugnavam pelas reformas estruturais do sistema em sua completude, inclusive quanto à questão central para o êxito do projeto transformador: a necessária implantação da isonomia salarial, pomo de maior discórdia no

Movimento Médico. Os primeiros, que advogavam a prática liberal da medicina e, pois, sem renúncia aos privilégios da categoria, desejavam que o Estado cobrisse os riscos inerentes ao funcionamento do mercado, mesmo em condições de assalariamento. Ao tempo em que reivindicam a supremacia do papel que a categoria atribui a si mesma dentro do novo modelo de atenção, isto é, defendem a manutenção do poder médico nas mãos dos próprios médicos, negam ao Estado o poder de interferir sobre o trabalho dos mesmos.

Enquanto o segmento médico que defendia o exercício liberal da profissão era representado pela Federação Nacional dos Médicos - entidade sindical de cunho classista por excelência -, os adeptos do projeto da Reforma Sanitária em sua plenitude localizavam-se nos Conselhos Regionais e Federal de Medicina, que participavam ativamente das articulações e mobilizações dos movimentos sociais, sobretudo financiando diretamente os mecanismos de *lobbies* na VIII CNS e na Constituinte. Na conjunção de forças o grupo médico pró-reforma logrou êxito em sua luta interna, culminando com as conquistas nos campos da legalidade e da legitimidade.

O movimento sanitário e seu projeto inovador e transformador trouxeram para os movimentos sociais um caminho novo a ser explorado na identificação e ocupação de espaços na arena política. As Conferências passam a ser o palco de legitimação por excelência da sociedade civil de suas propostas e reivindicações.

Toda a doutrina reformista foi incorporada ao arcabouço jurídico-legal da legislação constitucional e infraconstitucional sem, contudo, lograr êxito pleno quanto às transformações das ações e serviços de saúde. Na prática, a universalização dos serviços de saúde resultou em um sistema público destinado aos pobres, que têm baixa capacidade de vocalização e reivindicação e, por isso, com baixa capacidade de exercer pressão política nos processos decisórios promovendo contraditoriamente a universalização excludente.

Criou-se, assim, um círculo vicioso: é um serviço ruim destinado aos pobres, e por ser ofertado aos pobres se mantém ruim pela falta de pressão política. Com isso, acaba por induzir os assalariados de poder aquisitivo estável a procurarem os planos e seguros de saúde privados, a medicina de grupo, a assistência por empresa, etc. Os assalariados de classe média que poderiam pressionar pela melhoria das condições dos serviços e ações de saúde abrigam-se, precariamente, no setor privado lucrativo.

A saída encontrada pela classe média e logo seguida pelos setores com renda mais baixa, porém em condições de fazer frente às despesas de planos e seguros de saúde privados, migram dos serviços de natureza públicos e passam a usufruir dos benefícios ofertados pelo setor privado, preservando, assim, a segurança na prestação dos serviços e a

garantia no acesso. Estabilidade e previsibilidade, o binômio identificado por Giddens, que impulsionam as tomadas de decisões quando da escolha da natureza dos serviços assistenciais a serem resguardados para momentos de riscos elevados, havendo a tendência ao crescimento dos entes privados prestadores de serviços médico-hospitalares por apresentarem maior segurança e confiabilidade na prestação dos serviços. Em conjunto com as dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde, têm levado ao distanciamento da parcela da população com maior poder aquisitivo e maior capacidade de pressão e força política. Esse quadro contribui para o enfraquecimento do SUS como proposta universalizante e inclusiva, com consequência direta da migração de segmentos médios da população para planos e seguros privados de saúde.

Segundo Faverette Filho & Oliveira (1990, p. 78), em sua análise da adesão ao sistema de saúde suplementar identifica dois fatores básicos: as dificuldades de acesso e a baixa qualidade dos serviços. Em inquérito realizado com usuários de planos e de seguros de saúde, Farias (2001, p. 8) identifica e analisa um conjunto de percepções e representações que informam a elaboração de juízos sobre o sistema público e o sistema de saúde suplementar. O autor identifica o trinômio *qualidade-acesso-segurança* como estruturas de classificação que funcionam como uma espécie de filtro que opera a mediação entre o sistema e serviços de saúde e seus usuários.

O primeiro elemento, as condições de acesso, no que diz respeito às dificuldades ou facilidades, podem ser provenientes de vários fatores, tais como, a localização dos serviços, o grau de adequação qualitativa entre a oferta e a demanda, os procedimentos requeridos e efetivamente adotados, os requisitos necessários à admissão do paciente e o tempo de espera que anteceda o atendimento. O segundo elemento, a qualidade do atendimento, comporta aspectos subjetivos como a interação interpessoal entre médico e paciente, além da capacidade de atenção instalada em uma dada unidade de saúde. O terceiro elemento, a sensação de segurança, está diretamente relacionado às percepções e representações sobre o volume e a intensidade dos riscos aos quais esses indivíduos e a coletividade encontram-se expostos; constitui a representação de vulnerabilidade, com ênfase na insegurança decorrente da incerteza de atendimento em situações de emergências.

Considerando a análise empreendida por Giddens (1991, p. 36), podemos afirmar que a segurança pressupõe certa crença na estabilidade e previsibilidade do ambiente (do contexto) de ação, de modo a manter mais ou menos sob controle os riscos potenciais. E isto explicaria a busca dos possuidores de renda média por planos e seguros de saúde

privados, já que o sistema público não oferece as condições mínimas para os atendimentos dessas duas premissas básicas: estabilidade e previsibilidade. Ao pretender-se universal e incluyente, mas sem os recursos financeiros correspondentes, o SUS tem se convertido ao longo do tempo em um serviço público precário, onde as filas de espera simbolizam os descasos das autoridades e dos legisladores. A falta de confiança no acesso e presteza do atendimento torna o SUS um ambiente inseguro e sem qualquer previsibilidade diante de necessidades inadiáveis como o resguardo da vida.

Os dados do suplemento de saúde que acompanhou a Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar do IBGE, apurados em 1998, revelam que 25% da população estava coberta por alguma forma de plano ou seguro de saúde. A Abrasco, em seu boletim de 2004, identifica a existência de três subsistemas: O SUS, destinado em tese a 180 milhões de brasileiros; o subsistema privado de saúde suplementar, agora sendo consumido por 40 milhões de brasileiros que pagam, por si ou através de empregadores; e o subsistema privado de desembolso direto das pessoas ou famílias, ainda não dimensionado.

A saúde suplementar apresenta-se dividida entre os planos e seguros de saúde fechados ou abertos, de acordo com a relação contratual estabelecida. Os planos de saúde se caracterizam pela contratação de profissionais e unidade assistenciais (ambulatoriais ou hospitalares) que são disponibilizados aos beneficiários dos planos para sua livre escolha. Os seguros de saúde diferem destes por apresentarem, além de uma carteira de profissionais e unidades de assistência previamente cadastrada, como ocorre com os planos de saúde, a abertura para que o beneficiário do seguro possa a seu critério escolher o serviço e/ou os profissionais que desejarem tendo assegurado o reembolso parcial do gasto realizado.

Outros dados reveladores do funcionamento e capacidade do SUS em satisfazer as necessidades de saúde da população podem ser encontrados no gasto *per capita*. Dados da Organização Mundial da Saúde para o ano 2001 mostram que o Brasil gasta pouco e mal com a saúde. O gasto sanitário total *per capita* brasileiro, naquele ano, foi de US\$ 222,00, contra US\$ 603,00 do Uruguai e de US\$ 679,00 da Argentina. Estes dados revelam, parcialmente, um progressivo esvaziamento do setor público e o deslocamento de um contingente cada vez maior da população para os planos e seguros de saúde, promovendo um distanciamento cada vez maior entre a teoria e a prática do SUS.

Para Cohn (2002, p. 8), além da pobreza e das desigualdades das condições de vida, há também a ausência de determinados fatores que permitam a construção de parâmetros

materiais e simbólicos de semelhança, identidade e reconhecimento aos usuários do SUS e de um vínculo de solidariedade entre seus usuários.

Seguindo a tradição de adotar políticas defasadas, em desuso ou pelo menos com fortes questionamentos nos países de origem, no Brasil nos anos 80, com a presença de diversos e graves impasses e crises estruturais e conjunturais, como a crise orgânica do Estado, a escassez de financiamentos externos para pagamento da dívida e investimentos, a perversa distribuição de renda interpessoal e interregional, o péssimo serviço de saúde ofertado à população, mas em um ambiente marcado pelo processo de redemocratização e com ele a revitalização da arena política, o projeto reformista, ganha adesões de diversos setores sociais e, com isso, adquire a legitimidade que lhe daria a perspectiva de inscrever na Constituição sua proposta.

A estreita dependência entre a maturidade da democracia - enquanto valor universalmente compartilhado pela população - e o incremento de políticas sociais públicas nos revela o quão distantes estamos, ainda, das condições desfrutadas na Europa do século passado quando da formulação e implantação das políticas de *welfare state*.

A Reforma Sanitária, por guardar relação de dependência com o desenvolvimento da democracia, e esta por apresentar inúmeras limitações no Brasil, tem evoluído de modo aquém do desejado e esperado por seus idealizadores, ficando as necessidades de saúde da maior parte da população à mercê da falta de financiamento adequado do setor. E, sobretudo, condicionado e dependente do papel a ser desempenhado pelo Estado brasileiro não apenas como indutor, mas como partícipe ativo e direto das responsabilidades a serem compartilhadas com a sociedade civil, pela criação de condições econômicas e sociais que estimulem a educação em saúde, seja coletiva, seja individual.

Nada obstante,

[...] os sanitaristas-reformistas no governo e na constituinte, ao proporem a universalização do direito à saúde e ao tentarem adequar as estruturas estatais às novas responsabilidades, desconheceram inicialmente e acabaram parcialmente derrotados pelo avanço inexorável da crise mais profunda que acompanhava o processo de redemocratização: uma crise fiscal e política do Estado que sinalizava o esgotamento da estratégia desenvolvimentista e da coalizão sociopolítica que a sustentou durante seus longos anos de sucesso industrializante e de fracasso social. (FIORI, 1991, p. 39)

Conclui o mesmo autor: “na verdade, os sanitaristas-reformistas tentaram avançar gerindo instrumentos e impondo responsabilidades a um Estado já incapaz de reverter o quadro social gerado anteriormente e exponenciado pela crise” (FIORI, 1991, p. 39).

Na área social, nos últimos 23 anos, com destaque para o setor saúde, têm ocorrido grandes transformações, tanto na oferta quanto na demanda de serviços, mediante a prática de complementar ou substituir o sistema público pela adoção de esquemas privados, tanto como subproduto indireto das medidas contencionistas e seletivizadoras quanto por conta de incentivos governamentais diretos.

Em geral, a nova concepção emergente tem sido a de um *mix*, cujo sentido é de simultaneamente redefinir as prioridades de intervenção estatal (mais regulamentação e menos atividade direta) e substituir a lógica do contrato individual, por relações coletivas que reduzam os custos de obtenção dos benefícios sociais no mercado.

Os reformistas brasileiros propuseram e implantaram, no plano estritamente formal, isto é, jurídico-legal, um Estado de bem-estar que desconsiderou a exaustão de recursos financeiros públicos disponíveis frente a exigências crescentes do setor; o novo papel que tem sido desempenhado pelo Estado, agora com ênfase na regulação e menos intervenção direta; a emergência de um novo modelo de integração social com um novo sentido de organização social e política.

De acordo com Pereira (1996, p. 446-447), o médico e deputado petista Eduardo Jorge identifica dois fatores que contribuíram para a vitória do movimento sanitário na Constituinte:

a) o fato desse movimento, ao contrário do setor privado, ter iniciado o processo constituinte com uma proposta já consolidada em termos técnicos e com legitimidade política;

b) a opção por parte dos setores conservadores em priorizar a discussão temática das questões relativas à ordem econômica, permitindo que um arco de alianças envolvendo o centro e a esquerda dominasse a composição das comissões e subcomissões da área social.

Mas, a sua institucionalização, via SUS, não tem contado com respaldo programático e doutrinário de qualquer partido político, podendo esse fato explicar em parte suas distorções e os avanços limitados. Ocorreu, como vimos, uma desmobilização das forças que originaram o movimento transformador pela certeza de que a “guerra” estava ganha quando em verdade havia sido realizada apenas uma “batalha”. As principais lideranças do movimento sanitário tinham migrado do embate social e político pela sacralização do texto constitucional e passaram a exercer atividades governamentais, como gerentes do sistema, e mesmo como parlamentares nas diferentes esferas do poder público.

4.6 A Implantação do SUS: Limites e Possibilidades

A redemocratização, e com ela a instalação, da chamada Nova República havia trazido a sociedade brasileira para o cotidiano do “fazer política”. A conquista de um governo civil mesmo por meio de eleições indiretas, em virtude da derrota da emenda das eleições diretas para Presidente da República, em 1984, trouxe esperanças quanto à possibilidade de mudanças significativas na atuação e responsabilização do Estado diante das questões sociais.

No final de 1984, foi realizado o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, visando definir alguns programas e estratégias para a formulação de uma “Política de Saúde para o Governo de Transição”, tendo como base algumas proposições:

1. Saúde é um direito do cidadão e dever do Estado [...]
2. A melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida. [...]
3. A democratização da saúde estreitamente vinculada ao processo de democratização da sociedade brasileira reflete a luta e aspiração dos mais amplos setores sociais. [...] (CÂMARA DOS DEPUTADOS, Relatório Final)

A Aliança Democrática, constituída por parlamentares e militantes vinculados aos partidos oposicionistas e acrescidos de elementos oriundos das hostes governistas, mas descontentes com os rumos da política oficial, logrou derrotar o autoritarismo no Colégio Eleitoral, elegendo Tancredo Neves para Presidente da República e José Sarney para vice-presidente, como fruto do arranjo político que mesclava conservadores e progressistas com vista à conquista de democracia.

Instaurou-se uma transição negociada entre segmentos dissidentes da base de sustentação do regime militar e segmentos oposicionistas também emergentes da democracia de fachada consentida pelo Estado autoritário, em um pacto pelo alto, das elites, excluindo a participação popular que se manifestara, em ampla mobilização, na Campanha das Diretas-Já. (FALEIROS, 2004, p. 44)

Mesmo com uma transição negociada e, por isso, limitada, foi possível no período de 1985 a 1987 a ocupação de espaços no aparelho de Estado nas áreas de Saúde, Previdência e Ciência e Tecnologia por atores sociais identificados com as concepções de políticas públicas democratizantes. Neste contexto, foi possível adotar medidas de contenção das políticas privatizantes no interior da Previdência Social e a adoção de políticas que direcionavam os recursos previdenciários para as instâncias estaduais e

municipais, objetivando o fortalecimento dos serviços públicos de saúde com o estímulo à integração das ações e serviços, apoio à descentralização gerencial, incorporação do planejamento à prática institucional e implantação de mecanismos de participação da sociedade civil.

