

# VITÓRIA DE PÍRRO: A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA NA DÉCADA DE 80

Sistematización de procesos de investigación

GT 19: Saúde e segurança social: transformações sociais e impactos na população

Isabelle Maria Mendes de Araújo<sup>1</sup>

Marciana Feliciano<sup>2</sup>

## Resumo:

A conjuntura política dos anos 1980, marcada por conflitos de interesses de classe, destaca-se por representar um período de constituição de organizações, tanto de base empresarial quanto popular, no qual lutas sociais se configuraram em processos de disputa por hegemonia. Discutiremos, nesse contexto, as concessões da classe trabalhadora no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Para tal, sistematizamos reflexões teóricas acerca de Estado, Reforma e Revolução para discutirmos os limites da Reforma Sanitária expressos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Constituinte de 1988. Em síntese, abstraímos que nas interrelações de forças será caracterizada como uma reforma setorial, havendo uma vitória de Pírrro da classe trabalhadora na superação das contradições da propriedade privada, do Capital, penetradas na Saúde.

**Palavras-Chave:** classe trabalhadora; Constituinte; Estado.

## I. Introdução

No Brasil, em meados da década de 70, forja-se o movimento pela democratização da saúde, no qual estudantes, professores, grupos populares, trabalhadores de saúde, passam a defender mudanças no âmbito da saúde; período em que também novos sujeitos sociais emergiam nas lutas contra a ditadura.

As desigualdades nas condições de saúde e no acesso aos serviços de saúde no Brasil se constituem como pilares de contestação nos anos 1970 e 1980, bem como, a invasão da lógica capitalista nas estruturas de poder da saúde; havendo, assim, pertinência de examinar a natureza do Estado capitalista – seu papel na manutenção da ordem social capitalista, as suas reações diante das condições de saúde do povo brasileiro e a sua atuação na produção e distribuição de bens e serviços de saúde (Paim, 2007).

Nesse contexto, permeia-se também um processo no qual se forjam e moldam as consciências, envolvendo intelectuais sanitaristas (no sentido gramsciano de organizadores, formuladores, pensadores e críticos), num período de intensas transformações econômicas, políticas e sociais com ênfase na capacidade que tiveram – ou não – de atentar para as formas de organização das classes dominantes e do Estado. Exprimindo-se que enquanto existir capitalismo, ele produzirá classes dominantes e subalternos explorados (Fontes, 2006).

---

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva pela UFPE. Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); membra-estudante do Grupo de Estudos e Pesquisa da América Latina Contemporânea (GEPALC/UFPB). Email: isabellesaudelivre@hotmail.com.

<sup>2</sup> Mestranda em Saúde Coletiva pela UFPE

Esboçamos, desse modo, algumas perspectivas históricas de concepções de Estado a fim de aprender o Estado brasileiro, no período de transição política pós-ditatorial; bem como a questão das reformas sociais na dimensão da transformação social, sobre as quais nos debruçaremos evidenciando a Reforma Sanitária Brasileira na década de 80, majoritariamente seus limites e recuos, refletindo acerca da possível derrota da classe trabalhadora, dos movimentos populares em saúde pela hegemonia nas interrelações de forças dos processos político-sociais no âmbito da Reforma Sanitária.

## **II. O contexto da sociedade brasileira na década de 80: Estado, reforma e saúde**

Para compreensão do cenário brasileiro em crise, anos 70 e 80, é necessário articular as determinações externas e internas do país, tanto políticas como econômicas.

Este período seria marcado por dois choques externos, 1973 e 1979, que condicionariam fortemente a estratégia de desenvolvimento brasileiro e exporiam de forma mais acentuada as suas contradições. A euforia que contagiava as autoridades políticas e econômicas era expressa na superação de todas as metas estabelecidas nos governos dos Generais Costa e Silva e Emílio G. Médici - neste último, o chamado “Milagre Econômico”. O primeiro choque do petróleo, em 1973, seria reflexo de sua posição estratégica como principal matéria-prima do mundo industrializado e do descompasso entre o crescimento de sua demanda e os investimentos na produção ou em pesquisa de fontes alternativas (Abreu, 1992).

