



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Fleury, Sonia

Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 3, junio, 2009, pp. 743-752

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013535010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituiente e o instituído

**Brazilian sanitary reform:
dilemmas between the instituting and the institutionalized**

Sonia Fleury¹

Abstract *The article presents the trajectory of social policies in Brazil and identifies, at each stage, the existing social protection model. It affirms that the Federal Constitution of 1988, when it introduced the concept of Social Security and created the National Health Care System, represented a rupture with what came before. The subordination of the principles of justice and social inclusion, which guided the design of this new social protection model, to a liberal and monetarist policy had important impacts in the phase of implementation of the social policies. However, the dilemma that such policies go through and, in particular, the construction of the National Health Care System must be analyzed from a theoretical perspective that encompasses the agreements and disagreements between the three movements that characterize Brazilian Sanitary Reform, which are: subjectivation, constitutionalization and institutionalization.*

Key words *Sanitary reform, Social policy, Citizenship, Right to health, National Health Care System*

Resumo *O artigo apresenta a trajetória das políticas sociais no Brasil e identifica, em cada etapa, o modelo de proteção social vigente. Afirma que a Constituição Federal de 1988, ao introduzir o conceito de Seguridade Social e criar o Sistema Único de Saúde, representou uma ruptura com o modelo tanto de Estado quanto de cidadania anteriores, em resposta à mobilização social que a antecedeu. A subordinação dos princípios de justiça e inclusão social, que orientaram o desenho desse novo padrão de proteção social, a uma política liberal e monetarista, tiveram importantes impactos na fase de implementação das políticas sociais. No entanto, os dilemas que atravessam tais políticas e, em particular, a construção do sistema único de saúde devem ser analisadas sob uma perspectiva teórica que compreende as convergências e divergências entre os três movimentos que caracterizaram a Reforma Sanitária brasileira, quais são: a subjetivação, a constitucionalização e a institucionalização.*

Palavras-chave *Reforma sanitária, Política social, Cidadania, Direito à saúde, Sistema único de saúde*

¹ Fundação Getúlio Vargas.
Praia de Botafogo 190,
Botafogo. 22250-900
Rio de Janeiro RJ.
sonia.fleury@fgv.br

Introdução

As temáticas da reforma do Estado e da seguridade social estiveram ausentes da agenda e do discurso das esquerdas no Brasil até os anos setenta, quando as mudanças na teoria e na prática política introduziram temas como a cidadania e a institucionalidade democrática no centro das discussões políticas.

Estas mudanças se refletiram a partir do forte engajamento dos movimentos sociais em luta pela democratização do país e na centralidade assumida pela Assembléia Nacional Constituinte, em 1977-78, como arena pública privilegiada de enfrentamento de projetos em disputa por uma nova institucionalidade.

Neste contexto, as opções pelo fortalecimento das políticas públicas e construção das bases de um Estado do Bem-estar Social foram vistas como prioritárias, unificando as demandas dos setores mais progressistas. A construção de um projeto de reforma sanitária foi parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social.

Esta reforma democrática, que se consubstanciou na institucionalidade projetada na Constituição Federal de 1988, foi duramente confrontada pela hegemonia assumida pelo discurso liberal, o predomínio das decisões econômicas sobre a política e sobre a própria ordem constitucional e, por fim, a bem articulada propagação de uma reforma gerencial do Estado.

O fracasso das reformas liberais, em especial onde elas foram mais que tudo um discurso que legitimava a desconstrução do Estado nacional, não é suficiente para afastar da agenda a questão da reforma do Estado. É necessário fazer um balanço do impacto das reformas liberais sobre a institucionalidade desenhada pela reforma democratizante, em relação à seguridade social e ao sistema único de Saúde, e buscar avaliar de forma crítica e criativa as demandas atuais de uma reforma que possa retomar os princípios e diretrizes propugnadas na democratização, considerando o novo contexto de agudização dos problemas que colocam em risco a coesão social e a necessidade de transformar os direitos constitucionalizados em direitos em exercício. Para isto, mais além de direitos constitucionalizados, é necessária a existência de direitos institucionalizados, por meio de políticas públicas efetivas e eficazes. Isto remete, uma vez mais, à existência de um processo permanente de reforma, tendo em vista alcançar uma relação de forças que assegure a mudança na distribuição

do poder, o que implica a permanente construção de sujeitos políticos, ou subjetivação. Em outras palavras, trata-se de enfrentar os dilemas entre instituinte e instituído no curso atual da reforma sanitária brasileira.