4.6.1 O Suds como Estágio Preliminar da RSB

Para o alcance desses propósitos, o governo chamado de Nova República adotou como política para o setor as *Ações Integradas de Saúde (AIS)*, ainda como estratégia de transição para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto outros instrumentos eram gestados com vista à consolidação das parcerias entre os entes federados. Esta política de transição visava evitar as discontinuidades na prestação de serviços à população e promover aperfeiçoamentos nos mecanismos institucionais necessários à gestão do novo sistema envolvendo as três esferas de governos, além de propiciar as condições políticas e técnicas que viabilizassem as mudanças decorrentes da Constituição Federal e da reformulação do Sistema Nacional de Saúde.

As justificativas para a defesa da implantação das AIS como etapa intermediária da RSB decorria, ainda, de vários fatores objetivos como: os princípios e objetivos coerentes com os postulados da RSB; a descentralização iniciada; os fóruns deliberativos com a participação da comunidade; a unificação do sistema sob comando único. Mesmo com estas convergências, havia conflito entre um pensamento de esquerda e o núcleo conservador do governo com relação ao alcance e a abrangência das reformas em curso.

Os conflitos não se restringiam ao palco da constituinte, mas também se desenvolviam nas instâncias burocráticas. A formulação do texto intitulado *Diretrizes para um Serviço Nacional de Saúde*, publicado pelo presidente do Inamps, Hésio Cordeiro, fazia a defesa da implantação dos distritos sanitários como forma de limitar o poder de ação política das Superintendências Regionais do Inamps, que por suas estruturas e funções, criadas no período autoritário, eram abrangentes e centralizadoras. Exerciam o poder político de fato nos estados e municípios e representavam o principal obstáculo às mudanças definidas na constituinte.

Como iniciativa da presidência do Inamps, foi apresentada a proposta de criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados (Suds), em 20/07/1987, por

meio de decreto presidencial. Deveria ser compreendida como um passo adiante no caminho da RSB. Todavia, esta posição gerou novos conflitos e embates no interior do movimento sanitário. Uma parte identificava nestas medidas o propósito do Ministério da Previdência/Inamps de esvaziar a RSB, reduzindo-a a uma dimensão meramente administrativa e de transferência do ônus da responsabilização pela saúde sem a contrapartida dos necessários recursos financeiros assegurados por lei (PCB, 1980). A outra parte compreendia a pertinência do Suds como aprofundamento das relações com estados e municípios e, pois, como uma trincheira técnico-institucional que possibilitaria a consolidação da descentralização, da participação popular e do compartilhamento das responsabilidades federadas.

Para esses últimos, o Suds era a forma de criar as condições objetivas e materiais para a construção da RSB e como estratégia para a implantação do SUS, assim, se constituiria em etapa preliminar e indispensável para suplantar as forças conservadoras que resistiam à descentralização e desconcentração do poder político (CORDEIRO, 1991; PAIM, 1988). A polêmica no movimento sanitário em 1986 dizia respeito à suposição de que as AIS tinham como objetivo o desvirtuamento da RSB, e em 1987 a suspeita recaía sobre o Suds.

Os que defendiam essa trincheira de luta técnico-institucional, utilizada na organização, implantação e desenvolvimento do SUDS, argumentavam que ela permitiria a definição e experimentação de modelos assistenciais, de organização de serviços e de gestão visando à construção, de forma ascendente e participativa, do novo sistema de saúde. (PAIM, 1988)

Os críticos do Suds viam nesta estratégia o esvaziamento da RSB porque a reduzia a reforma do setor saúde a busca de maior eficiência operacional, deixando à margem as questões mais importantes como a democratização do setor. Enquanto o projeto da RSB foi sendo construído em um longo processo, ocorreu a convergência de atores sociais que somavam esforços para sua concretização.

Obtida a conquista jurídico-legal com a incorporação dos princípios e diretrizes na Constituição Federal se desfaz a unidade do movimento sanitário. Agora a luta se concentrava, sobretudo, entre os antigos aliados, com vista à implantação da RSB. Os militantes do PCB, principal força política do movimento sanitário em sua origem, defendiam esse caminho, embora destacando outras mudanças que deveriam ocorrer para ampliar o conceito de cidadania e incluir os segmentos historicamente marginalizados das riquezas nacionais, e propunha o aprofundamento das reformas incluindo a agrária, a

urbana, a distribuição da renda, o ensino gratuito, etc. Reconhecia o Suds como “estratégia no processo da RSB”, mas advertia para possíveis desvirtuamentos em seu curso com a ressalva de que “esta não se resume naquela” (PCB, 1988).

As AIS e o Suds, a despeito de suas reconhecidas limitações institucionais, representaram políticas que ao tempo em que negavam o antigo sistema, criavam as condições estruturais para a viabilização do projeto maior e mais complexo da RSB. Estas duas reformulações no modelo de atenção à saúde constituíam as possibilidades de mudanças em cada conjuntura política, mas sempre representaram estratégias que impuseram inflexão nas políticas privatizantes implantadas pelo regime autoritário. “O referencial teórico que sustentava essa estratégia indicava que para avançar a RSB exigiria a utilização permanente das instituições para garantir os espaços conquistados e fortalecer a ‘guerra de posição’ na construção da hegemonia dos setores democráticos e populares” (PAIM, 1988).

Para este autor:

[...] esta posição orientava um desenho estratégico no qual a RSB poderia ser implantada a partir de três trincheiras de lutas (técnico-institucional, sócio-comunitária, e legislativo-parlamentar), todas relevantes, essenciais, sinérgicas e igualmente complementares, cuja matriz doutrinária situava-se no Relatório Final da VIII CNS. (PAIM, 1988)

A via técnico-institucional correspondia à implantação do Suds, a sociocomunitária dizia respeito à aliança com setores da sociedade civil, com vista à superação de obstáculos erigidos pelas forças contrárias as mudanças, e, por último, a legislativo-parlamentar, que correspondia à arena política da Assembléia Nacional Constituinte e, posteriormente, ao Congresso Nacional quando da regulamentação da Carta Magna.

Cultor da preponderância do poder federal e da concentração e centralização do poder decisório, o Ministério da Saúde passa adotar a edição periódica de portaria disciplinando o funcionamento do sistema de saúde.

As Normas Operacionais de Atenção à Saúde (Noas) são os instrumentos que a burocracia federal desenvolve para estabelecer relações com os outros entes federados, mediante a fixação de critérios para acesso aos recursos financeiros transferidos para estados e municípios de acordo com as condições de funcionamento e a capacidade instalada do sistema local/estadual em consonância com as diretrizes emanadas do Ministério da Saúde.

A partir dos anos 90, o Ministério da Saúde decide que as NOB/Noas - portarias editadas pelo Ministério da Saúde - passam a ser o instrumento de organização do SUS em todo o Brasil; organização formulada em Brasília e que serviria para todo o Brasil, a despeito das diferenças entre as realidades locais. Com as Noas e NOB pretendia-se nortear a reorganização da Rede SUS com base nos princípios da Regionalização, da Descentralização e da Hierarquização dos Serviços de Saúde, cuja porta de entrada no Sistema à Atenção Básica seria através do Programa de Saúde da Família.

A institucionalização da reforma sanitária brasileira ocorreu por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios e diretrizes consagrados no texto constitucional e nas duas leis orgânicas do setor (nº 8.080/90 e nº 8.142/91) configuram o entrelaçamento e inter-relação entre os três níveis de governo na conformação de um sistema com atribuições e competência definidas legalmente. Com o SUS, as ações e serviços da saúde integram um sistema, o que significa dizer que todos os órgãos público, federais, estaduais e municipais ou unidade assistencial do setor privado, contratado ou conveniado, interagem dentro de um conjunto com vistas a um fim comum, como se fossem um mesmo organismo, e não isoladamente e por moto próprio, mas todos integrados nas políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, a reforma sanitária brasileira rege-se por três aspectos fundamentais, contidos no Relatório Final da VIII CNS, realizada em março de 1986, com a participação de mais de quatro mil delegados, e que serviu como substrato para a elaboração da sessão saúde na Carta Magna:

Primeiro, por seu conceito abrangente e inovador de saúde, “a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Segundo, erige a saúde como “direito de cidadania e dever do Estado”. (Relatório Final da VIII CNS)

Esses conceitos definidos e inscritos no Relatório Final da VIII CNS expressam cabalmente a amplitude e profundidade do projeto da reforma sanitária. Se o projeto não propunha a mudança de regime de governo para um sistema político com viés de esquerda, certamente condicionava e mesmo atrelava as necessidades de mudanças no setor saúde a

redemocratização do país. Daí o lema da VIII CNS fazer referência direta a esse vínculo: “*Saúde é Democracia*”.

De acordo com Santos (1987), aqui, num terreno eminentemente político, propugna-se a transição de uma cidadania regulada, base das políticas de saúde compensatórias, para uma cidadania plena que reconhecesse o direito igual de todos às ações de saúde.

Terceiro como caráter estratégico propõe a reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição do Sistema Único de Saúde alicerçada nos princípios essenciais da universalização, da integralidade das ações, da descentralização com comando único em cada instância federativa e a participação social. (SANTOS, 1987, p. 38)

A esse propósito, diz Viana (2000, p. 11): “A Constituição do Brasil de 1988, progressista e democraticamente incluiu a terminologia da seguridade social. Não logrou, contudo, dar conteúdo à sua dimensão simbólica, e muito menos, fazer vigir a solidariedade que lhe é inerente. Ficou o dito pelo não dito”. E mais, o fez extemporaneamente, pois sem considerar as novas atribuições e responsabilidades do Estado brasileiro, em face do contexto histórico e estrutural que importou na transição do seu papel, de nacional-desenvolvimentista para o de regulador do mercado.

Os reformistas, mesmo diante da segmentação e fragmentação da sociedade brasileira e o processo de globalização neoliberal em curso em todo o mundo, buscaram em um cenário politicamente favorável, pela redemocratização, a transposição de uma política originalmente gestada e implementada em condições absolutamente distintas e, assim, lograram incorporar, na Constituição Federal, de forma acrítica, um projeto político-ideológico que se revelava de difícil consecução, mas que correspondia às aspirações de condições socialmente mais justas, como estratégia de construção da cidadania.

Assim, a sessão da saúde traz a marca do êxito de toda a articulação política, como coroamento do processo de redemocratização, também no setor, pelos reformistas, com o resgate da função social pública inerente às responsabilidades e atribuições do Estado em um país marcado pelas profundas e seculares desigualdades entre pessoas e regiões. Nesse sentido, a prática do Sistema Único de Saúde (SUS) acaba consagrando a existência de um fosso abismal na sociedade, que por ter origem remota, torna-se alvo de políticas focais, paliativas e compensatórias, amparadas na habitual tradição de clientelismo e paternalismo.

Essa clivagem na política tradicional visava romper com as práticas clientelistas e de compadrio tão comuns na política nacional, com vista ao controle efetivo dos gastos

públicos no setor saúde, que se revelavam sempre em montantes crescentes do orçamento público, com o agravante dos históricos desvios de recursos financeiros e materiais, além da baixa efetividade e eficácia do setor. O melhor controle fiscal poderia ser realizado pelos próprios usuários, maiores interessados na qualidade dos serviços. O Estado, além de não dispor de recursos financeiros para fazer frente às obrigações legais, pela persistente crise econômica, procurava realizar as mudanças que o modelo neoliberal disciplinava para todos os países periféricos. Deslocar para a periferia do sistema governamental as obrigações pela prestação direta de políticas de proteções sociais públicas.

4.6.2 O SUS como Estratégia

O longo processo de construção da RSB viveu fases bastante distintas quanto à homogeneidade e coesão interna do movimento sanitário. Após as conquistas alcançadas no campo jurídico-legal, com a constituinte e as aprovações das duas Leis Orgânicas da Saúde, as dissensões e discrepâncias entre os protagonistas do movimento fazem-se sentir, enfraquecendo o alcance das propostas e comprometendo os objetivos idealizados.

A migração de lideranças do movimento para posto de direção no âmbito estadual e municipal, e mais recentemente no comando do Ministério da Saúde, arrefeceu o ímpeto das lutas. Como já havia sido alertado por Rodriguez (1991), o êxito no campo legal era uma etapa a ser vencida, mas não era a mais difícil, pois, a construção do novo modelo de atenção à saúde exigia além da manutenção da articulação vitoriosa a sua ampliação social e política. A desarticulação do movimento sanitário começou na fase pós-constituinte, ainda antes da elaboração e aprovação das leis orgânica do setor. Em sua fase inicial, o movimento sanitário era liderado principalmente dos membros do PCB, mas nos anos 80 este partido perdia importância como formulador e força política no capo das esquerdas, agora sob a hegemonia do Partido dos Trabalhadores (PT).

Enquanto os militantes e simpatizantes do PCB advogavam que o projeto da reforma sanitária deveria ser construído em etapas, condizentes com a posição geral deste partido avesso desde sempre a rupturas, e de acordo com as condições conjunturais, os integrantes do PT defendiam uma posição mais aguerrida e contundente nas cobranças e pleiteavam maior celeridade na implantação do projeto reformador. Avançar por etapas sempre fora a tônica das posições políticas do PCB, entendidas como conciliação e

acomodação diante das adversidades. Projeto ou proposta de reforma sanitária? A divisão interna do movimento se balizava em torno desta questão. Admitindo-se tratar-se de um projeto, implicava que sua consecução se faria por etapas em um longo processo com avanços e recuos, vitórias e derrotas pontuais, mas mantendo a perspectiva dos objetivos finais transformadores. Esta era a posição esposada pelos militantes do PCB. A compreensão de que se tratava de uma proposta implicava que sua efetivação deveria ser realizada sem concessões. Ou a proposta era vitoriosa, e, pois, implantada integralmente, ou qualquer retardo deveria importar em sua descaracterização e desfiguração comprometendo, assim, sua realização plena. Esta visão era majoritariamente defendida por militantes do PT que exigiam pressa na implantação da RSB e nenhum acordo que postergasse a efetivação do consagrado nas leis. Aceitar conciliação e negociações era entendido com desvios dos propósitos e compromissos.

