
AMÉLIA COHN

Departamento de Medicina Preventiva
da FMUSP e Centro de Estudos
de Cultura Contemporânea — CEDEC

Caminhos da Reforma Sanitária no Brasil

171

*Uma análise da política de saúde
recente no Brasil e da Reforma
Sanitária brasileira, à luz dos es-*

*tudos — a imagem condizente —
que vêm sendo realizados sobre o
tema.*

O termo Reforma Sanitária não é unívoco. Designa as mais variadas experiências de reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde dos cidadãos, em países do Primeiro e do Terceiro Mundo, como a Itália, a Espanha e o Brasil, como ainda em sociedades semiperiféricas⁽¹⁾, como Portugal.

Dentre essas experiências, foi a italiana que mais fortemente marcou e inspirou o movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Destaque-se nisso a participação de Giovanni Berlinguer em eventos na área da saúde e a penetração de seus estudos nos meios universitário e profissional.

No Brasil, a noção de Reforma Sanitária vem sendo associada à de *movimento*. Isso traz implicações importantes. Movimento significa processo, fenómeno dinâmico e inacabado. Sendo um processo em curso e sem final pré-determinado, demarcar seu início também é tarefa complexa.

(1) O termo é de Boaventura de Sousa Santos (1987:37).

Os estudos sobre o tema no mais das vezes datam o início do movimento em meados dos anos setenta, na criação de uma série de instituições empenhadas na universalidade e equidade da assistência à saúde. É o caso do CEBES — Centro Brasileiro de Estudos de Saúde —, de 1976, e da ABRASCO — Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva —, de 1979.

Não obstante esses marcos institucionais, já naquela época havia um acúmulo significativo de conhecimento sobre a questão da saúde, na busca de novos caminhos para sua compreensão. Já então não se condenavam mais os fatos sociais a serem externos ao processo saúde-doença mas, reconhecendo a especificidade deste, passava-se a concebê-lo também como parte integrante do social. Da mesma forma, começam a ser desveladas as dimensões sociais, políticas e económicas da prática médica e das medidas na área da saúde. Em suma, retira-se a saúde da esfera estritamente técnica e rompe-se a dicotomia prevenção-cura na construção desse novo objeto de estudo — a medicina social — na sua referência à realidade brasileira.

Ao tomar-se como marco significativo a produção de conhecimento nesse período, reconhece-se o papel importante que a universidade brasileira desempenhou na conjuntura política autoritária de então. Mais do que isso, registre-se o paradoxo desse conhecimento de natureza progressista gerado no seio das retrógradas — até por tradição — escolas médicas. Não é de subestimar-se a aspezeza do confronto de ideias com o pensar estabelecido sobre a saúde (que privilegia a doença) e do embate com os setores dominantes nessas instituições. Definitivamente, no interior das escolas médicas os Departamentos de Medicina Social e/ou Preventiva nasceram condenados à marginalidade e ao ostracismo. Mas talvez tenha sido exatamente essa condenação ao ostracismo que tenha possibilitado essa reflexão pioneira no país: supõe-se, afinal, que os insanos, desde que confinados, não representam maior perigo ao corpo social. E esse estigma de insanidade, por buscar a contaminação do entendimento das questões técnicas da saúde pelas ciências sociais, suscita uma notável capacidade de reação ao saber dominante, mas não exime esse esforço dos riscos inerentes à condição que marca grande parte da produção

na área: a de ter nascido e se ter constituído como um saber militante.

A Reforma Sanitária brasileira tem sido objeto de estudo de vários pesquisadores da área da Medicina Social, que, a partir de fins dos anos 70, passou a ser denominada, no Brasil, Saúde Coletiva. À produção desse conhecimento realizada no âmbito das universidades e pulverizada pelas diferentes unidades, associaram-se profissionais médicos militantes da rede pública de serviços na criação, em 76, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Na reunião daquele ano da SBPC, então um importante fórum político dos cientistas brasileiros no combate ao autoritarismo vigente, constituiu-se o CEBES com a proposta de criação de uma revista — *Saúde em Debate*. O objetivo dessa publicação era veicular a nova perspectiva de análise da saúde, agora intimamente relacionada aos processos histórico-sociais. Em seu primeiro número, a revista afirma seus propósitos: “ampliar e levar adiante as discussões e análise do setor saúde como componente do processo histórico-social no sentido de reafirmar a íntima relação existente entre saúde e estrutura social. Nossos colaboradores, de várias maneiras, acumulam experiências nessa área e têm na defesa dos interesses coletivos a regra norteadora de suas realizações.”⁽²⁾

Marcos institucionais da Reforma Sanitária no Brasil

173

Essa entidade aglutina assim a academia e os profissionais dos serviços, elegendo como meta prioritária uma percepção das questões relativas à saúde condizente com uma reformulação do sistema de saúde então vigente, na busca de sua universalização e equidade sob a égide do setor público. Para tanto, recupera experiências anteriores de profissionais envolvidos em programas como o PIASS — Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste —, de 1976, que perseguia a formulação de um novo modelo de atendimento à saúde da população, associada à sua extensão aos setores carentes.