A primeira crise do petróleo em 1973 teve como conseqüências para o Brasil, não só a elevação do preço do produto e derivados, mas o aumento dos juros no mercado financeiro internacional. A política desenvolvimentista do governo Geisel prosseguiu, em ritmo menos acelerado e com investimentos de maturação mais lenta, numa “marcha forçada” da economia tendo em 1979 o seu limite, com o início de uma política recessiva de 'ajuste', promovida pelo governo, conforme o receituário do Fundo Monetário Internacional – FMI (Castro, 1985). No período 1978-1983, as dívidas externas bruta e líquida cresceram, agravando ainda mais as dificuldades de renegociação da dívida com o cartel de bancos privados e órgãos oficiais internacionais, enfraquecendo a posição dos países devedores (Bear, 1993).

Nesse processo, os países devedores deveriam submeter-se a um programa de ajuste fiscalizado pelo FMI. O governo brasileiro torna-se um importante elemento nesse cenário, sendo um dos primeiros países engajados nessa estratégia e um exemplo no cumprimento das ‘regras do jogo’ (Almeida, 2000). A orientação econômica assentava-se na contenção salarial, no controle de gastos do governo e no aumento da arrecadação, na elevação das taxas de juros internas e na contração da liquidez real. A política salarial, implementada em outubro de 1980, visava a compressão dos salários nas faixas de renda mais altas (Abreu, 1992). Com relação às contas do Estado, diversas medidas foram estabelecidas para controlar e reduzir suas despesas.

Um fator condicionante interno, que ampliaria as margens de manobra da equipe econômica na negociação com os credores, bem como certa ‘docilidade’ destes, foi a conjuntura política da transição. O ano de 1984 foi marcado pela campanha das eleições Diretas-Já, com mobilizações nas principais cidades do país, no Rio de Janeiro, e em São Paulo.

Entretanto houve a derrota das ‘Diretas’ no Congresso e a eleição indireta de Tancredo Neves (PMDB) que assinalaram o conservadorismo no processo de transição (e o verdadeiro caráter das alianças).

Nessa perspectiva, embora as décadas de 70 e 80 tenham sido ricas no que concerne à constituição de organizações populares, também foram para a base empresarial. As lutas sociais foram intensas, complexificando efetivamente os processos de disputa de hegemonia<sup>3</sup>. Como registra Fontes (2006), com o Estado brasileiro endividado pelas crises de 1973 e 1979 e a corrosão da legitimidade do governo militar, os recursos públicos seriam disputados pelos diferentes setores empresariais até então contemplados.

Em documentos sobre a Saúde o Banco Mundial em 1975 apresenta diretrizes para uma reforma nas políticas de saúde aos países por ele subsidiados: a quebra da universalidade do atendimento à saúde, a priorização da atenção básica, a utilização da mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde, focalização da atenção aos mais pobres. Eixos de caráter econômico no sentido de baratear os serviços de saúde (Correia, 2005). Os estudos de Costa (1998) mostram que a partir de meados dos anos 80 o BM assume a liderança no desenvolvimento global da agenda internacional para as políticas de saúde, apoiando projetos que pudessem servir aos seus interesses instrumentais na missão de ajuste estrutural. A agenda do BM subordinaria a avaliação dos gastos em saúde à preocupação com a consistência macroeconômica dos países em processo de 'ajuste estrutural', apelando para o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidado à saúde.

Mais uma vez o Estado não assumiria, ou assumiria de forma mínima, o setor saúde pela orientação de controle e corte de gastos públicos cabendo à iniciativa privada estruturar os serviços de assistência, ou seja, apropriação privada da saúde.

Dialeticamente a conjuntura econômica no Brasil e internacional em crise nos anos 70 e 80 aponta para reestruturações de políticas públicas, como a saúde; em um contexto político de transição, queda do regime militar; e, a busca da legitimidade do Estado pela via 'aliança democrática'. Paralelo a isso, ocorre a ascensão de processos organizativos e propositivos populares (movimentos, mobilizações), de trabalhadores (partidos, sindicatos) na disputa para a construção de uma hegemonia da classe trabalhadora. Forças e pressões sociais configurando uma perspectiva de 'reforma democrática do Estado'. Deste modo, a fim de compreender as relações de conflito concretas nesse cenário brasileiro, nos debruçamos sobre algumas reflexões teóricas acerca de Estado e das reformas sociais.

Como observamos em Engels (1989, citado por Lenin, 2007, p. 24):

“O Estado não é, de forma alguma, uma força imposta, do exterior, à sociedade. É a confissão de que essa sociedade se embarçou numa insolúvel contradição interna, se dividiu em antagonismos inconciliáveis de que não se pode desvencilhar-se. Mas, para que essas classes antagônicas, com interesses econômicos contrários, não se entredevorassem e não devorassem a sociedade numa luta estéril, sentiu-se a necessidade de uma força que se colocasse aparentemente acima da sociedade com o fim de atenuar o conflito nos limites da ‘ordem’.”