Assim, as AIS e, posteriormente, o Suds, foram vistos por uns ativistas como parte do processo de construção da RSB via preparação e capacitação de estados e municípios para receberem e se responsabilizarem por novos encargos e obrigações, mas entendidos como adesismos e cooptação por outros ativistas visando enfraquecer o movimento pela dispersão e pelo fracasso do novo sistema implantado por etapas.

A cizânia aprofundou-se na medida em que os aspectos legais ficaram para trás - já consagrados - e a implantação do SUS, como braço institucional da RSB, exigia dedicação e esforços para a ampliação e fortalecimento das articulações entre instituições e organizações da sociedade civil, e não divisões internas do movimento sanitário.

Com a democracia e conseqüente alternância do poder, abriam-se as possibilidades de ocupação de espaços diretivos nas diferentes esferas de governos. Criavam-se mais um fator de conflitos e de divergências entre os grupos que haviam impulsionado a RSB. Integrar governos significava trair o movimento sanitário via cooptação por cargos e benesses do poder, e nunca como ocorrera no passado como ocupação de espaços institucionais para fazer avançar e consolidarem os ideais reformistas.

Os questionamentos e disputas internas no movimento sanitário tiveram como principal ponto de discórdia a condução do SUS e seu significado perante os ideários da RSB, visto como estratégia que possibilitava ampliar e diversificar seus apoiadores na sociedade civil, nas instituições públicas e nos partidos políticos

4.7 O Sus como Instrumento de Inclusão Social: Realidade e Promessas

O ideário da RSB foi concebido como instrumento de questionamento das relações existentes entre a sociedade civil e o Estado brasileiro. As estruturas arcaicas alimentaram por muitos anos políticas públicas sociais, ancoradas no clientelismo, coronelismo, compadrio na esteira larga e anacrônica do paternalismo. Fundar uma nova política pública na área da saúde importava torná-la, ao mesmo tempo, democrática, promotora da cidadania, cultivando a solidariedade como raiz de um processo de inclusão dos contingentes populacionais historicamente marginalizados, sem acesso a renda, riquezas, bens e serviços criados pela própria sociedade. Lutar por mudanças nas estruturas do país não importava em buscar questionar o caráter do governo e o regime político vigente, mas antes almejava transformar as velhas estruturas nos limites do possível, isto é, preservando o *status quo*, mas que reservava espaços para a atuação de movimentos sociais impulsionadores de melhoria na qualidade dos serviços de saúde.

O conceito de hegemonia, renovado por Gramsci (1995), nos mostra como um “bloco histórico” (conjunto de classes dominantes) instaura seu poder por meio do consenso no seio da sociedade. O movimento sanitário precisava elaborar e articular um projeto contra-hegemônico, com vistas às transformações objetivadas sem qualquer alteração e questionamentos relativos à composição da estrutura de classes na sociedade brasileira.

Para Gramsci (1995), a hegemonia seria a direção moral e intelectual de uma sociedade, onde a dominação “física” e corpórea é auxiliada pela instauração do consenso. O poder de coesão, conectado ao consenso, constituiria o predomínio de uma visão social de mundo e de convívio social. O espaço da hegemonia é a sociedade civil, em que os chamados “aparelhos privados de hegemonia” são os responsáveis pela disseminação do pensamento dominante (COUTINHO, 1999).

Tomando os ensinamentos do filósofo italiano, Antonio Gramsci, e seu trabalho sobre os intelectuais e a importância dos aparelhos privados de hegemonia na estratégia revolucionária (guerra de posição), que trouxeram inegáveis contribuições aos estudos das relações cristalizadas na sociedade, os ideólogos da RSB, centravam na criação da formação de um projeto contra-hegemônico sua estratégia principal com vistas ao êxito do movimento sanitário.

A hegemonia em Gramsci é então não apenas o nível articulado superior de “ideologia”, nem são as suas formas de controle apenas as vistas habitualmente como “manipulação” ou “dominação”. É todo um conjunto de práticas e expectativas, sobre a totalidade da vida: nossos sentidos e distribuição de energia, nossa percepção de nós mesmos e nosso mundo. É um sistema vivido de significados e valores -constitutivo e constituidor - que, ao serem experimentados como prática parece confirmar-se reciprocamente. Constitui assim um senso da realidade para a maioria das pessoas na sociedade, um senso de realidade absoluta, porque experimentada, e além da qual é muito difícil para a maioria dos membros da sociedade movimentar-se, na maioria das áreas da sua vida. (WILLIAMS, 1979, p. 113)

A RSB em curso no Brasil representa uma reforma social inconclusa, de alcance e de grande complexidade política. Ao longo do tempo de sua formulação e maturação, enquanto projeto inovador e transformador, a RSB passou por ciclos diversos durante sua construção teórica: era um *propósito*, que foi sendo consolidado na medida em que se desenvolvia uma bem fundamentada crítica ao sistema de saúde vigente no período autoritário; era uma concepção *política*, que visava originalmente contribuir para a redemocratização do país conforme textos e propostas originalmente apresentadas e defendidas pelo Cebes, compondo-se um conjunto harmonioso de princípios e diretrizes e proposições contida no documento *A questão democrática na saúde*, em 1979; como *ativismo* político da sociedade civil, capaz de mobilizar um conjunto de forças políticas, ideológicas e sociais em torno de um projeto comum e agregador; como *programa de ação*, embasado em um conjunto de políticas articuladas que exigem consciência social e com estímulo à participação coletiva ativa e promotora da cidadania, realizando sua vinculação as outras lutas políticas e sociais; como *processo*, por exigir articulação e habilidade em atuação permanente dos atores sociais, promovendo práticas e difundindo experiências e, assim, transformando a RSB num fenômeno histórico-social; e *plataforma contra-hegemônica*, processo que por definição está sempre por se reinventar, com avanços e recuos de acordo com a conjuntura e as condições estruturais presentes em dado contexto.

Em favor da RSB e de seus resultados, deve-se destacar que esse é o rosário de proposições cuja efetivação real exige longo tempo de maturação e conquistas paulatinas de acordo com as peculiaridades históricas do momento. Todavia, o ideário da RSB, diferente de outras iniciativas de mudanças no setor, logrou ampliar seu raio de preocupação e ação não mais se restringindo ao Estado, como as reformas do início do século passado voltadas para os aspectos urbanísticos e combate aos focos de endemias localizados em portos - ambas visando ao incremento nos ganhos financeiros decorrentes do maior fluxo de mercadorias. Pode-se dizer que a RSB ou Reforma Democrática da

Saúde foi gestada exclusivamente no âmbito da sociedade civil, e só posteriormente desencadeou ações com vistas à conquista dos poderes executivos e legislativos, carecendo, ainda, de inserir-se na judicialização do país.

A questão democrática, o destaque para a importância das liberdades civis e a ampliação do acesso aos bens e serviços produzidos pelo país, como fatores de promoção da cidadania, mediante a redução das desigualdades de renda e de oportunidades para o conjunto da população, foram em sua maioria eternamente esquecidas e marginalizadas a despeito das riquezas geradas pela sociedade. Mesmo com as conquistas decorrentes da criação do SUS para a maioria da população, até então excluídas do acesso aos serviços de saúde, persistem os obstáculos à construção do sistema universal e igualitário, ideais dos reformistas. Os obstáculos presentes na estrutura econômica e na superestrutura jurídico-político e ideológico arraigados na sociedade brasileira têm sido agravados com dificuldades de ampliação de sua base de apoio e sustentação política, sobretudo pelo afastamento da classe média com sua maior capacidade de vocalização e pressão, aliada à conjuntura desfavorável pela crise fiscal e, principalmente, pelas profundas mudanças que se operam no papel do Estado, agora voltado para mero regulador de mercados.

As avaliações sobre a trajetória da RSB desde a fundação do Cebes, há trinta anos e vinte anos após a realização da VIII CNS, evidenciam um importante conjunto de avanços e conquistas decorrentes das lutas empreendidas pelo movimento pela reforma sanitária. Dentre estes merece destaque especial o reconhecimento, pelo menos formal, do direito universal à saúde e as responsabilidades indeclináveis do Estado e a descentralização administrativa, financeira e política do sistema com comando único em cada esfera de governo.

Os ideólogos da RSB que permanecem fora do aparelho estatal consideram que a RSB está apenas em seu início em decorrência da complexidade da concepção de federação instituída pela constituinte e em face das dimensões e desigualdades existentes entre as vinte e sete unidades da federação e os mais de 5.500 municípios, que necessitam organizar-se em instância que promovam a pactuação entre os diferentes gestores (estaduais e municipais) do sistema para a implantação do SUS, promovendo a participação popular através de conselhos, conferências e plenárias de saúde com vistas ao exercício real do controle do Estado e de seus aparelhos. A universalização do acesso, mesmo que apenas formalmente assegurado, a expansão do PACS/PSF, incremento da produção e da produtividade (mais de 1,5 bilhão de consultas ambulatoriais em 2004, 200 milhões de exames laboratoriais, 12 milhões de internações, 1 milhão de tomografia

computadorizadas, regulamentação e realização de 23.400 transplantes, desenvolvimento e implantação de sistema de informatização, etc.).

A par de tais êxitos, o ideário da RSB, no entanto, apresenta um grande déficit enquanto política pública que se pretende promotora da cidadania via acesso universal e participação ativa nas deliberações e, ao mesmo tempo, como projeto de inclusão social. Estes objetivos estão na dependência de muitos outros fatores e condições que extrapolam o âmbito do setor saúde e, pois, estão fora de sua governabilidade. A definição do papel do Estado como protagonista principal, embora não único, na construção do SUS depende de acontecimentos e decisões afeitas à esfera da política *strito senso*, o que por se só deixa com baixa capacidade de ação os atores sociais com interesses nesta área.

O confinamento da RSB à dimensão setorial e a submissão do SUS às “manobras da política” (BERLINGUER, 1988) constituem evidentes limitações a sua concretização plena. A dispersão do movimento sanitário como instância coletiva e instrumento de pressão política sobre o Estado e poder em geral tornou os obstáculos da conjuntura mais relevantes e de difícil transposição. Entre os principais obstáculos não superados e muitas vezes nem sequer objeto de reflexões teóricas e questionamentos de seus significados e práticas com vista à ampliação da cidadania e à democratização do setor, podemos identificar: a não implementação do preceito constitucional da seguridade social que permanece com construção legal, mas sem qualquer esforço de incremento de políticas complementares a serem desenvolvidas pelas três áreas que as compõem, visando potencializar os elementos que desfrutam em comum, notadamente a integração de políticas promotoras da cidadania; o subfinanciamento para o setor que permanece, ainda, na dependência de decisões a cada ano por ocasião da elaboração do orçamento fiscal da União Federal e dos demais entes federados; aviltamento ou precarização das relações, remunerações e condições de trabalho a que estão expostos os profissionais do setor e os usuários do sistema; marketing de valores de mercado “em detrimento das soluções que ataquem os determinantes estruturais das necessidades de saúde” (Fórum da RSB, 2006, p. 5); mudanças estruturantes insignificantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema (PAIM, 2008, p. 245).

As críticas às políticas governamentais na condução do processo de implantação do SUS ao longo do tempo têm sido esparsas e condicionadas, por via de regra, a conjunturas desfavoráveis a sua efetivação. Mas, mesmo assim, as críticas e denúncias dos desvirtuamentos na sua implantação geram protestos que clamam por cuidados e vigilância mais acurada no acompanhamento permanente na construção do SUS. Por se tratar de um

processo de construção, o modelo passará por dificuldades, limitações e desafios que estão a exigir novos aportes teóricos com a revisão de conceitos e estratégias para sua materialização real.

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 assistencial acabou universalizando a privatização. (AROUCA, 2002)

Embora essa visão seja exagerada, e possivelmente fruto das contendas político-eleitorais, já que realizadas ao final do governo de Fernando Henrique Cardoso, e no calor da ascensão eleitoral de Lula, o diagnóstico da volta da primazia da medicalização e do hospital como centro do sistema estimulado e patrocinado pelas políticas governamentais no transcurso desses mais de vinte anos pós-constituente é acertado, e corresponde, ainda, a submissão do SUS a interesses partidários na ocupação de cargos de direção.

Os mecanismos técnico-burocráticos apresentados e exigidos pelo governo federal para a habilitação de estados e municípios a fim de terem assegurado o acesso livre aos recursos federais e, com eles, definirem suas prioridades de investimentos e custeios, trouxeram grandes dificuldades para os pequenos municípios que não dispõem de estrutura e nem capacidade técnica para atender a todas as exigências formais da administração pública. Estas exigências técnico-burocráticas têm representado sérios entraves à autonomia dos entes federados. As limitações burocráticas de muitos municípios para se habilitarem a receber os recursos transferidos por estados e União têm imposto dificuldades à celebração de pactos de gestão entre os entes federados que deveriam receber os recursos financeiros para compartilhar a responsabilidade pela prestação da assistência à saúde da população. Também a atribuição de exercerem as atividades de coordenação das atividades, ações e serviços de saúde em seu âmbito federativo.

Além disso, deve-se destacar que “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 estratégias do SUS” (PAIM, 2007). A cristalização de distorções na gestão e na prestação da assistência poderá levar à perda da legitimidade do modelo e seu questionamento com a volta de propostas de gerenciamento racionalizadoras, objetivando a redução de custos, ampliando as dificuldades de acesso da população ao sistema, pois, “não será possível seguir expandindo

a cobertura sem alterar os modelos de atenção e de gestão em saúde” (FÓRUM DA RSB, 2006, p. 5). Enfatiza o mesmo autor,

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 os partidos políticos, além da descontinuidade administrativa e das limitações estruturais da sociedade brasileira. (PAIM, 2007)

Para Giddens (1998, p. 114), a exclusão não está ligada a graduações de desigualdades, mas a mecanismos que atuam para destacar grupos de pessoas do fluxo social prevalente. Identifica a inovação tecnológica como imponderável e, a partir daí, seja possível que em algum ponto a tendência a maior desigualdade possa se inverter. É nessa perspectiva que o formulador da Terceira Via defende que a reforma do W.S. não deveria se reduzir a uma rede de segurança. Somente um sistema de W.S. que beneficie a maior parte da população gerará uma moralidade comum de cidadania (GIDDENS, 1998, p.117). Vê-se que no estágio atual dos debates, o consenso se estabeleceu entre os mais distintos pensadores, quanto à necessidade de reformulação do velho W.S, permanecendo, todavia o impasse quanto ao novo modelo a ser adotado e ainda como realizar a transição. O ponto central dos debates atuais diz respeito à própria função social a ser desempenhada pelo Estado, e os instrumentos e mecanismos a serem utilizados, mas sobretudo há um forte questionamento quanto ao espaço e representações dos indivíduos frente à antiga prevalência do coletivo, na formatação de políticas sociais públicas.