É no decorrer dessa trajetória que o CEBES vai se convertendo, “na defesa dos interesses coletivos”, num interlocutor político importante nas arenas de discussão e formulação de políticas de saúde.

⁽²⁾ CEBES, *Saúde em Debate*, n.º 1, p. 3. Ver a respeito, na mesma revista, artigo de S. Escorel (1988).

Trajetória semelhante percorre a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, também da segunda metade dos anos setenta, que gradativamente se constituiu num importante interlocutor político nos debates e embates das políticas de saúde, ao mesmo tempo que vem promovendo a divulgação e intercâmbio de informações e estudos sobre a questão⁽³⁾.

É a partir do surgimento dessa instituição que a área da Medicina Social passa a ser denominada Saúde Coletiva. Buscava-se assim suplantar, no Brasil, a histórica distinção entre Medicina Social e Saúde Pública, em que a primeira muitas vezes passava a ameaçar esta, área tradicional de enfoque da saúde no âmbito coletivo. A nova denominação deixaria marcas profundas na produção da área. Ao substituir-se "Medicina" por "Saúde", amplia-se o objeto, tornando-o mais abrangente, o que passa a exigir uma nova delimitação do campo. E, ao substituir-se o Social pelo Coletivo, torna-se este mais inespecífico, exigindo que seja rastreado em sua totalidade. Mas ao mesmo tempo, requer-se da Saúde Coletiva que incorpore a produção clássica da Saúde Pública, agora no novo entendimento da relação entre o biológico e o social, a "caixa preta" referida por Asa Cristina Laurell (1983:156).

O desafio não é de pequena monta, e exige um outro olhar sobre o processo saúde-doença, a prática médica, as políticas de saúde, o planejamento e a formação de recursos humanos. E em sua grande parte ele é enfrentado e determinado pela ótica da resistência — durante o regime militar — e da busca de negociação política — nos estertores daquele regime e na conjuntura da transição democrática. Como consequência, o balanço dessa produção acaba por demonstrar o predomínio da militância sobre a pesquisa e da denúncia sobre um conhecimento propositivo para a reconstrução do setor.

Mas se isso hoje suscita a necessidade de se reverem os caminhos a serem trilhados pela "intelligentsia reformista", não resta dúvida que essa ótica foi importante até recentemente para orientar estratégias de ação política visando a reversão da lógica prevalecente no setor.

Os exemplos são numerosos, e datam do início da década de 80. Nos anos 79/80 ocorre uma aguda crise financeira da previdência social, principal fonte de finan-

⁽³⁾ Sobre a evolução da produção na área ver Nunes (1987) e Teixeira (1985).

ciamento do setor saúde. Nesse contexto, diante das ameaças de drásticas restrições dos gastos previdenciários com assistência médica, vêm à público propostas alternativas de fortalecimento do setor público de saúde e de uma nova forma de remuneração na compra dos serviços privados de assistência médica. O PREV-SAÚDE propõe a reestruturação da rede pública de serviços de saúde no sentido da sua universalização e racionalização. Trata-se de converter a rede básica de serviços na porta de entrada do paciente no sistema de saúde, revertendo assim a característica hospitalar do atendimento. Originário dos escalões do Ministério da Saúde, o projeto sofre três redações, cria celeumas, mas não é efetivado.

Vem em seguida o Plano Conasp, com sede junto ao Ministério da Previdência e Assistência Social, e que prevê convênios trilaterais entre este Ministério, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde. Estes, por sua vez, deram origem às AIS — Ações Integradas de Saúde. Os convênios AIS começam a ser assinados com as unidades da federação a partir de 83. A previdência social repassa recursos para os estados, e estes para os municípios, cabendo às respectivas redes públicas de serviços o atendimento também aos previdenciários. Paralelamente, o Plano propõe que a partir de então os serviços que o INAMPS compra da rede privada sejam pagos pelo cálculo do custo global do procedimento médico, e não mais pela somatória dos atos fragmentados de cada atendimento: são as AIH — Autorização de Internação Hospitalar.