---

<sup>3</sup> A hegemonia é um conceito central em Gramsci, que significa o predomínio ideológico de valores e normas de uma classe sobre a outra. A hegemonia das classes subalternas implica a transformação das condições de sua existência na direção da construção de uma nova sociabilidade (DIAS, 1996).

O Estado conceituado como elemento histórico, coligado à existência de classes sociais, para Marx e Engels, não se traduz como um momento de universalidade efetiva. Embora se apresente como universal, reduz-se de fato a uma parcialidade travestida de universalidade, quando uma generalização do interesse dominante deve assumir a forma de ser de todos (Fontes, 2006).

Desse modo, o Estado, seja pela cooptação ou pela violência, resiste a todos os 'assaltos', reduzindo, nos seus conflitos, à conquista dos membros graduados de seu estado-maior; retratando Faoro (2000) que o poder – soberania nominalmente popular – tem donos que não emanam da nação, da plebe ignara e pobre.

Ora, a onipotência da 'riqueza' é tanto melhor assegurada numa república democrática quanto não está sujeita a uma crosta acanhada do capitalismo. A república democrática é a melhor crosta possível do capitalismo. Eis porque o Capital, depois de se ter apoderado dessa crosta ideal, firmou seu poder de maneira tão sólida, tão segura, que nenhuma mudança de pessoas, instituições ou partidos, na república democrática burguesa, é suscetível de abalar esse poder (Lenin, 2007).

Na perspectiva de superação do Estado de classe e hegemonia dos donos dos meios produtivos, a socialdemocracia europeia defendia a premissa de que a revolução era desnecessária, pois se poderia chegar ao socialismo através de reformas graduais do capitalismo (Luxemburgo, 1999). Reformas sociais e democratização política do Estado seriam meios de realização *progressiva* do socialismo.

“Um Estado de classe. Eis porque a reforma por ele praticada não é uma aplicação de “controle social”, isto é, do controle da sociedade trabalhando livremente no seu processo de trabalho, mas um controle da organização da classe do Capital sobre o processo de produção do Capital. É nisso, igualmente, isto é, no interesse do Capital que as reformas acham seus limites naturais (LUXEMBURGO, 1999, p. 46).”

Desse modo sintetiza Rosa Luxemburgo (1999) que o esforço pelas reformas não contém força motriz própria, independente da revolução; e que a revolução é o ato de criação política da história de classe, a legislação outra coisa não é que a expressão política da vida e da sociedade.

A Rosa Luxemburgo (1999) também critica a tese da socialdemocracia da expropriação por etapas no que tange à propriedade privada. Em relação ao nosso estudo podemos evidenciar esse debate em alguns aspectos da sistematização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a saber:

“A questão que talvez mais tenha mobilizado os participantes e delegados foi a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público... Em relação a esse tema, é impressão da comissão de redação que a proposição “estatização da indústria farmacêutica”, aprovada na Assembléia Final, conflita com esse posicionamento geral, por não ter sido

objeto de uma discussão mais aprofundada (Brasil, 1987, p. 21).”

A estatização progressiva carrega em si, ainda, a continuação de setores privados da saúde, demonstrando que não houve uma superação na perspectiva de expropriação da propriedade privada em saúde (hospitais, planos, indústria farmacêutica etc) pela classe trabalhadora.

Quanto à dimensão das Reformas Sociais, uma crítica de Marx e Engels (1980, citados por Lenin, 2007) nos permite refletir ao que foi instituído em âmbito da reforma sanitária brasileira, assim como outras reformas pelas quais o Estado Brasileiro passou: de que não se deveria reformar a propriedade privada, mas de aboli-la; não atenuar os antagonismos de classes, mas de abolir as classes; e, nem de melhorar a sociedade existente, mas estabelecer uma nova.

Segundo Paim (2007) a análise política, a fundamentação teórica, o projeto de sociedade e a estratégia concebida pelos intelectuais do movimento sanitário que teceram a Reforma Sanitária Brasileira vislumbravam o socialismo como horizonte.

A partir desse recorte, os fatos históricos na correlação de forças para corporificação legal e institucional no que diz respeito à saúde apontariam para uma derrota da classe trabalhadora, *dos de baixo*, pela hegemonia de classe no Estado brasileiro na perspectiva de superação da ordem capitalista.

