

# Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro

*Health policies and democracy: strategies, impasses  
and contradictions of the brazilian sanitary  
movement*

## **R** esumo

O artigo tem a pretensão de fazer uma contextualização das políticas de saúde no Brasil, destacando o papel que teve um ator coletivo, o Movimento Sanitário brasileiro, na construção de um sistema de saúde permeado pelos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade. O artigo também tem a intenção de fazer uma análise do processo de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, destacando os limites teóricos e políticos do Movimento Sanitário brasileiro.

**Palavras-chave:** políticas de saúde, movimento sanitário, sistema único de saúde.

## **A** bstract

This article has the aim of contextualizing the health policy in Brazil, emphasizing the role that had an collective actor, the Brazilian Sanitary Movement, on the construction of a health system permeated by the principles of Universality, Integrality and Equity. The article also has the intention of making an analysis of SUS, implementation process, emphasizing the Brazilian Sanitary Movement's theoretic and political limits.

**Key words:** health policies, sanitary Movement, brazilian health system.

Julian Borba

Mestre em Sociologia Política pela  
Universidade Federal de Santa Catarina –  
UFSC e Professor da Universidade do Vale  
do Itajaí – UNIVALI.

## Introdução

**D**e um modo geral, as análises sobre políticas públicas no Brasil vinculam-se a paradigmas que se limitam a analisá-las a partir de seus resultados, em termos de eficiência e eficácia. Esses tipos de pesquisa, ao mesmo tempo em que ganham em objetividade, possuindo instrumentos metodológicos altamente sofisticados para realizar suas análises, perdem em poder explicativo sobre seu objeto, pois tornam difícil de visualizar toda a complexidade da sociedade, que, muitas vezes, resiste a se enquadrar nos esquemas pré-concebidos.

Tendo em vista esses limites na análise sobre políticas públicas e considerando toda a complexidade que envolve uma *análise processual da política*, este artigo tem o objetivo de apresentar uma análise das políticas de saúde no Brasil, destacando o papel que teve um ator coletivo, o Movimento Sanitário brasileiro, na construção de um sistema permeado pelos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade. O artigo faz, como objetivo secundário, uma análise do processo de implementação do SUS, destacando os limites teóricos e políticos do Movimento Sanitário brasileiro.

O trabalho está dividido em três partes. A primeira traz uma breve descrição das políticas de saúde no Brasil, desde o início do século XX até os anos setenta; em seguida analisa o surgimento, desenvolvimento e articulação do Movimento Sanitário em âmbito nacional, bem como sua influência nas políticas públicas do setor saúde a partir do final da década de 1970 até a construção do SUS. Na terceira parte apresenta um cotejamento entre autores que analisam os desdobramentos do SUS e os motivos de seu fracasso.

## Políticas de saúde no Brasil – breve histórico

O processo de industrialização ocorrido no início do século XX no Brasil trouxe consigo profundas mudanças nas condições de existência da população. A maior incidência de acidentes de trabalho, doenças e subnutrição foram resultado das carências trazidas pelo início do modo de produção capitalista no Brasil.

Nessa conjuntura também surgiu um segundo grupo de doenças, as chamadas *doenças de massa*, como a malária, tuberculose, boubá, lepra e desnutrição. Além desses dois grupos aparecerá mais tarde um terceiro grupo, as chamadas *doenças degenerativas* presentes geralmente nas regiões mais urbanizadas e industrializadas do país.

Até a década de 1920 não se observa nenhuma política estruturada por parte do Estado brasileiro com relação à saúde. Segundo Magajewski (1994, p. 42) o Estado brasileiro até então assumiu com relação à saúde uma posição liberal-ortodoxa: “o Estado desconhecia o setor, deixando o espaço da assistência para o trabalho de ordens religiosas e instituições de caridade no tocante à assistência médica.”

As únicas ações de saúde coletiva por parte do Estado, nesse período, foram voltadas para a urbanização de áreas portuárias atingidas por endemias e moléstias infecto-contagiosas que, pela sua gravidade, abalaram o processo agro-exportador brasileiro.

Somente a partir de 1921 com a reforma Carlos Chagas<sup>1</sup> é que se deu início a uma política de saúde um pouco mais estruturada. Com essa reforma, tornou-se “possível a expansão dos serviços de atenção médica curativa.” (LUZ, 1986, p. 56).