Mas enquanto as AIH provocaram forte reação do setor privado e dos profissionais médicos, elas e sobretudo as AIS foram interpretadas pelos "reformistas" como a estratégia central para a constituição do Sistema Único de Saúde no país, proposta já formulada em 1978.

Enquanto isso, no interior do movimento da Reforma Sanitária continua a reflexão militante sobre estratégias e modelos de engenharia institucional e evolui-se para proposta do SUDS — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Os convênios SUDS começam a ser assinados com as várias unidades da federação a partir de meados de 88. Prevêem, da mesma forma que as AIS, financiamento tripartido — federal, estadual e municipal — e o reforço da autonomia desses últimos dois níveis na gestão da saúde. O sentido é o da universalização do acesso aos

serviços de saúde via fortalecimento do setor público de serviços.

Ambas as experiências, no entanto, evidenciam a vulnerabilidade desses avanços institucionais aos interesses políticos e clientelísticos. Não só os convênios são celebrados obedecendo a critérios ditados por interesses políticos imediatos — a lógica da barganha — como a implementação prática das medidas de saúde, agora conforme o novo modelo, traduz-se das mais diferentes maneiras. A *integração* das AIS traduziu-se em grande medida num aumento da produção de serviços e a *descentralização* do SUDS numa mera desconcentração. Assim, ambas as experiências pouco significam para uma descentralização efetiva da competência das esferas de poder na gestão da saúde ⁽⁴⁾.

Do ponto de vista do arcabouço institucional, no entanto, essas experiências representam significativos avanços por relação à constituição do Sistema Único de Saúde, objetivo último da Reforma Sanitária. Já no caso das AIS, por exemplo, não só em tese ocorre uma integração do INAMPS com o Ministério da Saúde como são previstas diferentes instâncias de coordenação inter-institucional, as CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS ⁽⁵⁾, tendo em vista o controle da sociedade sobre os rumos da saúde.

Resta, pois, a questão de como se concebe a Reforma Sanitária: alterações profundas no aparato institucional, rupturas abruptas do modelo de atenção à saúde, ou um movimento com ampla mobilização social e partidária? Noutros termos, o que caracterizaria de fato uma Reforma Sanitária como um processo, interfacetado por certo, mas que, ao apresentar tais descompassos entre o institucional, o político, o social e o técnico, requer para sua concepção um padrão mínimo de articulação entre esses níveis?

Teixeira (1989:39) entende Reforma Sanitária como um conceito que se "...refere a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e

⁽⁴⁾ A respeito da experiência SUDS, cf. Comissão de Políticas de Saúde da ABRASCO (1989).

⁽⁵⁾ Comissões Interinstitucionais de Saúde, Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde, Comissões Locais e/ou Municipais Interinstitucionais de Saúde, correspondendo a cada esfera de poder.

na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado”.

Suficientemente amplo, este entendimento do que venha a ser Reforma Sanitária permite aplicá-lo às diferentes realidades em que a política de saúde ganha destaque. No que diz respeito à realidade brasileira, importa atentar para o significado “deslocamento do poder político em direção às camadas populares”, que implica a análise da natureza da transição democrática brasileira, bem como do real peso efetivo da “transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde”. Atentar para essas questões resulta portanto em entender a Reforma Sanitária como um fenômeno intrinsecamente político, que exige estreito suporte técnico.

177

Os avanços na saúde até aqui apontados não se resumiram às reformulações no âmbito institucional. Resultaram de uma militância e de uma estratégia política, envolvendo desde setores da categoria profissional médica até movimentos sociais e sindicais de variada natureza.

A imagem condizente

Por outro lado, dois fatos são instigantes quando se busca reconstruir esse processo. O primeiro diz respeito a terem origem predominantemente no Executivo as propostas e medidas no sentido dos preceitos reformistas. O segundo exprime-se na dificuldade da extensa literatura a respeito para identificar as forças políticas que compõem o movimento da Reforma Sanitária brasileiro.

De fato, a origem das propostas no poder central causa estranheza, pois é nele que se concretizam as políticas de saúde no sentido da privatização dos serviços e da defesa dos interesses privados do setor. Como então explicar essas propostas que vão no sentido oposto à sua prática política imediata?

Um fato dos mais significativos nesse contexto é a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada pela Presidência da República e de responsabilidade do Ministério da Saúde. Trata-se de marco político importante: é quando a saúde é trazida para a arena de um amplo debate público. Para além do evento específico, ela envolveu uma série de debates prévios e de conferências posteriores por temáticas específicas após sua realização, em Março de 1986. Representou ela, ainda, a grande arrancada para o embate

público que haveria quando da eleição e instalação da Assembleia Nacional Constituinte.

