

# “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado

AMÉLIA COHN<sup>1</sup>

**P**ASSADAS quase três décadas, retorno ao artigo publicado em 1989, na revista *Lua Nova*/CEDEC, e revisito questões que ainda hoje merecem atenção. Naquele texto discute-se a natureza da Reforma Sanitária brasileira vista como movimento, por ser entendida como um fenômeno dinâmico e inacabado, e analisa-se o conhecimento até então produzido pela área da Saúde Coletiva, e a estratégia adotada para as conquistas presentes na Constituição promulgada no ano anterior. Compunha-se assim uma análise que apontava as potencialidades e os limites dos caminhos até então percorridos com vistas ao futuro.

Este artigo retoma dois desses eixos, a natureza da Reforma Sanitária brasileira e sua estratégia política para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas o faz de outra perspectiva, demandada pelo momento presente que atravessa a democracia brasileira. A indagação de fundo é se nesse percurso de 30 anos houve mudanças no conteúdo do movimento da reforma sanitária, com base nas ênfases reveladas pela produção do conhecimento da área enquanto norteador das estratégias políticas adotadas no período, para perguntar o que explica os retrocessos tão drásticos que se evidenciam atualmente nas políticas de saúde. Em resumo, o movimento sanitário está ou não esgotado enquanto proposta de direção de um fenômeno social dinâmico? Seus limites hoje impõem-se às suas potencialidades?

## **A reforma sanitária: avanços e concessões**

Os indicadores de saúde, seja do ponto de vista epidemiológico, seja do ponto de vista de cobertura e acesso a serviços, mostram que no período desses quase 30 anos o Brasil avançou e muito na conquista da saúde como um direito. O SUS é tido como o maior sistema público do mundo capitalista. Apesar de algumas limitações, prima por sua eficiência se confrontado com as enormes desigualdades sociais e de distribuição de equipamentos de saúde criadas historicamente e mantidas de forma estrutural. Por outro lado, esses avanços também apontam que sua efetivação nem sempre se traduz em expansão da ordem democrática, seja ela horizontal, seja vertical. Haja vista a dificuldade no avanço da implantação do SUS nesse período, bem como o acelerado retrocesso que se impõe a ele na atual conjuntura.

De imediato, isso remete ao questionamento sobre os limites e potencialidades do movimento sanitário brasileiro, enquanto processo político e social

que alavancou a saúde para o *status* constitucionalmente institucionalizado de “direito de todos e dever do Estado”, pré-condição essencial para a implantação do SUS no país. Esse período é marcado por um certo refluxo na sua capacidade de mobilização social, de início já bastante restrita aos círculos acadêmicos, dos trabalhadores da saúde e dos trabalhadores do setor econômico, no geral dos setores de ponta da economia. De início juntaram-se a esses segmentos movimentos populares de saúde, com destaque para aqueles da periferia dos grandes centros urbanos, como o Movimento de Saúde da Zona Leste, em São Paulo.

Com o passar do tempo, o engajamento efetivo na luta pelo direito à saúde vai se mantendo acentuado, particularmente entre os acadêmicos da área, entre alguns poucos (até muito recentemente) representantes no poder legislativo dos três níveis de governo, e gestores e trabalhadores da saúde. Evidencia-se, contudo, um claro descolamento da luta pelo SUS, com seus princípios e diretrizes, em relação aos movimentos sociais em geral. Naquela época já se questionava até que ponto a saúde, enquanto questão social, seria capaz de manter a mobilização social após o período da transição democrática do país, quando o movimento sanitário se articulou com o movimento mais amplo da mobilização pela democratização política. Quando essa já se apresenta, passa a prevalecer, mesmo nos órgãos de participação social (os conselhos de saúde e os conselhos gestores dos serviços de saúde, estes quando existentes), o caráter fracionado da participação social, organizada por interesses particulares específicos que definem as demandas dos seus representantes, dificultando assim a mobilização e a pressão por direitos da saúde mais amplos e universais. A própria dinâmica de funcionamento dos conselhos (Lavalle; Voigt; Serafim, 2016; Lavalle; Isunga, 2011) é marcada pela lógica de que o somatório dos interesses particulares resulta na representação do interesse geral para o setor. Tanto assim é que até o momento prevalece a busca da decisão por consenso nessas arenas de representação social.

Nesse sentido, Sergio Arouca, líder intelectual e político do movimento sanitário, era incisivo em sua avaliação: a luta pela saúde significa um projeto civilizatório e modernizador para o país. À época, a ênfase na luta pela saúde recaía sobre a sua dimensão essencialmente política. Em certa medida foi essa ênfase que foi se diluindo ao longo do tempo, sobressaindo a dimensão técnica e propositiva da institucionalidade exigida para a implantação do SUS. Isso não se deu sem custos. Após um primeiro momento de avanços acentuados na sua efetivação, evidencia-se um crescente refluxo do movimento sanitário para uma postura defensiva, com vistas à defesa das conquistas já alcançadas. Não sem fundamento: a proposta na Constituição de 1988 que institui a concepção da seguridade social é aprovada num contexto global e nacional de crise econômica que fundamenta posições neoliberais de ajuste econômico e de Estado mínimo. Nesse ponto, o novo arcabouço legal contraria o movimento da história, para não mencionar a tradição histórica brasileira na área social. Reafirma-se portanto que o SUS, como um dos pilares do sistema de seguridade social no país,

representa uma conquista sem precedentes graças à firmeza e competência das lideranças reformistas.