Trajetória da proteção social

As políticas sociais brasileiras desenvolveram-se, por um período de cerca de oitenta anos, configurando um tipo de padrão de proteção social só alterado com a Constituição Federal de 1988. O sistema de proteção social brasileiro, até o final da década de oitenta, combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais. Ambos os sistemas foram organizados e consolidados entre as décadas de trinta e quarenta, como parte do processo mais geral de construção do Estado moderno, intervencionista e centralizador, após a revolução de 1930. A construção do Estado nacional é um processo sempre inacabado, no qual vão sendo desenhadas as relações de poder na institucionalidade do aparato administrativo, seja ele voltado para a implementação do projeto econômico, seja ainda responsável pela reprodução da força de trabalho e incorporador das demandas políticas dos grupos subalternos.

A opção por um dado formato de política social, que se cristaliza na combinação de modelos distintos para diferentes segmentos dos trabalhadores, indica o lugar que cada um deles ocupa em uma dada correlação de forças, além das tendências internacionalmente preponderantes.

Os diferentes modelos de proteção social podem ser assim resumidos¹:

No modelo assistencial, as ações, de caráter emergencial, estão dirigidas aos grupos de pobres mais vulneráveis, inspiram-se em uma perspectiva caritativa e reeducadora, organizam-se em base à associação entre trabalho voluntário e políticas públicas, estruturam-se de forma pulverizada e descontínua, gerando organizações e programas muitas vezes superpostos. Embora permitam o acesso a certos bens e serviços, não configuram uma relação de direito social, tratando-se de medidas compensatórias que terminam por ser estigmatizantes. Por isto, denomino a esta relação como de cidadania invertida, na qual o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social.

No modelo de seguro social, a proteção social dos grupos ocupacionais estabelece uma relação

de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos a tais categorias ocupacionais que são autorizadas a operar um seguro. A organização altamente fragmentada dos seguros expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados de cada categoria, como resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo. Como os direitos sociais estão condicionados à inserção dos indivíduos na estrutura produtiva, Wanderley dos Santos² denominou a relação como de cidadania regulada pela condição de trabalho.

No período da democracia populista (1946-1963), a expansão do sistema de seguro social vai fazer parte do jogo político de intercâmbio de benefícios por legitimação dos governantes, beneficiando de forma diferencial os grupos de trabalhadores com maior poder de barganha, fenômeno este que ficou conhecido como massificação de privilégios e implicou o aprofundamento da crise financeira e de administração do sistema previdenciário.

A inflexão que vão sofrer os sistemas e mecanismos de proteção social a partir da instauração do regime burocrático-autoritário em 1964 obedeceu a quatro linhas mestras: a centralização e concentração do poder em mãos da tecnocracia, com a retirada dos trabalhadores do jogo político e da administração das políticas sociais; o aumento de cobertura incorporando, precariamente, grupos anteriormente excluídos, as empregadas domésticas, os trabalhadores rurais e os autônomos; a criação de fundos e contribuições sociais como mecanismo de autofinanciamento dos programas; a privatização dos serviços sociais (em especial os sociais, como a educação universitária e secundária e a atenção hospitalar).

Nos meados da década de setenta, a luta pela democratização das políticas adquire novas características e estratégias. Antes confinada às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, passa cada vez mais a ser localizada no interior do próprio Estado. Primeiramente, a partir das experiências inovadoras desenvolvidas pelas prefeituras oposicionistas eleitas em 1974; em segundo lugar, no interior dos órgãos centrais, responsáveis pelas políticas sociais, buscando aproveitar a crise financeira e do modelo das políticas sociais para introduzir elementos de transformação; em terceiro lugar, há um fortalecimento das capacidades técnicas dos partidos políticos e do parlamento, que passam a tomar a problemática social como parte de suas plataformas e projetos de construção de uma sociedade democrática.

