

RELAÇÕES ENTRE A REFORMA SANITÁRIA E A REVOLUÇÃO PASSIVA NO BRASIL

RELATION BETWEEN HEALTH REFORM AND PASSIVE REVOLUTION IN BRAZIL

Nara Luiza Valente*
Silmara Carneiro e Silva**

RESUMO

O presente ensaio tem como objetivo promover um estudo sobre a reforma sanitária no Brasil, a partir do conceito de revolução passiva. Inicialmente, busca-se analisar o histórico da reforma sanitária, suas promessas e conquistas, para em seguida refletir sobre a revolução passiva como tradução da reforma sanitária. Como recurso metodológico, utilizou-se a pesquisa bibliográfica para a realização de revisão de literatura acerca do tema proposto. Para tanto, foi necessária a compreensão teórica de categoriais centrais no debate do direito à saúde no Brasil, bem como de categorias essenciais no estudo de Antonio Gramsci, tais como os conceitos de reforma e contrarreforma, bem como o de revolução passiva. Trata-se, portanto, de um estudo no qual se busca trazer ao leitor os fundamentos da realidade para análise e compreensão do tema. Como resultados, admite-se que o projeto de Reforma Sanitária Brasileira ilustrou algumas consequências da chamada revolução passiva, onde o conservar-mudando parece continuar imperando.

Palavras-chave: Reforma Sanitária; Brasil; Revolução Passiva.

ABSTRACT

The objective of this essay is to promote a study on health reform in Brazil, from the concept of passive revolution. First, the history of sanitary reform in Brazil, as well as its promises and achievements, is analyzed, and the passive revolution is then verified as a translation of this reform. As a methodological resource, bibliographical research was used, making a literature review about the proposed theme; It is, therefore, a descriptive study, whose purpose is to bring the reader the reality behind the theme. As a result, it is admitted that the Brazilian Sanitary Reform project illustrated some consequences of the so-called passive revolution, where conserving-changing seems to continue to prevail.

Keywords: Health Reform; Brazil; Passive Revolution.

* Mestre em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

** Doutora em Serviço Social e Política Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL)

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1970 e, principalmente, na década de 1980, a luta pela democratização do Brasil teve seus reflexos nas políticas sociais, atribuindo-as novas características.

O movimento sindical e demais movimentos reivindicatórios, construíram uma frente política partidária de oposição ao Regime Ditatorial instaurado no país. Essa frente política oposicionista de movimentos foi capaz de formular projetos de reorganização estrutural. Neste contexto, a dívida social do Estado Brasileiro para com as populações desfavorecidas, historicamente, pelo sistema econômico e político vigente no país, foi posta no debate como o tema central da democracia. No conjunto de movimentos e projetos que repercutiram em avanços democráticos em diversas áreas no país, na área da saúde, em especial, destacou-se o movimento sanitário e, posteriormente, o projeto de Reforma Sanitária.

O desejo pela democracia foi canalizado para os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, que se iniciaram em 1987. Em parte, a construção de uma ordem institucional democrática tinha como requisito um reordenamento das políticas sociais a fim de que essas respondessem às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade (FLEURY, 2009).

Assim, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, possibilitada pelas pressões que se faziam sentir, inaugurou-se um novo sistema de proteção social, traduzido na carta magna pelo tripé da Seguridade Social. Tal sistema, que estabelece seus pilares na Saúde, Previdência Social e Assistência Social, se estruturou a partir de um ideal de universalização da cidadania.

A Seguridade Social, ao redesenhar as relações entre os entes federativos e estabelecer formas de participação e controle social, com mecanismos de pactuação e articulação entre os três níveis de governo, se pauta num forte componente de reforma do Estado, reforma esta que não ocorreu da maneira como se imaginava pelos movimentos sociais. Em particular, no caso da saúde, se materializou alhures do desejo dos fundadores do Projeto da Reforma Sanitária.

Para a realização da proposta, foi necessária a utilização da pesquisa bibliográfica. Tal modelo de pesquisa se adequa às exigências do estudo, uma vez que para o desenvolvimento do trabalho, foi necessário a abordagem teórica aprofundada de categorias essenciais ao debate sobre o direito à saúde, de modo geral, e no que diz respeito ao desenvolvimento desse debate dentro da história brasileira. Ainda, no desenvolvimento da pesquisa bibliográfica, se tornou essencial a aproximação com categorias teóricas gramscianas, que serviram de suporte para a interpretação do contexto histórico brasileiro, especialmente no que diz respeito a Reforma Sanitária e suas possíveis relações com uma Revolução Passiva.

Desta forma, o que se quer com esse trabalho, além de apresentar o aporte histórico quanto a Reforma Sanitária Brasileira, é também confrontá-la com a realidade política apresentada pós-constituição de 1988, demonstrando que os ideais democráticos da Reforma Sanitária Brasileira se converteram materialmente numa ilustração de algumas das consequências de um tipo específico de movimento que, se por um lado envolve mudança, por outro envolve conservação. Trata-se do que, na perspectiva gramsciana, se define por revolução passiva: abafando as vozes dos movimentos sociais e dando forças a uma política de 'conservar-mudando'.

APONTAMENTOS SOBRE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A década de 1980 representou um importante período histórico político no Brasil. Nela, o país saiu de uma ditadura militar de vinte anos de duração e transitou para um regime democrático. A opressão vivida pela população nesse período foi decisiva para o agrupamento de forças sociais que tinham interesses comuns: a consolidação da democracia e a eleição direta para presidente da república.