No entanto, os caminhos percorridos para sua conquista em 1988 deixaram sequelas. A primeira delas consiste em que, dada a liderança do PCB (Partido Comunista Brasileiro) no interior do movimento sanitário e, por conseguinte, da estratégia política por ele adotada, o foco da militância por reformas na saúde se volta basicamente para o interior do aparelho do Estado, como já apontava no texto ora revisitado. À época estavam presentes, compondo uma unidade tensa, duas correntes de pensamento do movimento (Teixeira, 1989, p.108): a que poderia ser batizada de social democrata e a outra de socialista, essa identificada com o então recém-criado Partido dos Trabalhadores. Como amálgama entre ambas as correntes encontrava-se aquilo que Teixeira atribui à reforma sanitária enquanto processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e responde pela proteção à saúde de todos os cidadãos, que significaria um “efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares” (Teixeira, 1989, p.39).

Em decorrência, evidencia-se um descompasso entre os enormes avanços institucionais na organização e implantação do SUS desde 1990, quando da regulamentação do texto constitucional no capítulo da seguridade social envolvendo a saúde, e a crescente dificuldade, no decorrer dessas décadas, de se mobilizar e organizar as “camadas populares” em torno da questão da saúde. Muito embora essa não seja uma interpretação unívoca: em 2016 Jairnilson Paim afirma, em várias de suas intervenções, que o projeto da Reforma Sanitária no Brasil teria nascido do povo, e não do Estado, nem de governos, nem de partidos políticos, em que pese haver diálogo entre alguns deles. Atribui assim ao movimento sanitário um componente popular, nacional e democrático (Paim, 2008).

Quanto àqueles traços de movimento nacional, democrático e popular, pouco há com que discordar. Já quanto ao fato de não ter nascido no interior do Estado, é uma afirmação que merece reparos, pois a estratégia inicial, e seguida até há bem pouco tempo, antes dos eventos que levaram ao impedimento da então presidenta Dilma Rousseff em 2016, consistia em sanitaristas ocuparem postos estratégicos no interior do aparelho de Estado, e a partir daí implementarem medidas progressivas de institucionalização do SUS. Dois exemplos dos mais significativos, na década de 1980, são dados pela ocupação de cargos diretivos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – por exemplo, a presidência de Hésio Cordeiro no período 1985/1988 e posteriormente de 2007 a 2010 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e por Sergio Arouca na presidência da Fundação Oswaldo Cruz no período 1985/1989, condição que o levou a presidir a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Concomitantemente criam-se instituições da sociedade civil, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1976 e a Associação

Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979, que congregavam e seguem congregando o pensamento crítico na área da Saúde Coletiva, com isso assumindo a liderança do processo de defesa do SUS.

E aqui se revela um segundo traço. Dada a premência de construção e de institucionalização do SUS, num contexto crescentemente desfavorável tanto em termos de políticas econômicas (o subfinanciamento do SUS é algo crônico em virtude das políticas de ajuste fiscal sucessivamente adotadas) quanto em termos das dificuldades impostas por um Estado patrimonialista e uma sociedade conservadora, ambos avessos a quaisquer medidas de distribuição mais equitativa dos recursos sociais, mesmo que modestas, a sua implantação vem sendo marcada por avanços e recuos. Já o próprio movimento sanitário na maior parte do tempo viu-se na defensiva, na posição de ter de lutar pela defesa das conquistas já realizadas a fim de evitar retrocessos. Se o balanço geral desses quase 30 anos é altamente positivo em termos do acesso da população à atenção à saúde, não obstante isso não ocorreu sem custos.

Outro traço, agora relativo aos equipamentos e à infraestrutura para a atenção à saúde, diz respeito a fazer frente à distribuição altamente desigual de equipamentos e recursos humanos no setor e ao pacto federativo instaurado na mesma Constituição, que colocam sérias dificuldades ao processo efetivo de descentralização na área da saúde. De fato, cabe afirmar que, diante de sucessivos contingenciamentos do orçamento na função saúde, da fragmentação dos mecanismos de repasse de recursos do nível federal para os demais níveis, do estadual para o municipal, marcado ainda pela sua fragmentação pelos distintos programas, mesmo no seu interior, tais repasses foram sendo multiplicados paulatinamente por meio do que já foi denominado de “puxadinhos do SUS”. Isso ampliou a diversidade de morbidades atendida e de especificidades das questões de saúde por faixas de idade, gênero e morbidades específicas. Isso foi acompanhado por uma fragmentação da atenção à saúde e uma segmentação da clientela, dificultando a construção da consciência da saúde (para além da assistência médica) como um direito. Por ocasião dos 25 anos do SUS, Mendes aponta que não só no plano da organização microeconômica o seu desafio consistia em superar a fragmentação da forma pela qual ele se estrutura, como é exatamente ela que “dá tons de universalidade à crise dos modelos de atenção à saúde em todo o mundo, nos setores públicos e privados” (Mendes, 2013, p.29). E ainda aponta:

[...] com a estrutura vigente de gastos públicos em saúde não se pode pretender consolidar o SUS como direito de todos e dever do Estado. Essa é a razão fundante da segmentação do sistema de saúde brasileiro que poderá fazer de nosso sistema público de saúde, no longo prazo, um sistema de assistência à saúde para as classes mais baixas e um resseguro para procedimentos de alto custo para as classes médias e para os ricos. (Mendes, 2013, p.31)