O resgate da dívida social passa a ser um tema central da agenda da democracia, convergindo para

ele movimentos de natureza diversa. Este processo intensifica-se na década de oitenta através do surgimento de um rico tecido social emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição, e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional, como o Movimento Sanitário.

Toda esta efervescência democrática foi canalizada para os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, que se iniciaram em 1987. Em boa medida, a construção de uma ordem institucional democrática supunha um reordenamento das políticas sociais que respondesse às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade. Projetada para o sistema de políticas sociais como um todo, tal demanda por inclusão e redução das desigualdades adquiriu as concretas conotações de afirmação dos direitos sociais como parte da cidadania.

A Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social, busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais.

A Constituição de 1988 avançou em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos no Capítulo da Ordem Social, inovando ao consagrar o modelo de seguridade social, como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, sendo que antes eram restritos à população beneficiária da previdência.

O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas

privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas, uma perspectiva publicista de cogestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado.

A originalidade da seguridade social brasileira está dada em seu forte componente de reforma do Estado, ao redesenhá-las relações entre os entes federativos e ao instituir formas concretas de participação e controle sociais, com mecanismos de articulação e pactuação entre os três níveis de governo. A organização dos sistemas de proteção social deveria adotar o formato de uma rede descentralizada, integrada, com comando político único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, regionalizada e hierarquizada, com instâncias deliberativas que garantissem a participação paritária da sociedade organizada, em cada esfera governamental.

A reforma sanitária

A reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela democracia, a reforma sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

As bases teóricas que fundamentaram a construção deste projeto da reforma sanitária podem ser encontradas na revisão da concepção marxista do Estado e na elaboração de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva.

A concepção do marxismo contemporâneo sobre o Estado tem início com a ruptura que a obra de Gramsci introduz; ao compreender o Estado, para além de suas funções repressivas de tutela de uma sociedade de classes, como exercendo um papel fundamental em sua função pedagógica de construção, consolidação e reprodução da direção cultural da classe hegemônica. O Estado ético, ou civilizatório, corresponderia à elevação das massas, por meio de políticas públicas, ao nível cultural correspondente ao desenvolvimento das forças produtivas. Portanto, o Estado cumpre um papel fundamental na consolidação dos avanços do processo civilizatório.

O resgate do Estado como um campo estratégico de lutas vai ser enfatizado por Poulantzas³, ao afirmar que as lutas políticas não são exteriores ao Estado enquanto ossatura institucional, mas, ao contrário, se inscrevem neste aparato, permitindo

assim que ele venha a ter um papel orgânico na luta política, como unificador da dominação. Nesta concepção do Estado, é possível percebê-lo, para além de um conjunto de aparelhos e instituições, como campo e processo estratégicos, onde se entrecruzam núcleos e redes de poder que, ao mesmo tempo, articulam-se e apresentam contradições e descalagens uns em relação aos outros. Daí que a fragmentação constitutiva do Estado capitalista não possa ser tomada como inverso da unidade política, mas como sua condição de possibilidade, o que assegura sua autonomia relativa. O Estado, sua política, suas formas, suas estruturas, traduzem, portanto, os interesses da classe dominante não de modo mecânico, mas através de uma relação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento.

O conceito de Offe⁴ de seletividade estrutural do Estado explica a maneira como as demandas populares, mesmo quando adentram o aparelho administrativo, são destituídas de seu conteúdo político nos meandros da burocracia estatal, preservando dessa forma os limites do sistema de acumulação, ainda quando seja necessário contemplar também os requisitos da legitimação do poder.

Em sua última obra, Poulantzas³ discute as relações entre o Estado, o poder e o socialismo, a partir da necessidade de se compreender a via democrática para o socialismo e a construção de um socialismo democrático, a partir de uma transformação radical do Estado, articulando a ampliação e o aprofundamento das instituições da democracia representativa e das liberdades (que foram conquistas das massas populares) com o desenvolvimento das formas de democracia direta na base e a proliferação de focos autogestores.

O problema que se coloca é de como desenvolver uma via democrática para um socialismo democrático – já que se considera que as instituições da democracia são necessárias para construção de um socialismo democrático – cujas lutas sejam travadas tanto fora como no campo estratégico do Estado, evitando os riscos de um mero transformismo, ou seja, da contínua e progressiva transformação estatal que termina preservando as condições atualizadas da dominação?