Ao longo da transição brasileira — que começou com uma flexibilização das restrições que os militares haviam imposto aos direitos civis e continuou através da posse de um governo civil e a redação de uma nova Constituição —, alguns tipos distintos de atores políticos desempenharam seu papel no debate e na luta contínua acerca do futuro do país. Nas fases iniciais, novos atores sociais vieram juntar-se ao partido político de oposição para pressionar os militares, visando obter novas concessões. Nesse período, movimentos de bairro, associações profissionais e um movimento sindical que começava a ressurgir passaram cada vez mais a assumir uma aparência política, produzindo (ou acrescentando-se a) um fermento que alguns autores chamaram de “a explosão da sociedade civil”. A sociedade civil tornou-se o principal campo de interação política. Nas fases posteriores, à medida que o campo da luta política se deslocava para as instituições estatais, também os atores políticos relevantes locomoveram-se para as organizações político-partidárias, juntamente com os aparelhos burocráticos e os que tinham capacidade de influenciá-los. Os movimentos sociais não desapareceram — na verdade, durante os anos 80, alguns deles, especialmente os movimentos de invasão em áreas urbanas e o movimento dos sem-terra no campo, tornaram-se muito maiores e mais militantes que os que lhes serviam de contrapartida nas fases iniciais da transição. A diferença está em que, no final dos anos 70, tais movimentos eram interpretados como parte da estrutura mais ampla de uma oposição democrática, enquanto na década de 80 os aspectos predominantes eram seu papel contestatório e sua capacidade de rompimento. (KECK, 2010, p. 43).

Foi nesse cenário de luta pela redemocratização, descrito por Keck (2010) que, impulsionada por movimentos sociais, sindicatos de operários, e partidos de oposição, foi possível a mobilização da sociedade brasileira para empreender reformas significativas na saúde e em outras áreas como a educação e a assistência social, por exemplo. Se passou a associar ao regime militar problemas estruturais graves que acabavam impedindo o desenvolvimento do país e a melhoria de vida das pessoas, tornando-se evidente a falta de políticas públicas que visassem atender às necessidades da população. Assim, ainda conforme Keck (2010, p. 43-44):

O processo de transição brasileiro tornou-se notável pela sua duração e pela moderação e cautela de que deram provas as forças dominantes de oposição ao regime autoritário. Com o passar do tempo, essas características reforçaram vários aspectos particularmente ambíguos do processo de transição, e a indeterminação política, que inicialmente aparecera como um espaço aberto à criatividade, acabou por representar apenas uma forma de evitar uma ação mais decisiva. Em primeiro lugar, faltavam à transição brasileira limites temporais e substantivos claramente definidos. Em segundo, o projeto de liberalização, que envolvia um conjunto muito pequeno de agentes políticos, foi levado a efeito sob a força coercitiva de restrições. Elas mantiveram o consenso entre aqueles que faziam a democratização parecer mais importante que uma ação decisiva. Finalmente, os militares não estavam desacreditados ao deixarem o poder e conservaram um grau significativo de unidade interna; assim, puderam manter — ou eram vistos como se estivessem efetivamente mantendo — uma capacidade substancial de intervenção no processo político.

Inscrito nesse processo político contraditório de luta pela redemocratização do país, no qual o conservar-mudando dá sinais de ser seu *modus operandi*, o *Projeto de Reforma Sanitária*, que foi

construído na década de 1980, tendo sido fruto de intensas lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular, em parte é absorvido pelas estratégias de intervenção do Estado no processo político, na medida em que incorpora entre suas próprias estratégias o Sistema Único de Saúde e a garantia constitucional do direito universal à saúde (BRAVO, 2002).

Esse projeto adotou um conceito ampliado de saúde, que abrange condições gerais de vida, como moradia, trabalho, saneamento, alimentação, educação e lazer, extrapolando o simples atendimento ao enfermo para se tornar um direito do cidadão e um dever do Estado, de forma efetiva (GERSCHMAN, 2004).

Sonia Fleury (2009) explica que a construção do projeto de Reforma Sanitária se deu na noção de crise:

[...] crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde. A constituição da Saúde Coletiva, como campo do saber e espaço da prática social, foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social, a organização da prática médica, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta. Partindo da análise dos processos de trabalho e do conceito-chave de organização social da prática médica, tal movimento opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada, bem como de sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevaletentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento. (notas de rodapé suprimidas).

Conforme visto em Fleury (2009), o intuito principal da proposta de Reforma Sanitária era a de assegurar que o Estado atuasse em função da sociedade e não o inverso, pautando-se, para tanto, no ideal de Estado Democrático de Direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Ou seja, havia na proposta da Reforma Sanitária a defesa de um Estado intervencionista, em contraposição aos preceitos liberais clássicos, para os quais o Estado não deve interferir positivamente nas relações sociais.

A perspectiva de universalização do direito à saúde pautava o projeto da Reforma Sanitária. A saúde deveria se tornar um direito de todos e obrigação do Estado, tendo como fundamentos: a melhor explicitação do interesse público, democratização do Estado, criação de uma esfera pública com controle social, democratização do acesso aos serviços e melhoria de sua qualidade, universalização das ações, descentralização, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na equidade e integralidade das ações (BRAVO, 2002).

