



A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA EM DEBATE

Alessandra Ximenes da Silva ¹

RESUMO

O trabalho analisa o processo de Reforma Sanitária Brasileira nas diferentes conjunturas. O Movimento Sanitário, sujeito político coletivo fundamental na formulação do Projeto de Reforma Sanitária nos anos 80, ficou recuado a partir dos anos 90. As suas principais entidades não estão conseguindo articular propostas nacionais em defesa da Reforma Sanitária pensada na Década de 80. Na contemporaneidade a agenda de lutas têm se restringido à implementação do Sistema Único de Saúde, que não englobam todas as proposições da Reforma Sanitária. Propostas que tendem para o possibilismo e transformismo avançam na defesa do SUS possível.

Palavras-chave: Reforma Sanitária, sujeitos políticos coletivos, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The paper analyzes the Brazilian Sanitary Reform in different circumstances. The Health Movement, a political collective instrumental in formulating the Draft Health Reform in the 80s, was pulled back from the 90s. Its main entities are failing to articulate national proposals in defense of the Health Reform thought the 80s. In the contemporary agenda of struggles have been restricted to the implementation of the Unified Health System, which does not encompass all the propositions of Health Reform. Proposals that tend to advance the possibility and evolutionism in the defense of SUS possible.

Keywords: Health Reform, collective political subjects, Unified Health System

¹ Mestre.Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). alesximenes@uol.com.br



I. INTRODUÇÃO

O projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na década de 80 foi formulado com os princípios da saúde enquanto direito e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

O processo se iniciou em meados dos anos 70 e teve como liderança intelectual e política, o autodenominado “movimento sanitário”. Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde. Este grupo influenciou fundamentalmente o âmbito acadêmico e pode ser considerado como o mentor do processo de reformulação do setor. Foi influenciado pelo modelo da Reforma Sanitária Italiana. De acordo com Teixeira (1989), o projeto reformador sustentou-se em uma ampla crítica do modelo prevalecente, baseado no crescimento do setor privado à custa do setor público (o primeiro sendo financiado pelo segundo), o que levou à falência, deterioração, ineficiência e crise do setor público de saúde). Posteriormente entidades advindas dos Movimentos Sociais Urbanos passam a se incorporar no processo de construção da Reforma Sanitária Brasileira, o que fortaleceu muito o processo em plena ditadura militar.

Entretanto, passados 21 anos desse processo, ao analisarmos o Movimento Sanitário, sujeito político coletivo, fundamental na formulação do Projeto de Reforma Sanitária nos anos 80, ficou recuado a partir dos anos 90. As suas principais entidades não estão conseguindo articular propostas nacionais em defesa da consolidação da Reforma Sanitária. A agenda de lutas tem se restringido à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que por sua vez não engloba todas as proposições da Reforma Sanitária.

II. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA EM DEBATE: DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO



De acordo com Paim e Teixeira (2007) os pressupostos da RSB não se confundem com as reformas setoriais difundidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pelo Banco Mundial, desde a década de 1980. Outro aspecto destacado é que a RSB não se reduz ao SUS, ainda que este represente algumas das suas dimensões setorial, institucional e administrativa. Teóricos importantes como Arouca (1988) concebe a RSB como uma “Reforma Social” que articula proposições de mudanças, sob diversas dimensões, que mobilizou um bloco de forças políticas no âmbito do movimento sanitário. De acordo com Paim (2008) a partir dessas proposições podemos analisar a proposta de RSB a partir de momentos distintos: idéia-proposta-projeto-movimento-processo.

O momento idéia pode ser demarcado pela tese O Dilema Preventivista, defendida em 1975 (AROUCA, 2003), e pela criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, expresso por um pensamento ou reflexão inicial.

O momento proposta envolve um conjunto articulado de princípios e proposições políticas difundidas no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados (BRASIL, 1980), especialmente quando foi defendida, pela primeira vez, a criação do SUS, por meio do documento “A questão democrática na área da saúde” (CEBES, 1980).

O momento projeto corresponde ao planejamento e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (BRASIL, 1987), configurando um conjunto de políticas articuladas ou uma “bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças” (AROUCA, 1988).

Nos anos 80, a sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. Segundo Bravo (2006 p. 95), “as decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a maioria da população”.