Conforme Faleiros (2006) instaurou-se uma **transição negociada** entre segmentos da base de sustentação do regime anterior e segmentos oposicionistas também emergentes da democracia fechada consentida pelo Estado autoritário, ou seja, um pacto pelo alto, das elites, excluindo a participação popular que em ampla mobilização se manifestara.

Nesse pano de fundo de transição para o regime pós-ditatorial de caráter eleitoral-representativo, construímos também as apreensões sobre o processo da reforma sanitária em fins de 80.

### III. Reforma sanitária e 'democracia'

No processo de reconstrução das 'instituições democráticas' brasileiras e a queda do regime militar atentamos par a compreensão de mundo político daqueles que não fazem parte das elites dirigentes, os setores sociais excluídos. Na perspectiva da construção de um ideário de democracia mais vinculada às vivências e às preocupações cotidianas *dos de baixo*, Vitullo (2007) sintetiza a democracia na dimensão de transformação social, com anelos de emancipação e justiça substantiva e com vivências cotidianas das grandes maiorias populares. É sob esse olhar que este trabalho foi construído refletindo sobre a conjuntura de 'transição democrática' brasileira e o processo de articulação para a Reforma Sanitária.

Na América Latina a burguesia, todavia, dispôs da 'democracia' para implantar a dominação, não sendo diferente o caso do Brasil em que aquela classe se liga à oligarquia agrária no processo de desenvolvimento industrial, resultando na preservação de uma cultura política elitista (Teixeira, 1987 citado por Paim, 2007).

Os valores medulares dessa concepção 'democrática' são os mesmos que deram forma ao constitucionalismo moderno: governo limitado, divisão e equilíbrio de poderes, representação política e liberdades civis. Tais princípios objetivavam e objetivam garantir a mais ampla liberdade para as classes capitalistas e a subordinação política das classes produtoras. Nos últimos dois séculos tem se dado a construção de um regime, que em nome da democracia, busca na verdade garantir a coexistência de

certos níveis muito reduzidos de igualdade política junto a crescentes desigualdades no plano econômico e social e se afasta assim, completamente, da noção da democracia entendida como sinônimo de auto-organização e autogoverno popular (Vitulo, 2007).

No cenário brasileiro os planos malogrados e as políticas racionalizadoras dos governos nos anos 70 e 80, controle de gastos e redução de custos unitários, negligenciavam as questões que determinavam o quadro geral da saúde da população brasileira. Os serviços de saúde em crise, a crise financeira da Previdência Social, levou a questão das políticas de saúde a tomar novos rumos e enfrentamentos político-ideológicos evidenciando as contradições fundamentais entre o capital e o trabalho e o sentido da ação estatal quando a classe trabalhadora não dispunha dos instrumentos suficientes de organização e de ação política. Desse modo, sintetiza Paim (2007), tornara-se possível o estabelecimento de contra-políticas que, embora impotentes para a viabilização de uma proposta **radicalmente** alternativa, em curto prazo, facilitariam a construção de outro projeto em conjunturas mais propícias.

A crise do regime político aos fins dos anos 70, dos serviços de saúde, do acesso à saúde; as precárias condições de vida da população; fizeram emergir dos setores populares processos de reivindicação por saúde, como as mobilizações por saneamento básico na zona leste de São Paulo (Jacobi, 1993), o Movimento Popular de Saúde – MOPS, nacionalmente (Vasconcelos, 1987); ao mesmo tempo, estudantes, trabalhadores e intelectuais da saúde passam a articular questões problemas da saúde pública do país e a conceber um embrião-proposta de uma reforma ampla para o setor saúde.

Para Berlinguer (1987) as *reformas sanitárias* contemporâneas se esboçariam em dois exemplos de construtos históricos, a saber, como consequência de uma revolução política e social (Cuba) ou como parte de um processo vinculado a uma ‘revolução democrática’ (Itália) podendo ser considerado um dos caminhos da ‘longa marcha’ através das instituições e do processo de transformação da sociedade e do Estado. Para Paim (2007) a sociedade brasileira passou a dispor de um conjunto de proposições políticas voltado para a saúde que apontava para a democratização da vida social e para uma ‘Reforma Democrática do Estado’. Em relação ao processo de democratização da saúde cunhou-se o nome Reforma Sanitária.