Deste modo, o movimento sanitário encontrava-se totalmente articulado e se associava à luta mais geral da sociedade brasileira pela democracia, defendendo uma saúde autenticamente democrática, reconhecendo, para tanto, que se trata de um direito de caráter universal e inalienável do homem; sendo as condições de caráter socioeconômico que viabilizam a sua preservação, devendo ao Estado e a toda a coletividade a sua efetiva implementação (SCOREL, 1999).

As dimensões da reforma e o que ela representaria para os cidadãos e para o país foram bem explicadas por Jairnilson Silva Paim (2013, p. 156):

A democratização da saúde, na realidade, exigiria algo mais que a formulação de uma Política Nacional de Saúde ou a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Significava a revisão crítica de concepções, paradigmas e técnicas, mas também mudanças no relacionamento do Estado e de seus aparelhos com a sociedade e dos funcionários com os cidadãos,

podendo ser percebida de duas maneiras: como uma bandeira, corporificada no “Partido Sanitário”, e como processo político, que não se esgotava na unificação do sistema.

A proposta Reforma Sanitária foi, portanto, fruto de um longo e consistente movimento protagonizado pelos setores organizados da sociedade civil brasileira, que saíram em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Tal proposta se transformou em projeto com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e teve seu desenvolvimento enquanto processo, especialmente com a instalação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. A respectiva conferência se pautou em três eixos específicos: saúde como um direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde. Cada um desses eixos foi discutido por intelectuais da área que fomentavam o debate e ampliavam a discussão acadêmica (PAIM, 2008).

Dessa forma, a Reforma trouxe à tona a discussão acerca do próprio conceito de saúde, o qual deixou de ser meramente curativo e medicamentoso, abrindo espaço para conceitos diversificados, como os de prevenção e promoção de saúde por meio de um novo modelo assistencial que viria a ser materializado no Sistema Único de Saúde – SUS (SCOREL, 1999).

O que se observa é que é possível definir a Reforma Sanitária como uma reforma social que propõe uma relação diferente entre Estado e Sociedade, estimulando a presença de diversos setores da sociedade na definição da política setorial, por meio de Conselhos e Conferências de Saúde, por exemplo.

No projeto da Reforma Sanitária está contida uma noção de política pública que vai além da institucionalidade do Estado, verifica-se o protagonismo da sociedade civil, implica em pensar a correlação de forças entre os diferentes sujeitos coletivos inscritos, quando vista, de modo mais amplo, aos moldes do que apontou Paim (2013), como processo político. O conceito de política pública implica a expressão das contradições inerentes aos processos políticos. Pereira (2009) a apreende como:

[...] produto da relação dialeticamente contraditória entre estrutura e história, e, portanto, de relações – simultaneamente antagônicas e recíprocas – entre capital x trabalho, Estado x sociedade e princípio da liberdade e da igualdade que regem os direitos da cidadania. (PEREIRA, 2009, p. 166).

Assim, depreende-se que a política pública, nessa perspectiva, deve ser entendida como uma estratégia de ação planejada e avaliada, guiada pela coletividade, de modo que tanto o Estado como a sociedade desempenhem papéis ativos. Deste modo, o entendimento da política pública está intrinsecamente ligado ao estudo do Estado em ação nas suas relações de reciprocidade e antagonismo com a sociedade, que se constitui como o espaço das diversas classes sociais (PEREIRA, 2008).

Portanto, a política pública irá implicar a intervenção do Estado e de diversos atores sociais, seja por meio de demandas, seja mediante um controle democrático. Assim se deu com o projeto analisado, o qual teve os pontos mais relevantes contidos no projeto da Reforma Sanitária, que foram incorporados pelo Estado e resultaram em modificações na área de saúde, conforme Ana Luiza d’Ávila Viana foram:

[...] - na estrutura organizacional do sistema, com a formação de áreas descentralizadas de saúde;
 - na forma de gestão, com a formação dos Conselhos de Saúde nos três níveis de governo (nacional, estadual e municipal) e com a presença dos vários segmentos participantes da política, inclusive os usuários;

- no modo de funcionamento, com a incorporação da assistência médica pelos centros de saúde pública, mediante ações de pronto-atendimento e de atendimento programado, possibilitando superar a dissociação entre ações preventivas e curativas;

Na relação público/privado na provisão de serviços, com preferência dada ao setor público na oferta de serviços de saúde, passando o setor privado a ter um papel complementar na atenção curativa ambulatorial;

- no perfil do financiamento e do gasto público em saúde, com a elevação da participação dos recursos fiscais dos estados e municípios para o gasto em saúde (2014, p. 58).

Note-se que as mudanças concretizam institucionalmente, uma série de modificações que subsidiavam a democratização do sistema, em face de um conjunto de questões importantes para o desenvolvimento do sistema de saúde no país e que tais são resultados dos processos políticos empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária. Por conseguinte, o conceito de Reforma Sanitária diz respeito à um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional “[...] que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares” (FLEURY, 2011), tendo como expressão a busca do direito universal à saúde e a criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.

Esse processo de instituição do direito, na perspectiva da sua universalização e da criação de mecanismos para a sua efetividade, concretiza, alguns dos pressupostos que formam a noção de política pública enquanto política de ação. Aos moldes de Pereira (2011) a política pública (social) é uma

[...] política de ação, que visa, mediante esforço organizado e pactuado, atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, e requer deliberada decisão coletiva regida por princípios de justiça social que, por sua vez, devem ser amparados por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos. (PEREIRA, 2011, p. 171).