Nessa década, a saúde significativamente contou com a participação de novos sujeitos políticos coletivos na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo



debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos sujeitos políticos coletivos que tiveram participação preponderante nesse processo destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o CEBES como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

As propostas mais significativas debatidas pelos sujeitos políticos coletivos nesse momento foram à universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para a esfera estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Apesar das importantes conquistas de 1988, que anunciavam uma importante reforma democrática do Estado Brasileiro e da política social, engendrando um formato social-democrata com mais de 40 anos de atraso, as condições econômicas internas e internacionais, de acordo com Behring e Boschetti (2007) eram extremamente desfavoráveis. Apesar do ascenso das lutas democráticas e dos movimentos sociais, que apontavam condições políticas e uma base de legitimidade forte para a realização de reformas efetivas, muitas contratendências se interuseram a essa possibilidade.

Os anos 1990 até os dias de hoje têm sido de contra-reforma do Estado e de obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988, num contexto em que foram derruídas até mesmo aquelas condições políticas por meio da expansão do desemprego e da violência. A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação (Behring Boschetti, 2007: 147).



Bravo (2006) ressalta essa tendência ao comprometimento da possibilidade de avanço do SUS, enquanto política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubidade entre prevenção e atenção curativa, havendo ainda a prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma, era de dividir o SUS em dois – o hospitalar e o básico.

Para Boschetti (2009), na saúde, o principal paradoxo é que o Sistema Único de Saúde, fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação da comunidade e complementaridade do setor privado, vem sendo minado pela qualidade de serviços ruins, pela falta de recursos, pela ampliação da prestação de serviços privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade no financiamento. A proposta de saúde pública defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária a qual foi incorporada várias de suas concepções na Constituição de 1988, “ parece estar na prática, sofrendo um processo de privatização ou de uma democracia inconclusa” (Gerschman, 1995: 02).

Desse modo, três projetos convivem em tensão: o Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, o Projeto Neoliberal ou privatista e o Projeto SUS possível (Soares, 2010).

O projeto saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências à contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Segundo Bravo (2006:79):

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Observa-se que a partir da Década de 90 com a ofensiva neoliberal, inicia-se o arrefecimento do Projeto de Reforma Sanitária formulado na década de 80. Os



sucessivos governos da Década de 90 não se empenharam na construção do SUS, muito menos no avanço da Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, o governo de Fernando Collor de Melo caracterizou-se pela crise econômica, com redução de recursos federais para a saúde, embora tenha criado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), promulgado a Lei Orgânica e implantado a Norma Operacional Básica 1991 (NOB/91) e, depois de muita protelação realizou a 9ª Conferência Nacional.

O governo de Itamar Franco, manteve a crise financeira na Seguridade Social, instalando-se uma disputa inaceitável entre a saúde e a previdência, mas pode-se destacar o avanço na municipalização, a partir da Norma Operacional Básica 1993 (NOB/93), e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994.

O governo Fernando Henrique Cardoso, apesar da crise de financiamento setorial, resultou na Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF) e da Emenda Constitucional 29 (EC-29) pelo Congresso Nacional, foram implantados a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), realizadas a 10ª e a 11ª Conferências Nacionais de Saúde, ampliada à municipalização e o PSF. Principalmente no período do Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) as entidades que articulavam esse movimento passam um longo período sem priorizar na agenda política a continuidade do processo da Reforma Sanitária Brasileira

A eleição de Lula significou um marco político na história do país, pois foi a primeira vez que se elegeu “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política” (BRAZ, 2004, p.49). A consagração eleitoral foi resultado da reação da população brasileira contra o Projeto Neoliberal implantado nos anos 90. Isto é, pela primeira vez venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes.

Entretanto, pode-se afirmar que as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula após os seus mandatos, deram seqüência a contra-reforma do Estado iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), encolheu o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliou o espaço privado – não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados.

Bravo (2007) ressalta que a Política de Saúde é apresentada no programa de governo como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso



universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. A concepção de Seguridade Social não é assumida na perspectiva da Constituição de 1988. Havia uma expectativa que o governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na Saúde.