Na medida em que se considera que a luta estratégica pelo poder atravessa o Estado, será necessário realizá-la neste espaço sempre com a necessidade de diferenciá-la da ocupação de posições nas cúpulas governamentais e também do reformismo progressivo, que não passa de transformação estatal. O que identifica a luta pelo socialismo, mesmo que no interior do Estado, será sua capacidade de realizar rupturas reais na relação de

poder, tencionando-a em direção às massas populares, o que requer a sua permanente articulação com as lutas de um amplo movimento social pela transformação da democracia representativa.

A construção do projeto da reforma sanitária fundou-se 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 saúde⁵. 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 inefficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevalecentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento⁵.

As decorrências desta construção teórico-política apontam na direção da centralidade que a atuação junto ao Estado passaria a ter como campo privilegiado de intervenção e desenvolvimento das lutas políticas. No entanto, esta mesma concepção pode ser responsabilizada pela estruturação de um movimento social – o movimento sanitário – que se organiza desde diferentes lugares, tais como a universidade, os sindicatos de profissionais de saúde, os movimentos populares, o Congresso Nacional, em torno de uma proposta comum.

A saúde passa a ser vista como um objeto concreto e complexo, síntese de múltiplas determinações, cuja definição de Arouca⁶ compreende:

- . instituições organizadas para satisfazer necessidade;
- . um espaço específico de circulação de mercadorias e de sua produção (empresas, equipamentos e um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde/enfermidade);
- . a produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material, seus agentes e medicamentos;
- . um espaço de densidade ideológica;
- . um espaço de hegemonia de classe, através das políticas sociais que têm a ver com a produção social;
- . possuir uma potência tecnológica específica

que permite solucionar problemas tanto a nível individual como coletivo.

A questão política que se coloca a partir desta análise teórica é relativa às condições necessárias ao processo de politização e democratização da saúde. A relação entre democracia e saúde é proposta por Berlinguer⁷ ao postular que ambos são conceitos abstratos e, mais que isto, orientações ético-normativas. Se bem seja necessário reconhecer os conflitos de interesses e a oposição entre as forças conservadoras e as reformadoras, tanto no caso da democracia quanto no da saúde, tais conflitos não podem ser reduzidos a uma polarização classista. Por outro lado, do ponto de vista estratégico, a luta pela universalização da saúde aparece como uma parte intrínseca da luta pela democracia, assim como a institucionalização da democracia aparece como condição para garantia da saúde como direito de cidadania.

A estratégia expansionista de uma hegemonia em formação consubstancia-se na saúde através dos projetos da reforma sanitária, por meio dos quais se busca a concretização de:

- . o reconhecimento político e institucional do Movimento Sanitário como sujeito e dirigente do processo reformador;
- . a ampliação da consciência sanitária de forma a possibilitar o consenso ativo dos cidadãos (usuários e profissionais) em relação ao processo transformador no setor, bem como a natureza social das determinações que incidem sobre o processo saúde/doença e sobre a organização do cuidado médico;
- . o resgate da saúde como um bem de caráter público, embora contraditoriamente limitado pelos interesses gerados pela acumulação de capital. Por conseguinte, trata-se de expressar o caráter de bem público da saúde consubstanciando-o na definição de uma norma legal e do aparato institucional que visam à garantia da sua universalização e equidade⁸.

Para compreender o processo da reforma sanitária, foram levantadas as seguintes hipóteses explicativas⁹:

- . a adoção de uma concepção ampliada de saúde, como resultante das formas de organização social da produção, mas também como fruto das lutas populares cotidianas, ambas atuando na conformação de sua concretização histórica e singular;
- . a democracia é o processo de reconhecimento dos trabalhadores como sujeitos políticos a partir de suas lutas, em um processo mútuo de auto e hetero reconhecimento de identidades sociopolíticas entre diferentes sujeitos;
- . a incorporação das demandas sanitárias por

meio de um conjunto de dispositivos legais e institucionais, configurando distintas cidadanias é, ao mesmo tempo, uma resultante da correlação de forças existente e um elemento ativo na conformação de identidades políticas e sociais;