Discutir a Reforma Sanitária nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais, segundo Arouca (1989), era tarefa fundamental de todos aqueles que, em diferentes países como o Brasil, a Bolívia etc., estavam comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos a fim de construir as bases do socialismo democrático para o país.

No ano de 1984, no V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados discute e propõe: “Saúde é um direito de todo cidadão e dever do Estado; a melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida; a redemocratização da saúde estreitamente vinculada ao processo de democratização da sociedade brasileira reflete a luta e aspiração dos amplos setores sociais (Paim, 2007, p. 89).” No entanto, conflituosamente, a Câmara cujo presidente era do PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro - considerou que deveria haver a participação de **trabalhadores** e **empresários** e produtores de serviços na definição e gestão das políticas de saúde. Ou seja, consensuar a política. Poderemos visualizar os limites desse produto na consolidação da Constituinte de 1988, na qual ao setor saúde o setor empresário-industrial privado complementar os serviços de saúde públicos, que por sua vez se tornará ao seu avesso contemporaneamente:

“Apoio político em favor [...] de alternativas concretas que incidissem em melhorias objetivas para os trabalhadores de saúde e para segmentos consideráveis dos usuários dos serviços. [...] Essas deveriam ser **progressivamente postas em prática** [...] numa articulação com as propostas das forças sociais e políticas que se **organizam para eleição dos representantes** na Assembleia Nacional Constituinte, 1986 (Paim, 2007, p. 91).”

Em 1985 a ABRASCO lança reflexões acerca do *Direito Universal à Saúde* contribuindo, posteriormente, para os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A Associação em 1986 assume a bandeira da RS como a condição de viabilidade da conquista do direito universal à saúde. Reforma que implicará na reformulação das políticas públicas e do aparelho governamental burocrático ligados às condições de preservação da saúde e recuperação das condições de vida; aprofundamento da consciência sanitária e no controle sobre os órgãos do Estado; nova ética dos profissionais do setor; formulação de um projeto de transformação (Paim, 2007).

#### **IV. 8ª Conferência Nacional de Saúde e Constituinte: Reivindicações e Concessões**

O produto da 8ª Conferência se lança enquanto projeto da RSB. A 8ª CNS estruturou-se em três eixos, a saber, saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde. Partia-se do reconhecimento conjuntural de crise econômica com mudança político-institucional, resultando numa configuração do Estado e direcionalidade de suas políticas de onde emerge um projeto de sociedade a ser desenvolvido nos anos seguintes.

Dentre diversos documentos propositivos nas discussões da 8ª Conferência a Central Única dos Trabalhadores lança folhetos defendendo um sistema de saúde plenamente estatizado, unificado, regionalizado, que garanta atendimento integral, igualitário e de boa qualidade a toda a população brasileira: “a conquista destas reivindicações dar-se-á através de um processo de luta política dos trabalhadores que com a sua organização e união avançam rumo a uma sociedade justa, democrática, sem exploração e dirigida pelos próprios trabalhadores (Paim, 2007, p. 102).”

No relatório final da 8ª Conferência de Saúde (Brasil, 1986, p. 25), defende-se a saúde como:

“Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um termo abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas... Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional.”

Concluída a 8ª CNS foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS – pelo governo para auxiliar na posterior Assembleia Nacional Constituinte em 1988. Embora se tenha registrado no relatório final da 8ª Conferência os princípios, as

doutrinas de um novo sistema de saúde para a nação brasileira, observa Paim (2007) que não chegou a propor um texto para a Constituição. Desse modo a CNRS que também fora constituída por representantes do setor privado apresentou um texto para a saúde na Constituição.

Surge, nesse momento, uma compreensão da RSB como reforma setorial: “Mesmo tendo consciência da limitação do instrumento legal, em termos de sua suficiência para as mudanças necessárias, o movimento (sanitário) deu, acertadamente, um maior peso a esse tipo de atividade (Rodriguez Neto, 1997, p.69, citado por Paim, 2007).”

Durante a Constituinte as propostas do movimento sanitário foram discutidas nas instâncias da sub-comissão de saúde, seguridade e meio ambiente; comissão da ordem social e comissão de sistematização. Na Assembleia Constituinte foram defendidos os princípios construídos no movimento pela RS sob emenda popular obtendo um pouco mais de 50 mil assinaturas. Em contrapartida, os representantes do Capital em saúde (FBH, ABRANGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Federação dos Estabelecimentos de saúde e outros) apresentaram outra emenda 'popular' na Assembleia tendo cerca de 70 mil assinaturas, como registra Paim (2007).