Com o início do governo Lula a partir de 2003, principalmente a Abrasco, o Cebes, a Abres (Associação Brasileira de Economia da Saúde), a Rede Unida e a Ampasa (Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde), mobilizam-se com o chamamento da necessidade de se colocar na agenda política a Reforma Sanitária Brasileira. No ano de 2005 lançam um manifesto, em ato público realizado na Câmara dos Deputados, com vistas à defesa da aprovação da Emenda Constitucional nº 29 e à ampliação de mais recursos no orçamento da saúde em 2006. No ano seguinte foi lançado um documento, preparado pelo Fórum, sendo este discutido com a Frente Parlamentar da Saúde, com outras entidades dos setores de saúde e de educação e com a sociedade, com o objetivo de contribuir para as plataformas eleitorais.

O documento elaborado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (2006), mais uma vez foi assinado pelas entidades acima referidas com o título: O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade.

Dentre os aspectos abordados no documento chama a atenção “o debate necessário sobre a Reforma Sanitária e o SUS”, que aborda a questão dos obstáculos enfrentados pelo SUS que marcaram sua configuração como Sistema Nacional de Saúde, entre os mais graves destacam-se: a não implementação do preceito constitucional de Seguridade Social com seus respectivos mecanismos de financiamento e gestão; o drástico subfinanciamento desde a sua criação; a profunda precarização das relações, remunerações e condições de trabalho dos trabalhadores da saúde; a insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema; o desenvolvimento intensivo do marketing de valores de mercado em detrimento das soluções que ataquem os determinantes estruturais das necessidades de saúde. Enfatiza-se que apesar dos referidos e reconhecidos avanços na produção, produtividade e inclusão, muito pouco se avançou na efetivação da integralidade, da igualdade, e só recentemente retornou-se a questão da regionalização. Ressalta-se que não será possível seguir expandindo a cobertura sem alterar os modelos de atenção e de gestão em saúde. Evidencia-se que os conselhos de saúde e a sociedade civil não



têm conseguido participar com efetividade e assim influir na formulação de políticas e estratégias do SUS.

A partir de tais premissas ganha força a defesa pelo Movimento da Reforma Sanitária o “SUS possível” (2010). Uma vez que sanitaristas conceituados na defesa do projeto de Reforma Sanitária, neste século admitem que é necessário fazer uma revisão do SUS.

Paim (2008, p. 99) também defende propostas que se afastam dos preceitos da Reforma Sanitária formulada em 80, quando ressalta a necessidade de “garantir o caráter público do SUS, mas sem atrelamento do Estado, protegendo-o da descontinuidade administrativa e de intercorrências desastrosas derivadas das manobras da política. Publicizar o SUS sem privatizá-lo, assegurando-lhe autonomia perante o Estado”, governos e políticos, porém submetendo-o ao controle público e democrático mediante gestão compartilhada pela sociedade civil, trabalhadores da saúde e governo. Dentre as estratégias programáticas apresentadas pelo Fórum, destacam-se: romper o insulamento do setor saúde; estabelecer responsabilidades sanitárias e direitos dos cidadãos usuários; intensificar a participação e controle social; aumentar a cobertura, a resolutividade e mudar radicalmente o modelo de atenção à saúde; formar e valorizar os trabalhadores da saúde; aprofundar o modelo de gestão; aumentar a transparência e controle dos gastos; ampliar a capacidade de regulação do Estado; superar a insegurança e o subfinanciamento .

Essas perspectivas apontam para um redirecionamento dos princípios da Reforma Sanitária formulada na década de 80, a partir principalmente das décadas de 90 e 2000. Com ênfase, na atualidade à sociedade civil ou terceiro setor envolvida diretamente na prestação de serviços, o que configura um verdadeiro retrocesso histórico.

Passadas duas décadas da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e ao completar 21 anos da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, que incorporou muitos dos valores, princípios e proposições do movimento sanitário, cabe analisar a situação concreta vivida pela sociedade no início do século XXI, no que tange à proposta da Reforma Sanitária Brasileira, procurando responder a um conjunto de questões: o que se entende como Reforma Sanitária? Quais as suas bases conceituais, teóricas e políticas? Em que condições foi criada e formulado o projeto? Quais as estratégias pensadas e acionadas



no momento da formulação e da implantação? Que dilemas enfrentou na sua concepção e no seu processo? Que perspectivas se colocam, atualmente para tal projeto?