Seria a cidadania conquistada pela atitude, comportamento, representações e espaços ocupados e desenvolvidos pelos indivíduos? Qual a importância e significado que assume o coletivo, enquanto sujeito de transformações sociais, em um mundo globalizado que a todos desafia, com novas possibilidades e responsabilidades para os Estados e os indivíduos?

O projeto político-ideológico da reforma sanitária brasileira, inspirado no Estado de bem estar social da Europa Ocidental pós-guerra, institucionalizado com a construção do SUS, logrou nesse período formar uma rede de 63 mil unidades ambulatoriais e de seis mil unidades hospitalares, com 440 mil leitos. Nada obstante esses inegáveis avanços, o SUS real, presente no cotidiano dos brasileiros, distanciam-se cada vez mais do mandamento constitucional.

Há uma enorme distância entre o sonho dos reformistas sanitários e dos constituintes e a reforma sanitária brasileira, quando se observa a prática social de nosso sistema público de saúde. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas de saúde privados, como parte de um sistema segmentado. (CARVALHO, 2004, p. 5)

Nesses 23 anos, vem se conformando no Brasil três grandes subsistemas: o SUS, como subsistema público, ofertado aos 130 milhões de brasileiros; o subsistema privado de assistência suplementar, destinado aos 40 milhões de brasileiros que pagam, por si ou por intermédio de empregadores, mediante a contratação de empresas que operam planos e seguros de saúde; e, finalmente, o subsistema privado de desembolso direto, aos quais recorrem os brasileiros para a compra de serviços através de pagamento direto dos cidadãos.

Essa incoerência entre o SUS constitucional e o SUS da realidade cotidiana revela que enquanto a concepção teórica apresenta-se como projeto político-ideológico universalista, e o segundo consolida-se na prática como um modelo segmentado, fragmentado e direcionado às camadas mais pobres da população.

A superação desse antagonismo - universalização e segmentação - não pode ser encontrada nos limites da tecnicidade das soluções, como têm trabalhado os sanitários-reformistas ao longo desses anos de existência do SUS. Trata-se, claramente, de uma questão política, que envolve a opção a ser feita pela sociedade e pelo Estado. Em última instância, são nos valores éticos e morais presentes em uma sociedade que ditará o modelo de atenção à saúde a prevalecer.

Em outros termos, qual o sistema de valores em que se estruturará a sociedade brasileira? Se em valores individualistas - levando a consolidação do SUS como segmentado e fragmentado, como política focalizada e compensatória para os pobres; ou com base em valores de solidariedade - abrigo a todos os membros da sociedade em um sistema universalista, isto é, em uma rede de proteção social institucionalizada, na qual as responsabilidades e necessidades individuais sejam compartilhadas por todos, reconhecidos e tratados como cidadãos plenos de direito a garantia da preservação ou recuperação da saúde como valor inalienável do ser humano?

4.7.1 O SUS como Institucionalização da RSB

As questões relativas à qualidade e ao acesso aos serviços ofertados pelo SUS sempre foram o empecilho a sua utilização por setores das classes médias e com maior poder de vocalização e pressão por melhorias no atendimento à saúde. A concepção de um sistema com as características de ser universal e gratuito importa em disponibilizar ações e serviços para o conjunto da população brasileira com aproximadamente 180 milhões de usuários potenciais.

As estruturas físicas - unidades de atendimentos com distribuição correspondendo ao percentual da população em cada comunidade -, as receitas financeiras e orçamentárias dos três níveis de governos, a disponibilidade de profissionais em número e capacidade compatíveis com as necessidades de atenção à saúde representam uma equação de difícil solução.

Considerando que o modelo de federação existente no Brasil mantém o poder decisório, ainda, centralizado na esfera federal, enquanto os demais entes federados são encarregados da execução das políticas públicas com baixa capacidade de direcionar os recursos de acordo com as características epidemiológicas de cada região ou estado, o problema, nestes termos, se agrava.

A Constituição Federal faculta à iniciativa privada participar do SUS de forma complementar e sob as condições estabelecidas pela instituição formuladora e fiscalizadora do sistema - o Ministério da Saúde. A inexistência de rede própria para o atendimento ambulatorial e hospitalar de toda a população leva o poder público a se valer da capacidade já instalada e estruturada do setor privado lucrativo, visto que as Santas Casas de Misericórdias - entidades filantrópicas sem fins lucrativos - são relativamente em pequeno número e com baixa incorporação de tecnologias mais avançadas.

A medicina liberal - no Brasil chamado de medicina de grupo -, mas destinada ao atendimento de segmentos populacionais situados em melhores postos de trabalho e maior renda *per capita*, podia atuar de forma suplementar de acordo com Constituição Federal, isto é, sua atuação se faria sob a fiscalização e regulamentação dos órgãos públicos.

Assim, em conjunto, temos no Brasil várias modalidades de prestadores de serviços médicos curativos: os mantidos e próprios dos entes federados; os filantrópicos; e os contratados e conveniados e de medicina de grupo, que vendem seus serviços diretamente à população, mediante acordos com empresas, organizações e instituições públicas e

privadas com elevado número de empregados que custeiam em rateios as despesas e realizam as contratações de serviços médicos.

Durante os anos 60, e principalmente nos anos 70, o governo federal manteve linhas de financiamentos para a construção de complexos hospitalares a custos insignificantes, com o intuito de ofertar aos grandes centros urbanos do sul e sudeste serviços de saúde para o atendimento da classe trabalhadora e para impulsionar o crescimento econômico. Os recursos do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) - fundo para financiamento de programas sociais mantido pelo governo federal - eram a principal fonte de financiamento para a expansão do setor saúde privado lucrativo.

A persistência de contratos e convênios entre os entes federados e o setor privado lucrativo ocorre por imperiosa necessidade, diante do investimento insuficiente na construção de unidades assistenciais. Embora houvesse acirrada disputa ideológica quanto à chamada mercantilização da medicina com os grupos mais à esquerda contrários a permissão de seus funcionamentos, devendo o Estado ser o único detentor e prestador de serviços de saúde, é inegável a carência de unidades de saúde, sobretudo nas regiões mais pobres.

A rede de assistência SUS do século XXI conta atualmente com 5.881 unidades hospitalares em diversos níveis de complexidade, 36.512 unidades básicas (compreendendo centro e postos de saúde) e 5.218 unidades de Serviço de Atendimento de Doenças do Trabalho (SADT), totalizando 47.611 unidades prestadoras de serviços.

As disparidades tornam-se mais evidentes quando se considera a distribuição por região dos estabelecimentos de saúde. Entretanto, deste total, 4.351 se localizam na região Norte (9,1%); 15.322, na região Nordeste (32,1%); 15.458, na região Sudeste (31,2%); 8.963, na região Sul (18,8%); e 3.517, na região Centro-Oeste (7,4%) (AMS/IBGE/Datasus, 2002).

Pelo fato das regiões mais desenvolvidas economicamente terem o maior parque do complexo médico-hospitalar instalado, absorvem as maiores quantias de recursos financeiros, contribuindo para a manutenção da concentração de serviços e de profissionais nas regiões mais ricas, criando um círculo vicioso e perverso.

Às distorções nas distribuições de leitos hospitalares e de profissionais de saúde entre as regiões do país, se somam a baixa disponibilidade de equipamentos tecnológicos capazes de realizarem diagnósticos por imagens e de propedêuticas mais modernas.

Tabela 1
DESPESAS DO SUS POR NÍVEL DE GOVERNO
 2000-2003
 Em Bilhões de 2004 - IGP médios

	2000	2001	2002	2003
União	34,2	34,3	33,2	29,7
Estados	10,6	12,6	13,8	13,4
Municípios	12,5	14,1	15,8	15,6
Total	57,3	61,0	62,8	58,7

Fonte: MS/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS (1993 e 1999) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (2005); base demográfica do IBGE.

A tabela mostra que ao longo dos anos a União Federal tem retraído os volumes de recursos disponibilizados para arcar com as despesas do SUS, sendo que, no mesmo período, se observa que os estados quase não alteram os recursos destinados ao setor, cabendo aos municípios o aumento mais significativo das receitas fiscais destinadas a área da saúde. Enquanto a União Federal permanece diminuindo paulatinamente os recursos, os municípios têm feito crescer os recursos financeiros alocados para investimentos e custeios com o setor. O governo central continua determinando as decisões relativas às políticas de saúde pelo seu maior poder financeiro, mas são os municípios que têm aumentado sua participação nos gastos totais.

Tabela 2
NÚMERO DE LEITOS (SUS) POR 1.000 HABITANTES, SEGUNDO A
ESFERA ADMINISTRATIVA DO ESTABELECIMENTO*
 Brasil e grandes regiões
 1993/2005

REGIÕES	PÚBLICO			PRIVADO			UNIVERSITÁRIO			TOTAL
	1993	1999	2005	1993	1999	2005	1993	1999	2005	2005
Brasil	0,7	0,7	0,8	2,4	2,0	1,2	0,2	0,3	3,0	2,0
Norte	1,1	1,1	1,1	0,8	1,0	0,5	0,1	0,2	2,1	1,6
Nordeste	0,8	0,8	1,1	1,9	1,8	1,1	0,2	0,1	2,8	2,2
Sudeste	0,8	0,7	0,7	2,6	2,1	1,2	0,3	0,3	3,2	1,9
Sul	0,3	0,3	0,6	3,3	2,5	1,7	0,3	0,4	3,2	2,2
Centro-Oeste	0,8	0,8	0,8	2,9	2,5	1,2	0,1	0,3	3,5	2,1

Fonte: MS/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS (1993 e 1999) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (2005); base demográfica do IBGE

* Valor médio anual do número de leitos.

Da mesma maneira, no que concerne ao número geral de leitos por 1.000 habitantes, observa-se a redução da oferta do número de leitos SUS em todas as regiões, principalmente na esfera privada. Em 1993, havia maior oferta de leitos nas regiões Sul, Centro-Oeste, Sul e Sudeste; essa maior oferta passa a ocorrer nas regiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste, não pelo aumento da oferta na região Nordeste, mas pela grande diminuição ocorrida nas demais regiões.

A comparação por esfera administrativa do estabelecimento é de difícil análise neste período, pela redistribuição dos hospitais universitários em públicos e privados, ocorrida em 2003.

4.7.2 A Rede SUS do Século XXI

Até o ano de 2002, a Rede SUS contava com 5.881 unidades hospitalares, 36.512 unidades básicas e 5.218 unidades de SADT, totalizando 47.611 estabelecimentos de saúde. Entretanto, deste total, 4.351 se localizavam na região Norte (9,1%); 15.322, na região Nordeste (32,1%); 15.458, na região Sudeste (31,2%); 8.963, na região Sul (18,8%); e 3.517, na região Centro-Oeste (7,4%) (AMS/IBGE/Datasus, 2002).

Dados do IBGE de 2008 indicam que, dos 5.560 municípios brasileiros, seis ainda não contam com nenhuma unidade de saúde. O número caiu em relação a 2002, quando tal situação ocorria em 146 cidades, mas mesmo assim houve redução de quase 30 mil leitos. E o Brasil deixou de atender à recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que prevê 2,5 a 3 leitos para cada mil habitantes. Desde 2002, a média nacional caiu de 2,7 para 2,4.

Os dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2008, revelam que a redução foi puxada principalmente pela rede privada de saúde, que apresentou perda anual de 3,2% na quantidade de leitos.

Para o presidente da Associação Nacional de Hospitais Privados, Adriano Londres, a redução do número de leitos não representa necessariamente um indicador negativo. Ele alega que hoje em dia muitos procedimentos podem ser feitos fora do hospital. “Há uma tendência natural de ‘desospitalização’, que é um fenômeno mundial, em função dos avanços tecnológicos e da medicina. Isso faz com que inúmeros procedimentos que

antes eram realizados apenas no ambiente hospitalar possam ser feitos em outros locais, como clínicas e consultórios médicos”, explica. Apesar da redução do número de leitos no país, as pessoas se internaram mais no período avaliado pelo IBGE.

No setor público, houve aumento de 1,8% no número de leitos. Mas a relação leito por mil habitantes caiu 1,2%, pois o crescimento populacional foi maior. Na rede privada, a relação caiu 4,9%. Apesar da redução, a rede privada ainda é responsável por 66,4% dos cerca de 450 mil leitos do país

Tabela 3
DESPESAS DO SUS EM % DO PIB
Brasil: despesas do SUS por nível de governo, em % do PIB
2000 - 2003

	2000	2001	2002	2003
União	1,85	1,87	1,84	1,75
Estados	0,57	0,89	0,77	0,79
Municípios	0,67	0,77	0,87	0,91
Total	3,09	3,33	3,48	3,45

Fonte: SIOPEs

Esta tabela demonstra de forma inequívoca a retração do papel da União Federal no financiamento do setor saúde. Mesmo com a ampliação recorde de arrecadação de impostos e demais tributos federais, a queda de repasses do nível central ao longo dos quatro anos analisados evidencia que os outros entes federados, em contrapartida, têm crescido permanentemente os recursos financeiros alocados com o setor. Pode-se concluir que o nível central continua concentrando e centralizando recursos financeiros e direcionando as decisões do SUS, embora dele participe mais com agente indutor e fiscalizador do que parceiro nas execuções de políticas públicas.

Dados relativos à distribuição dos serviços e profissionais de saúde por macrorregiões, assim como equipamentos médico-hospitalares, nos informam sobre a concentração dos mesmos em detrimento do acesso de parcelas significativa da população, bem como sua relação direta com a qualidade das unidades de saúde disponíveis para a prestação da atenção à saúde.

Considerando os princípios e diretrizes do SUS de universalização no atendimento, equidade no acesso as ações e serviços, a integralidade da atenção médico-sanitário e,

principalmente, o ideário da RSB, vê-se pelas tabelas abaixo o quão distantes estão para alcançarmos a concretização desses ideais humanitários.

4.7.3 Dados Gerais do Setor Saúde

Desde a aprovação das legislações de saúde, nos idos das décadas de 80 e 90, observamos mudanças expressivas na responsabilização pelo atendimento à saúde da população no que diz respeito à construção e disponibilidade de unidades de saúde. Enquanto os setores públicos, englobando os três entes federados, possuem apenas 1/3 dessas unidades, o setor privado lucrativo concentra em sua rede aproximadamente 2/3 das unidades prestadoras de serviços, tornando os gestores do sistema dependentes da contratação dos serviços, neles incluídos profissionais e equipamentos médico-hospitalares, para a prestação da assistência à saúde. Os entes públicos não podem expandir sua rede própria de serviços - na presteza, volume e qualidade - fazendo-a adequada as necessidades de atendimentos da população, pois, têm que arcar com os custos financeiros decorrentes do pagamento ao setor privado lucrativo. Esta lógica de funcionamento do SUS cria um círculo vicioso que mantém as instâncias governamentais dependentes da compra de serviços, comprometendo a expansão de cobertura assistencial, e falhando quanto ao atendimento universal e equânime da população. Como se verifica na tabela abaixo na distribuição das unidades de saúde entre os setores privado e o público (federal, estaduais e municipais).