Em 1923 com a lei Elói Chaves as Caixas de Aposentadorias e Pensões

dos Ferroviários – CAPs foram estatizadas. Junto com a estatização foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública que atuava nas áreas de saneamento urbano e rural, de higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil. Além disso o Estado assumiu o combate às endemias rurais.

Nos anos de 1930, com a crise econômica mundial e a expansão do capitalismo no Brasil, através das políticas de substituição de importações, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, saindo esta área da responsabilidade do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

No ano de 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública representando uma ampliação significativa da ação médico-sanitária no país, cobrindo áreas naquele momento econômica e militarmente estratégicas, como as de produção de borracha no vale amazônico.

Com o fim do Estado Novo em 1945, e pela influência do modelo de seguridade social europeu, instaura-se no país um sistema de proteção social que imprimiu à sociedade, principalmente às classes trabalhadoras, uma condição de *cidadania regulada* para a qual o Estado brasileiro, como forma de legitimação social, criou uma série de bens e serviços oferecidos através do Instituto de Aposentadoria da Previdência – IAP, este considerado berço da previdência social brasileira. (MAGAJEWSKI, 1994, p. 50).

No ano de 1963 o Ministério da Saúde foi separado do antigo Ministério da Educação e Saúde, significando, de acordo com Luz (1986, p. 58), um “esvaziamento institucional do setor saúde enquanto setor estatal, em proveito da educação”. Até o final do período nacional-populista (1964) o sistema de saúde atingiu basicamente as demandas ligadas aos setores secundários e terciários da economia, mostrando-se claramente como um modelo de seguro social, ou seja, onde so-

mente quem contribui tem o direito de usufruir de seus benefícios.

Em 1966, já como decorrência do golpe militar, os IAPs foram unificados no recém criado Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. As políticas governamentais a partir desse período enfatizaram o tratamento médico hospitalar com medicamentos modernos e infra-estrutura hospitalar sofisticada e centralizada.

**A atuação do Estado na questão da saúde dá-se fundamentalmente como reguladora do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde e como resposta a pressões dos consumidores, dos técnicos e dos empresários.**

Essa atuação tendia a desenvolver um padrão de organização de prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilégio do produtor privado desses serviços. (MAGAJEWSKI, 1994, p. 56).

Em 1967, com a reforma da Administração Federal, publicada em 25/02/1967, houve uma redefinição de áreas de competência dos ministérios para a Saúde<sup>2</sup>. Esse período foi caracterizado por uma expansão acentuada do

setor privado da saúde com crédito pesadamente subsidiado pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS associado à contratação compulsória desses serviços pelo INPS através do Plano de Pronto Ação – PPA.

No ano de 1968 foi criado o Plano de Coordenação das atividades de Proteção e Recuperação de Saúde, que, segundo Luz (1986, p. 58), foi a consequência mais importante da reforma de 1967.

*O importante no tocante a esse plano é o fato de que a dicotomia entre Saúde coletiva e individual era assumida pelo governo e que desta dicotomia resultava a responsabilidade do Ministério da Saúde pelas medidas de caráter coletivo, cabendo ao setor privado, conveniado com o governo, a atenção médica curativa. Dentro deste quadro, o INPS, criado em 1967, viria a desempenhar papel central.*

A partir de 1970, saúde individual e coletiva têm suas responsabilidades explicitadas pelos primeiro e segundo Planos Nacionais de Desenvolvimento – PND. O esgotamento do regime militar, a crise do petróleo, o fim do *milagre brasileiro*, levam o Estado brasileiro a assumir um novo arranjo institucional para a previdência, onde, em 1974, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que fica responsável pelas atribuições médico-assistenciais. Para Magajewski (1994, p. 45) “a opção governamental, definindo-se por um sistema plural, a par de tentar compatibilizar os interesses setoriais evitando antagonismos, chancelou a hegemonia do médico-assistencial privatista, reservando-se as atividades não rentáveis para o Estado e as rentáveis para o setor privado intermediado pela previdência social.

Em 1975 é regulamentado o Sistema Nacional de Saúde<sup>3</sup>, e a partir desta data, segundo Luz (*op. cit.*) a dominância exercida pelo componente *assistência médica* acentua-se sobre o de *saúde pública* através do INPS e depois pelo Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social – INAMPS.