A Reforma Sanitária, enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª CNS e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Uma das vertentes críticas do movimento sanitário admite a Reforma Sanitária como um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo: O projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que não se deve perder, para que a sociedade possa um dia expressar estes valores, pois o que quer para a saúde é o que se quer para a sociedade brasileira (Arouca, :2003).

Apesar de tudo, vinte e um anos após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde pode-se registrar, um conjunto de significativas conquistas da Reforma Sanitária no Brasil, com destaque para o reconhecimento formal do direito à saúde e a descentralização com comando único em cada esfera de governo.

Segundo Paim (2008) a defesa e o posterior reconhecimento do direito universal à saúde, o reforço da noção de cidadania e a sua vinculação ao conceito de seguridade social, introduziram mudanças significativas na relação Estado/sociedade no Brasil a partir do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Esse início de Reforma Democrática do Estado e o radical processo de descentralização num país de dimensões continentais com 27 unidades federativas e mais de 5.500 municípios asseguraram a participação social no interior dos aparelhos de estado e a organização de instâncias de pactuação entre gestores para a pactuação do SUS, considerando uma complexa concepção de federação. Essa ampliação da participação social em saúde, desencadeando o controle público sobre o Estado através de conselhos, conferências e plenárias de saúde permitia a constituição de novos sujeitos na área da saúde (CARVALHO, 1997). Contudo, o caráter virtuoso desse processo participativo não tem sido suficiente para resultar numa práxis de reforma social geral.

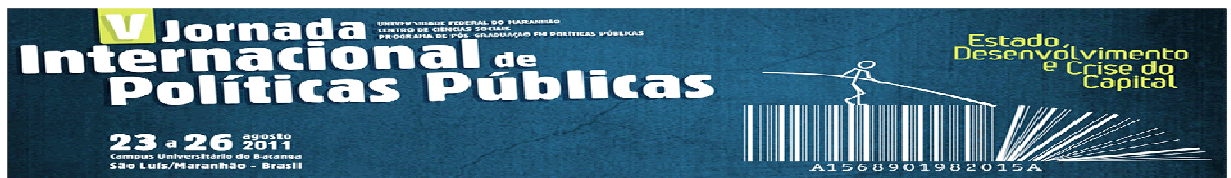
III. CONSIDERAÇÕES FINAIS



Identifica-se mudanças na defesa do Projeto de Reforma Sanitária pelos sujeitos políticos coletivos. Há uma flexibilização de suas proposições pautadas nas possibilidades de ação no atual contexto brasileiro. Em toda a conjuntura pós-constituente o SUS enfrentou um conjunto de obstáculos não superados, merecendo destaque a não implementação do preceito constitucional da Seguridade Social. O subfinanciamento, a precarização das relações de trabalho, a remuneração, as condições de trabalho, a insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema, o marketing de valores de mercado e as soluções que ignoram os determinantes estruturais das necessidades de saúde, a desvalorização dos conselhos de saúde expressam evidências de promessas não consolidadas pela Reforma Sanitária Brasileira.

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AROUCA, A.S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora UNESP/FICRUZ, 2003.
- _____. A reforma sanitária brasileira. Tema. **Radis**, n.11, 1988.
- BEHRING, Elaine, BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social – fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2007. Biblioteca Básica de Serviço Social, v.2.
- BEHRING, Elaine. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: Boschetti, Ivanete et all. **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.
- _____. Política social no contexto da crise capitalista. **IN: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
- BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRAVO, Maria inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez n. 88, 2006.



_____ . Serviço Social e Saúde: desafios atuais. **Temporalis-** Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social- ABEPSS. Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. N. 13, 2007

_____ . Política de Saúde no Brasil. **IN: Serviço Social e Saúde- formação e trabalho profissional**, .MOTA, Elizabete et al (ORG). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério Saúde, 2006.

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. **Serviço Social Sociedade**, n. 78. São Paulo: Cortez, 2004.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. **Saúde em Debate**, n. 29, 2006.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

OLIVEIRA, F. de. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis. Vozes, 1998.

PAIM, J.S .Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde – contradições e desafios em 20 anos de SUS**. (Org) MATTA, Gustavo Correa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

_____ & teixeira, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 12, 2007.

JAIRNILSON, Paim. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ,

SOARES, I. T. **o Desastre Social**. Rio de Janeiro: Record, 2000.