Tabela 4
SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL
CADASTRADOS NO MS
Abr 2009

SERVIÇOS	QUANT.
Municipais	55.417
Estaduais	2.265
Federais	243
Privados	138.698
Total de serviços públicos:	57.925
Total de serviços privados:	138.698
Total geral:	196.623

FONTE: CNES.

Quando se toma como base de análise as unidades de atendimento estritamente hospitalares, constatam-se as mesmas distorções no modelo de prestação de serviços e a dependência do setor público das unidades hospitalares privadas. Ao longo do período de implantação do SUS os serviços próprios dos estados e do Distrito Federal, além das unidades federais, apresentam uma desaceleração acentuada quando cotejadas com a expansão dos serviços ofertados pelos municípios. Os municípios deveriam formar uma rede de assistência com unidades próprias ou mediante a celebração de consórcios intermunicipais em consonância com as diretrizes do SUS, visto serem estes os responsáveis diretos pela prestação de serviços à população, conforme disposição jurídico-legal. Porém, a concentração dos recursos financeiros na esfera da União Federal cria condicionamentos e critérios burocráticos para os municípios, e as transferências intergovernamentais se fazem de acordo com a capacidade instalada em cada municipalidade, e, sobretudo mediante decisões centralizadas na instância federal arrecadadora de maior volume de recursos financeiros. Na tabela 6 podemos constatar as discrepâncias e as desigualdades na distribuição de leitos hospitalares, onde o setor público detém baixa capacidade de realizar os atendimentos valendo-se de suas unidades próprias, ficando na dependência, mais uma vez, dos leitos disponibilizados pelo setor privado. A população brasileira diante deste quadro tem acesso aos serviços de saúde majoritariamente através das unidades privadas, contribuindo para a fuga em busca de planos e seguros de saúde individuais ou coletivos, almejando a segurança advinda do atendimento ofertado em maior número pelos entes privados.

Na tabela 5, abaixo, vê-se a oferta de hospitais concentrados em 70% no setor privado, o que indica o crescimento exponencial dos planos e seguros privados de saúde.

Tabela 5
HOSPITAIS DO BRASIL
Abr 2009

HOSPITAIS	PERCENTUAL
Municipais	21%
Estaduais	8%
Federais	1%
Privados	70%
Total: 6.674	

FONTE: CNES.

Quando se examina a distribuição de leitos hospitalares por unidades de atendimentos nas clínicas básicas - com baixa incorporação tecnológica e de mais simples realização de procedimentos médicos e cirúrgicos -, a situação revela-se invertida. O setor público detém a maioria dos leitos hospitalares, pois, ao setor privado lucrativo estas unidades apresentam baixa capacidade de produzirem retorno financeiro, comparando-se os custos para manutenção e operacionalização dos serviços com os pagamentos efetuados pela tabela de procedimentos do SUS.

Tabela 6
LEITOS HOSPITALARES NO BRASIL
Abr 2009

	SUS	NÃO SUS	TOTAL
Cirurgia	76.871	38.744	115.615
Clinica Geral	85.510	31.222	116.732
Psiquiatria	43.039	9.844	52.883
Pediatria	51.904	11.403	63.307
Obstetrícia	23.261	5.843	29.104
Outros	90.353	38.281	128.634
TOTAL	370.938	135.337	506.275

FONTE: CNES.

A divisão entre serviços de alto e de baixo custo revela a expansão dos primeiros de forma acelerada em comparação aos serviços com procedimentos mais simples e de baixo custo. Coerente com o envelhecimento da população brasileira, os serviços que incorporam alta tecnologia nos equipamentos e disponibilizam procedimentos de alto custo se expandem de forma mais acentuada do que aqueles destinados ao atendimento de morbidades mais simples e também com maior número de casos na sociedade brasileira. A existência de equipamentos como Ressonâncias Magnéticas, Ultrassonografias e Tomografias Computadorizadas de alto custo de aquisição, manutenção e operacionalização em elevado número, mostra-nos a importância das máquinas e equipamentos sofisticados na obtenção do lucro. Enquanto procedimentos de baixa incorporação tecnológica como laboratórios análises/patologia clínica e radiologia não apresentam a mesma expansão em face da remuneração pela suas demandas terem baixa cotação na tabela do SUS. O setor privado opta sempre por selecionar e se concentrar nas atividades que incorporam altas tecnologias e insumos sofisticados, atraindo clientela com poder de compra fazendo o retorno do investimento rápido, além de conferir status e prestígio a unidades de saúde. Como pode ser visto na tabela 7, abaixo.

Tabela 7
SERVIÇOS COMPLEMENTARES NO BRASIL
Abr 2009

SERVIÇO	TOTAL
Radiologia	24.721
Laboratórios Análises / Patologia Clínica	18.511
Fisioterapia	15.084
Ultrassonografia	11.966
Endoscopia	5.187
SERVIÇO	TOTAL
Hemoterapia	3.639
Tomografia computadorizada	2.433
Terapia renal substitutiva	1.302
Ressonância magnética	997
Medicina nuclear	691
Hemodinâmica	657

FONTE: CNES.

Na tabela 8, em seguida, podemos verificar que o complexo médico-hospitalar no Brasil tem características de países do Primeiro Mundo. Os equipamentos e máquinas disponíveis nas unidades de assistência à saúde possibilitam a realização de exames complementares para diagnóstico e terapêutico - pelo método invasivo ou não -, com os recursos mais avançados propiciado pela indústria do setor.

Como acontece em outros setores da vida nacional, a distribuição desses equipamentos se faz de forma desigual, havendo concentração em regiões e cidades onde o poder aquisitivo é maior, enquanto as áreas mais pobres e distantes dos centros urbanos são marcadas pela ausência de aparelhos e procedimentos mais sofisticados e mais caros, com a disponibilidade de equipamentos modernos e de alto custo financeiro para suas aquisição e operacionalização.

Nos 21 anos do SUS, pode-se afirmar que o Brasil apresenta o que há de mais avançado e moderno em termos de tecnologia médica, embora o acesso universal aos mesmos permaneça como um desafio aos gestores e governantes.

Tabela 8
NÚMEROS DE EQUIPAMENTOS
 Abr 2009

EQUIPAMENTOS	EXISTENTES	EM USO
Diagn. por Imagem	86.873	83.477
Infraestrutura	38.655	37.525
Manutenção da Vida	367.524	348.855
Por Métodos Gráficos	30.883	28.903
Por Métodos Ópticos	28.047	27.118
Outros	83.437	79.725
Total	635.419	605.603

FONTE: CNES.

O ensino no Brasil das profissões da área da saúde experimenta uma expansão muito rápida e acelerada após a promulgação das leis do setor, visto constituir-se em mercado de trabalho extensivo na absorção de mão de obra com a utilização de profissionais em larga escala. No entanto, a proliferação de escolas e faculdades na área da saúde nem sempre se faz acompanhar da necessária qualificação de seus cursos. O setor privado lucrativo em educação tem investido fortemente na instalação de novos cursos, notadamente, em medicina e enfermagem. O primeiro curso, embora requeira grandes investimentos em infraestrutura de ensino e seja por lei obrigado a ter hospital de ensino, tem essa exigência quase sempre burlada com a celebração de convênios com unidades hospitalares do setor público. O segundo curso requer baixo investimento para sua instalação, limitando-se, na maioria das vezes, à construção de instalações físicas e a contratação de profissionais para ministrarem as aulas, exclusivamente expositivas, ficando as atividades práticas para o final do curso, quando os discentes utilizam as capacidades instaladas dos hospitais conveniados.

Nos parâmetros da OMS explicitados em seu Relatório de 2006, o Brasil aparece com uma taxa de 1,15 profissional de saúde por mil habitantes - um pouco acima do mínimo preconizado pela entidade: 1 / 1.000 habitantes. Todavia, o Brasil tem 455 municípios sem médicos, de um total de mais de 5.560 cidades no país. O problema é mais acentuado em regiões distantes dos maiores centros urbanos, como no Nordeste, que lidera a lista de cidades sem médicos, com 117 municípios, representando 25,7% do total do país.

Nas tabelas 9 e 10, abaixo, pode-se inferir a partir do número de estabelecimentos de ensino e pelo número de profissionais formados na área da saúde como o setor mantém o dinamismo e a sua característica de absorção de mão de obra extensiva, daí a demanda por cursos neste setor apresentar crescimento exponencial em decorrência das demandas de

ofertas de empregos originadas por programas governamentais como Saúde da Família e Saúde em Casa. O SUS em seu desenvolvimento, além da sua importância na produção de serviços essenciais à população, apresenta a característica de ser grande formador de profissionais e de alocá-los no mercado de trabalho de modo extensivo.

Tabela 9
UNIDADES DE ENSINO NO BRASIL
Abr 2009

UNIDADES DE ENSINO	QUANT.
Faculdades de Medicina	175
Faculdades de Enfermagem	779
Adm. Serv. Saúde / Hospitalar	90
Pós-graduação em Saúde	610

FONTE: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep).

Tabela 10
PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE CADASTRADOS NO CNES
Abr 2009

PROFISSIONAIS	CADASTRADOS NO CNES
Ag. Comunitário	259.670
Aux. Enfermagem	361.255
Cirurgião Dentista	129.716
Enfermeiro	135.894
Fisioterapeuta	47.583
Téc. Enfermagem	166.102
Total	2.375.816

FONTE: CNES.

Na tabela 11, temos a distribuição de médicos por macrorregiões no Brasil. Podemos constatar a concentração destes profissionais na macrorregião do Sudeste, acompanhando o maior desenvolvimento econômico e social e onde se verifica a maior densidade populacional. As macrorregiões Norte e Centro-Oeste com amplas áreas geográficas e população com baixas densidades demográficas apresentam poucos médicos, muito aquém das necessidades sanitárias para a promoção de um atendimento médico-sanitário compatível com os indicadores de assistência à saúde medida pelo número de médico x habitante: um médico para cada conjunto de mil habitantes. O SUS padece das dificuldades de alocação de recursos humanos e nas definições de formações profissionais

em especialidades e subespecialidades, pois, as políticas públicas não têm sido capazes de reverter este quadro crítico para superação das desigualdades e iniquidades do sistema em algumas regiões do país, trazendo ceticismos e descrenças na eficácia das diretrizes do SUS.

Encontrar soluções e superar esta situação de desigualdade na distribuição de leitos hospitalares, profissionais de saúde e disponibilidade de equipamentos em todas as regiões do país de forma mais homogênea tem sido um desafio permanente na construção do SUS, e, assim, poder corresponder plenamente ao ideário da RSB, garantindo o acesso universal e equânime aos serviços de saúde para o conjunto da população brasileira.

Tabela 11
MÉDICOS ATIVOS NO BRASIL POR REGIÃO
Abr 2009

REGIÃO	QUANT.
Norte	13.900
Nordeste	56.388
Centro-Oeste	25.102
Sudeste	194.851
Sul	51.921
Total:	342.162

FONTE: CFM.

4.7.4 A Saúde Suplementar

A saúde suplementar é exercida sob a fiscalização e regulação do Estado e destina-se a prestação de serviços a grupos de pessoas ou indivíduos que arcam com as despesas decorrentes da contratação de planos. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia constituída sob um regime de natureza especial, estando vinculada ao Ministério da Saúde e subordinada às diretrizes estabelecidas pelo Conselho de Saúde Suplementar (Consu), órgão governamental cuja atribuição é fixar as políticas públicas a serem executadas pela ANS, sendo formado pelo Ministro da Fazenda, do Planejamento, do Orçamento e Gestão, presidida pelo Ministro da Justiça e secretariada pelo Diretor-Presidente da ANS.

Os parâmetros para a administração interna da ANS e os indicadores de avaliação de seu desempenho são estabelecidos por um *Contrato de Gestão* realizado entre o Diretor-Presidente da ANS e o Ministro da Saúde, devendo ser aprovado pelo Consu, sendo que seu descumprimento injustificado resulta na dispensa do Diretor-Presidente pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministro da Saúde (NITÃO, 2004, p. 51).

Ademais, salienta-se que a ANS difere das demais agências reguladoras, no sentido de que não fora criada para romper o monopólio estatal da atividade econômica, tendo surgido para regular um segmento econômico já explorado pela iniciativa privada, buscando equilibrar as relações estabelecidas entre as operadoras e os consumidores de seus serviços de suplementação da saúde, que careceu de uma intervenção estatal específica até o ano de 1998, com a promulgação da Lei nº 9.656/98 (NITÃO, 2004, p. 52).

Os *seguros de saúde* são aqueles serviços fiscalizados pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), vinculada ao Ministério da Fazenda, no qual os segurados têm livre escolha sobre os médicos e demais profissionais de saúde, hospitais e laboratórios pelos quais e nos quais desejam ser atendidos. Já os *planos de saúde* não são fiscalizados pelo órgão acima mencionado, ficando o associado restrito aos profissionais e estabelecimentos credenciados previamente pela Empresa operadora do plano. Sua fiscalização, autorização de funcionamento e regulamentação estão a cargo da ANS. Hoje, há cerca de 35 milhões de pessoas detentoras de planos de saúde, sendo 28 milhões mediante ligação com empresas públicas, estatais ou privadas.

As principais características que distinguem os diversos tipos de planos de saúde acima identificados decorrem das carteiras de associados que eles mantêm. As *cooperativas médicas* em maior número reúnem um conjunto de médicos que se associam entre si em cotas individuais e oferecem seus próprios serviços mediante o pagamento fixo e mensal de uma taxa de acordo com o tipo de acomodação por ocasião da internação, dos exames complementares que podem ser realizados, dos procedimentos permitidos, etc.

Respondem pelo percentual de 48% dos beneficiários dos planos de saúde. A *medicina de grupo* representa a associação entre empresas médicas - pessoas jurídicas - que estabelecem associação para também ofertarem serviços médicos, odontológicos e hospitalares nas modalidades individuais ou coletivas, A contratação é realizada diretamente pelos interessados com a empresa prestadora de serviços que oferecem serviços próprios para a realização dos atendimentos. Detêm 24% do mercado de saúde, sendo a segunda modalidade de planos de saúde.