Essa trajetória de expansão e consolidação do SUS vai se dando, portanto, de forma contraditória, num processo de redemocratização do país marcado pelas elites políticas e sociais conservadoras e patrimonialistas, que resistem a uma proposta civilizatória de uma política universal e equitativa para a saúde, não intermediada pelo mercado. Vale dizer, a saúde como um bem comum e não uma mercadoria. A contradição reside no fato de que, no nível macro, políticas econômicas conflitam com as necessidades de investimento (e não gasto) na saúde, ao mesmo tempo que, acompanhadas pelas concepções que lhe são próprias – de que o público estatal é ineficiente e dispendioso e que à mão invisível do mercado corresponderia a adequada alocação dos recursos – o setor público estatal da saúde, no período mais recente, a partir dos governos de Fernando Henrique Cardoso, vai crescentemente sofrendo um processo de privatização que necessita ser qualificado. Não se trata aqui de uma questão de princípio, segundo a qual o estatal por natureza é puro e o privado impuro, muito menos de só denunciar as isenções fiscais para o mercado privado da saúde, e mesmo o fato que o setor público estatal é o maior comprador de seus serviços, mas de algo muito mais profundo e grave. A partir de meados da década de 1990, os serviços públicos estatais passam crescentemente a ser geridos por instituições públicas de direito privado (as organizações sociais ou organizações da sociedade civil de interesse público), que são contratadas por metas de cobertura e produção, por um preço negociado previamente. E mais uma vez a conta não fecha. A atenção à saúde como direito universal não pode se ater a racionalidades de custo/benefício, como se tratasse de um público consumidor do mercado, pois sua demanda necessariamente é aberta. Nesse caso, como os recursos são predefinidos, o público alvo igualmente tem que ser predefinido, ou pelo lado do acesso ou pelo lado do cardápio de prestação de serviços, ou por ambos. Introduce-se, assim, no interior dos serviços públicos estatais, que exigem outra racionalidade para se equacionar a relação custo/benefício e custo/eficácia social, a racionalidade econômica do custo/efetividade. Não por acaso, a expansão dessas novas formas de gestão é precedida por balões de ensaio adotados em grandes centros urbanos, e posteriormente espalhados pelo país.

Não se pode afirmar que os governos a partir de meados da década de 1990 tenham sido acentuadamente conservadores. No entanto, registre-se que foi a partir de então que mesmo os governos do Partido dos Trabalhadores (PT), precedidos pelos dois mandatos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), implementaram medidas de teor privatizante na área da saúde, numa delicada e perigosa combinação de avanços na implementação do SUS e concessões aos interesses privados da saúde. Registre-se, de resto, que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada no ano 2000, no seio das propostas do período quanto à modernização do Estado e à agilização da burocracia estatal com incremento do seu poder de regulação, passa a ser capturada de forma cada vez mais explícita pelos interesses privados do mercado da saúde, atingindo seu ápice no período mais recente. A partir de meados de 2016 a proposta de ação

da defesa do SUS e de sua progressiva implementação evidencia estar superada. E os fatos atuais exibem evidências conclusivas que vêm ao encontro da tese defendida no texto aqui revisitado, vale dizer, das limitações impostas pela excessiva ênfase dada à organização institucional da saúde e sua introdução no interior do aparelho do Estado, em detrimento da mobilização da sociedade em torno da questão da saúde.

### **Revedo a proposta para manter o projeto**

Nesse sentido, pode-se levantar a hipótese (com a qual Jairnilson Paim não concordaria) de que a *proposta* – e não o *projeto* – da Reforma Sanitária, tal como originalmente formulada, já vinha se esgotando, e que hoje se encontra superada. Não só se evidencia nesse período mais recente a crescente prevalência, nas análises acadêmicas do campo da Saúde Coletiva e nas palavras de ordem modernizadora a favor do SUS, da dimensão institucional desse processo (“em defesa do SUS” é a palavra de ordem predominante que assume o espaço de “em defesa da Reforma Sanitária”, enquanto movimento político), como o lance final foi dado pelos eventos que marcaram e vêm marcando o que Wanderley Guilherme dos Santos denomina “golpe burocrático parlamentar”, referindo-se aos eventos de 2016 (Santos, 2017).

Desde então investidas mortais contra o projeto da reforma sanitária e o SUS vêm sendo desferidas, a começar pelo congelamento dos recursos para o setor por 20 anos (EC 95/2016), seguido da proposta de criação dos planos de saúde acessíveis e da revisão do Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB), para não mencionar a extinção do programa da Farmácia Popular e, atualmente, a proposta de um novo sistema de saúde, apresentada por representantes de segmentos do setor de planos de saúde (abril de 2018). Registre-se que nessa proposta, que vem no rastro de inúmeras outras, o setor privado não visa pôr fim ao SUS, mas tão somente tornar ainda mais favorável a articulação perversa já existente entre os segmentos público e privado da saúde, em prol da sua lucratividade, e avançar no terreno da disputa da hegemonia na definição dos rumos do sistema.

Na arena legislativa, o Congresso Nacional vem demonstrando a que veio: pôr-se a serviço do mercado (estrito e lato senso), o que se expressa na afirmação do presidente da Câmara dos Deputados, Rodrigo Maia, do DEM/RJ, em junho de 2017: “O congresso não é obrigado a ouvir o povo. Isto aqui não é como um cartório onde a gente carimba o que o povo está pedindo”. O destaque dessa afirmação, dentre tantas outras do mesmo jaez feitas por representantes políticos, se fundamenta no fato de que ela expressa, de forma sucinta e contundente, a crise de representação política em que o país está mergulhado na atual conjuntura. A via legislativa não se revela mais como caminho de negociação e persuasão política para quaisquer propostas de políticas redistributivas, muito menos no caso da saúde, que não só concentra capital de monta, como vem há tempos tratando de eleger sua bancada pró-mercado da saúde.



Se o Executivo até então havia sido o protagonista principal na constituição e implementação do SUS, obediente no geral à concepção original do movimento da Reforma Sanitária marcada por forte viés desenvolvimentista, segundo o qual o Estado seria o agente modernizador da sociedade (apesar das concessões perigosas que foram feitas no decorrer dessa trajetória), e se o Legislativo não abraça de forma significativa a causa da saúde como um direito ao não reconhecer os princípios do bem comum e da democracia como um valor universal (as doações das empresas de planos privados de saúde em 2014 aumentaram seu investimento nas eleições parlamentares em 263%), uma conclusão impõe-se. Torna-se imperativo que se resgate de forma mais consistente o apoio da sociedade na defesa das propostas e do projeto do SUS, pois é nessa arena que passam a residir, em princípio, as possibilidades de reformatação do projeto sanitário para o país. E, de fato, é para essa direção que o movimento da reforma sanitária vem se voltando nos anos mais recentes.