O que se percebe é que ao tomar a noção de política pública a partir da sua dimensão processual política e ainda como política de ação, se observa o quanto as mudanças ocorridas na área de saúde no Brasil, ocorreram em resposta aos movimentos organizados inscritos no contexto da transição democrática. Estes, que foram importantes para a abertura de espaços para a participação social na discussão e planejamento desta política, a partir da conquista da universalização do direito à saúde no país.

Nesse cenário, o Estado passou a ser o principal responsável pela garantia do direito à saúde para a população em geral e esse processo se objetivou em resposta às lutas empreendidas pelos setores organizados da sociedade civil que compuseram as frentes opositoras ao regime ditatorial ao mesmo tempo em que imprimiram suas agendas ao Estado de Democrático de Direito. Assim, é importante destacar que as conquistas do direito à saúde e do Sistema Único de Saúde, resultam não exclusivamente de um processo institucional; essas conquistas assentam suas raízes na mudança do pensamento popular, que numa determinada conjuntura de lutas, forjou meios para a democratização do Estado, imprimindo com isso, na institucionalidade pública os novos valores cultivados pelas frentes de resistência que se insurgiram contra o regime ditatorial, vigente naquele período.

AS CONQUISTAS DA REFORMA SANITÁRIA

A Reforma Sanitária trouxe conquistas significativas para a vida da sociedade. Primeiramente, houve o reconhecimento formal do direito à saúde como universal. Outra conquista foi a descentralização do sistema de saúde, com comando progressivamente único em cada esfera do governo.

Nesse cenário de conquistas forjado no Brasil, conforme vimos em Keck (2010), em meio aos processos políticos de transição democrática, a saúde do cidadão passou a ser tratada como um direito de todos, sendo obrigação do Estado a sua garantia, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais, disposição do artigo 196 da Constituição de 1988¹. Assim, a saúde passou a ser considerada como um dos bens jurídicos mais preciosos do ser humano, estando intimamente ligada ao direito à vida, inerente a todos:

Ao incluir a saúde como um direito constitucional da cidadania no capítulo da Seguridade Social, avançamos na concretização da democracia, fortalecendo a responsabilidade do Parlamento e da Justiça, cada dia mais presentes na garantia dos direitos sociais. [...] No âmbito da reforma do estado, o SUS desenvolveu um projeto de reforma democrática que se caracterizou pela introdução de um modelo de pacto federativo baseado na descentralização do poder para os níveis subnacionais e para a participação e controle social. Como consequência ocorreu uma ousada municipalização do setor saúde (FIOCRUZ, 2006).

Assim, a partir do projeto de Reforma Sanitária, a saúde passou a ser considerada questão de cidadania e de justiça social, e não um mero estado biológico independente do status social e individual. A saúde seria, a partir desse contexto, não somente como ausência de doenças, mas sim um completo estado de bem-estar, estando relacionada com as condições de vida e de trabalho dos indivíduos; pela conjuntura social, econômica, política e cultural de determinado país; por aspectos legais e institucionais relativos à organização dos sistemas de saúde; e por valores individuais e coletivos sobre como viver bem (PAIM, 2013).

O Sistema Único de Saúde, foi implementado na Constituição Federal de 1988, e posteriormente, instituiu-se uma legislação específica, qual seja a Lei Orgânica de Saúde – Lei 8.080/1990. Nas palavras de Jairnilson Silva Paim (2009, p. 51):

O SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e leis subsequentes.

Salienta-se que o SUS corresponde a um sistema formado por órgãos de instituições federais, estaduais e municipais. Não é, exclusivamente, constituído por organismos da administração direta, mas também por órgãos da administração indireta, como autarquias, fundações e empresas públicas. A iniciativa privada pode participar do SUS, em caráter complementar, mediante “[...] contrato regido pelo direito público, nesse sentido, os serviços privados e filantrópicos contratados funcionam como se público fossem” (PAIM, 2009).

Importante ressaltar os princípios que regem o SUS: *universalidade*, que estabelece o direito à saúde para todos; a *integralidade de assistência*, que exige o atendimento em todos os níveis de complexidade; a *preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral*, e por fim, a *igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie*.

Assim, a saúde passou a ser entendida como direito humano fundamental², sendo obrigação do Poder Público prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Desta forma, cabe a ele

¹ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

² Direitos Humanos Fundamentais são aqueles tidos como normas jurídicas positivadas no plano constitucional de determinado Estado Democrático de Direito, que, por sua importância axiológica, fundamentam e legitimam todo o ordenamento jurídico-

a tarefa de garantir a integralidade da saúde, mediante a promoção e execução de políticas econômicas e sociais, visando não somente a redução de doenças, mas também o atendimento universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, consoante passou a estabelecer a Lei Orgânica da Saúde, uma das conquistas possibilitadas pelo movimento da Reforma Sanitária (ROCHA, 2011).

Ainda, houve a ampliação da participação social no que diz respeito à saúde, que resultou no amplo controle público sobre o Estado por meio de Conferências, Conselhos e Plenários de Saúde, permitindo a construção de novos atores na área. Paim (2008, p. 295) salienta, contudo, que “[...] o caráter virtuoso desse processo participativo não tem sido suficiente para resultar numa práxis de *reforma social geral*”. A incorporação das demandas postas pelo movimento da Reforma Sanitária pelo Estado, não significou, obviamente, o esgotamento de todo o seu projeto.