Os planos de saúde individuais e coletivos diferem quanto à contratação da empresa prestadora de serviços. Enquanto na modalidade individual, a própria pessoa interessada seleciona seu plano e arca com as despesas decorrentes das mensalidades devidas, os planos coletivos são celebrados entre as empresas prestadoras de serviços e um conjunto de servidores de uma dada empresa - que realiza a intermediação e a contratação em nome de seus associados -, sendo os custos financeiros para viabilizar os contratos realizados de dois modos distintos: os custeados exclusivamente pelos empregados e aqueles em que as empresas participam com um percentual variável nos custeios em associação com o conjunto dos empregados.

Vê-se, pelo gráfico 1, abaixo, que essa modalidade representa a maior fatia do mercado brasileiro com 54,3%, pois, os planos de saúde nesses casos constituem-se em salários indiretos para os trabalhadores mais qualificados e com melhor inserção no mercado de trabalho. Embora quantitativamente haja relativamente poucas empresas que compartilham com os empregados o custeio da assistência médica, mas o volume de empregados é grande por se tratarem de empresas de grande porte e com elevado quantitativo de mão de obra, como ocorrem com as empresas públicas - Banco do Brasil, Caixa Econômica, Banco Central, Petrobras, etc., além de instituições como universidades públicas. Os planos individuais são relativamente mais caros por dois motivos: o número de contratados é pequeno e não há partilha de custos.

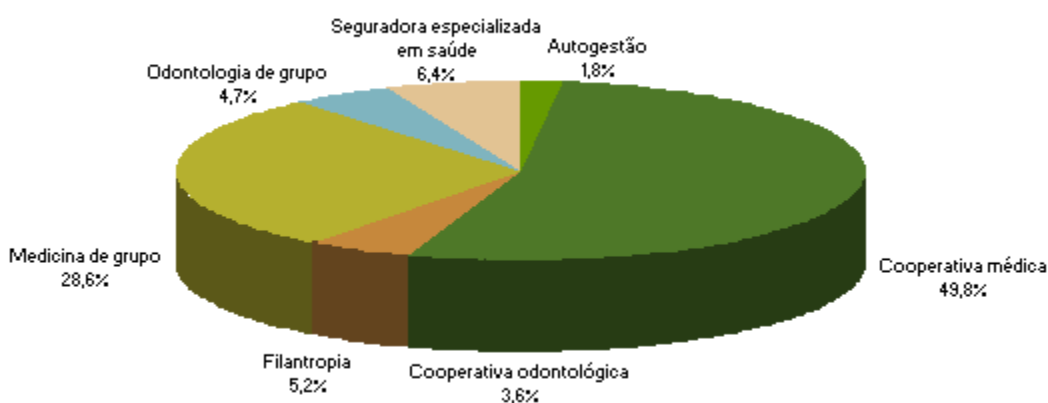


Gráfico 1: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS PLANOS DE SAÚDE COM BENEFICIÁRIOS POR MODALIDADE DA OPERADORA – BRASIL – Jun 2008
Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 06/2008, RPS - ANS/MS - 06/2008 e Cadastro de Operadoras - ANS/MS- 06/2008

Observa-se que os planos de saúde com registros novos têm crescido mais do que aqueles com contratos mais antigos. Na medida em que o SUS apresenta dificuldade para prestar assistência com melhor acesso e melhores condições de instalações físicas, a população de maior renda migra em busca de serviços privados que lhes garantam a previsibilidade e estabilidade conforme assertiva de Giddens. A população busca proteção e segurança para os momentos de riscos maiores e imprevisíveis. O crescimento dos planos de saúde está diretamente vinculado e dependente das condições que são oferecidas pelos serviços públicos, o acesso, a garantia do atendimento, a qualidade da prestação de atenção. A distribuição dos planos de saúde segue a disponibilidade de renda e riqueza nas diferentes regiões. A concentração do maior número de planos de saúde na região sudeste decorre do seu maior desenvolvimento econômico e social, como se observa na tabela 12, abaixo, e pela existência de empresas capitalistas modernas e que disputam os mercados internacionais e têm na competição acirrada a necessidade de proteger e promover seus empregados.

Tabela 12
SISTEMA SUPLEMENTAR
OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS
DISTRIBUIÇÃO REGIONAL
 Abr 2009

Referência: Dezembro 2008	
Norte	49
Nordeste	255
Centro-Oeste	114
Sudeste	1.081
SUL	283
Total:	1.762

FONTE: ANS.

Como se pode observar no gráfico 2, a seguir, os planos de saúde coletivos representam 56,4% do total, em contrapartida aos 43,8% que são de natureza individual. A maioria dos beneficiários opta pelos planos coletivos, pois, estes têm como característica distintiva a contratação pelo conjunto de empregados de uma empresa, via carteira de benefícios, e o rateio dos pagamentos ocorre por divisão entre os empregados e a própria empresa em percentuais variáveis de acordo e negociações políticas levadas a efeitos pelas

lideranças dos trabalhadores. Nesta modalidade, os custos são sempre mais módicos e a abrangência de cobertura da assistência em geral maior. Nos planos individuais, os custos para adesão são mais altos, visto que a contratação se faz diretamente pelo beneficiário em contrato com a empresa operadora do plano. A abrangência e a cobertura da assistência à saúde ficam na dependência do tipo de plano contratado.

A tendência dos últimos anos indica que deverá haver crescimento dos planos coletivos viabilizados pelas empresas como instrumento de proteção a seus trabalhadores e como salário indireto.



Gráfico 2: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS PLANOS DE SAÚDE COM BENEFICIÁRIOS, POR TIPO DE CONTRATAÇÃO – BRASIL - Jun 2008
Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 06/2008, RPS - ANS/MS - 06/2008 e Cadastro de Operadoras - ANS/MS- 06/2008

As comparações entre os planos antigos e novos se distinguem em função da fiscalização e regulamentação exercida pela ANS. Após a criação da agência reguladora do setor, os planos de saúde passam a submeter-se a critérios disciplinados e acordados previamente quanto a carências, tipo de cobertura, reembolsos, etc. Os números maiores de planos antigos já indicavam a decisão dos brasileiros de buscarem no setor privado lucrativo a segurança do atendimento mais ágil e rápido do que os oferecidos pelo SUS. O gráfico 3, abaixo, mostra-nos que mesmo antes da constituição de agência responsável pela regulação do setor de planos de saúde, este era a preferência dos brasileiros em função de melhores rendas e/ou vínculos empregatícios com empresas de grande importância econômica pública ou privada.

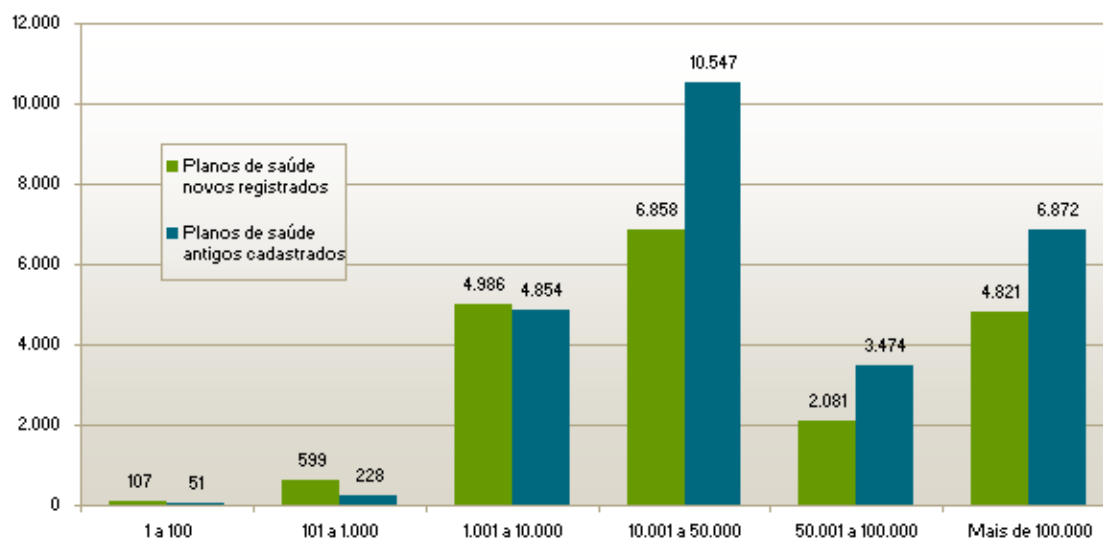


Gráfico 3: PLANOS DE SAÚDE REGISTRADOS OU CADASTRADOS, POR NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DA OPERADORA – BRASIL - Jun 2008

Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 06/2008, RPS - ANS/MS - 06/2008 e Cadastro de Operadoras - ANS/MS- 06/2008

A universalização do acesso, a integralidade da atenção e a equidade do atendimento “pontos modais” do projeto da RSB não encontraram, ainda, as condições para sua viabilização plena de seu projeto reformador. A melhoria dos serviços do SUS, projeto em construção permanente, depende de ampliação das bases sociais e dos apoios por agremiações partidárias que defendam a questão da saúde como um bem indispensável e promotora da cidadania.

5 CONCLUSÃO

A trajetória do ideário da RSB comporta diferentes análises e percepções quanto aos acertos e erros nas estratégias adotadas para sua viabilização plena. Há consensos na literatura quanto aos êxitos alcançados quanto consideramos o modelo de assistência à saúde existente comparado ao antigo e inócuo Sistema Nacional de Saúde implantado no regime autoritário.

O projeto da RSB logrou transformar um conjunto de princípios e diretrizes em uma política pública universal e gratuita, constituindo-se em paradigma para outras áreas sociais. A existência de uma política de promoção e proteção social nos moldes em que se formalizou o Sistema Único de Saúde representa uma inovação nas relações entre Estado e sociedade civil, onde a saúde adquire o conceito de bem público e um direito de todo cidadão, sob a responsabilidade e dever do Estado, possibilitando a construção de uma política pública social que possa gerar a inclusão e a cidadania.

A materialização da RSB, por meio da institucionalização do SUS, fundada em bases universalistas, democráticas e solidárias, rompe parcialmente com a tensão entre mercado e sociedade civil, aproximando o Estado do compromisso com a responsabilização, pelo menos no plano jurídico-legal, pela promoção de políticas públicas de saúde balizadas por princípios e diretrizes que estreitam os laços e as relações sociais em um contexto fortemente marcado pelo processo de redemocratização que o país viveu na década de 80.

As políticas sociais guardam estreita relação de determinação e condicionalidade com a conjuntura em que são produzidas as relações sociais produtivas, as contradições onde ocorrem os conflitos, as harmonizações e as pactuações entre capital e o trabalho, assentados em bases estruturais que lastreiam e condicionam as lutas políticas na conformação de direitos e garantias universalistas.

Longe do extremismo recorrente em considerar as políticas sociais como expedientes da acumulação capitalista, ou como direito redistributivo conquistado pelos trabalhadores, cabe reafirmar que é na totalidade desses processos que as realidades sociais e econômicas se fundem. As políticas sociais sintetizam a contradição entre modo e relações de produção nas sociedades capitalistas, conformando-se historicamente a partir das correlações de forças estabelecidas na arena política (DEMO & PIRES apud FALEIROS, 2000; BEHRING, 2002).

A conjuntura está assolada por crises econômicas e políticas, com a transformação do papel do Estado de intervencionista e promotor do desenvolvimento a regulador do mercado. O mercado vive transformações profundas nas relações de trabalho com aviltamento dos salários e das condições de trabalho, o modo de produção realiza-se em outras bases materiais com a incorporação de pequenas unidades produtoras espalhadas pelo mundo em substituição as antigas unidades de produção concentradas e gigantes. Os parques industriais atualmente se constituem mais como espaços para a montagem de peças e componentes produzidos em diferentes países mediante baixos salários e sem as antigas garantias trabalhistas que ficaram no passado.

As mudanças profundas na economia globalizada decorrentes das crises no seio do capitalismo trouxeram a oportunidade de promoverem transformações nas relações de produção e no processo produtivo com a substituição do modelo Fordista/Taylorismo/Keynesianismo pelo modelo Toyotista, que promove a modernidade flexível, abrangendo modo de produção, mudanças no perfil e atribuições dos trabalhadores, lógica de produção centrada em pequenos nichos do mercado, etc., acelerando a incorporação tecnológica e o crescimento da acumulação capitalista.

Tais transformações no mundo do trabalho e na economia em geral agravam os problemas fiscais do Estado, comprometendo cada vez mais sua capacidade de promover e manter as políticas sociais universalistas. O único instrumento de resposta flexível à crise encontrado foi a monetarização da economia, aumentando a onda inflacionária que reduziria a expansão dos direitos sociais do pós-guerra e solapando as conquistas trabalhistas com as políticas de bem-estar social sofrendo retração e entrando em crise.

A crise econômica nos países centrais correspondeu à industrialização vigorosa em países emergentes, como o Brasil, em decorrência do deslocamento de centros de produção das grandes empresas multinacionais em direção a países com baixas exigências trabalhistas e com mão de obra com pouca qualificação, mas com salários e encargos trabalhistas menos onerosos, e com matérias-primas abundantes e a preços inferiores, o que em conjunto reduzia drasticamente os custos de produção.

Com a mudança do modelo de produção Fordista/Taylorista/Keynesiano perde lugar a privilegiamento da economia de escala, produção em massa, para a emergência da chamada “economia de escopo”, caracterizada pela redução dos custos de produção, focalização na demanda de consumo e sem a manutenção de estoques dispendiosos, inaugurando a fase do capitalismo flexível. Ademais, a economia de escopo significa a possibilidade da pulverização da produção com a criação de diversos *locus* espalhados pelo

mundo, que completam o círculo produtivo com pequenas fábricas até a economia doméstica como unidades de produção flexíveis e de baixo custo.

As consequências imediatas nessas mudanças na produção são refletidas nas relações de produção, na precarização dos vínculos empregatícios, nos contratos temporários de trabalho, ampliando ainda mais o fosso de pobreza e miséria que separam as populações dos países emergentes.