Ademais de toda sua importância, ela espelha as contradições do próprio movimento da Reforma Sanitária brasileira. Sua organização e presidência ficam a cargo de um eminente "reformista", tanto pela sua envergadura intelectual quanto pela sua prática política: Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz, órgão do Ministério da Saúde. Dela recusam-se a participar os representantes do setor privado da saúde, não reconhecendo ser esse um espaço legítimo de discussão, como igualmente é pequena a participação do Legislativo e pouco institucionalizada, para não dizer nula, a participação daqueles partidos políticos que pelo menos em princípio comungam nos preceitos reformistas. Finalmente, uma vez mais, a ABRASCO desempenha papel de relevo na dinâmica do evento, formulando material prévio para debates preparativos da reunião (Comissão de Políticas de Saúde—ABRASCO, 1986) e nela apresentando documento que em grande parte norteou a discussão e o texto final da Conferência, baliza mestra para o texto constitucional, do ponto de vista dos reformistas.

No entanto, é curioso notar que a maioria das análises sobre o tema evidencia diferenças e oposições no interior do movimento da Reforma Sanitária, que viriam ou vieram à tona no período da transição democrática, mas não logram identificar claramente essas tensões. A título de exemplo, tem-se que a meta do Sistema Único de Saúde "...durante tanto tempo tida como consensual no 'bloco sanitário', iria mostrar suas fissuras e contradições na medida em que saía do discurso oposicionista para a prática da transição democrática" (Gadelha e Martins, 1988:80). E em texto mais recente (Gallo e Nascimento, 1989:108-109), são identificadas duas posições presentes, em tese, no movimento da Reforma Sanitária: a social-democrata e a socialista. Ambas teriam em comum a tese da modernização do setor e se diferenciariam no entendimento do que seria a sua democratização bem como sua inserção no processo social mais amplo. Afirmam os autores: "No tocante ao plano singular as diferenças são táticas e a tendência institucional se caracteriza pela priorização da intervenção política no interior do aparelho de Estado em detrimento daquela junto à sociedade civil, e a

tendência societária pelo inverso. A opção por uma ou outra tem dado margem a mútuas críticas em relação a eventuais prejuízos estratégicos”.

O enigma começa a ser deslindado quando se atenta para a não identificação dos atores sociais envolvidos no movimento, enquanto os opositores da Reforma Sanitária são identificados com maior precisão — o setor privado da saúde e suas instituições representativas, o governo, a tradição privatista do Estado brasileiro. Mas em ambos os casos existe um grande ausente: os partidos políticos.

Ademais, as referências a tensões e conflitos no interior do movimento reformista da saúde, jamais explicitados enquanto forças políticas partidárias, não impedem um alto grau de consenso nas análises e interpretações sobre o movimento. E dessa forma repõe-se o enigma.

De imediato há que se registrar que a farta literatura a respeito apresenta no geral um tom ufanista na avaliação do movimento, para além das efetivas conquistas por ele alcançadas. Em contrapartida, as tensões e conflitos no seu interior vêm à tona de forma explícita, por exemplo, nas interpretações e análises na revista *Saúde em Debate*, do CEBES, num terçar de escritos entre dois estudiosos do assunto ⁽⁶⁾.

Os títulos dos artigos, neste caso, já são significativos: “A Análise Necessária da Reforma Sanitária”, que tece considerações sobre um texto do autor de “A Reforma Sanitária Necessária” (Campos, 1988), sendo respondido no número seguinte através de artigo intitulado “Tréplica: o debate necessário à construção de uma teoria sobre a Reforma Sanitária”.

O que chama a atenção é a insistência no termo *necessário*. E remete imediatamente à indagação “necessário para que?”. Para além da ideia de um debate necessário para a sua adequada compreensão do tema, o próprio conteúdo dos textos aponta para um outro significado, marca militante da produção intelectual da área. Trata-se de referir a noção de necessária à intervenção na realidade, entendida a partir de recortes políticos de atuação partidária.

Esclareça-se, desde já, que não se trata de avaliar uma produção dessa natureza no confronto com uma produção

⁽⁶⁾ *Saúde em Debate*, números 22 e 23, Outubro e Dezembro de 1988, autorias de Sônia M. F. Teixeira e Gastão W. de S. Campos, respectivamente.

eminentemente acadêmica, mas sim de desvelar o fato dificilmente explicitado de essa produção, ancorada em preceitos técnicos e conhecimento teórico, estar voltada para o calor da luta do movimento reformista, que acolhe diferentes correntes políticas.