. as reformas sanitárias quase sempre emergem em um contexto de democratização e estão associadas à emergência das classes populares como sujeitos políticos, geralmente em aliança com setores da classe média;

. são elementos deste processo reformador: a generalização da consciência sanitária; a construção de um paradigma analítico fundado na determinação social da saúde e da organização das práticas; o desenvolvimento de uma nova ética profissional; a construção de um arco de alianças políticas em torno da defesa do direito à saúde; a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social do sistema de saúde;

. o caráter político da reforma sanitária será dado pela natureza da transição democrática experimentada em cada contexto nacional, a saber, sejam elas transições pactuadas ou transições por colapso do autoritarismo;

. o formato e o conteúdo político da reforma provirão da confluência de pelo menos alguns fatores, tais como: o caráter político-ideológico da coalizão que impulsiona o processo de democratização e seus embates com a coalizão conservadora; a articulação do processo da reforma sanitária com as estratégias de transição à democracia; o **timing** da reforma em relação ao processo de democratização; a capacidade de alterar a cultura política prevalecente em direção à universalização dos direitos e a garantia de práticas administrativas participativas;

. a sustentabilidade do processo de reforma dependerá da capacidade de promover mudanças efetivas ao nível do controle institucional, da qualidade dos serviços e da eficácia das ações e serviços, o que garantirá a preservação do apoio social à reforma;

. a sustentabilidade do processo reformador dependerá da redução das restrições financeiras e de ordem política à construção de um sistema amplo de proteção social; da capacidade de transacionar os conflitos gerados pelo próprio processo reformador; da permeabilidade da burocracia e dos profissionais de saúde às mudanças;

. as perspectivas da reforma sanitária derivam da capacidade apresentada pela coalizão reformadora de imprimir mudanças efetivas e no tempo justo sobre as estruturas institucionais de forma a evitar que o Estado filtre os aspectos racionalizadores da proposta e mine sua base política.

Em síntese, a reforma sanitária brasileira trouxe como ponto de partida o caráter dual da saúde, entendido como a possibilidade de ser tomada, ao mesmo tempo, como valor universal e núcleo subversivo da estrutura social. Como valor universal, torna-se um campo especialmente privilegiado para a construção de alianças suprapartidárias e policlassistas. Como núcleo permanentemente subversivo da estrutura social, indica uma possibilidade sempre inacabada em um processo de construção social de uma utopia democrática.

Reforma sanitária e Sistema Único de Saúde – dilemas entre o instituinte e o instituído

O movimento que impulsionou a reforma sanitária brasileira colocou-se como projeto a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público.

Os princípios que orientaram este processo foram:

- . um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos;
- . um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde doença;
- . um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática;

. um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

No entanto, a construção do Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição Federal de 1988, ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS.

Foram retomadas as orientações liberais que propugnam por uma forte redução da presença do Estado, seja na economia seja nas políticas sociais. Para tanto, utilizaram-se instrumentos como a privatização das empresas estatais e mesmo de serviços sociais, a redução da pauta e/ou valor dos benefícios sociais juntamente ao aumento das dificuldades para alcançá-los, a introdução de mecanismos da economia de mercado como a competição gerenciada na organização dos serviços sociais, a redução do papel de provedor do Estado com a transferência desta competência a organizações civis lucrativas ou não.

Ainda com relação ao aparato estatal, houve uma desmontagem das carreiras profissionais e

dos núcleos produtores de conhecimento e estratégias ligados ao projeto de desenvolvimento nacional, vistos como comprometidos com a lógica, seja populista seja intervencionista, do modelo econômico anterior, visto como responsável pela crise fiscal do Estado.

O predomínio da lógica de acumulação do capital financeiro teve como consequência para as economias endividadas dos países menos desenvolvidos sua inserção como exportadores líquidos de capital por meio do pagamento dos juros sobre a dívida pública. A política pública passa a ter como objetivo central a estabilização monetária, mesmo quando isto implicou o abandono do crescimento econômico como consequência de uma política de juros que promoveu uma absurda transferência de recursos desde a área produtiva para o Estado, por meio do aumento da carga tributária e desde o Estado para o capital financeiro, por meio do pagamento dos juros sobre a dívida e títulos públicos.