No ano de 1977 é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS garantindo este a base jurídico-legal da previdência dentro do Sistema Nacional de Saúde.

Com o agravamento da crise econômica no início dos anos 1980, juntamente com a crescente insatisfação dos trabalhadores na saúde e prestadores de serviço em relação ao sistema, torna-se inevitável sua reestruturação “em bases agora contextualizadas por um quadro de crise política e econômica global, com importante repercussão ideológica, financeira e político-institucional sobre a previdência social.” (MAGAJEWSKI, 1994, p. 47).

De um modo geral pode-se observar que desde o início do processo de abertura política, no final da década de 1970, duas correntes político-ideológicas delineiam-se claramente com relação ao setor saúde.

Uma primeira corrente tem como base principal a privatização do setor saúde, e é formada basicamente por representantes da indústria de medicamentos, de laboratórios e de hospitais, ou seja, o *complexo médico-industrial* (DA ROS, 1994, p. 12), todos atendendo aos interesses de acumulação do capital na área da saúde.

A segunda corrente, formada principalmente por intelectuais e profissionais de saúde e pelo movimento estudantil, foi denominada de Movimento Sanitário. Será sobre este movimento que passaremos a descrever a partir de agora.

## Movimento sanitário – surgimento, articulação e desenvolvimento no Brasil

O Movimento Sanitário surgiu no Brasil em meados da década de 1970 coincidindo com a crise fiscal e de legitimidade do regime autoritário. De acordo com Da Ros (1994, p.13):

*O Movimento Sanitário, mal chamado ao final da década de 70, de Partido Sanitário, tem suas origens, como não poderia deixar de ser, nas condições materiais objetivas por que passava o Brasil, após uma década do golpe militar. [...] começa a surgir no âmbito das Universidades, tanto a nível de intelectuais como do movimento estudantil, um espaço de enfrentamento para a lógica dominante na área da saúde, de aberto privilégio aos interesses econômico-corporativos e empresariais do setor.*

Apesar das diferentes posições político-ideológicas de seus membros esse ator coletivo surgiu como uma alternativa de *contra-hegemonia* ao modelo de política de saúde historicamente dominante no Brasil.

Ainda segundo Da Ros (*op. cit.*, p. 14), a situação anterior a 74 no setor saúde caracterizava-se como um modelo claramente privilegiador do setor privado, da medicina liberal, com dicotomia das ações estatais de saúde (Previdência e Ministério da Saúde), com modalidade hospitalar de atendimento, enfatizando o repasse de recursos aos produtores de insumos, e com *corrupção normatizada* na forma de pagamento de serviços, através das Unidades de Serviços – US. Nessa ocasião começam a surgir contrapontos, tanto na Previdência, com o chamado *setor publicista* do

Ministério da Previdência e Assistência Social, como no âmbito do Ministério da Saúde, com a inclusão de jovens sanitaristas nos quadros técnicos deste ministério, oriundos da formação baseada no *modelo preventista*.

Além destas formas de expressão do Movimento Sanitário em todo o país, uma outra visão, crítica, vinha se gestando no interior dos departamentos de saúde pública das Universidades brasileiras. (DA ROS, *op. cit.*, p. 16).

Uma instituição com um papel importantíssimo na formação do Movimento Sanitário, servindo como aglutinador dos seus diferentes atores, foi o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, que surgiu em 1976, primeiramente para produzir a revista *Saúde em Debate*, mas que rapidamente transcendeu este papel, para tornar-se um dos órgãos mais importantes na área da oposição ao modelo vigente no setor saúde, e foi um dos principais instrumentos de socialização das propostas do Movimento Sanitário. Sua participação também se deu em fóruns e seminários juntamente com outras forças sociais no processo de transição democrática. (DA ROS, *op. cit.*, p. 15).

O Movimento Sanitário sentiu-se ator coletivo em 1977, no Congresso Brasileiro de Higiene, quando já estava organizado praticamente em todo o Brasil, e se *apelida* de partido sanitário, com características que os diferenciam dos *lobbys* defensores de interesses particulares. (DA ROS, *op. cit.*, p. 15).

Em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento, representado pelo CEBES, apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava, na época, Sistema Único de Saúde. Essa proposta, levando em conta experiên-

cias bem sucedidas em outros países, propunha, ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas e democrático, com participação do povo. (NETO, 1994, p. 21).