A mais grave repercussão da *acumulação flexível* ou do *capitalismo software* para as relações de produção é que, enquanto o capital se transfere instantaneamente para se reproduzir, o trabalho tende a permanecer arraigado e preso ao lugar, ao local. Da mesma forma, a política como campo de correlação de forças e disputas estratégicas de poder vem perdendo significativa centralidade em seu poder regulatório sobre o mercado. Enquanto a política (por meio do Estado) tende a dominar cada vez mais o 'local', o capital domina cada vez mais o espaço, fluido e fugaz. (DEMO & PIRES apud HARVEY, 1989; BAUMAN, 2001)

Reparando bem, pode-se dizer que, a despeito da ostensiva presença da sociedade civil na esfera pública de decisão em muitos contextos, a correlação de forças entre mercado e bem-comum tem ocorrido com uma forte predominância do capital nas ações legitimadoras do interesse público, seja por meio do Estado interventor keynesiano, seja em cenários liberais, onde as liberdades individuais estimuladas pelo mercado ganham maior relevância. Tal fato não poderia ser de total estranhamento, sendo o Estado, afinal das contas, capitalista (DEMO, 2002b,).

Na origem das políticas de bem-estar social, o Estado atuava como mediador e gestor de políticas que arrefeciam e atenuavam as pressões por melhores condições de trabalho e de vida, e instrumento da busca de uma harmonização tolerável entre capital e trabalho. Assim, como em suas origens, os interessados e beneficiários das políticas de bem-estar social impulsionam e viabilizam politicamente os sistemas de proteção social. A promoção da cidadania, ampliando-a para segmentos excluídos do processo produtivo, advém da “qualidade política de saber intervir e pressionar o Estado por Direitos” (DEMO, 2002a).

A redemocratização do país, associada à crise econômica iniciada nos anos 70, e agravada nos anos 80, propiciaram aos reformistas sanitaristas a arena política para as disputas pela hegemonia no setor saúde, possibilitando com seu êxito a inscrição na Constituição Federal da “saúde com direito de todos e dever do Estado”. Como demonstrado, todavia, o movimento sanitário que impulsionou a RSB e deu origem ao SUS obteve grandes avanços no campo jurídico-legal com a institucionalização dos

direitos sociais, mas ao abandonar a luta realizada em conjunto com outros movimentos sociais e privilegiar os embates intrainstitucionais viu-se abrandar a força política emanada da sociedade civil. O protagonismo da sociedade civil como centro e polo irradiador das transformações estruturais necessárias à consolidação do SUS precisará assumir o papel novamente de mobilizador e “sujeito coletivo”, com vistas ao aperfeiçoamento de novas e inovadoras estratégias de articulação política compatível com a contemporaneidade das mudanças em um mundo globalizado.

Os princípios e diretrizes do SUS, universalidade, integralidade, equidade e participação social, financiamento público do setor, hierarquização e regionalização, comando único em cada esfera de governo com real capacidade de tomar decisões, asseguradas pela autonomia e independências financeiras e orçamentárias, permanecem como promessas parcialmente realizadas ou ainda a espera de condições políticas para sua efetivação plena.

A descentralização das ações e serviços de saúde em direção à periferia do sistema foi o único dispositivo plenamente realizado em consonâncias aos ditames constitucionais. As transferências de responsabilidades e recursos federais para gestão e execução de políticas públicas, que se intensificou a partir da constituição de 1988 e que no SUS ganhou amplitude considerável a partir da publicação da NOB 01/96.

O movimento sanitário em sua luta por transformações no setor saúde manteve a compreensão de que a questão democrática seria vital para a viabilidade do projeto reformista. A construção de um projeto contra-hegemônico se contrapôs ao regime autoritário e centralizador e criou as condições para a ampliação da participação municipal na gestão e operacionalização do sistema de saúde, além da participação da sociedade civil nas decisões nos fóruns institucionais: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde.

A descentralização das ações e serviços para a esfera municipal cria as condições para o efetivo exercício da população na fiscalização, controle e no estabelecimento de prioridade nas políticas públicas locais. Além de adicionalmente gerar as condições para otimização na alocação de recursos e melhorias na eficiência na execução dos serviços contribuindo para a elevação na qualidade sanitária deles. São medidas que podem viabilizar mudanças nas práticas das políticas públicas com implicações importantes para a cidadania, podendo fortalecer o exercício cotidiano dos atores sociais na arena política.

Por outro lado, a descentralização realizada como transferência de obrigações da União Federal para os municípios, configura-se em “cumprimento-doloso” do estabelecido na Constituição Federal, visto que a agilidade na transferência de recursos e

responsabilidades para o município não veio agregada a uma política de acompanhamento, assessoria, apoio técnico e avaliação dos níveis estaduais e federais do SUS. Se o repasse de recurso é importante para a gestão local dos serviços de saúde, isso não implica “*desobrigação*” das demais esferas de gestão. Ao contrário, os torna mais complexos e necessários, já que o pacto de gestão é tripartite, fundado na democratização das decisões e compromissos assumidos na esfera pública.

As concepções emancipatórias implicam novas e inovadoras formas de relacionamento entre o Estado, a sociedade civil e o mercado. Nesse sentido, a:

tese da politicidade do cuidado, entendida como manejo político da relação dialética entre ajuda e poder para forjar processos autônomos de sujeitos (sejam esses gestores, técnicos, profissionais de saúde ou usuários), pode se constituir numa referência emancipatória para as políticas de saúde. (PIRES, 2004)

A concretização de políticas públicas assentadas sob bases e relações distintas das historicamente praticadas, pode criar as condições para a construção de mecanismos de inclusão social que importem na extensão da cidadania a grupos e indivíduos marginalizados pelo capitalismo espoliativo. Uma possível alternativa política para tal pode ser por intermédio do “*triedro, conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*, por meio do qual as categorias conhecimento, poder e emancipação aparecem como possibilidades (re)construtivas de subjetividades espoliadas pelo capitalismo.” (DEMO, 2002a).

De acordo com o autor, a politicidade do cuidado pode ser uma possibilidade de mediação entre a tutela e a autonomia, em sentido disruptivo, reconstrutor e emancipatório. A politicidade do cuidado, expressa pelo triedro emancipatório do cuidar pautado em princípios democráticos, constitui-se em possibilidade para o combate às desigualdades sociais e desafio para a cidadania ativa. Apostar nessa concepção significa assumir uma proposição por mudanças que é imanente à história e, portanto, possível de conquistar (DEMO, 2002a).

Muito foi feito pelo movimento pela reforma sanitária brasileira, conferindo ao setor saúde, uma visibilidade e credibilidade que outras esferas do campo social ainda não desfrutam.

Mesmo assim, é inegável que as promessas realizadas e os compromissos assumidos, com vistas à ampliação da cidadania para todos, só poderá ser viável com mudanças na direcionalidade das forças políticas, empreendendo lutas a partir da sociedade

civil e não tendo ela como expectadora e eventual beneficiária das ações e serviços públicos de saúde naqueles setores ou segmentos de mais alto custo e maior incorporação tecnológica.

O êxito da luta político-ideológica empreendida pelos reformistas sanitários ao construir um projeto contra-hegemônico, vitorioso nos planos da conquista da sociedade civil e, posteriormente, com a inscrição no texto constitucional dos principais e decisivos componentes da estruturação do novo sistema de saúde, perfila na articulação política abrangente e unitária do movimento sanitário

A despeito dos êxitos ao longo da caminhada do movimento sanitário, desde a construção teórica da proposta de reformulação do sistema de saúde até sua implantação via SUS, destacamos os limites e obstáculos à sua plena consecução como decorrência do somatório de diferentes fatores, tais como: fragmentação do movimento sanitário; ausência de partidos políticos que promovessem as ações unitárias e orgânicas dos militantes; dispersão das lideranças do movimento sanitário que passam a exercer funções diretivas em instâncias governamentais diversas; crença de que a conquista no campo jurídico-legal representava o ponto final na trajetória da construção da RSB; abandono das alianças com os movimentos sociais extra-setoriais, entre outros, formaram em conjunto as condições políticas para vários dos impasses vividos na implementação do SUS.

Demonstramos ao longo desse trabalho como cada elemento ou fator acima identificado tem contribuído para o arrefecimento das lutas com vistas à implantação da doutrina e do projeto político-ideológico da RSB em sua concepção original, propiciando o surgimento de críticas e descréditos alimentados mais pelas disputas internas que ocorrem entre os diferentes níveis de gestão e operacionalização do sistema do que de inimigos externos contrários à existência do SUS.

Como instrumento de promoção da cidadania, os protagonistas do movimento sanitário incorreram em grave equívoco ao projetarem que um setor isoladamente poderia constituir-se em ponta de lança para transformações estruturais em uma sociedade e Estado, marcados historicamente por fortes presenças de clientelismos, coronelismos e patrimonialismos.

As explicações para o êxito apenas parcial da RSB enquanto política de inclusão social e promoção da cidadania decorrem dos seguintes fatores:

- 1) arrefecimento do movimento sanitário após a promulgação da Constituição Federal;

2) descolamento e distanciamento das lideranças do movimento que migram para postos diretivos nas esferas governamentais;

3) ausência de estratégias unitárias para o acompanhamento e fortalecimento da implantação do SUS;

4) divisões e disputas no seio do movimento sanitário em decorrência de posições antagônicas ocupadas no aparelho burocrático, em associações entidades representativas dos usuários e dos trabalhadores do setor saúde;

5) ausência de instância partidária que funcionasse como amálgama e direção dos diferentes segmentos do movimento sanitário;

6) desmobilização do movimento sanitário pelo fracionamento partidário ao encetar disputas internas, contribuindo para o rompimento de alianças estratégicas e o enfraquecimento da capacidade de mobilização e de pressão na arena política;

7) divergência quanto ao significado e possibilidades do SUS: visto por setores como etapa na consolidação do ideário da RSB, e por outros como um fim em si mesmo;

8) ausência de novas formas de financiamento, não apenas baseado na folha salarial e contribuições que incidem sobre os trabalhadores com o repasse pelas empresas dos encargos, mas mediante o estabelecimento de critérios definidos em lei para as transferências intergovernamentais e que levem em consideração as necessidades regionais e menos a capacidade instalada das unidades prestadoras de serviços ambulatoriais e hospitalares e clínicas de diagnose.

Em síntese, podemos afirmar que a política de bem-estar social, inspiradora do projeto da RSB, trouxe para agenda governamental a importância da questão da saúde como direito inalienável dos cidadãos e possibilitou a institucionalização de uma política que, embora, ainda seletiva em muitos aspectos, conferiu ao setor saúde condições para a ampliação da ofertas de ações e serviços destinadas à cobertura populacional anteriormente excluída.

O projeto da RSB foi capaz de construir uma articulação político-ideológica que, a despeito das condições adversas em termos de cultura de dominação e de poder, agravada pelo corporativismo e clientelismo, soube tirar proveito dos benefícios advindos da aproximação e convivência entre os intelectuais, os usuários dos serviços e os profissionais do setor saúde, criando um movimento social amplo e plural que possibilitou a construção e a viabilização de uma proposta contra-hegemônica que logrou, em apenas duas décadas, obter a legitimação e a legalização dos ideais reformistas em uma sociedade refratária as mudanças profundas, alterando as condições estruturais do setor saúde.

Os novos caminhos para a construção e consolidação da RSB passam pela identificação de seus limites e inadequações teóricas e doutrinárias que compatibilize o projeto reformista com as condições estruturais que lhe sirvam como ponto de referência visando outras rupturas e rearranjos estratégicos no sentido de realizar impulso mobilizador e agregador em novas lutas políticas. Não há o que inventar. A democratização por meio do controle social e a subordinação da saúde, por ser de relevância pública, à autoridade descentralizada são princípios muito caros à sobrevivência do SUS. Longe disso, há gestores que se omitem, ao dificultar a participação popular, ao restringir o financiamento, ao permitir a expansão do setor privado em áreas que são estritamente públicas.

Os desafios são muitos e complexos, pois, é difícil dar cabo das mazelas do presente, como: as dificuldades dos pacientes no acesso a medicamentos e exames, os desvios de dinheiro público para hospitais lucrativos considerados filantrópicos, a manutenção da dupla porta de entrada, do atendimento a convênios e particulares em hospitais universitários do SUS, os atendimentos realizados no âmbito do SUS em casos de emergências médicas sem o devido ressarcimento por parte dos planos e seguros de saúde, as más condições de trabalho e os salários aviltados dos profissionais de saúde, a utilização de cargos de direção e setores de compras do SUS como moeda política, o que tantas vezes leva à corrupção, drena recursos escassos e compromete a qualidade dos serviços.

A luta política exige permanente atualização programática e revigorada disposição para o embate, e o traçado de alianças político-sociais que deem conta das exigências dos novos desafios que se interponham à construção da RSB.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. **As Reformas Sanitárias dos anos 80: crise ou transição?** Rio de Janeiro, 1995, 387p. 2v. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho**. São Paulo: Boitempo. 1999.

AROUCA, A. S. **Introdução a Crítica do Setor Saúde**. *Nêmesis*, n. 1, p. 17 – 24. 1975

_____. Democracia é Saúde. In: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Anais...** Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 45 - 72.

_____. Editorial: Reforma Sanitária é Irreversível. Proposta. **Jornal da Reforma Sanitária**, n.1. p. 2, mar. 1987.

_____. **A Reforma Sanitária Brasileira**. *Tema – Radis*, n.11, p.2 – 4, nov. 1988.

_____. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e Crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: UNESP, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 268 p.

ARRECH, M. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. In: **BIB/ANPOCS**. Rio de Janeiro, n. 39, 1995, 1º semestre, p.3-40.

_____. A Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. ET. AL. (Org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.285 – 306.

_____. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002.

AURELIANO, L. & DRAIBE, S. A especificidade do *welfare state* brasileiro. In: MPAS/CEPAL. **Economia e Desenvolvimento**, n. 3, Brasília, 1989.

BAHIA, L. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T. et. al. (Org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 407-449.

BERLINGUER, G. **Medicina e Política**. São Paulo, 1978.

BOLETIM [da] Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Abrasco, ano VI, n. 21, Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

BOSI, A. A arqueologia do Estado-providência. In: BOSI, A. **Dialética da colonização**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992, p. 273-307.

BRAGA, J. C. S. ; GÓES DE PAULA, S. **Saúde e Previdência**, CEBES/HUCITEC, São Paulo, 1981. Capítulo 2: Industrialização e Políticas de Saúde no Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde**. Brasília, DF, 1980.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS: 01/1993. **Inf. Epidemiol. SUS**, n. esp. 1993, p.49-73.

CARMO, C. A. **Soberania e Sociedade de Riscos**. Mimeo. Prismas Vol. 5., nº 2, 2008.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **A questão democrática na área da Saúde**. Saúde Deb., 9:11-13, 1980.

_____. **Assistência à saúde numa sociedade democrática**. Saúde Deb., (17)11, 1985.

CLARKE, S. **Crise do fordismo ou crise da social democracia?** São Paulo: Revista Lua Nova, n. 24, set. 1991.