Cultural e socialmente, houve uma transformação que acentuou valores como o individualismo e o consumismo, com as elites e setores das altas capas médias orientadas cada vez mais para um padrão norte-americano de sociedade de consumo, em detrimento de valores como a solidariedade, a igualdade e a participação cívica. O divórcio entre uma classe média alienada da realidade nacional e a população marginalizada da globalização reflete-se na saúde na existência de um sistema de seguros privados e um sistema público para os mais pobres, mas ao qual os assegurados recorrem em várias situações.

O esgarçamento do tecido social com a forte presença dos movimentos sociais que começara a aflorar em décadas anteriores, e a negação das expectativas solidificadas com a transição à democracia, vão ter como consequências a ausência de mecanismos de integração social, seja por meio de um mercado de trabalho cada vez mais informal, seja por meio de políticas de proteção social que não alcançam combater a exclusão e a desigualdade, que marginalizam setores populacionais em situação de perigosa periculosidade e vulnerabilidades crescentes nas grandes cidades. O aumento e a banalização da violência passam a ser o cotidiano das grandes cidades, revelando, paradoxalmente, a incapacidade da democracia eleitoral de gerar mecanismos de coesão social.

Na área de políticas sociais, há uma substituição do modelo corporativo, de acesso limitado e fragmentado por setores ocupacionais, por um novo modelo que se baseia na 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 em 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.

Na luta ideológica pela construção da saúde como um valor público, há um retrocesso importante, no qual a saúde passa a ser vista como um bem de consumo e, mais do que isto, como um modelo de consumo caracterizado pela ausência da dor e do sofrimento, a busca inesgotável do prazer e da construção no próprio corpo de um padrão estético de beleza a ser atingido por meio de sucessivas intervenções (das tatuagens às cirurgias plásticas, passando pelas vitaminas e anabolizantes).

Novamente, trata-se de um modelo social que prescinde de laços sociais, em que o outro se torna objeto e não é um sujeito que deva ser mais que tolerado, reconhecido como igual, ainda que diverso, em um processo de comunicação na esfera pública.

Este contexto no qual o movimento da reforma sanitária constrói a sua institucionalidade é, pois, altamente desfavorável e cheio de dilemas e contradições a serem enfrentados.

A construção e materialização do projeto da reforma se dão por meio de três processos que, embora simultâneos, têm compassos distintos e tais compassos geram novas tensões e algumas complementaridades. São eles os processos de subjetivação, de constitucionalização e de institucionalização.

A subjetivação diz respeito à construção de sujeitos políticos, a constitucionalização trata da garantia de direitos sociais e a institucionalização trata do aparato institucional – incluindo os saberes e práticas – que implementam a política de saúde.

Touraine¹⁰ designa por sujeito a construção do indivíduo (ou grupo) como ator, através da associ-

ação de sua *liberdade afirmada com sua experiência de vida assumida e reinterpretada. O sujeito é o esforço de transformação de uma situação vivida em ação livre; introduz a liberdade no que aparece, em primeiro lugar, como determinantes sociais e herança cultural*. Ainda afirma que *Um indivíduo é um sujeito se, em suas condutas, consegue associar o desejo de liberdade com a filiação a uma cultura e o apelo à razão; portanto, um princípio de individualidade, um princípio de particularismo e um princípio universalista*¹⁰.

Neste sentido, a primeira etapa de luta pela democracia foi também aquela em que predominou a construção de sujeitos políticos capazes de formular e conduzir o processo da reforma sanitária. Se nesta fase os atores políticos assumem um caráter de movimento social – o movimento sanitário em suas várias expressões – à medida que ocorrem a institucionalização e a constitucionalização, novos sujeitos emergem na cena política e passam mesmo a ter nela o predomínio.

Em outras palavras, o êxito da reforma como fruto das lutas deste ator político, movimento sanitário, vai gerar, contraditoriamente, a superação deste caráter de movimento vindo da sociedade civil como crítica ao Estado, em direção a atores políticos que são parte da institucionalidade estatal, tais como os secretários municipais e estaduais de saúde, os promotores públicos, a burocracia reformadora.

Se a hipertrofia da subjetivação pode representar uma tendência seja à individualização anômica seja ao “comunitarismo”, a hipertrofia da constitucionalização tem como consequência a judicialização da política e a hipertrofia da institucionalização implica a burocratização dos processos sociais.