Escorel (1995, p. 85), analisando o desenrolar histórico do Movimento Sanitário até o ano de 1988, divide a atuação em três períodos: no primeiro, a partir de meados da década de 1970, sob a ditadura, o Movimento Sanitário tinha como diretriz *saúde e democracia*. No segundo, junto à abertura política, traçou-se a estratégia de penetração nos aparelhos de Estado, numa clara busca de tentar dar uma nova direcionalidade à política pública. E no terceiro período, ao iniciar-se a chamada democracia política, com a Constituinte, o Movimento Sanitário soube organizar-se para conseguir inscrever o direito à saúde como elementar ao cidadão brasileiro.

A Conferência Internacional de Saúde realizada em Alma Alta em 1978 foi um marco importante para o desenvolvimento deste Movimento e para as políticas de saúde em geral, por evidenciar que “[...] o cuidado primário constitui o meio para se alcançar em todo o mundo, um futuro previsível, um nível de Saúde que faça parte do desenvolvimento social e se inspire num espírito de justiça [...]” (PESSINI, 1991, p.94, *apud* RUYER, 1992, p.14).

Em 1980 foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde que tinha como tema principal a implantação de uma rede de serviços básicos de Saúde, o PREV-SAÚDE. Alerta RUYER (1992, p. 14) que “este, por sua vez, expressa uma posição consciente para a implantação de um Sistema Nacional de Saúde, propondo sua reestruturação com o objetivo de fazer a cobertura de unidades precárias para a grande maioria da população.” Apesar do grande esforço dos

*preventistas*, membros do Movimento Sanitário e oriundos do Ministério da Saúde, o projeto não saiu do papel.

Em 1981, com a crise da Previdência Social, foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP<sup>4</sup>. Este em 1982 elaborou um plano de reorientação de assistência à Saúde no âmbito da previdência social e um novo mecanismo de contas hospitalares que propunham a ampliação da perspectiva apontada pelo PREV-SAÚDE como a melhoria da qualidade da assistência à Saúde, universalização do atendimento, descentralização do planejamento e da execução, regionalização do sistema de Saúde e a hierarquização dos serviços públicos e privados dentro de um sistema de complexidade crescente. O CONASP criou o acesso único ao Sistema de Assistência e permitiu à rede privada entrar apenas onde não havia unidades estatais<sup>5</sup>.

No ano de 1983, ainda no regime militar, foi implantado o Programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS – em quinze unidades da Federação. Este programa já incorporava diretrizes de integração institucional centrada no poder público, integralidade de ações de Saúde, regionalização dos serviços, definição de mecanismos de referência e contra-referência, utilização da capacidade pública instalada e descentralização dos processos administrativos e decisórios, ou seja, as propostas do Movimento Sanitário. O Programa, em 1984, é transformado nas Ações Integradas de Saúde – AIS.

A partir de 1985, com a Nova República, membros do Movimento Sanitário passaram a ocupar posições-chave no plano federal. Entre eles estavam Sérgio Arouca e Hésio Cordeiro, na presidência da Fundação Osvaldo Cruz e do INAMPS, respectivamente, os quais assumiram as Ações Integradas de Saúde como política oficial do setor previdenciário.

As AIS expandiam-se desde 1984 em todo o país, e, em julho de 1985 é convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, grande expectativa do Movimento Sanitário, com data inicialmente prevista para dezembro, porém, sendo realizada somente em março de 1986.

**O Movimento Sanitário em 1986 apresentava basicamente duas tendências bem distintas: uma primeira que pregava avanços setoriais no interior das instituições e uma segunda, o trabalho junto a sindicatos e associações de moradores, negando o Estado.**

O Movimento Sanitário reproduz aí a dicotomia da maioria dos movimentos sociais, ou seja, a institucionalização ou a autonomia perante o Estado<sup>6</sup>. Para Da Ros (1994, p. 41) “A VIII Conferência Nacional de Saúde é basicamente fruto dessas duas tendências, que para este fórum iam reafirmar suas posições. Era premissa básica que o ‘inimigo’ maior seriam os representan-

tes do Complexo médico-industrial, e que se buscava o reforço das posições contra-hegemônicas.”

Em março de 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas que foi, com certeza, o maior evento da saúde já realizado no Brasil em todos os tempos.