A reforma que ocorreu, se deu aos moldes da institucionalidade pública estatal, ou seja, sem romper com a lógica racional de cunho liberal burguês que é própria das instituições do Estado. Isso implica, por um lado, na incorporação de parte das demandas vindas do movimento, mas por outro, no bloqueio das potencialidades de seu projeto de reformas, quando tomado em sua totalidade. Esse modelo de reforma, impresso na área da saúde, como também em outras áreas de políticas públicas no país, é uma das principais evidências típicas da lógica do conservar-mudando. Esta que resulta de uma necessidade das elites que ocupam o Estado, em anuir diante de parte das demandas postas pelas camadas populares, em defesa de sua estabilidade no poder. Assim, se por um lado, a garantia do direito à saúde e de sua universalização, no caso específico analisado, é conquista dos movimentos sociais da área, por outro é concessão das elites governistas, que estrategicamente elevam o status do direito à saúde a um direito universal e criam um sistema público de atendimento, contendo com isso o curso das reformas mais amplas pretendidas pelo movimento.

Ainda que conscientes desse movimento que implica em concessão e conquista, próprio dos processos políticos que comportam as lutas empreendidas pelos movimentos sociais, quando lutam em face da garantia de direitos, cabe-nos mencionar um conjunto de ações consideradas no contexto geral, como avanços importantes para a sociedade brasileira. Estes, que foram possibilitados pelos esforços do movimento da Reforma Sanitária e através da implementação do SUS. São eles: extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, universalização do acesso, expansão dos Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família – PACS/PSF, crescimento da produção e da produtividade, regulamentação e realização de 23.400 transplantes, desenvolvimento de informatização e informação em saúde, dentre outros (PAIM, 2008).

Deve-se dar o devido destaque também ao Plano Diretor de Vigilância Sanitária e a organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, ambos em vigência, além de uma produção relevante de conhecimentos técnico-científicos para a regulação e fiscalização da saúde, que conquistaram credibilidade da opinião pública e dos profissionais de saúde.

AS PROMESSAS NÃO CUMPRIDAS DA REFORMA SANITÁRIA

Em que pese os avanços conquistados mencionados acima, é de se destacar que a Reforma Sanitária Brasileira e a construção do SUS, aprovado na Constituição Federal de 1988, ocorreram num

bem como um valor condicionante para a validade e eficácia de princípios inferiores; mostrando, pois, sua posição de supremacia axiológica (MARMELSTEIN, 2011).

contexto que favoreceu amplamente o projeto neoliberal, de modo que a reorganização do Estado e da Sociedade ocorreu de maneira diversa daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS.

Houve, na área da política pública de saúde, como nas demais políticas públicas sociais uma substituição do modelo corporativo, por um modelo que tem por base a individualização do risco:

Para aqueles que podem pagar por seus riscos sociais, há uma explosão da oferta de seguros sociais em áreas como a saúde e as aposentadorias. Esta expansão do mercado ocorre seja com a anuência e promoção do Estado, por meio de subsídios e renúncias fiscais, seja com a ausência de uma regulamentação efetiva que possa conter os abusos e desrespeitos aos direitos dos consumidores. Só depois de fortalecido este mercado, seria promovida sua regulamentação, ainda recente e precária, permitindo que os portadores de seguros sejam também usuários do SUS, que termina funcionando como um tipo de resseguro para alguns tratamentos.

Para a população mais pobre, o princípio da individualização dos riscos vai se concretizar em programas de proteção focalizados, cujos benefícios e serviços ou transferências de renda implicam requerimentos de provas de necessidade e no cumprimento de certas condicionalidades impostas aos beneficiários. Desta forma, a política social passa a funcionar como mecanismos simultâneos de promoção e controle social, desvinculadas da condição de exercício de um direito social (FLEURY, 2009, p. 4).

Analisando especificamente a saúde, observa-se que, embora tivesse alcançado status de direito universal, com a Constituição Federal de 1988, na esteira dela, foi tratada a reboque de uma perspectiva de cidadania, sendo lançada ao mercado, como bem de consumo. Não há, portanto, a implementação do preceito constitucional da Seguridade Social, que é centrada na ideia de justiça e cidadania universal. Um dos pilares da Seguridade Social – saúde – representada pelo SUS e pelo Ministério da Saúde, continua a reproduzir a lógica do Inamps, qual seja hospitalar e medicalizante (PAIM, 2008).

Assim, essa concepção de saúde, prevista pela Constituição Federal de 1988, tem encontrado inúmeras dificuldades para se tornar efetiva, gerando posicionamentos contrários à máxima de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo uma norma auto aplicável. Neste sentido, a tentativa é de se caracterizar a saúde como uma norma programática, de forma que o direito social só possuiria efetividade com a intervenção do legislador, enunciando objetivos a serem atingidos pela ação futura dos Poderes Públicos, correndo o risco de nunca serem concretizadas. Sarlet defende que, mesmo em se tratando de normas definidoras de direitos fundamentais sociais, a sua efetividade não pode ficar relacionada à vontade legislativa:

De modo especial no que diz com os direitos fundamentais sociais, e contrariamente ao que propugna ainda boa parte da doutrina, tais normas de direitos fundamentais não podem mais ser considerados meros enunciados sem força normativa, limitados a proclamações de boas intenções e veiculando projetos que poderão, ou não, ser objeto de concretização, dependendo única e exclusivamente da boa vontade do poder público, em especial, do legislador (2011, p. 09).