Quando da formalização institucional do SUS na Constituição de 1988, não só sua fundamentação partia da concepção do Estado desenvolvimentista e do movimento da reforma sanitária como constituindo um processo civilizatório, mas também depositava-se na sociedade brasileira, sobretudo nos movimentos populares de saúde e nos segmentos sociais então mais organizados e articulados, a expectativa de pressionar o Estado e as elites políticas para que esse sistema público de saúde, regido pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, fosse efetivado.

A hipótese que prevalecia então, e que fundamentava o projeto e a proposta da reforma sanitária, era de que a sociedade naquele período de transição política, marcada pela preparação de um Assembleia Nacional Constituinte, apresentava forte potencial democrático. Daí a razão de se resgatar um texto contemporâneo das formulações pioneiras sobre a saúde como um direito e sobre o SUS, datado de 1986, ano da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, e que auxilia no entendimento de um traço fundamental da sociedade brasileira, e que tem seu contrapeso nos limites das possibilidades de o Estado brasileiro abraçar de forma consequente propostas de caráter mais distributivo na área social. A autoria é de Guillermo O'Donnell, que em capítulo de livro trata do autoritarismo e da democratização na Argentina e no Brasil, pós-ditaduras militares, a partir de cenas do cotidiano social.

O mote da análise daquele autor são as expressões cotidianas argentina “e eu com isso?” e brasileira “você sabe com quem está falando?”, a partir das quais analisa como a sociedade argentina enfrenta a violência do tratamento coloquial enquanto uma relação de reciprocidade, enquanto a sociedade brasileira acata a violência da existência de uma hierarquia entre os sujeitos, uma vez que o interpelado não nega nem cancela a hierarquia contida na expressão utilizada, mas a ratifica. E a partir daí o autor analisa, para os idos dos anos 1980, como no Brasil a

[...] forte serialização da sociedade favoreceu uma inversão ainda mais radical [do que no caso argentino] das relações sociais e políticas pressupostas nos moldes clássicos de representação política: simplesmente houve pouco a *reapresentar* na política, de uma sociedade na qual os “de baixo” não conseguiram ter formas de organização nem identidades políticas relativamente autônomas das classes e setores dominantes. Quando muito, ascenderam a uma “cidadania regulamentada” que mais que um canal para a expansão de direitos, obliterou espaços institucionais, práticas e identidades potencialmente alternativas – e isto, até agora, sob qualquer tipo de regime político. Sem a presença enquanto-cidadãos de, pelo menos boa parte dos setores populares, há pouca sustentação para que surja uma sociedade política em que aqueles também sejam *politicamente representados*, em uma mediação que os *reconheça* na sua dupla condição de cidadãos e de povo. (O’Donnell, 1986, p.141)

Esse resgate do estudo de O’Donnell remete à análise pioneira de Wanderley Guilherme dos Santos, datado da década de 1970, sobre as políticas sociais brasileiras do período varguista e de como elas segmentam a sociedade por critérios que se localizam em qualquer ocupação reconhecida e definida em lei, promovendo a extensão da cidadania por profissões ou ocupações, em detrimento de sua expansão por valores inerentes ao conceito de membro da comunidade (Santos, 1979). As sequelas sociais e políticas dessa herança histórica, analisadas de perspectivas distintas por esses dois autores, para qualquer tentativa de implementação de políticas sociais de traço redistributivo são evidentes. Daí a associação de ambas as análises, uma vez que convergem para um fenômeno da realidade brasileira que O’Donnell aponta para os idos de 1980, e que ressurtem de forma veemente na atualidade, e que segundo ele apontam para o fato de que a sociedade brasileira parece estar programada “para democracias languidamente elitistas, e facilmente prescindíveis assim que deixem de sê-lo” (O’Donnell, 1986, p.150).

Não causa estranheza, portanto, os brutais retrocessos na construção e consolidação do SUS que vêm ocorrendo na atual conjuntura, em que se vivencia o fim “do breve ciclo da cidadania social no Brasil”. Mas O’Donnell ainda adverte em sua análise para outro fato, e que diz respeito diretamente ao argumento deste texto: trata-se da dificuldade de se constituir uma sociedade política no Brasil dada a necessidade de se superar o traço dos burgueses e pequenos burgueses (as expressões são dele), acostumados – democratas ou não – a monopolizar o discurso na sociedade, na política e no Estado.

Seguindo os pressupostos e os preceitos desenvolvimentistas, ocupar espaços no interior do aparelho do Estado para a partir daí implementar mudanças institucionais – com a percepção que essas levariam a mudanças sociais, à época entendidas como a modernização e a democratização do país e da sociedade – tornou-se o foco das atenções e da energia política dos quadros sanitaristas. E de fato foi com essa estratégia que se implementou o SUS, embora de forma



contraditória e com inúmeras concessões aos interesses privados do mercado da saúde. Ao mesmo tempo, voltar-se para o aparelho do Estado em detrimento da ênfase na sociedade como força política de sustentação desses avanços na saúde significa reconhecer que há limites naquela estratégia política, e que agora se fazem presentes de forma aguda.