Em setembro de 1986 foi instalada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária com a incumbência de preparar uma proposta ao novo sistema de Saúde. Esta é aprovada pela Comissão em março de 1987, como projeto do setor para a Constituinte.

Ao final de 1988, a Constituição é aprovada, com o tema da VIII CNS iniciando o artigo 196 da Constituição – “Saúde é direito de todos e dever do Estado”<sup>7</sup>. De acordo com Favaret Filho & Oliveira (1990, p. 139)

*A fórmula ‘Saúde – Direito dos Cidadãos, Dever do Estado’, elaborada no seio do movimento sanitarista e consagrada como princípio constitucional de 1988, sintetiza admiravelmente a concepção que informa a primeira experiência brasileira de uma política social universalizante. A Reforma Sanitária, não obstante suas marchas e contramarchas, configura uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30 e desde então intocado em seus traços essenciais. Com ela surge na cena política brasileira a noção de direito social universal, entendido como um atributo da cidadania sem qualificações, ao que deve corresponder, como direito, não como concessão, uma ação estatal*

*construtiva da oferta dos serviços que lhes são inerentes.*

**Universalidade,  
equidade e  
integralidade  
são os princípios  
norteadores  
do SUS.**

Os princípios norteadores do SUS, já definidos na VIII Conferência Nacional de Saúde e assegurados no texto constitucional são:

- a) universalidade – entendida como o direito de todos os brasileiros à atenção de suas necessidades de Saúde;
- b) equidade – significando a garantia de cobertura de ações e serviços de saúde de acordo com a necessidade que cada caso requiera, sem qualquer discriminação até o limite da capacidade que o sistema tiver para atender a todos. De forma mais simples, a equidade pressupõe o direito de cada um às ações de saúde necessárias à solução de seu problema de saúde e
- c) integralidade – reconhecendo o todo indivisível de cada indivíduo; a necessidade de superação da compartimentalização produzida entre ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; a integração da rede de unidades produtoras de serviços de saúde e o entendimento do ser humano como ser indivisível, integrado a uma comunidade, com identidade cultural e de classe, o que o habi-

lita a se investir, respeitando a sua natureza política, do papel de ator coletivo e sujeito das transformações necessárias à construção de uma sociedade aspirada coletivamente. (MAGAJEWSKI, 1994, p. 56).

A Constituição previa a elaboração e aprovação das Leis Orgânicas correspondentes a cada uma das áreas da seguridade social (saúde, previdência e assistência social), num prazo de seis meses, com o objetivo de organizar o funcionamento das mesmas; no caso da saúde, a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde. Aí já começaram as dificuldades, pois o Governo resistia em enviar o projeto de lei ao Congresso Nacional, o que acabou acontecendo quase um ano depois (entre julho e agosto de 1989). A aprovação, no entanto, da Lei Orgânica da Saúde, só iria acontecer no segundo semestre de 1990 (através das leis n.8080, de 19 de dezembro de 1990 e n. 8142, de 28 de dezembro de 1990), já no governo do Presidente Fernando Collor e após muita negociação do Ministério da Saúde com o Movimento Sanitário. Com isso houve um atraso inicial de dois anos para o começo da implantação do SUS. (NETTO, 1994, p. 48).

A Lei n.8080 dispõe sobre as circunstâncias que promovem, protegem e recuperam a saúde, sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Já a Lei n.8142 prescreve sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. As duas leis juntas formam o que se chama de Lei Orgânica da Saúde. Segundo Dallari (1994, p. 86),

*A Lei Orgânica da Saúde – LOS – é, [...] o conjunto de duas leis editadas para dar cumprimento ao mandamento constitucional de discipli-*

*nar legalmente a proteção e a defesa da saúde, prevista como tarefa de competência concorrente. Isto significa que [...] são leis nacionais que têm o caráter de norma geral. Portanto, a LOS contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem – em seus respectivos territórios – o direito à saúde para seus povos.*

Também, na mesma época, foi dado um passo importante no processo de reestruturação do nível federal do SUS com a extinção do INAMPS que, apesar de incorporado ao Ministério da Saúde desde janeiro de 1990, continuava como um órgão quase autônomo, ainda agindo de forma clientelista, autoritária e centralizadora. Foi a queda do principal foco de resistência à implantação do SUS.