Na fase intermediária da reforma, houve uma crescente normalização do processo de descentralização, com um emaranhado de normas operacionais e mecanismos de repasses de recursos financeiros que terminaram por assegurar à burocracia central a preservação de poder, mesmo que isto tenha implicado o arrefecimento da política.

No entanto, o fortalecimento de atores políticos institucionais, como os secretários de saúde, gerou tensões crescentes no exercício do poder compartilhado, acarretando conflitos que foram trabalhados a partir das esferas de pactuação que haviam sido institucionalizadas, tendo gerado, no momento atual, o Pacto da Saúde que inclui os importantes Pacto pela Vida e Pacto de Gestão¹¹.

No entanto, a desigual distribuição de recursos e poder entre os atores tende a favorecer sempre aos grupos de gestores e aos grupos corporativos, impedindo que os ideais da reforma se concretizem e garantam a centralidade do usuário cidadão.

Este é o maior desafio da fase atual da reforma, que implica não apenas a garantia do acesso dos usuários, mas a reorientação das lógicas burocrática e profissional, que atualmente organizam o sistema, em direção a outra lógica que, por ter o usuário como central ao sistema de saúde, garante a exigibilidade de seus direitos, a humanização do acolhimento e a eficácia e resolutibilidade do cuidado.

Finalmente, caracteriza também a fase atual de implantação do SUS a presença marcante dos atores jurídicos e até mesmo o desenvolvimento de um ramo do direito que ficou conhecido como direito sanitário. Esta é uma consequência da constitucionalização do direito à saúde. No entanto, como a justiça tende a entender o direito à saúde como um direito individual e não como direito coletivo, ela age em função daqueles pacientes que, por possuírem maior informação e maiores recursos, são capazes de acioná-la quando têm seus direitos negados. Ao atender a estas demandas individuais, a justiça impede o planejamento das ações de saúde e, muitas vezes, canaliza os escassos recursos para procedimentos individuais em detrimento de ações coletivas.

Neste sentido, é preciso retomar a perspectiva de difusão da consciência sanitária, como consciência política do direito à saúde, já que está provado que não se cria a igualdade por decreto, somente por meio da lei. Além disso, é necessário superar a compreensão do direito à saúde como parte do direito dos consumidores e reinseri-lo no conjunto dos direitos humanos.

Com relação à institucionalidade, o SUS operou uma reforma democrática do Estado que, mesmo tendo enfrentado todas as pressões dos governos que adotaram um modelo de reforma distinto e que pressupunha o esvaziamento da função estatal de provedor, conseguiu não apenas se manter como servir de modelo para a reorganização de sistemas de gestão compartilhada em outras áreas (como a assistência social e a segurança pública).

O modelo de reforma do Estado embutido na institucionalização do SUS foi sustentável tanto por ter conseguido manter uma coalizão reformadora orgânica e atuante, como por fazer o processo avançar com base na legislação existente, ou seja, no que ficou conhecido como “o desafio de fazer cumprir a lei”. Neste sentido, subjetivação, institucionalização e constitucionalização funcionaram de maneira sinérgica e complementar.

O SUS pode ser visto como um modelo de republicanismo cívico por sua capacidade, juntamente a outros esforços, de permitir o revigoramento das instituições republicanas, seja no fortalecimen-

to do Legislativo com a atuação cada vez mais qualificada da Comissão da Seguridade Social e da Família e com ação suprapartidária da Frente Parlamentar da Saúde; seja na Justiça ao desenvolver o direito sanitário e a ação e organização dos procuradores públicos que atuam na saúde, seja no Executivo ao introduzir um modelo de cogestão e de redes de políticas.