Não há como evitar, portanto, a indagação de até que ponto os intelectuais, acadêmicos e profissionais do setor monopolizaram o discurso da saúde como um direito universal e equânime, afastando por essa via o projeto da reforma sanitária das demandas da sociedade, com suas múltiplas identidades, valores e representações sociais. O desafio que se apresenta para que se avancem as conquistas na área da saúde consiste em reconhecer como se desenvolvem na sociedade identidades horizontais, vividas como tais, com potencialidades de se desenharem como sujeitos coletivos com capacidade de representação na sociedade política, e aptos a se imporem numa realidade social que traz consigo uma tradição tão clientelista, corporativa e autoritária e que, paradoxalmente, portanto, tão estatista na defesa dos interesses privados.

Dessa forma, a continuidade do *projeto* da Reforma Sanitária no país, em condições sociais e políticas que se revelam cada vez mais acentuadamente desfavoráveis, apesar dos avanços nas políticas redistributivas do “breve ciclo da cidadania social”, necessariamente remete o foco da atenção para a sociedade civil, articulada desigualmente por meio de certas práticas institucionais do Estado. E implica apostar que essa dissidência aparente entre o Estado-instituições e a sociedade civil englobe a emergência de diversas mediações entre a opacidade e o fracionamento do privado na sociedade e o caráter público e universalista estatal.

Daí deriva a necessidade de se debruçar com mais empenho sobre a sociedade, em particular sobre os segmentos sociais sem acesso ao mercado da saúde, para que se busque entender como a sua segmentação atual, distanciada progressivamente das identidades de classe, e como suas formas de vivência das necessidades sociais dessa multiplicidade de indivíduos vivenciando situações de vida tão desiguais rebatem sobre a sustentação (ou não) das propostas reformistas da saúde. Trata-se de buscar entender como essas demandas particulares se traduzem em demandas políticas junto ao Estado, buscando identificar possibilidades de esses segmentos sociais desenharem-se como sujeitos coletivos portadores de direitos. Para tanto, faz-se necessário que o movimento da Reforma Sanitária saia da sua zona de conforto, que consistiu em concentrar sua atenção no Estado, nas esferas governamentais, em detrimento da atenção junto à sociedade, e da busca da sua mobilização, que não restrita (e restritiva, embora crucial) nos conselhos de gestão da saúde.

Na verdade um conjunto de fatores anuncia o fim desse ciclo: a disputa política cada vez mais acirrada pela definição das diretrizes políticas a serem (ou que na realidade vêm sendo) implantadas na área da saúde, buscando a inversão dos preceitos constitucionais (ao invés do setor privado da saúde ser com-

plementar ao SUS, este se tornar complementar àquele); o fato inédito, desde meados da década de 1970, de os reformistas sanitários terem sido alijados dos postos estratégicos de mando do Ministério da Saúde e de seus similares nos níveis estadual e municipal; a estratégia utilizada pela invasão do sistema de saúde brasileiro pelas denominadas “clínicas de baixo custo”, e que com isso não só desvirtuam a relação do setor privado com o SUS (por exemplo, com apenas a apresentação de uma guia de solicitação de exame de diagnóstico prescrita pelo SUS o usuário do sistema se encaminha para essas clínicas, onde realiza o exame solicitado pagando preços “acessíveis” em nome de uma pretensa maior praticidade), como também passam a capturar o imaginário da população, sobretudo dos segmentos populares e de renda média, de como no caso da saúde o privado é mais adequado ao atendimento da sua demanda do que o público. Esse “despejo” dos quadros sanitários desses espaços institucionais do executivo, e que tinham na estratégia de sua ocupação a orientação fundamental para a implementação dos princípios e das diretrizes presentes no SUS, simboliza o esgotamento da proposta da reforma sanitária forjada nas décadas de 1970, 1980 e 1990.

A mobilização da sociedade, essa sociedade fragmentada, desigual e com profundas raízes históricas advindas de um país colonial e escravagista, e que torna nossa democracia tão “languidamente elitista” nas palavras de O’Donnell, revela-se agora o recurso privilegiado na preservação das conquistas setoriais dessas últimas três décadas. Desde 2017 que se ouvem representantes do movimento sanitário (Abrasco e Cebes) afirmarem que “a esperança somos nós; nós e os outros”; e também sobre a necessidade de se resgatar o “espírito de 1988”, quando a luta pela saúde revestia-se fundamentalmente de uma mobilização política propositiva na construção do SUS e da saúde como um direito social, tendo nas organizações sindicais, sobretudo do setor de ponta da economia, nos movimentos populares por saúde e nos profissionais e acadêmicos da área da Saúde Coletiva seus principais protagonistas. Após aquele ciclo de distanciamento entre os sujeitos responsáveis pela institucionalização do SUS e sua implantação, que se entrincheiravam no aparelho estatal dos vários níveis de governo, e as organizações da sociedade civil, volta-se agora, esgotado o ciclo de implantação da reforma sanitária por dentro do aparelho do Estado, para a sociedade.

Não se trata de negar a eficácia da estratégia política adotada pelo movimento sanitário desde a década de 1980 (na realidade até um pouco antes dessa data, a partir de meados da década de 1970), mas sim de apontar os riscos inerentes a ela, ainda mais se tratando da especificidade da saúde, que tende a ser representada socialmente como acesso a serviços curativos, e portanto como um bem de consumo e não um direito social, que envolve sobretudo o deslocamento do modelo curativo para o modelo de atenção integral à saúde. E muito embora a vasta literatura sobre as experiências dos conselhos de gestão da saúde testemunhe que efetivamente esse mecanismo de participação e repre-

sentação direta dos interesses dos distintos segmentos da sociedade no processo de tomada de decisões e acompanhamento da gestão da saúde possibilitou uma diversidade maior da presença de atores sociais nesses espaços como também a emergência de novos sujeitos sociais, elas testemunham que essa representação acaba contendo ambiguidades entre os pilares instituídos e instituintes nisso envolvidos. Isso porque a questão não se limita à presença desses novos atores e sujeitos sociais nesses espaços de participação social na gestão pública, mas se essas experiências efetivamente portam o conteúdo de transformar a questão da saúde como pertinente à esfera pública num ambiente democrático. Em 1999 a autora já alertava que