Por que, então, elas não se explicitam no interior do próprio movimento, e não vêm a público? A resposta a essa questão explica igualmente por que o modelo italiano, tão diferente por relação ao processo brasileiro, é tomado como exemplar.

Encaminha uma resposta a circunstância de o movimento reformista sanitário brasileiro ter sua origem ainda durante o regime militar, com suas restrições aos partidos de esquerda. Mais que isso, durante o autoritarismo o enfrentamento do inimigo comum não permitia explicitarem-se diferenciações internas ao próprio movimento. E quando do período da transição democrática, vê-se o movimento diante das suas diferenças internas e com enormes dificuldades para enfrentá-las, numa dinâmica oscilante entre o interno e o externo. Interessante notar que nem mesmo o atual contexto das campanhas eleitorais traz para dentro do movimento essas diferenças. Tem-se a impressão de que o conflito é insuportável por colocar em risco o movimento, que, por sua vez, enfrenta poderosos inimigos externos.

Tanto assim é que o fato de no decorrer desse processo ter o Partido Comunista Brasileiro assumido a liderança não é reivindicado na própria campanha. Existem explicações históricas para isso, como existem as imediatas no que diz respeito à saúde. Neste caso, que aqui interessa mais de perto, pode-se buscar explicação na principal, embora não consensual, estratégia adotada pelo movimento da reforma sanitária, que foi a de "ocupação de espaços institucionais" (Escorel, 1987) e de criação de "projetos institucionais", entendendo-se que "a partir da ocupação desses espaços institucionais por pensamentos diferenciados contra-hegemônicos, estes passam a ser *palcos de luta*, objeto de disputa entre os diferentes interesses" (*ibid.*:305).

Começa a causar menos estranheza, portanto, o fato de a grande maioria das propostas progressistas para a saúde ter origem no Executivo, merecendo contudo estudos aprofundados a razão pela qual foi possível a este absorver essas demandas e proposições. Mas igualmente

começa a ganhar significado o apoio buscado no modelo italiano sem se deter com a merecida atenção nas reais diferenças de ambos os processos. E se a presença de Giovanni Berlinguer foi importante para o movimento reformista, não é ela suficiente para explicar essa aproximação. Talvez a explicação resida exatamente nas propostas partidárias — nunca explicitadas — da liderança do movimento que vê na experiência italiana um modelo. Se quanto aos processos eles foram tão diferenciados — na Itália sendo um movimento com origem nos trabalhadores, que passam a conquistar a incorporação de suas demandas pelos Estados enquanto são frágeis as bases sociais efetivas do movimento — a distinção acaba por respaldar a estratégia adotada: a de ocupação de espaços institucionais.

Daí não só a análise *necessária* da Reforma Sanitária brasileira como também as versões "oficiais" sobre a mesma ⁽⁷⁾, no sentido do traço homogêneo das análises, como ainda a ênfase no modelo do arcabouço institucional do setor para o cumprimento dos objetivos almejados: universalidade e equidade na construção do direito à saúde, sob a responsabilidade de um Sistema Único de Saúde com comando único em cada esfera de poder, e sob a égide do setor público.

Assim é que projetos institucionais alternativos (PIASS, por exemplo) e propostas de reformulação da organização dos serviços — AIS e SUDS, por exemplo — têm origem no poder central. Formulados a partir de um acúmulo de conhecimento produzido na área da Saúde Coletiva, essas propostas e medidas colocadas em prática, tendo em vista a estratégia utilizada, acabam por revelar-se vulneráveis às flutuações da conjuntura política. É esta a outra face da fragilidade do enraizamento social do movimento sanitário.

Por outro lado, o embate político com os interesses contrários à reforma sanitária deixou sua marca: uma hipertrofia da política em relação à técnica, ou seja, a ênfase na montagem de estratégias institucionais de ação *em nome e para* as classes subalternas em detrimento da formulação de um modelo *sanitário* alternativo de atendimento à saúde.

A questão de fundo que perpassa todo o processo constitui, pois, a compreensão da relação Estado-socie-

⁽⁷⁾ Refiro-me aqui à expressão utilizada por Gastão W.S. Campos, no artigo de *Saúde em Debate* já citado.

dade na constituição e consolidação de uma ordem democrática. A ênfase exagerada na dimensão institucional na defesa de determinados princípios *para e pelas* classes populares aproxima-se perigosamente dos parâmetros do Welfare State, concebido como uma relação entre Estado e mercado em nome da equidade e universalidade do direito à saúde, em que pesem os preceitos marxistas que orientam a formulação e justificação dos projetos reformistas.