Percebemos o grau de organização do setor hegemônico privado na configuração de seus interesses para o setor saúde no cenário brasileiro, demonstrando também a fragilidade dos intelectuais sanitários no processo de institucionalizar em leis um movimento que deveria emanar do povo e por ele ser forjado. De acordo com Paim (2007, p. 128): “O movimento sanitário teve dificuldade em capilarizar-se na sociedade brasileira e de assumir uma atitude [...] na luta ideológica”.

As conquistas obtidas na constituinte ficaram ameaçadas por pressões da direita na qual o projeto elaborado pela comissão de sistematização passou a ser questionado por esse mesmo grupo, propondo a substituição de nove capítulos, justo os que se referiam às principais inovações: à saúde com a adoção do sistema **único** (Constituinte, 1988 citado por Paim, 2007).

Constatava-se, como reflete Paim (2007), um ‘dilema reformista’, pois apesar de a Reforma Sanitária ter como objetivos a saúde da população, a mudança das práticas de saúde e a modificação do sistema de saúde, seu processo priorizou este último: “Não quero criticar os amigos, mas [...] a luta necessária na Constituinte podem ter levado a uma preocupação muito institucional, com risco a subestimar os problemas reais de saúde (Berlinguer, 1988, p. 131).”

Para o sanitarista Possas na VIII Conferência (Brasil, 1987) as proposições em torno da organização de um novo setor saúde passavam pela perspectiva de *socialização da saúde* de modo que as mudanças propostas no plano institucional e jurídico deveriam, extrapolando o campo estrito do que se costuma conceber como 'setor saúde', propiciar o estabelecimento de novas relações com outras instâncias da organização da vida social (habitação, trabalho, transporte, meio ambiente, etc.). A partir de uma nova concepção de proteção da saúde, seria possível passar da medicalização da sociedade à socialização da saúde.

Houve, entretanto, o ressurgimento de teorias e políticas de cunho neo-liberal, como a ampliação das campanhas seguradoras privadas, tanto multinacionais como subsidiárias do capital financeiro de grandes bancos; configurando-se a emergência de um poderoso aliado de projetos contrários à reorientação mais radical da política de saúde do Estado, no sentido da universalização, equidade e democratização (ABRASCO, 1985 citado por Paim, 2007).

Paim (2007) esboça a questão saúde como objeto de ação política das classes dirigentes (Burguesia) que controlam o Estado e seus aparelhos, havendo a necessidade de observar como se apresenta o processo político em saúde em uma dada conjuntura, e



como se enfrentam as forças sociais diante dessa questão, examinando-se, pois, as disputas pela hegemonia.

## V. Vitoria de Pírrro: Reforma ou Reformismo

As necessidades de saúde da maioria da população brasileira não foram capazes, por si mesmas, de fazer com que os segmentos mais penalizados vocalizassem suas demandas e se organizassem de tal forma que fossem capazes de sustentar politicamente o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (Paim, 2007).

O pensamento estratégico do momento, segundo Mendes (1987 citado por Paim, 2007), era ir trabalhando desde já e aproveitando os espaços políticos, jurídicos e institucionais que se apresentam no regime de transição democrática, ao nível microsocial, no sentido da construção, de baixo para cima, de modelos assistenciais, referidos a espaços-populações determinados e que incorporem, gradualmente, suas concretudes, a doutrina e os princípios reorientadores.

A estratégia de ir quebrando por dentro da estrutura possui por sua vez uma raiz contraditória fincada no Estado burguês. Esse pensamento remonta a perspectiva de caráter reformista, negando e afirmando as relações do Estado capitalista, sem, contudo, superá-lo radicalmente.

“Como os grupos dominantes detem os melhores recursos para se apropriarem do saber, das informações e da **memória social**, eles podem tirar proveito da situação, ocupando o poder político, podem antecipar-se às lutas e reivindicações e impedir o seu desenvolvimento [...] utilizando dos aparelhos ideológicos, o suborno e cooptação de lideranças e a repressão de movimentos organizados, procuram retardar ou mesmo impedir a organização e a consciência das camadas populares (Machado, 1987, p.300).”