Ao se entender a saúde como uma norma de aplicação imediata, e não meramente programática, caracteriza-a como dotada de um certo grau de eficácia, ainda que limitado, de modo que quando legislador se omite em sua função de complementar tais normas, estará submetido à fiscalização por parte do Poder Judiciário. Deste modo, o caráter programático do artigo 196 da Constituição Federal, não pode ser usado como promessa constitucional inconsequente, fraudando as expectativas da sociedade. Assim, seu cumprimento deve ser impostergável, e não configurar um gesto de irresponsabilidade governamental.

Nessa perspectiva, o parágrafo 1º do artigo 5º, da Constituição Federal de 1988, prevê que “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”. Assim, mesmo que a saúde não tenha seguido os ideais previstos pelo movimento da Reforma Sanitária, mantendo muito de seu aspecto mercantil, a própria Constituição oferece uma “válvula de escape”, impondo aos órgãos estatais a tarefa de maximizar a eficácia dos direitos fundamentais sociais, criando condições materiais para sua realização. Deste modo, o Poder Judiciário, ao se deparar com uma situação em que a saúde se encontra sem regulamentação, ou seja, sem ações criadas para sua concretude, caberá ao Poder citado integrar o sentido da norma, com a finalidade de tornar o direito imediatamente aplicável ao mundo dos fatos.

Entendida tal premissa e retornando as promessas não cumpridas da Reforma Sanitária, percebe-se que, em que pese haver uma saída prevista constitucionalmente, em caso de não efetividade do direito à saúde, constata-se a manutenção de um modelo médico hegemônico, submetendo o SUS a interesses privados, o que contradiz o projeto da reforma sanitária, na sua raiz, comprometendo seu caráter universal.

Jairnilson Silva Paim (2008, p. 299), sobre o tema, destaca:

Não obstante os desejos de coesão social e de cultura da paz numa sociedade em que a luta de classes é transfigurada em violência estrutural, interpessoal e da delinquência do cotidiano, e onde transparece, cada vez mais, o caráter patogênico do capital, permanecem grandes desafios para o SUS universal, humanizado e de qualidade. O usuário cidadão encontra-se bastante distante de ser reconhecido como centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde.

No momento atual, os desafios da área da saúde não são muito diferentes das demandas do movimento da Reforma Sanitária, introduzidos há mais de duas décadas. O que se percebe, ainda, é a incapacidade de implantar um modelo integral de atenção à saúde, de reversão da predominância do modelo curativo para um modelo preventivo, a incapacidade das melhorias na gestão do sistema; a dificuldade na gestão das unidades de saúde, a falta de uma renovação ética nos profissionais do sistema de saúde, a dependência de insumos e medicamentos cujos preços e condições de produção por grandes empresas multinacionais fogem ao controle dos Estados nacionais, e muitos outros mais (FLEURY, 2009).

Sendo assim, em que pese a Constituição Federal de 1988, bem como a Lei Orgânica de Saúde garantirem o acesso amplo e igualitário à saúde, o que se observa é o confinamento da Reforma Sanitária Brasileira à dimensão setorial e a submissão do SUS a interesses políticos privados.

A REFORMA SANITÁRIA COMO REVOLUÇÃO PASSIVA

Se para os formuladores do projeto da Reforma Sanitária, a redemocratização poderia ser uma oportunidade para a implantação de uma democracia progressiva, com aspirações ao socialismo, o movimento histórico ocorrido na época e o desenvolvimento da sociedade brasileira se deram de maneira diversa.

O que ocorreu foi uma modernização capitalista, onde as condições concretas em que foi implantada a Reforma Sanitária Brasileira reduziram a sua *práxis* a uma reforma parcial setorial, ilustrando algumas consequências da revolução passiva: “a política da Direita com homens e frases de esquerda” (GRAMSCI, 2002, p. 70).

Assim, na década de 1990, observou-se um enfraquecimento dos movimentos sociais e a arrefecimento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde da cena política, reduzindo o poder de antítese; questões estas que, por outro lado, não impediram o aparecimento de certos elementos de mudança, imprimindo-se, portanto, a lógica do conservar-mudando, que é própria das revoluções passivas. Sobre a revolução passiva, Vianna (2004, p. 102) destaca:

No curso da revolução passiva, a imobilização política do 'portador da antítese pode negar-lhe protagonismo, restringindo-o a ações esporádicas e inorgânicas. Mas a sua imobilização não leva à estagnação do processo de mudança, uma vez que o ator passaria a ser representado veladamente pelos 'fatos'.

Em que pese o discurso contido na RSB representar, por uma parte, uma interpretação socializante não somente da saúde, mas da realidade brasileira, o que se percebeu foi que o horizonte socialista perdeu suas forças, e, mesmo os partidos de esquerda, que nesse período tiveram proximidade com o movimento, não assumiram um discurso socialista no presente.

Por outra parte, o projeto da RSB identificava-se com a social democracia, “[...] ao apontar para a conquista de um Estado de Bem-Estar Social, garantia dos direitos sociais e reforço da cidadania” (PAIM, 2008, p. 302), o que ocorreu foi que os governos pós-promulgação da Constituição de 1988 implementaram políticas econômicas e sociais diversas daquelas contidas como prioritárias na Magna Carta.