No atual contexto de crescente desemprego, desregulamentação do trabalho, quebra dos velhos contratos, flexibilização de direitos historicamente conquistados e submissão da gestão e gerência dos serviços públicos estatais à racionalidade do mercado, a participação, a cidadania e a promoção da saúde teriam sobretudo a atribuição de “reconstruir a esfera pública”. (Cohn, 2000, p.299)

A busca dessa reconstrução, no entanto, revela-se tarefa complexa. Pereira Neto (2012, p.100) identifica o processo de participação dos conselheiros nos Conselhos de Saúde como uma “relação de aliciamento e dependência recíprocos entre o conselheiro, o cidadão e o político”, fazendo que a representação e a mobilização em torno da saúde como um bem público e um direito social se construam de forma fragmentada por meio de interesses particulares ou por apropriação de delegações não de *representação* mas de *intermediação* entre segmentos da sociedade e os serviços públicos de saúde, levando a que a saúde, ou o acesso aos serviços de saúde, se conforme como privilégios e/ou favores, e não direitos. Por outro lado, o fenômeno da emergência das clínicas de baixo custo tem como estratégia de penetração nos nichos de seu mercado potencial em espaços da periferia das cidades, por exemplo, trazer para junto de si trabalhadores do SUS (ou seus colaboradores) e lideranças da comunidade para capturarem esse mercado. Interessante notar que nas áreas periféricas elas se instalam somente após a abertura nos locais de agências bancárias e postos de agências de cartão de crédito (Jurca, 2018).

A abundância de estudos sobre o tema da relação Estado/sociedade nos conselhos gestores da saúde contempla, entre vários outros aspectos, a perspectiva da fronteira entre ambos no exercício da participação social (nomeada “controle social” desde a origem da proposta e sacramentada na constituição de 1988). Indaga-se, por exemplo, qual é o grau de autonomia desses sujeitos sociais nos conselhos de saúde ante as tentações a que são expostos dada a sua proximidade com o poder público; ou qual é o grau de representatividade das bases sociais que lhes delegaram a representação; ou ainda, qual a capacidade que esses espaços vêm demonstrando para impulsionar inovações efetivas nos processos de tomada de decisão, revelando-se capazes de pressionar e lutar pela

partilha do poder com os interesses já estabelecidos e presentes nas políticas públicas, em particular, no caso, nas políticas de saúde. Côtrez (2009), por exemplo, distingue os “atores estatais” (representantes do poder público) dos “atores sociais”, representantes dos vários segmentos organizados da sociedade. Esse recurso certamente auxilia na identificação das distintas partes que compõem o coletivo desses colegiados, porém não desvenda a nebulosidade que borra os limites dos espaços público e privado na dinâmica dos conselhos e nos processos de tomada de decisão, até há muito pouco tempo marcados pela busca do consenso como forma de mediar conflitos de interesses.

Por outro lado, vem ao encontro dessa opacidade entre os espaços público e privado da vida social e política do país a crescente dificuldade de se caracterizar, no sistema de saúde brasileiro, o que vem a ser setor público e o que vem a ser privado na oferta e prestação de serviços de atenção à saúde, com aquele crescentemente sendo gerido por organizações sociais, que embora sem fins lucrativos obedece à lógica do custo/benefício própria dos mercados, enquanto o setor privado da saúde, abarcando também aqui o setor filantrópico, vem crescentemente conquistando para si isenções fiscais e modalidades de financiamento provenientes (de forma direta ou indireta) dos recursos públicos, fazendo que se reproduzam na área da saúde as antigas práticas quando do início da previdência social no país – o Estado criando o mercado para o setor privado. Essa tendência se agudiza na atualidade quando, em 2015, o mercado da saúde é aberto ao capital estrangeiro e, sem qualquer evidência empírica, e quando o Ministério da Saúde em 2017 propõe a criação dos Planos de Saúde Acessíveis<sup>1</sup> (planos populares de saúde, de baixa cobertura, e por isso baratos) como medida para “desafogar” a demanda do SUS e manter o seu subfinanciamento, como se sua implementação não fosse pressionar os níveis de média a alta complexidade do sistema. Com essa medida, cria-se nova fatia para o mercado dos planos de saúde, ao mesmo tempo que no imaginário social reforça-se a saúde não como um direito, mas um bem de consumo vinculado à capacidade do poder aquisitivo dos indivíduos para sua aquisição.

Associa-se a esse quadro, ainda, a mutação do mercado privado da saúde nesse período mais recente, que se torna um complexo industrial marcado pela alta complexidade em sua organização interna, e que acaba por criar um jogo de dominó no encadeamento entre si de distintas empresas prestadoras de serviços de saúde, ou pertencentes ao mesmo grupo econômico, no geral vinculado ao capital financeiro. É o que Ligia Bahia e Mário Scheffer denominam “dominância financeira” (Bahia, 2018), significando que, pelo fato de o ganho financeiro das empresas da saúde predominar sobre o ganho advindo da prestação de serviços, elas passem a ter sua dinâmica de acumulação regida pela lógica da especulação financeira em detrimento da lógica de prestação de serviços e da ampliação do seu leque de ofertas de produtos. A especulação financeira passa então a ser mais importante para a sua sobrevivência econômica do que a ampliação do

mercado de cobertura. O que não impede que novas fatias do mercado sejam buscadas, com o aval e apoio das políticas estatais, como a mencionada anteriormente. Claro que nesse caso buscam-se também novas formas de organização do processo de trabalho nesse mercado, denominado “uberização”<sup>2</sup> do trabalho médico e dos profissionais da saúde.