Da mesma forma, o que foi identificado como a vertente socialista (Gallo e Nascimento, 1989) do movimento sanitário, que imprime maior ênfase à mobilização popular, acaba por recair nos preceitos da democracia direta. Em comum, ambas as vertentes participam do movimento reformista sob a figuração de um movimento supra-partidário. Exemplo disso é a Plenária da Saúde que congrega diferentes instituições da sociedade civil numa mobilização que teve início no período de elaboração da Carta Constitucional.

Ambas as vertentes acabam por terem suas divergências e tensões não vindo a público, da mesma forma que, antes da atuação junto aos partidos, se atua junto aos líderes de bancadas e representantes no Legislativo.

Entre a democracia direta e a democracia representativa, ganham-se batalhas — como o atual texto constitucional — longe estando a vitória da guerra. Uns superestimam seus aliados — as classes populares — na luta pela saúde, e outros a força das mudanças da engenharia institucional. E se os princípios do movimento reformista unificam todas as forças progressistas — termo suficientemente neutro —, isso possibilita às forças de oposição a identificação não de um movimento sanitário que enquanto tal congrega diferentes correntes e forças políticas, mas de um partido sanitário como um grupo em que a homogeneidade se sobrepõe à diferenciação interna.

Mas se as conquistas, sobretudo as de ordem institucional, foram significativas, elas mostram igualmente a fragilidade relativa do movimento. A estratégia do "inverso" para se contrapor aos interesses hegemônicos no setor, perfeitamente conciliáveis com o padrão estatal de apropriação da coisa pública, ao se revelar pertinente para a conquista desses avanços foi igualmente reveladora do fato óbvio, mas crucial, de que a constituição da saúde como

um direito, implica a relação do Estado com a sociedade e a própria transformação desta.

Weffort assinala que "... o tema da construção institucional, isto é, o tema típico da democracia política, leva ao tema da democracia social e, por consequência, ao tema de uma política de reformas para a economia e a sociedade. Haverá, segundo os partidos, os interesses e as classes, diferentes concepções sobre *quais* devem ser as reformas, sobre *como* devem ser realizadas e a *quem* deve beneficiar". Assinala, ainda, a partir de Przeworski, que "a democracia na América Latina, além de um resultado contingente de conflitos, tem que ser um programa político. Não, pelo menos não necessariamente, um programa partidário, mas certamente um programa de vários partidos, os quais, a despeito de suas muitas divergências sobre outras questões, terão que inscrever a construção da democracia como a primeira de suas prioridades" (Weffort, 1988:29).

A ênfase atribuída por Weffort aos partidos políticos na institucionalização da ordem democrática contrapõe-se a estratégia do "inverso". Esta teria consistido na ocupação de espaços institucionais no interior do aparelho de Estado no processo de modernização das instituições responsáveis pelo setor saúde, possibilitando a diferenciação dos tradicionais quadros aí encastelados. Essa diferenciação, segundo algumas análises, possibilitou o desenvolvimento de projetos institucionais que traduziam "a experiência acumulada do movimento sanitário em termos de propostas de transformação da organização dos serviços de saúde". E ao movimento reformista é atribuída a criação desses "anéis burocráticos invertidos", que "lançaram mão do poder administrativo e técnico não para a mercantilização da saúde como os anéis burocrático-empresariais da Previdência mas para o fortalecimento da sociedade civil e, por vezes, dos movimentos populares. Mas são anéis permanentemente em tensão já que representavam o discurso contra-hegemônico dentro de um espaço em que o regime lançou mão para se legitimar e desta maneira manter a hegemonia" (Escorel, 1987:335 e 336).

A par da liberdade na qualificação do conceito de anéis burocráticos tal como formulado por Cardoso (1975), interessa no momento contrastar essa estratégia do movimento reformista à questão democrática. Não se trata só, para levar avante a Reforma Sanitária no Brasil, de construir e

fortalecer a consciência sanitária dos cidadãos, mas ela deve necessariamente estar articulada à exigência de "uma cultura organizada", na exata medida em que a construção da democracia é também tarefa de instituições intelectuais, culturais, religiosas, sindicais, e profissionais, dentre outras, como aponta Weffort (1988:29).

Da mesma forma registra J. A. Moisés que "embora saibamos que a democracia não produz por si só a justiça social [que presume o direito à saúde], sabemos, no entanto, pela experiência dos países onde esse sistema de governo está consolidado e tem uma longa tradição de continuidade, que a relação entre democracia e justiça social também é objeto de construção política e institucional, o seu grau de eficácia dependendo, em grande parte: (a) da natureza dos mecanismos e das regras de procedimento, cujo funcionamento torna ou não possível que as demandas da sociedade (em particular, as pressões dos pobres e dos não-proprietários) tenham acesso ao sistema de tomada de decisões para ali influir; e (b) de os interessados poderem (e quererem) se organizar e se representar para fazer uso dessa possibilidade, cuja natureza, como sabemos, varia no tempo e no espaço" (Moisés, 1989:59).