A IX Conferência Nacional de Saúde que deveria se realizar em 1990 também foi sucessivamente adiada, só ocorrendo, depois de muita pressão, no segundo semestre de 1992. Nessa Conferência não apareceram propostas novas. Todas os debates, conclusões e aconselhamentos indicavam que o projeto de Reforma Sanitária e do SUS, aprovado na VIII CNS (1986), continuava válido, tornando necessário ao Governo cumprir a lei e colocá-lo em funcionamento. (NETO, 1994, p. 48).

Contudo, só após o *impeachment* do presidente Collor e a posse no governo de seu vice Itamar Franco alguns passos mais concretos foram dados, especialmente com a publicação pelo Ministério da Saúde, da Norma Operacional Básica n.1, de maio de 1993, que estabeleceu normas e procedimentos para efetivar o processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde, aca-

tando as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, ou seja, realizando essa descentralização para estados e municípios de forma gradual, a partir do preenchimento de critérios de viabilidade em cada situação, até que cada município pudessem ficar autônomo na condução da gestão do SUS no seu âmbito.

## O SUS e seus desdobramentos – considerações finais

O desdobramento do SUS no âmbito nacional vai se dar no embate entre Movimento Sanitário *versus* Complexo médico-industrial, ou seja, na correlação de forças do modelo historicamente hegemônico (Complexo médico-industrial) com o *contrahegemônico*, a proposta do Movimento Sanitário<sup>8</sup>.

Em *Quem tem medo da governabilidade?* Francisco de Oliveira descreve com clareza a atual situação do SUS no Brasil, mostrando quem venceu ou está vencendo esta correlação de forças, na implantação desta política pública.

*Reformas descentralizadoras como a do Sistema Unificado de Saúde, foram tentadas: de novo, em 'última instância', a descentralização não funcionou porque a dilapidação do Estado que é sempre confundida com desorganização governamental – traduziu-se em sua incapacidade, nos níveis estaduais e municipais, de articular e implementar qualquer política. Essa incapacidade revela-se tanto em não poder oferecer salários razoáveis às categorias médica e paramédica – resultado não inteiramente causal da crise*

*financeira do Estado –, quanto em não controlar o sistema privado de Saúde.[...] Essa dialética cruel sofisticada desnecessariamente a aplicação de uma simples aspirina e 'aspira' a montar hospitais de primeiro mundo.* (OLIVEIRA, 1995, p. 61).

Sônia Fleury explica o fracasso nas concretizações da proposta do SUS pelo fato da ausência de base popular a este movimento, bem como pela estratégia adotada de ocupação dos espaços institucionais como fundamento do processo de reforma em um governo de transição democrática de caráter nitidamente conservador. Estes dois fatores acabaram por obstaculizar o conteúdo politicamente transformador da Reforma Sanitária, voltado para mudanças na estrutura de poder no setor saúde e na sociedade, transformando-a em uma simples reforma administrativa.

*As conquistas plasmadas na Constituição de 1988, em relação a toda a Ordem Social, são tributárias da proposta formulada pelo Movimento Sanitário e pela sua organicidade. As dificuldades subseqüentes em levar adiante as propostas formuladas acabam por identificar a Reforma Sanitária como uma reforma administrativa, ainda que provavelmente a mais importante mudança realizada no campo das políticas sociais em um contexto democrático no Brasil.* (FLEURY, 1994: 222).

Dentro desta perspectiva, ou seja, na transformação da Reforma Sanitária em uma simples reforma administrativa, achamos importante introduzir a comparação de Jaime Oliveira entre a Reforma Sanitária no Brasil e na Itália.

O termo Reforma Sanitária corresponde à tradução literal da expressão que vem designando, há alguns anos, uma experiência de formulação e implementação de Políticas Públicas em curso na Itália: a chamada *Riforma Sanitaria*. Segundo Oliveira (*op. cit.*) é possível identificar duas grandes linhas de diferenciação entre os processos que, respectivamente na Itália e no Brasil, vêm sendo designados pela mesma expressão *Reforma Sanitária*.

A primeira grande diferença é que na Itália correspondeu, a um movimento de fora para dentro em relação ao aparelho de Estado. Isto é,

*constituiu-se por uma aglutinação progressiva de diferentes movimentos sociais, que já vinham exercendo uma diferente pressão sobre o aparelho do Estado, relativa a diversos temas vinculados a questões de saúde.* (OLIVEIRA, 1989, p. 19).