O projeto de avanços na implantação do SUS passa então a ser pressionado nas suas duas pontas. Numa delas, a restrição acentuada dos recursos no financiamento da saúde, consolidada na PEC 241 (originariamente PEC 55) em dezembro de 2016, que institui um teto para os gastos públicos nas funções saúde e educação por 20 anos, congelados independentemente das mudanças que ocorrerão nesse período em termos da curva demográfica e epidemiológica da população e das conquistas tecnológicas incorporadas na atenção à saúde, sobretudo na assistência médica. E, na outra ponta, é pressionado pelas orientações das políticas estatais de saúde explicitamente pró-mercado, sobretudo nestes últimos anos, e com elas buscando-se reduzir a pressão da demanda sobre os serviços públicos do SUS, que vem crescendo até pelo encolhimento recente da cobertura do mercado privado de planos e seguros de saúde, dadas a alta do desemprego e a precarização dos contratos de trabalho nos setores privado e na administração pública.

Diante disso, não causa surpresa que um aliado fundamental que deu suporte à implantação do SUS, que são as Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regional, e que congregam gestores das distintas esferas de governo (nacional, estadual e local; estadual e local, e das três no caso das regiões envolvidas) vejam-se atualmente pressionadas pela escassez orçamentária para a saúde nos estados e municípios, e conseqüentemente nas regiões de saúde. Como exemplo, em 2017 a Comissão Tripartite Intergestores aprovou proposta, de origem do governo federal, e reforçada por deliberação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), que altera as modalidades de repasse de recursos do governo federal aos demais entes federados (Fundo a Fundo), não mais vinculados por frações de programas e gastos, mas agora por duas modalidades básicas de repasse – capital e custeio. Se isso poderia responder à lógica segundo a qual, no processo de descentralização da saúde, um dos princípios do SUS flexibiliza-se e atribui-se maior autonomia aos municípios na gestão do sistema de saúde local, na atual conjuntura essa medida diminui a capacidade do poder central de acionar os mecanismos de financiamento da saúde como indução eficaz de uma política de saúde voltada para a defesa do SUS. Mais que isso, a diversidade do país e a nova onda de privatização da saúde por meio das parcerias de gestão dos equipamentos públicos estatais por organizações sociais públicas de direito privado, associadas à falência financeira dos estados e municípios, certamente fazem que esse novo procedimento de financiamento se traduza num fator de diferenciação interna do sistema de saúde muito além

daquela permitida tendo em vista o não desvirtuamento da concepção originária do enquanto um sistema público de saúde.

Assim, no “despejo” dos sanitaristas dos órgãos executivos, os gestores do SUS nos âmbitos estadual e municipal deixam de ser aliados preferenciais do projeto sanitarista. Isso reforça a necessidade da mudança da proposta original quanto à forma de sua implementação, à resistência às medidas estatais tomadas nessa direção, e à sua asfixia financeira. Emerge a sociedade como o fator essencial de sustentação do projeto da reforma sanitária original. No entanto, duas questões complexas se destacam aqui. Primeiro, a capacidade de os conselhos de gestão de fato se constituírem em espaços de debate e busca de reforço na construção das identidades dos distintos segmentos que os compõem, revisitando o clássico texto de Nancy Fraser (2001, p.246) em que trata exatamente da questão do reconhecimento e da diferença, e da complexidade de se criarem espaços que possibilitem a prática do reconhecimento e da diferença. Esse processo envolveria a saúde tanto como desigualdade econômica como cultural, na sua dimensão simbólica, vale dizer, para os fins deste texto, da saúde como desigualdade material e cultural.

No caso em questão, dado o projeto da reforma sanitária de se construir a saúde como um direito (não a saúde entendida somente como acesso a serviços de assistência médica curativa), ele envolve ambas aquelas dimensões. Isso num pano de fundo difuso e ao mesmo tempo amplo, que não se restringe a demandas específicas de grupos diferentes entre si, mas envolve cada um deles competindo numa conjuntura de recursos escassos em que sua demanda específica seja contemplada, e concomitantemente sem que se perca de vista a dimensão mais geral, da saúde como um direito.

Daí o destaque dado desde a primeira versão deste texto, agora revisitado, à participação da sociedade no processo de reforma da saúde, um movimento inacabado, e sem fim dada sua própria natureza, numa realidade social marcada pelo que Milton Santos denominou “deficiência cívica”, e em que os princípios e diretrizes do SUS têm que se confrontar com crescentes interesses econômicos (nacionais e internacionais) que o setor envolve, num contexto em que os preceitos constitucionais da “Constituição Cidadã” de 1988 vêm sendo duramente confrontados.<sup>3</sup>

É nesse contexto que o projeto da Reforma Sanitária completa 30 anos e segue vigente, com nova proposta de fortalecer seu vínculo com os distintos segmentos sociais. Isso envolve numerosos desafios, dentre eles um que continua central e já foi apontado no texto agora revisitado. A questão da saúde sensibiliza e mobiliza segmentos da sociedade, mas, exatamente por demandar que se vá além da saúde como consumo ou acesso a serviços e tecnologias de diagnóstico e terapêutica, esbarra na relativa fragilidade para se constituir isoladamente em fator de organização e mobilização da sociedade de forma transversal, envolvendo uma multiplicidade de sujeitos sociais. Isso, tal como nos tempos do início



da Reforma Sanitária, em que a questão da saúde era identificada como instrumento também de democratização do Estado e de modernização da sociedade. Ela agora torna a se voltar para a sociedade – e não mais no Estado – na busca de raízes que apoiem não mais os avanços conquistados na saúde nestes 30 anos, mas para que o SUS com seus princípios e diretrizes não seja atingido de morte pelo mercado, que tem seus interesses reafirmados e fortalecidos a partir do “golpe burocrático-parlamentar” de 2016. É esse o cenário que se apresenta, passadas essas três décadas

## Notas

- 1 No segundo semestre de 2016 foi criado um grupo de trabalho para elaborar a proposta. Vale registrar sua composição: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar e a Confederação Nacional das Empresas e Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG).
- 2 Denomina-se “uberização” do trabalho médico o fenômeno recente da intermediação entre o profissional e sua clientela por meio de aplicativos, tal como ocorre no serviço de transporte de passageiros em carros particulares. E com isso começa a se configurar o fenômeno de *delivery* de serviços médicos, em casa ou no local de trabalho do consumidor.
- 3 Haja vista a proposta “Agenda Saúde: a ousadia de propor um novo sistema de saúde”, de autoria da Federação Brasileira de Planos de Saúde (Febraplan), recém-criada, em abril de 2018. A respeito, consultar Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde, UFRJ, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/gpdes>>.