O que ocorreu a partir da década de 1990, foi a criação de um Projeto de Saúde articulado ao mercado privatista, em que pese o entendimento a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990), de que a saúde é um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Assim, num primeiro momento houve o questionamento desse direito por uma ideologia conservadora, para, em seguida, surgissem propostas que atrelavam cada vez mais a saúde ao mercado. Nesse novo projeto, caberia ao Estado apenas o suprimento do mínimo para aqueles que não podem pagar, ficando ao setor privado o atendimento para aquelas pessoas que tem acesso ao mercado. Bravo (2002) traz um panorama desse período, destacando a existência de quatro momentos principais no que diz respeito ao setor saúde:

O primeiro momento, situado na era Collor, compreende os dois primeiros anos da década. É marcado pelo aprofundamento do retrocesso já iniciado após o giro conservador do governo Sarney, havendo a redução de verbas para os setores sociais, inclusa a saúde [...], havendo um boicote sistemático e contundente à implementação do SUS. [...]

O segundo momento refere-se à era Itamar com duas diferenciações. A primeira compreende a gestão de Jamil Haddad, que significa um freio ao sucateamento do setor saúde, apresentando proposições de fortalecimento do SUS. Já a gestão de Henrique Santillo é marcada pela ausência de iniciativas operacionais no avanço do SUS. [...]

O terceiro momento é referente à nova gestão do ministro Adib Jatene (1º.1.1995-7.11.1996) e compreende basicamente aos dois primeiros anos de governo FHC, em que o descaso governamental foi evidente, na medida em que o presidente nada fez para intervir nessa política setorial. [...]

O quarto momento compreende o período em que, pela primeira vez, apresenta-se oficialmente, de forma sistematizada, uma outra proposta de saúde, que é contrária ao SUS. Compreende a gestão interina de José Carlos Seixas (6.11.1996-13.12.1996), Carlos César Albuquerque (13.12.1996-31.3.1998) e José Serra. (BRAVO, MATOS, 2002, p. 202-204).

Observa-se, ainda, que no contexto atual, por ocasião dos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Roussef, esta característica mercantil não foi deixada de lado. Primeiramente, em se tratando

do governo Lula, o qual deu sequência à contrarreforma do Estado iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso, encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado, tratando-se especificamente neste estudo da saúde.

Em que pese, no início do governo Lula, a tentativa tivesse sido da incorporação ética política da agenda da Reforma Sanitária, o que ocorreu foi a manutenção da disputa entre os dois projetos: Reforma Sanitária e Privatista. No decorrer do governo, em alguns aspectos há o fortalecimento do primeiro, e em outros, do segundo. Bravo e Menezes fazem apontamento quanto ao primeiro mandato do Governo Lula:

[...] poderiam fortalecer o primeiro projeto: o retorno da concepção da Reforma Sanitária que, nos anos noventa, foi abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do ministério, as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003 e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. Como continuidade da política de saúde dos anos noventa, destaca-se a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Como exemplo de focalização, destaca-se a centralidade no Programa Saúde da Família, sem alteração significativa, para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica, em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. (BRAVO, MENEZES, 2011, p. 17).

Sobre o segundo mandato, aponta-se que o Governo Lula não demonstrou um compromisso com a Reforma Sanitária, uma vez que não menciona alguns eixos essenciais, quais sejam: o controle dos planos de saúde, financiamento efetivo e investimentos, ação intersetorial e política e gestão do trabalho (PAIM, 2013).

O Conselho Nacional de Saúde tem divulgado que a saúde pública brasileira e o SUS tem sofrido nos últimos anos, estando ambos em risco. Houve, em 2009, uma Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que apontou algumas das principais questões que colocam a saúde nesse situação:

A desestruturação da rede de atenção primária à saúde, privilegiando os procedimentos especializados e de alto custo; • A não regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, implicando no subfinanciamento da saúde pública a partir do não cumprimento dos percentuais mínimos de investimento pela União, maioria dos estados e parte dos municípios;

Avanço da privatização do SUS em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através da desestruturação, sucateamento e fechamento dos serviços públicos e ampliação da contratação de serviços privados, numa flagrante violência aos ditames constitucionais;

Precarização dos serviços públicos e das relações de trabalho, com baixa remuneração dos trabalhadores e enormes discrepâncias salariais sem definição de uma política de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais do SUS (BRAVO, MENEZES, 2011, p. 21).

Chegando ao governo Dilma, esta afirmou em seu discurso de posse que o SUS seria uma de suas grandes prioridades. O que se destacou, no entanto, foi a clara continuidade aos preceitos neoliberais, seja ao aprovar a Lei 13.097/2015 que alterou o artigo 23 da Lei 8.080/1990, autorizando a abertura da saúde ao capital estrangeiro no que diz respeito à abrangência na oferta, na gestão e na promoção de serviços; seja ao centrar as ações do governo na prevenção de doenças, de forma pontual e seletiva, atendendo diretamente aos que se encontram em risco, contrariando a proposta de universalidade da saúde.

Assim, visto o cenário histórico, percebe-se que o que ocorreu foi uma reforma parcial, de natureza setorial e institucional, traduzida pela implementação do SUS. O Partido Social Democrata Brasileiro (PSDB), o qual permaneceu no poder da União por oito anos, não se comprometeu com os ideais de cunho 'social democrata' contidos na RSB. Da mesma forma, o Partido dos Trabalhadores (PT), se aproximando de uma ideologia social democrata, manteve a política econômica de seus antecessores; ignorando a implementação de políticas de saúde, ou de ampliação da consciência sanitária à população.