O SUS reorganizou o Executivo através dos seguintes instrumentos e processos:

. mecanismos de participação e controle social representados pelos Conselhos de Saúde, existentes em cada uma das esferas governamentais, com representação paritária de 50% de membros do Estado e 50% de membros da sociedade civil. Os Conselhos, para além de instrumentos de controle social, externos ao aparelho de Estado, devem ser entendidos como “**componentes do aparelho estatal, onde funcionam como engrenagens institucionais com vigência e efeitos sobre os sistemas de filtros, capazes de operar alterações nos padrões de selevidade das demandas**^{12*}”;

. mecanismos de formação da vontade política, as Conferências de Saúde, realizadas periodicamente, em todos os níveis do sistema, que, em uma interação comunicativa e deliberativa, coloca todos os atores sociais em interação em uma esfera pública e comunicacional, periodicamente convocada. Além de mecanismos de aprendizagem e reconhecimento social, esta instância fortalece a sociedade organizada que participa do processo de construção dos lineamentos políticos mais amplos do sistema, embora sem caráter vinculativo;

. mecanismo de gestão compartilhada, negociação e pactuação entre os entes governamentais envolvidos em um sistema descentralizado de saúde. A suposição de interesses distintos e de câmaras institucionais de negociação destas diferenças e de geração de pactos de gestão é uma das grandes inovações deste modelo federativo inovador que assume a diferenciação como realidade e a igualdade como princípio político e meta institucional.

Um federalismo diferenciado pelas desigualdades sociais e regionais existentes na sociedade brasileira, mas igualado pela criação de mecanismos de descentralização, pactuação e participação que geram novas capacidades e poderes locais.

A criação do SUS e sua revisão periódica de forma a enfrentar as diferenças internas e as ame-

aças constantes representadas pela ausência de recursos financeiros necessários e pela crescente presença do mercado de seguros tem sido um desafio constante. Se bem se possa dizer que com isto se tenha alcançado o objetivo de construir um valor público, de tal forma que a política de saúde seja hoje mais uma questão de Estado do que de governos, certo é que a incapacidade de transformar as práticas cotidianas que desqualificam o usuário e o destituem dos direitos humanos ao acolhimento digno e a atenção eficaz seguem sendo um desafio para a democratização da saúde.

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 gerar melhorias correspondentes na gestão das unidades, 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, são desafios presentes no momento atual da reforma sanitária.

No entanto, a ênfase atual nos aspectos legais e institucionais termina por deixar de lado a necessidade de retomar, permanentemente, o caminho da construção dos sujeitos políticos da reforma. A formação de identidades, a difusão da consciência sanitária, a organização em coalizões sociais em defesa de uma reforma radical é a única maneira superar os entraves atuais e aprofundar a democratização da saúde.

O paradoxo da reforma sanitária brasileira é que seu êxito, ainda que em condições adversas e parciais, terminou por, ao transformá-la em política pública, reduzir a capacidade de ruptura, inovação e construção de uma nova correlação de forças desde a sociedade civil organizada. Em outras palavras, o instituído se impôs ao instituinte, reduzindo o caráter libertário e transformador da reforma. A constatação de que a iniquidade estrutural da sociedade brasileira atravessa hoje o sistema único de saúde é a possibilidade de retomar o combate pelas idéias igualitárias que orientaram a construção deste projeto. Para tanto, resta a questão da construção permanente do sujeito, aquele que poderá transformar novamente o instituído em instituinte, para de novo institucionalizar-se.

Referências

1. Fleury S. *Estados sem cidadãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
2. Santos W. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus; 1979.
3. Poulantzas N. *O Estado, o poder e o socialismo*. Rio de Janeiro: Graal Editora; 1980.
4. Offe K. *Problemas estruturais do estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984.
5. Fleury S. A Reforma Sanitária Brasileira. In: Berlinguer G, Teixeira S, Campos G, organizadores. *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec-CEBES; 1988.
6. Arouca S. Salud em la transición. In: *Anais do II Seminário Latinamericano de Medicina Social*. 1982; Manágua.
7. Berlinguer G. Democracia y Salud, IV Congreso Latinoamericano. In: *Anais do V Congresso Mundial de Medicina Social*; 1987; Medellín.
8. Fleury S. *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992.
9. Fleury S. *Reforma Sanitária – En busca de una teoría*. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara; 1990.
10. Touraine A. *O que é a democracia?* Rio de Janeiro: Vozes; 1996.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. [acessado 2008 dez 14] [cerca de 23 p.]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
12. Carvalho A. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: Fleury S. *Saúde e democracia – a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

Artigo apresentado em 10/11/2008

Aprovado em 18/12/2008

Versão final apresentada em 17/02/2009