A transição para a democracia não se completará com a instituição de um **Estado de direito** - próprio das democracias burguesas. Acreditava-se que se devia ir além, buscando uma democracia popular – cujos contornos não estão claros, o que coloca, de *‘per si’*, para os intelectuais orgânicos, um desafio a mais – sem perder de vista que o objetivo final é uma democracia sem adjetivos, assentada numa sociedade sem classes (Machado, 1987).

Assim, a organização social da produção teria uma concretização histórica e singular na dependência da democracia, das lutas populares cotidianas capazes de se expressar na saúde, das identidades sócio-políticas em que classes populares e trabalhadores se constituem como sujeitos em aliança com setores médios; saúde teria um caráter dual – valor universal e **núcleo subversivo da estrutura social**, possibilitando a construção de alianças suprapartidária e policlassista, de um lado, e demandas sanitárias, de outro; tais demandas poderiam resultar em dispositivos legais e institucionais, distintas cidadanias, confirmação de identidades políticas e sociais, com o desenvolvimento da luta política através daquelas alianças; no caso da aliança com setores médios, apareceria a concepção da determinação social do processo saúde-doença e a organização social das práticas de saúde; finalmente, as alianças permitiriam minar a base política dos oponentes setoriais e enfrentar a seleção estrutural do Estado capaz de privilegiar aspectos racionalizadores da Reforma, de sorte que as mudanças na

estrutura institucional dependeriam da capacidade da coalização reformadora (Teixeira, 1989).

Percebe-se que a Reforma Sanitária Brasileira ocorreu em nível de transição ‘democrática’ pactuada, de **carater** reformista, não superando a ordem estrutural capitalista da sociedade brasileira. Para Rosa Luxemburgo (1999, p. 97):

“Quem quer que se pronuncie a favor do método das reformas legais, em oposição à **conquitar** do poder político e à revolução social, não escolhe, na realidade, um caminho mais **tranquilo**, mais calmo e mais lento, levando para a mesma finalidade, e sim uma finalidade diferente, isto é, modificações superficiais na antiga sociedade, em vez da instauração de nova sociedade. [...] No fundo, não tendem elas à realização da ordem socialista, mas unicamente à reforma da ordem capitalista, não à supressão do assalariado, mais a diminuição da exploração, em suma, a supressão dos abusos do capitalismo e não do próprio capitalismo.”

Paim (2007) propõe como hipótese que a Reforma sanitária brasileira havia sido concebida como práxis de *reforma geral*, reduzindo-se, nos processos concretos de implantação, a uma *reforma parcial* setorial. Gallo e Nascimento (1989) sintetizam que a Reforma sanitária buscou a instituição de um Sistema de Saúde que atendesse à nação como um todo, e que ela só poderia ser minimamente efetivada em um Estado democrático e comprometido com reformas a nível global da sociedade. Posteriormente exclamam:

“É impossível pensar seriamente em uma Reforma Sanitária nos marcos de um Estado autoritário, que destina uma ínfima parte de seu orçamento à saúde e à alimentação, com a permanência ainda na sociedade, de problemas gravíssimos na área de habitação e emprego, e com boa parte da população vivendo em estado de miséria. Assim a luta pela Reforma sanitária não pode deixar de andar a *pari passu* com a luta por mudanças estruturais na sociedade brasileira, o que equivale a dizer que o movimento sanitário em seu projeto contra-hegemônico, tem necessariamente de enfatizar o estreito vínculo entre saúde e sociedade, e ligar-se às correntes políticas e organizações sociais que de uma forma ou de outra contestam a sociedade instituída (Gallo e Nascimento, 1989, p. 93).”

Não apenas em um Estado autoritário, mesmo na transfiguração para um Estado ‘democrático’ de caráter representativo-eleitoral, Estado de direito, o processo de Reforma Sanitária foi compreendido em suas raízes contraditórias. A Constituinte brasileira de 1988 pela suas disputas hegemônicas entre a classe dominante e a classe trabalhadora, no campo da saúde, evidenciou-se como uma alegórica ‘Vitória’. Negociações, reformulações, consensos com os setores privados. ‘Vitoriou a estruturação de um sistema único de saúde. Pleno acesso, estatização imediata dos serviços de saúde, povo no poder.’ Uma *vitória de Pírrro*<sup>4</sup> para a proposta da reforma