Pode-se identificar uma espécie de liberalismo com pretensões sociais; um verdadeiro misto de pragmatismo político com liberalismo social, onde domina a dialética do conservar-mudando. É dessa afirmação que vem a pertinência de assinalar certos elementos estruturais vinculados a essa revolução passiva que pode ter condicionado o processo de RSB (PAIM, 2008). Assim, as dificuldades e impasses encontrados pela implantação do projeto da Reforma Sanitária não se resume apenas a questões conjunturais iniciadas no Governo Sarney, seguidas pelas políticas neoliberais de Collor, a implosão da Seguridade Social e o desfinanciamento da Saúde no governo FHC, ou o continuísmo de Lula e Dilma, mas também são determinantes estruturais, particularmente da superestrutura (onde se enfrentam contradições geradas na base econômica).

Em que pese todos os governos a partir da década de 1990, tenham, em alguma medida, atendido demandas da sociedade civil, como foi a implementação da Lei Orgânica de Saúde – 8.080/1990 e a extinção do INAMPS, por exemplo, o que fica evidente é a fragilização das lutas sociais, onde as entidades e movimentos sociais não conseguem realizar uma defesa efetiva da Seguridade Social e da saúde em particular. Assim, advindo da necessidade de entender o desenvolvimento da sociedade brasileira, o conceito de revolução passiva pode contribuir para a explicação das consequências do processo RSB, identificando os portadores da antítese no passado e o modo como se comportam no presente. O modo como as classes dominantes atuam em relação ao Estado e as classes subalternas se apresentam diante do país, refletem diretamente na compreensão do conservar-mudando da Reforma Sanitária Brasileira, movimento este que é próprio de Revoluções Passivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve a pretensão de expor aspectos sobre a Reforma Sanitária Brasileira, indicando seus princípios norteadores e suas aspirações.

Para tanto, realizou-se um aporte histórico sobre a RSB, demonstrando que a década de 1980 foi importante no que diz respeito ao direito à saúde no Brasil. O *Projeto de Reforma Sanitária*, construído nessa década, foi fruto de intensas lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular, tendo como estratégias o Sistema Único de Saúde e a garantia constitucional do direito universal à saúde.

Passando esse primeiro momento, elencou-se ainda quais foram as conquistas obtidas a partir do projeto de RSB, bem como as propostas que não foram concretizadas. Quanto as conquistas, deu-se destaque aos esforços do movimento da Reforma Sanitária e por meio da implementação do SUS, tais como: extinção do INAMPS, universalização do acesso, expansão dos PACS/PSF, desenvolvimento de informatização e informação em saúde, a implementação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária e a organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, dentre outros. Quanto às propostas não concretizadas, realçou-se a incapacidade de implantar um modelo integral de atenção à saúde, de reversão da predominância do modelo curativo para um modelo preventivo, a incapacidade das

melhorias na gestão do sistema; a dificuldade na gestão das unidades de saúde, bem como o afastamento progressivo da sociedade civil do desenvolvimento de políticas públicas, em conjunto com o Estado, que supram os interesses sociais em matéria de saúde pública.

A partir de então, explicou-se a revolução passiva e a sua relação com a RSB, demonstrando que muito embora o *partido sanitário* (representado pelos movimentos sociais) tente vocalizar tal reforma, até o momento não conseguiu fazer com que se realizem plenamente os ditames da RSB, qual seja o de uma saúde digna e democrática para todos, indistintamente.

Assim, o que se espera é que os governantes futuros apostem na conscientização sanitária da sociedade, difundindo o projeto da RSB, ampliando as bases políticas-ideológicas, recuperando a concepção de Seguridade Social e protegendo o SUS de interesses econômicos e político-partidários. Conclui-se, dessa forma, que o avanço da democracia e da saúde nos ditames idealizados pela Reforma Sanitária pressupõe uma reestruturação da sociedade civil, de modo que esta exponha enfaticamente a sua atuação política, atuando, em conjunto com o Estado, para a implementação de fato das propostas contidas na RSB, fortalecendo o SUS e garantindo uma saúde digna e igualitária para todos, nos ditames do artigo 196 da Constituição Cidadã.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 21 p. Ministério da Saúde, 1986.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara. **Política social e democracia**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____; MENEZES, Julina Souza Bravo de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: _____. **Saúde da atualidade: por um sistema único de saúde estável, universal, gratuito e de qualidade**. **Cadernos de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FIOCRUZ. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. **Radis Comunicação e Saúde**. n. 49. Rio de Janeiro, 2006.

FLEURY, Sonia Maria Teixeira (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Sonia Maria Teixeira. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e saúde coletiva**. 2009, vol.14, n.3, pp. 743-752.

GERSCHMAN, Sílvia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. v. 5. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

KECK, Margareth E. A transição brasileira para a democracia. In:_____. A lógica da diferença: **o partido dos trabalhadores na construção da democracia brasileira** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. pp. 37-63. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 03, ago. 2017.

MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

_____. **O que é o SUS**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA, Potyara A. P.. **Política Social: temas e questões**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, Ivanete. **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

ROCHA, Júlio César de Sá da. **Direito da Saúde: Direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

SPOSATI, Aldaiza; FALCÃO, Maria do Carmo; FLEURY, Sônia Maria Teixeira. **Os direitos dos desassistidos sociais**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

VIANNA, L.W. Caminhos e descaminhos da revolução passiva brasileira. In: AGGIO, A. **Gramsci, a vitalidade de um pensamento**. São Paulo: UNESP, 1998, p. 195-201.