Tais questões redimensionam o movimento da Reforma Sanitária brasileira e propõem desafios de variada natureza. Dentre eles a necessidade de, na luta pela constituição da saúde como um direito universal e equânime de todo cidadão, identificarem-se claramente os atores políticos, com suas diferenciações internas tanto no âmbito do movimento quanto nos interesses hegemônicos que consolidam a privatização dos serviços de saúde. Se o período autoritário levou os reformistas a desprezarem sua diferenciação interna, é necessário agora que ela se explicita e venha a público.

Há, igualmente, que se defrontar com a fragilidade das bases sociais do movimento, ao contrário do caso italiano. O modelo privado de saúde é forte atração para os diferentes segmentos das classes populares, até por contraposição à herança do estilo patrimonialista do Estado brasileiro. Adverte O'Donnell que "... o lado principal [do estilo patrimonialista e prebendalista de fazer política e governar] consiste, sobretudo, na incapacidade de delimitar o público e o privado e, a partir disso, na enorme dificuldade de construir as instituições e elaborar as regras a partir das quais seja possível arquitetar as dimensões

cívica e republicana, sem as quais jamais alcançaremos um regime democrático. A resultante é, por sua vez, uma política sem mediações institucionais; na sua prática convergem no interior do aparelho estatal — desde uma esfera pseudopública — aquele estilo patrimonialista e — desde a sociedade — o assalto de interesses privilegiados que ... privatizam, pulverizando-o, o espaço público do Estado" (O'Donnell, 1988:51).

Priorizar em demasia, pois, a construção de uma nova engenharia institucional para a saúde, em detrimento da institucionalização efetiva da participação e representação políticas, traz à tona a dimensão da reforma sanitária como luta ideológica, nos avanços e recuos dos diferentes atores em luta. Significa descurar não só do efetivo enraizamento das demandas por saúde — que devem ir muito além da demanda por assistência médica e requerem a construção de um novo modelo desta — como do próprio estilo patrimonialista do Estado brasileiro e da cultura política do país.

Ao comparar as reformas sanitárias brasileira e italiana Oliveira (1989) caracteriza aquela como "um movimento de dentro para fora, ou de cima para baixo" e esta como "um movimento de fora para dentro em relação ao aparelho de Estado". Assinala ainda que no caso brasileiro a "fórmula Reforma Sanitária" surgiu a partir de um conjunto de técnicas ou de diferentes técnicas tendo em comum um passado progressista (*ibid.*:19). Esse informal "partido sanitário", a que os conservadores atribuem um sentido pejorativo, adquire identidade quando confrontado com as forças opositoras, mas não define nem esclarece no seu interior suas diferenças internas enquanto projetos alternativos para a ordem social brasileira, dos quais a saúde é parte. Para tanto, é mister que se explicitem as forças políticas em jogo, se identifiquem os atores sociais envolvidos e se assumam, na arena política, divergências e aproximações, reivindicando cada um o que lhe é devido. Caso contrário, perpetuar-se-á a ênfase em propostas macro-institucionais, em princípios aglutinadores, às custas do desconhecimento da prática institucional do cotidiano dos agentes institucionais do setor saúde, que reproduzem e perpetuam o "estilo do Estado brasileiro"; mais que isso, aumentará a desfasagem entre o nível da elaboração de propostas institucionais — mais próxima da dimensão política da reforma sanitária, e da capacidade técnico-sanitária de construção de um novo modelo de atendimento à saúde.

Nesse contexto assume papel de relevo, tal como no passado, a produção de conhecimento sobre a questão da saúde, que seja crítica no sentido *lato* do termo. Nisto a universidade ocupa lugar dos mais importantes, superando-se as "análises dualistas centradas na dicotomia 'polo universidade *versus* polo serviço' na luta pela ampliação de seu leque de compromissos com a maior parte possível da sociedade em que se insere" (Paim, 1989: 16 e 13). Não se trata, pois, da produção de *um* conhecimento crítico — que responderia a uma já definida Reforma Sanitária — mas da recuperação da postura crítica pluralista na produção desse conhecimento, refletindo o que Oliveira identifica como a existência tensa de projetos de hegemonia alternativos (Oliveira, 1989:18). Que se recupere, nesse sentido, não a "análise necessária" da Reforma Sanitária, mas as possíveis que um movimento — ou processo — dessa natureza comporta.