## Referências

- BAHIA, L. Entrevista ao Observatório de Análise Política em Saúde, UFBA, Salvador, em 23.3.2018. Disponível em: <[www.abrasco.org.br/site/categoria/noticias](http://www.abrasco.org.br/site/categoria/noticias)>. Acesso em: 29 mar. 2018.
- COHN, A. Caminhos da Reforma Sanitária. *Lua Nova*, São Paulo, n.19, p.123-40, 1989.
- \_\_\_\_\_. Participação e cidadania na promoção da Saúde Pública. *Anais do VI Congresso de Saúde Pública*, APSP. São Paulo. 2000, v.2, p.297-301.
- CÔRTEZ, S. M. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: TEIXEIRA, S. F.; LOBATO, L. V. C. (Org.) *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p.128-32.
- FAGNANI, E. O fim do breve ciclo da cidadania social no Brasil (1988-2015). *Texto para Discussão 308*. Instituto de Economia, junho de 2017.
- FRASER, N. From redistribution to recognition? Dilemmas of justice in a ‘postsocialist’ age. In: SEIDMAN, S.; ALEXANDER, J. (Org.) *The new social theory reader*. London: Routledge, 2001. p.285-93.
- JURCA, R. L. *Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo*. São Paulo, 2018. Tese (Doutorado no Programa Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018.

LAVALLE, A. G.; ISUNGA, V. E. Trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. *Lua Nova*, São Paulo, n.84, p.95-139, 2011.

LAVALLE, A. G.; VOIGT, J.; SERAFIM, L. O que fazem os Conselhos e quando o fazem? Padrões decisórios e o debate dos efeitos das instituições participativas. *Dados*, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.609-50, 2016.

MATTOS, L. *FEBRAPLAN e a disputa real pelo Sistema de Saúde Universal: considerações sobre a atuação recente do setor privado nas políticas de saúde*. GPDES/IESC/UFRJ. Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <www.ies.ufrj/gpdes/>. Acesso em: 29 mar. 2018.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios Eugênio Vilaça Mendes. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.27, n.78, p.27-34, 2013.

MIRANDA, A. S. O desafio de construir a regionalização a partir de experiências próprias. *Região e Redes – Caminho para a Universalização da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Entrevista de 24.2.2015. Disponível em: <www.resbr.net.br>. Acesso em: 12 mar. 2018.

O'DONNELL, G. E eu com isso? Notas sobre a sociabilidade e a política na Argentina e no Brasil. In: \_\_\_\_\_. *Autoritarismo e democratização*. São Paulo: Vértice, 1986. p.142-3.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.

PEREIRA NETO, A. *Conselho de Favores – controle social na saúde: a voz dos seus atores*. Rio de Janeiro: Garamond, 2012. p.100.

SÁ, E. B. O público e o privado no sistema de saúde: uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível. *Nota Técnica*. IPEA. Brasília, n.47, 2018.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

\_\_\_\_\_. *A democracia impedida – o Brasil no século XXI*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 2017.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Eleições 2014. Representação política e interesses particulares na saúde. A participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. *Relatório de Pesquisa*. Laboratório de Economia Política da Saúde. UFRJ. Rio de Janeiro. 2015.

TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Reforma Sanitária, em busca de uma teoria*. São Paulo. Cortez/Abrasco, 1989.

*RESUMO* – Este artigo revisita análise realizada há três décadas sobre os caminhos percorridos pela reforma sanitária brasileira até então, atualizando a discussão sobre a complexidade da proposta e do projeto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). É dada ênfase à estratégia política da sua implementação e aos desafios atuais para a permanência de seus princípios e diretrizes constitucionais após o “golpe burocrático-parlamentar” de 2016.

*PALAVRAS-CHAVE*: Reforma sanitária no Brasil, Políticas de saúde, Saúde como direito, Sistema Único de Saúde.

*ABSTRACT* – This text reviews an analysis I made over three decades ago, focused on the path which the Brazilian sanitary reform went through, updating the debate about the complexity of both the proposal and the project of implementing the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS). It emphasizes the political strategy for its implementation, along with the contemporary challenges, in order to maintain its principles and constitutional guidelines, especially after the recent “bureaucratic- legislative coup” in 2016.

*KEYWORDS:* Health reform in Brazil, Health policies, Health as social right, Unified Health System.

*Amélia Cohn* é socióloga, professora aposentada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e atualmente do Mestrado em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília. Autora de vários livros, dentre eles: *Crise Regional e Planejamento – o Processo de Criação da Sudene*; *Previdência Social e Processo Político no Brasil*; *Cartas ao Presidente Lula – Bolsa Família e Direitos Sociais*. Foi ainda a responsável pela elaboração do documento oficial – Relatório Nacional Brasileiro apresentado na Cúpula Mundial de Desenvolvimento Social, ONU, 1995. @ – cohn.amel@gmail.com

Recebido em 9.5.2018 e aceito em 12.6.2018.

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.