De acordo com esse autor, no Brasil, o movimento pela Reforma Sanitária vem se desenvolvendo majoritariamente como de “dentro para fora”, ou de “cima para baixo”. A proposta no Brasil surge principalmente de um conjunto de técnicos,

*que têm em comum um passado de preocupações progressistas, vêem a si mesmos como componentes de um autoproclamado e informal 'partido sanitário', e ocupam hoje, com frequência, postos e posições significativos no interior do aparelho de Estado na área.* (*op. cit.*, p. 19).

A segunda, e conforme Oliveira (1989, p. 19) a mais importante diferença entre os dois casos corresponde ao fato de que

por um lado, a idéia da 'Reforma Sanitária' surgiu na Itália do imediato pós-guerra, e, portanto, no contexto de um processo de transição de uma ordenação política autoritária (o fascismo) para um regime de natureza liberal-democrática. Logo, ela surgiu no interior de um contexto, neste sentido, análogo ao que vivemos nós hoje.

Mas, por outro lado, no caso italiano, a idéia de Reforma Sanitária, pelo menos da perspectiva do ator político que a formula em primeiro lugar – o Partido Comunista Italiano – surge como uma idéia que é pensada como parte, simultaneamente, de um outro processo de transição, de mais longo prazo e alcance: a transição para o socialismo. Nos termos em que a tradição Gramsci-Togliattiana, que informa a atuação daquele partido, concebe a estratégia possível para que uma tal transição se dê em um contexto político e social como o italiano (isto é, um contexto com características ocidentais, onde o Estado já adquiriu sua configuração moderna, ampliada; onde já se constituiu uma situação de hegemonia burguesa, entre outros.), qual seja: a estratégia correspondente ao que Gramsci denominava de "guerra de posição". Noção retomada e desenvolvida por um continuador de sua obra teórica e política (Palmiro Togliatti) no conceito de democracia progressiva, e que encontra eco naquilo que os comunistas italianos contemporâneos (como, por exemplo, Pietro Ingrao) entendem hoje por democracia de massa. Deste modo, a idéia de Reforma Sanitária é pensada desde o início como um projeto de contra-hegemonia, onde noções, por exemplo, de democratização do Estado e consciência sanitária adquirem importância fundamental. (OLIVEIRA, 1989, p. 19).

Já no Brasil, o termo *Reforma Sanitária* vem sendo usado dentro de

uma perspectiva muito restrita, ou seja, apenas como um novo nome, para rebatizar antigas proposições, constitutivas de um movimento que já dura mais de dez anos.

Para Oliveira (*ibid*, p. 21) a Reforma Sanitária não pode ser pensada apenas como "meras modificações técnico-administrativas e organizacionais". Mas, sim, precisa dar posição central a temas como o "da democratização do Estado e da formulação de um projeto contra-hegemônico (no que a questão da consciência sanitária e da ampliação do conceito de 'direito à saúde' colocam-se como pontos vitais)", bem como refletir sobre quais são os mecanismos concretos através dos quais o Estado *digere* proposições potencialmente radicais, como o sentido original da expressão *Reforma Sanitária*, transformando-as em formulações *reformistas* no sentido preciso do termo.

Uma outra análise importante é a de Faveret Filho & Oliveira (1990, p. 139-162), onde os autores introduzem o conceito de *universalização excludente*, ao descreverem todos os movimentos de formação e mudança do sistema de saúde brasileiro como marcados pela ampliação permanente da abrangência dos setores beneficiados, desde as CAP's até o SUS onde especificamente dentro do sistema de saúde, cada movimento de expansão universalizante do sistema foi acompanhado de mecanismos de racionamento (queda na qualidade dos serviços, filiais e outros) que expulsou do sistema diversos segmentos sociais.

A partir da década de 80, o surgimento dos planos de saúde introduz esta autonomia ao setor privado, rompendo com o diagnóstico do Movimento Sanitário que se concentrava na centralidade do gasto público, como mantenedor do setor privado. As consequências desta autonomização e desenvolvimento do setor privado são, por um lado, a diminuição da demanda para o setor público e, por outro, a

perda da capacidade de pressão sobre o Estado, pois cada vez mais a clientela dos planos de saúde são as classes médias, estas, justamente as classes com capacidade de pressão sobre o Estado.