COLLIER, D. E. (org.). **O Novo Autoritarismo na América Latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA. **Proposta de Conteúdo para uma Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde**. RJ, mai. 1987 (7 pág.).

_____. Documentos I. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. RJ, mar. 1986, p. 11-24, 1987.

CONH, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 255-244.

_____. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-13, 2003

CORDEIRO, H. O. PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cad. Saúde Família**, v.1, 1996, p.10-5.

_____. **Controvérsias no financiamento do SUS**. Saúde Deb., (31):19-24, 1991.

_____. **O INAMPS na Nova República**. Rio de Janeiro: MPAS, 22 de maio de 1985.

_____. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri. 1991.

_____. **A Reforma Sanitária: bases estratégicas e operacionais para a descentralização e unificação do sistema de saúde**. Rio de Janeiro. Mimeo. 1979.

DAIN, S.; SOARES, L. T. Reforma do Estado e políticas públicas: relações intergovernamentais e descentralização desde 1988. In: OLIVEIRA, M. A. **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas: Unicamp, 1998, p. 31-72.

_____. **Solidariedade como efeito de poder**. São Paulo: Cortez, 2002b. (Coleção Perspectiva, v.6).

DRAIBE, S. M. **Rumos e metamorfoses: Estado e industrialização no Brasil: 1930/1960**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

_____. **As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas**. São Paulo: Revista USP, 1993, mar.-abr.-mai., n. 17.

_____. **Uma nova institucionalidade das políticas sociais**: reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. São Paulo: Perspectiva, v.11, n.4, out.-dez. 1997.

_____. As Políticas sociais Brasileiras: Diagnóstico e Perspectivas. In: Ipea/IPLAN **Prioridades de Políticas Públicas para a Década de 90**. vol. 4, Brasília, 1990.

DRAIBE, S.; HENRIQUE, W. “**Welfare state**”, **crise e gestão da crise**. In: REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS SOCIAIS. São Paulo: ANPOCS, vol.3, n. 6, 1988, p.53-78.

_____. “**Welfare State**”, **crise e gestão da crise**: um balanço da literatura internacional. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 6, vol. 3, fev. 1988.

_____. **O Welfare State no Brasil, características e perspectivas**. In: REVISTA DA ANPOCS, n. 12, 1988.

DEMO, P. **Politicidade**: razão humana. Campinas: Papyrus, 2002 a.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124p.

ESCOREL, S. Projeto Montes Claros: palco e bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário. In: FLEURY, S. (org). **Projeto Montes Claros: A Utopia Revisitada**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 124-14.

_____. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, 206p.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do welfare state**. São Paulo: Lua Nova, 1991, set., n. 24.

_____. _____. São Paulo: Lua Nova, 24, set.1991, p.85-116.

_____. **As três economias do Welfare State**. In: REVISTA LUA NOVA, n. 24, São Paulo: Cedec, 1991, p.85-115.

_____. **O futuro do Welfare State na nova ordem mundial.** In: REVISTA LUA NOVA, n 35, São Paulo: Cedec, 1995, p.73-112.

_____. **Social foundation of postindustrial economies.** Oxford: Oxford University Press. 1999.

_____. **The three worlds welfare capitalism.** Cambridge: Polity. 1990.

_____. **Despues de la edad de oro: el futuro del estado benefactor en el nuevo orden mundial -** Desarrollo Econômico, 1996, julio-setiembre, v.36, n. 142.

FAGNANI, E. **Política social no Brasil (1964-2002):** entre o projeto de Estado de Bem-Estar Social e o Estado Mínimo. Tese (Doutorado), Instituto de Economia da Unicamp, Campinas, 2005.

FALEIROS, V. P. **Política social do estado capitalista.** São Paulo: Cortez, 2000.

FAVERET FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J., **A Universalização Excludente:** Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Economia Industrial/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1989.

FIORI, J. L. **Estado do bem-estar social:** padrões e crises. Textos para Discussão. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1995, n. 340.

_____. **Para uma economia política do Estado brasileiro.** São Paulo. IESP/ FUNDAP, 1993.

_____. **60 lições em 90:** uma década de neoliberalismo. Rio de Janeiro: Record, 2001.

FIORI, J. L.; KORNIS, G. E. M. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org.). **Saúde e sociedade no Brasil:** anos 80. Rio de Janeiro, Relume do Mará, 1994. p. 1-42.

FLEURY, S. **Em busca de uma teoria do Welfare State.** In: ESTADO SEM CIDADÃOS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p.101-118.

GALLO, E. **O Discurso e a Prática de Saúde no Brasil**: Projeto de Pesquisa, Fundo de Pesquisa Gustavo Sampaio de Castro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1987, mimeo.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1995.

GIDDENS, A. **Para além da esquerda e da direita**. São Paulo: UNESP, 1996, p.153-172.

_____. **A Terceira Via**. São Paulo: Record, Edição 1, 1999.

_____. **A Terceira Via e seus Críticos**. São Paulo: Record, 2001.

_____. **O Mundo em Descontrole**: O que a Globalização está fazendo de nós. São Paulo: Ed. Record, 2000.

_____. **Em Defesa da Sociologia – Ensaio, Interpretações e Trépicos**. Editora UNESP, 2001.

GLAZER, N. 1990. **The Limits of Social Policy**. Cambridge: Harvard University

GOUNET, T. **O Fordismo e o toyotismo na civilização do automóvel**. São Paulo: Boitempo, 1999.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 7. ed. São Paulo: Loyola, 1989.

_____. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola. 1993.

HUBER, J. **Rationalizing Parliaments: Legislative Institutions and Party Politics in France**. Cambridge: Cambridge University. 1996.

HUBER, E. & RAY, L. The Welfare State in Hard Times. In: KITSCHOLT, H. et al. (eds.). **Continuity and Change in Contemporary Capitalism**. Cambridge: Cambridge University. 1999.

KEYNES, John Maynard. “**O fim do ‘laissez-faire’**”. In: SZMRECSÁNYI, Tamás (Org.). John Maynard Keynes: economia. 2. ed., São Paulo: Ática, 1984. (Coleção Grandes Cientistas Sociais; 6).

_____. **A teoria geral do emprego, do juro e da moeda**. 2. ed., São Paulo: Nova Cultural, 1985. (Coleção Os Economistas).

KING, D. **O Estado e as estruturas sociais de bem-estar em democracias industriais avançadas**. [] Novos Estudos Cebrap, n. 22, out. 1988.

KORNIS, G. (1994), **A Crise do Estado de Bem-Estar: Problemas e Perspectivas da Proteção Social**. Tese de Doutorado, UFRJ, 1994.

KURZ, R. **O colapso da modernização: da derrocada do socialismo de caserna à crise da economia mundial**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____. **Os últimos combates**. Petrópolis: Vozes, 1997.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cad. Saúde Família**, v.1, p.3-9, 1996.

MARSHALL, T. H. **Class, Citizenship and Social Development**. 1964.

_____. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. Capítulo: III, p.57-113. [Políticas de Bem-Estar como Atributos da Cidadania].

MARTINE, G. **A Resolução da Questão Social no Brasil: experiências passadas e perspectivas futuras para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas - Políticas Sociais e Organização do Trabalho**. Brasília: Ipea, 1989. v. 4.

MATUS, C. **Estratégia y Plan**. México, Siglo XI, 1978.

MÉDICI, A. C. **O financiamento da saúde e a Nova Carta Constitucional: limites e possibilidades**. In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). A experiência do SUDS e os desafios atuais da reforma sanitária. São Paulo, 1989. p.21-47

MELO, J. M. C. de. A contra-revolução liberal-conservadora e a tradição crítica latino-americana. In: TAVARES, M. da C.; FIORI, J. L. (Orgs.). **Poder e dinheiro: uma economia política da globalização**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 15-24.

MENDES, N. A.; MARQUES, R. M. Os (des)caminhos do financiamento do SUS. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 389-404, 2003.

_____. **Cenários governamentais para as finanças de saúde no período 1990-1994**. Saúde Deb. (30):9-14, 1990.

MISHRA, R. O bem-estar das nações. In: BOYER, R.; DRACHE, D. (Orgs.). **Estado contra mercados**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996, p. 359-377.

_____. **Globalization and the Welfare State**. Northampton: Edward Elgar, 1999

NAVARRO, V. **Produção e Estado de bem-estar: o contexto político das reformas**. São Paulo: Revista Lua Nova, n. 28/29, p. 160-199, 1993.

NOGUEIRA, R.P. **A política de saúde e a formação de recursos humanos**. In: SEMINÁRIO A PRÁTICA E CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO. Ribeirão Preto, 1985. *Anais*. Ribeirão Preto, CODAC/USP, 1985.

_____. **Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil, 1970/1983**. Brasília, OPS, 1986.

O'CONNOR, J. **A crise do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

_____. **U.S.A.: A Crise do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, item: Resumo da Teoria da Crise Fiscal, p.19-24, 1977.

O'CONNOR, J. 2000. The Fiscal Crisis of the State. In: PIERSON, C. & CASTLES, F. (eds.). **The Welfare State: A Reader**. Oxford: Polity.

OFFE, C. A Democracia Partidária Competitiva e o Welfare State Keynesiano: Fatores de Estabilidade e Desorganização. In: OFFE, Claus. **Problemas Estruturais...** 1984, último capítulo, p.356-385.

_____. Teoria do Estado e Política Social. In: _____. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

_____. **Capitalismo Desorganizado**. São Paulo: Brasiliense, 1989, capítulos selecionados.

_____. A Democracia contra o Estado de Bem-Estar Social? In: OFFE, Claus. **Capitalismo Desorganizado**. São Paulo: Brasiliense, 1989, p. 269-318.

_____. **Problemas estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994. p.140-77.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(IM)Previdência Social: 60 Anos da História da Previdência no Brasil**, Rio de Janeiro: Vozes; Abrasco, 1986.

_____. **Reformas e Reformismo**: “Democracia Progressiva” e Políticas Sociais. Projeto de dissertação de Mestrado, IUPERJ, Rio de Janeiro: 1987 mimeo.

OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. In: PAGANINI, J.M., CAPOTE MIR, R. **Los Sistemas Locales de Salud**: conceptos, métodos, experiencias. Washington: OPS, 1990, p.5-20. (Publicación Científica, 519)

PAIM, J. S. **Saúde, crises, reformas**. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

_____. Educación médica en la década de 1990: el optimismo no basta. **Educ. Méd. Salud**, v.25, n.1, p.48-57, 1991.

_____. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.) **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. p. 187-220.

_____. Formação médica e políticas de saúde. In: Congresso Brasileiro de Educação Médica, 33, 1995. **Anais...** Porto Alegre, 1995. p. 247-61.

PIERSON, P. **The New Politics of The Welfare State**. World Politics, Baltimore, v. 48, n. 2, p. 143-179, jan. 1996

_____. **Coping with Permanent Austerity: Welfare State Restructuring in Affluent Democracies**. Revue Française de Sociologie, Paris, v. 43, n. 2, p. 369-406, avril-juin. 2002

PINHEIRO, V. C. **Modelos de Desenvolvimento e Políticas Sociais na América Latina em uma Perspectiva Histórica**: Planejamento e Políticas Públicas, n. 12, jun./dez.,1995.

POULANTZAS, N. **O Estado, o Poder, o Socialismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

PRZEWORSKI, A. **Capitalismo e Social-Democracia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. Capítulo: “A Social-Democracia como um Fenômeno Histórico”, p.16-66.

_____. **Globalization and Democracy**. New York. Mimeografado. 2003.

PRZEWORSKI, A.; WALLERSTEIN, M.. **O Capitalismo Democrático na Encruzilhada. Novos Estudos**. n. 22, out. 1988. Publicado originalmente em Democracy, jul. 1982.

_____. **O Capitalismo Democrático na Encruzilhada**. Novos Estudos CEBRAP, 22, out. 1988.

RODRIGUEZ NETO, E. **Subsídios para a definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática**. Saúde em Debate nº 17, Belo Horizonte, 1985.

_____. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: **Textos Técnicos para Conselheiros de Saúde**: Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS. Ministério da Saúde, Brasília, 1994.

_____. **Saúde promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003.

_____. A reforma sanitária e o sistema único de saúde. In: **Incentivo à participação popular no SUS**. Brasília: MS/CIEC/NESP - UnB, 1994.

ROSANVALLON, P. **A crise do Estado-providência**. Goiânia: UFG; Brasília: UnB, 1997.

_____. **A Nova Questão Social: repensando o Estado Providência**. Trad. de Sérgio Bath. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

_____. **The New Social Question: Rethinking the Welfare State.** Princeton: Princeton University. 2000.

_____. O liberalismo econômico - história da idéia de mercado. Coleção/ Série: Ciências Sociais, Edição 1, São Paulo: Ed. EDUSC, 2001.

SANTOS, B. S. **Conhecimento prudente para uma vida decente: "Um discurso sobre as Ciências" revisitado.** São Paulo: Cortez, 2004.

SANTOS, B. S. (Org.). **Produzir para viver: os caminhos da produção não capitalista.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2002. v. 2.

SCHMIDTZ, D. Taking Responsibility. In: SCHMIDTZ, D. & GOODIN, R. (eds.). **Social Welfare and Individual Responsibility.** Cambridge : Cambridge University. 1998.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUZA, M. M. C. **A Transposição de Teorias sobre a Institucionalização do Welfare State para o Caso dos Países Subdesenvolvidos.** Brasília: IPEA, 1999. (Texto para Discussão n. 695).

STEIN, R. H. **As Políticas de Transferências de Renda na Europa e na América Latina: Recentes ou Tardias Estratégias de Proteção Social.** Tese de Doutorado. Brasília: UnB. 2005.

TAYLOR-GOUBY, P. **Welfare, hierarquia e a “nova direita” na era Thatcher.** São Paulo: Lua Nova, 1991, set., n. 24.

TEIXEIRA, F. J. S.; OLIVEIRA, M. A. (Orgs.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1998.

TESTA, M. **La Planificación Estratégica en el Sector Salud.** CENDES/FGV, 1981, mimeo.

_____. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes médicas/ABRASCO, 1992.

_____. **Saber en Salud.** La construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

UGÀ, A. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

VAITSMAN, J., 1989. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: **Reforma Sanitária:** Em Busca de uma Teoria (S. Fleury, org.), p. 139-156, São Paulo: Cortez.

VIANA. M.L.W. **A americanização da seguridade social no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 1988, p, 17-51.

WALLERSTEIN, I. **Após o Liberalismo: em busca da reconstrução do mundo.** Vozes, Petrópolis: 2002.

WIECZYNSKI, M. **Considerações Teóricas sobre o Surgimento do Welfare State.** Mimeo. 2006.