---

<sup>4</sup>Vitória de Pirro ou Vitória pírrica é uma expressão utilizada para expressar uma vitória obtida a alto preço, potencialmente acarretadora de prejuízos irreparáveis. A expressão recebeu o nome do rei Pirro do Épiro, cujo exército havia sofrido perdas irreparáveis após derrotar os romanos na Batalha de Heracleia, em 280 a.C., e na Batalha de Ásculo, em 279 a.C., durante a Guerra Pírrica. Após a segunda batalha, Plutarco apresenta um relato feito por Dioniso de Halicarnasso: “Os exércitos se separaram; e, diz-se,

sanitária. Pírrro, uma derrota para a hegemonia concreta da classe trabalhadora. Pontuamos, se não atingir a base material do Capital, a história prever os caminhos das reformas; deve-se, pois, atingir a propriedade privada da saúde. Como sentenciou o militante sanitário Sergio Arouca em 1988 (p.8):

*“A reforma sanitária escrita na Constituinte não representará nada se não produzir um impacto concreto sobre a saúde [...] produzir transformações [...] para a construção de uma sociedade democrática, justa e independente”.*

### **Bibliografia**

Abreu, M. P. (org.) (1992). A ordem do progresso: cem anos de política econômica republicana: 1889-1989. Rio de Janeiro.

Almeida, G. R. (2000). História de uma década quase perdida: 1949-1989. Tese de Doutorado em História, ICHF/UFF, Niterói.

Arouca, A.S. (1989). Apresentação. In: Teixeira, S. F. (Org). Reforma Sanitária em busca de uma teoria. São Paulo, Cortez.

Baer, M. (1993). O Rumo Perdido: a crise fiscal e financeira do Estado Brasileiro. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

Berlinguer, G. (1987). Palestra. Proposta – Jornal da Reforma Sanitária, n 1, Encarte Especial., (p. 4).

Brasil. (1987). Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Castro, A. & Souza, F. (1985). A Economia Brasileira em marcha forçada. São Paulo, Paz e Terra.

Correia, M. V. C. (2005). O Conselho nacional de saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionantes dos organismos financeira e internacionais. Tese de Doutorado em Serviço Social. UFPE, Recife.

Costa, N. (1998). Políticas Públicas, Justiça e Inovação: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo, HUCITEC.

Dias, E. F. (1996). O outro Gramsci. São Paulo, Xamã.

---

Pirro teria respondido a um indivíduo que lhe demonstrou alegria pela vitória que "uma outra vitória como esta o arruinaria completamente". Pois ele havia perdido uma parte enorme das forças que trouxera consigo, e quase todos os seus amigos íntimos e principais comandantes; não havia outros homens para formar novos recrutas, e encontrou seus aliados na Itália recuando. Por outro lado, como que numa fonte constantemente fluindo para fora da cidade, o acampamento romano era preenchido rápida e abundantemente por novos recrutas, todos sem deixar sua coragem ser abatida pela perda que sofreram, mas sim extraindo de sua própria ira nova força e resolução para seguir adiante com a guerra (TERRA, 2010, p. 62).”

Faleiros, V. (2006). A construção do SUS: História da Reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, Ministério da Saúde.

Faoro, R. (2000). Os donos do poder: a formação do patronato político brasileiro. 10 ed. São Paulo, Publifolha.

Fontes, V. (2006). Sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: Lima, J. & Neves, L. (Org.). Fundamentos da Educação escolar do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro, Fiocruz.

Gallo, E. & Nascimento, P. (1989). Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: Teixeira, S. F. (Org). Reforma Sanitária em busca de uma teoria. São Paulo, Cortez.

Jacobi, P. (1993). Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde – São Paulo 1974-1984. 2 ed. São Paulo, Cortez.

Lenin, V. (2007). O Estado e a revolução: o que ensina o marxismo sobre o Estado e o papel do proletariado na revolução. São Paulo, Expressão Popular.

Luxemburgo, R. (1999). Reforma ou revolução? São Paulo, Expressão Popular.

Machado, F. (1987). Participação social em saúde. In: 8º Conferencia Nacional de Saúde, Brasília. Anais: Centro de documentação do Ministério da Saúde.

Paim, J. (2007). Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador, EDUFBA/Rio de Janeiro, Fiocruz.

Teixeira, S. F. (Org). (1989). Reforma Sanitária em busca de uma teoria. São Paulo, Cortez.

Terra, D. (2010). Viagem. São Paulo, Biblioteca 24x7.

Vasconcelos, E. M. (1987). A Medicina e o pobre. São Paulo, Paulinas.

Vitulo, G. E. (2007). Teorias de democratização e democracia na Argentina contemporânea. Porto Alegre, Sulina.