Através das diversas formas de planos de saúde (individual, de grupo com participação das empresas privadas e caixas próprias das empresas estatais) observa-se que, de certa forma, há uma volta às CAP's, "onde os benefícios auferidos pelos trabalhadores estavam numa relação direta à expressão econômica das empresas às quais se achavam vinculados" (*op. cit.*, p. 152). O sistema público de saúde passa então, cada vez mais a atender somente o *excluído* sem capacidade de articulação e pressão no Estado.

Esta análise, juntamente com a de Sônia Fleury e Jaime Oliveira, fornecem ricos subsídios para a tentativa de compreensão do atual estado do SUS no território nacional, ou seja, permite afirmar que a simples ocupação de espaços institucionais no interior do Estado por sujeitos sociais progressistas não garante a concretização de uma proposta que se pretendia democratizante. Pode, quando muito, realizar-se enquanto uma proposta reformista (reforma administrativa, garantia constitucional). A democratização é acima de tudo um processo *de mão dupla*, exigindo transformações tanto no interior do Estado quanto na Sociedade.

## Referências bibliográficas

- DALLARI, Sueli Gandolfi. A Constituição brasileira e o sistema único de saúde. Aspectos legais do SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP. *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos*

- para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.
- DA ROS, Marco A. *Fórum popular estadual de saúde. Expressão catarinense do movimento sanitário para os anos 90.* (Concurso Prof. Titular) Florianópolis. DSP/CCS/UFSC, 1994
- ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sônia F. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria.* 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva, 1995.
- FAVERET FILHO, P. e OLIVEIRA, Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: *Planejamento e Políticas Públi-cas.* Rio de Janeiro. n. 3, jun. 1990. p. 139-162.
- LUZ, Madel T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.* Rio de Janeiro: Ed. Graal, 3. ed. 1986.
- MAGAJEWSKI, Flávio, R. L. *Seletividade estrutural e a construção do sistema único de saúde em Santa Catarina no período 1987-1990.* (Dissertação de Mestrado em Administração). Florianópolis. CPGA/UFSC, 1994.
- NETO, Eleutério Rodrigues. Reforma sanitária e sistema único de saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP. *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde.* Brasília: IEC, 1994.
- OLIVEIRA, Jaime A. Reformas e reformismos: para uma teoria política da Reforma Sanitária (ou, reflexões sobre a Reforma Sanitária de uma perspectiva popular). In: ROSÁRIO DA COSTA, N. et alii. *Demandas populares, políticas públicas e saúde.* Petrópolis: Vozes, 1989. p. 13-38. vol. 1.
- OLIVEIRA, Francisco. Quem tem medo da Governabilidade? In: *Novos Estudos CEBRAP*, n.41, março, 1995.
- ROSÁRIO DA COSTA, Nilson. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da reforma sanitária. In: ROSÁRIO DA COSTA, et alii. *Demandas populares, políticas públicas e saúde* (Vol. 1). Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989. p. 45-66.
- RUVER, H. R. dos Santos. *Descentralização e participação nas Políticas de saúde: uma crítica do processo de implementação das AIS e do SUDS em Criciúma na gestão Hülse (83-88).* (Dissertação de mestrado em Sociologia Política). Florianópolis, PPGSP/UFSC, 1992.
- SANTOS, Wanderley G. *Cidadania e justiça.* Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1979.
- TEIXEIRA, Sônia Fleury. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- 1975, publicado no D.O. de 18 julho de 1975.
- 4 BRASIL. Decreto-lei n. 86.329, de 2 de setembro de 1981.
- 5 É importante salientar que todas estas propostas tiveram uma influência muito grande da Conferência de Alma Alta.
- 6 Para essa discussão, mais especificamente no campo da saúde vide ROSÁRIO DA COSTA (1989, p. 45-66).
- 7 **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.** Título VIII, cap. II, Seção II, 1988.
- 8 Não pretendo fazer uma análise exaustiva da literatura que analisa os desdobramentos do SUS no Brasil, e sim fazer um cotejamento seletivo entre alguns autores que têm se debruçado sobre este tema a partir de uma perspectiva da Sociologia Política.

#### Endereço – Autor

E-mail: julian@cfh.ufsc.br

#### Notas

- 1 BRASIL. Decreto-lei n. 15.002, de 1921.
- 2 BRASIL. Decreto-lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967.
- 3 BRASIL. Sistema Nacional de Saúde – Lei n. 6.229, de julho de