Impõe-se, assim, que se explicitem e enfrentem os dois termos da expressão Reforma Sanitária: o político e o técnico, sem uma concepção dualista de oposição ou mesmo de negação entre ambos. Mais do que sua expressão, os dois termos compõem as dimensões essenciais do "movimento da Reforma", que demanda ser transformado num processo efetivo envolvendo as diferentes forças sociais na luta pela democratização da saúde e da sociedade a partir mesmo das diferentes estratégias e concepções que cada ator político reserve para a Reforma Sanitária. Caso contrário, resta sempre a hipótese de os fundamentos e propostas prevaletentes no interior do "movimento reformista" terem, sem o suspeitarem, buscado inspiração nos preceitos do Welfare State.

É Berlinker quem adverte: "Creio que deveríamos reivindicar uma maior participação na política de saúde e menor participação dos políticos nas manobras de poder nas instituições sanitárias. O poder político deveria estabelecer as finalidades, as tarefas fundamentais dos serviços e deixar mais responsabilidade para as pessoas encarregadas de executar essas tarefas criativamente" ⁽⁸⁾. Afinal, é pela especificidade de sua dimensão sanitária que esse movimento logrará viabilizar a participação política concreta, porque específica, dos cidadãos. ■

⁽⁸⁾ Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, ano VII, n.º 29, junho/julho de 1988, p.5.

Referências Bibliográficas

- Campos, G. W. de S. 1988 "A Reforma Sanitária Necessária", in Berlinquer, G., Teixeira, S. F. e Campos, G. W. de S., *Reforma Sanitária — Itália e Brasil*. São Paulo, Hucitec-CEBES.
- Cardoso, F. H. 1975 *Autoritarismo e Democratização*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- Comissão de Políticas de Saúde da ABRASCO 1986 *Pelo Direito Universal à Saúde*. Rio de Janeiro.
- Comissão de Políticas de Saúde da ABRASCO 1989 *Experiência SUDS e os Desafios Atuais da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro, ABRASCO.
- Escorel, S. 1987 *A Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro, ENSP, Fio Cruz (mimeografado).
- Escorel, S. 1988 "Saúde e Democracia, Democracia é Saúde", *Saúde em Debate*, n.º 21, 51-55.
- Gadelha, P.E.; Martins, R. 1988 "A Política Nacional de Saúde e a 8.ª C.N.S.", *Saúde em Debate*, n.º 20.
- Gallo, E.; Nascimento, P. C. 1989 "Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário", in S. F. Teixeira (org.), *Reforma Sanitária — em Busca de uma Teoria*. São Paulo, Cortez Editora/ABRASCO.
- Laurell, A. C. 1983 "A Saúde. Doença como Processo Social", in E. D. Nunes (org.), *Medicina Social — Aspectos Históricos e Teóricos*. São Paulo, Global Editora.
- Moisés, J. A. 1989 "Dilemas da Consolidação Democrática no Brasil", *Lua Nova*, n.º 16.
- Nunes, E.D. 1987 "Ciências Sociais em Saúde no Brasil: Notas para a Sua História", *Educación Médica y Salud*, vol. 21, n.º 2, 106-116.
- O'Donnell, G. 1988 "Situações — Microcenos da privatização do Público em São Paulo", *Novos Estudos CEBRAP*, n.º 22.
- Oliveira, J. 1989 "Reformas e Reformismo: Para uma Teoria Política da reforma Sanitária (ou, Reflexões sobre a Reforma Sanitária de uma Perspectiva Popular)", in Costa, N. R., Minayo, C. S., Ramos, C. L. e Stotz, E. N. (orgs.), *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*. Rio de Janeiro, Ed. Vozes/ABRASCO, 13-43.
- Paim, J. S. 1989 *A Universidade e a Reforma Sanitária*, Encontro Italo-Brasileiro de Saúde, Salvador, BA (mimeografado).
- Santos, Boaventura de Sousa 1987 "O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 23, 13-74.

- Teixeira, S. F. 1989 "Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária", in S. F. Teixeira (org.), *Reforma Sanitária — em Busca de uma Teoria*. São Paulo, Cortez Editora/ABRASCO.
- Teixeira, S. M. 1985 "As Ciências Sociais em Saúde no Brasil", in E. D. Nunes (org.), *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina — Tendências e Perspectivas*. Brasília, Opas.
- Weffort, F. C. 1988 "Dilemas da Legitimidade Política", *Lua Nova*, n.º 15.