

20 ANOS DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

20 years of building the unified health system

20 años de la construcción del sistema único de salud

Jairnilson Silva Paim¹

RESUMO

Passados 20 anos da 8^a. *Conferência Nacional de Saúde* e três décadas da fundação do *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, justifica-se uma análise sobre o projeto e o processo da Reforma Sanitária Brasileira. Partindo de tipos de práxis defende-se a tese segundo a qual a Reforma Sanitária Brasileira constitui uma reforma social. O estudo indica que a Reforma Sanitária Brasileira, embora proposta como práxis de *reforma geral* e teorizada para alcançar a *revolução do modo de vida*, apresentaria como desfecho uma *reforma parcial* e setorial. Realizou-se um estudo, tendo como componente descritivo o ciclo idéia-proposta-projeto-movimento-processo, recorrendo ao referencial "gramsciano", particularmente as categorias de *revolução passiva* e *transformismo*. Procura-se acentuar a relevância do elemento jacobino, cuja radicalização da democracia contribuiria para a alteração da correlação de forças, desequilibrando o binômio conservação-mudança.

Palavras-chave: Movimentos Sociais em Saúde; Reforma Sanitária Brasileira; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Twenty years after the accomplishment of the *Eighth National Health Conference* and three decades after the foundation of *The Brazilian Center for Health Studies* it is justified an analysis on the project and process of Brazilian Health Sector Reform. The point of depart are types of *praxis*. The thesis that is supported is that the Brazilian Health Sector Reform, as a social and historic phenomenon, is a social Reform. The study shows that the Brazilian Health

¹ Professor Titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. jairnil@ufba.br

Sector Reform, even though proposed as a global reform in its praxis and theorized to reach a revolution in people's way of life, has become a partial reform – sectorial. The descriptive component of the study was the cycle: idea-proposal-project-movement-process, based on Gramsci's theoretical referential, particularly the categories of *passive revolution* and *transformism*. The importance of the Jacobin compound is discussed. In this case, the democratic radicalization would contribute to change the correlation of forces, imbalancing the binomen conservation-change.

Key words: Social Movements in Health; Brazilian Health Reform; Unified Health System.

RESUMEN

Después de 20 años de la 8ª. Conferencia Nacional sobre Salud y tres décadas de la fundación del Centro Brasileño para el Estudio de la Salud, es un análisis del proyecto y el proceso de la Reforma de Salud brasileño. A partir de un tipo de práctica argumentan que es el argumento de que la Reforma de Salud de Brasil, es una reforma social. El estudio indica que la Reforma de Salud de Brasil, aunque la propuesta de reforma como una práctica general y la teoría para alcanzar la revolución del estilo de vida, actuando como un resultado parcial y sectorial de reforma. Se realizó un estudio, y como el ciclo de componente descriptivo idea-propuesta-proyecto-propuesta-proceso, utilizando las referencias a "gramsciano", en particular las categorías de revolución pasiva y los transformadores. Su objetivo es hacer hincapié en la importancia del elemento jacobino, la radicalización de la democracia ayudará a cambiar la correlación de fuerzas, desequilibrio en el binomio conservación-cambio.

Palabras clave: Los movimientos sociales en la salud; La reforma sanitaria brasileña; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

Na década de setenta movimentos sociais combateram a ditadura enquanto defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social. De um lado, o movimento sanitário engendrava a *idéia*, a *proposta* e o *projeto* da Reforma Sanitária

Brasileira (RSB) e, de outro, construía um novo campo científico e âmbito de práticas: a Saúde Coletiva.

A crítica realizada à Medicina Preventiva e ao "dilema preventivista" apontava, entre outras limitações, o fato de estarem circunscritos a um movimento ideológico, não investindo na produção de conhecimentos nem na mudança das relações sociais. Ao serem examinadas as possibilidades de superação do dilema identificado, foi proposto o desenvolvimento de uma *prática teórica* e de uma *prática política*⁽¹⁾.

Na década seguinte foi possível constatar alguns desdobramentos dessa proposição. A partir da crítica à Medicina Preventiva ocorreu uma aproximação teórico-conceitual com a Medicina Social, evoluindo para a constituição da Saúde Coletiva, enquanto campo científico comprometido com a *prática teórica*⁽²⁾. De forma equivalente, a *idéia* de uma *prática política* voltada para a mudança das relações sociais, tomando a saúde como referência, resultou na *proposta* da RSB. Nesse sentido, o *1o. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, realizado no Rio de Janeiro em 1986, pode ser reconhecido como um momento privilegiado para a identificação do encontro entre as práticas teórica e política e para demonstrar a organicidade entre a Saúde Coletiva e a RSB.

O presente artigo tem como objetivo analisar a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como parte da *proposta* da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SUS

Nas origens da referida articulação entre *prática teórica*, produtora de conhecimentos, e *prática política*, transformadora de relações sociais, encontra-se a fundação, em 1976, do *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (CEBES) no "minhocão" da UnB, durante a realização da *32ª. Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência* (SBPC). Dez anos depois, tal articulação se fortalecia ao se realizar a *8ª. Conferência Nacional de Saúde*, apoiada na produção crítica da Saúde Coletiva e o *1º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, cujo tema central era "Reforma Sanitária e Constituinte: garantia do direito universal à saúde". A partir de então se pode delinear o *projeto* da RSB, como uma *reforma social* que transcenderia a dimensão setorial dos serviços de saúde⁽³⁾.

Antes, porém, de ser configurado o projeto da RSB na 8ª. CNS, foi gestada a *idéia* de uma Reforma Sanitária pelo CEBES, expressa no editorial da Revista Saúde em Debate

(RSB) do seu terceiro número. “Trata-se de desenvolver o CEBES como um órgão democrático e que preconiza a democratização do setor, recebendo todas as contribuições que atendam aos objetivos de uma Reforma Sanitária, que deve ter como um dos marcos a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando a sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade”⁽⁴⁾.

Esta *idéia* da RSB, inicialmente como reforma setorial, foi transformada em uma *proposta* de democratização da saúde no 1º. *Simpósio sobre de Política Nacional de Saúde*, na Câmara Federal em outubro de 1979, quando o CEBES apresentou o documento denominado *A Questão Democrática na Área da Saúde*⁽⁵⁾. Naquela oportunidade, ao defender uma “Saúde autenticamente democrática”, reconhecendo o direito universal e social, o caráter sócio-econômico dessas condições e a responsabilidade parcial das ações médicas, indicava medidas passíveis de impedir os efeitos nocivos das leis do mercado na área, transformando os atos médicos em um bem social e criando um *Sistema Único de Saúde* com as seguintes características: responsabilidade total do Estado na administração do Sistema; delegação ao SUS a tarefa de planificar e executar a política nacional de saúde; estabelecimento de mecanismos eficazes de financiamento; organização descentralizada; e “participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do sistema”⁽⁵⁾. Portanto, o SUS como componente da *proposta* da RSB tem quase três décadas de existência.

Naquele mesmo ano, em setembro, houve a fundação da *Associação Brasileira de Saúde Coletiva*⁽⁶⁾ que, junto ao CEBES, desempenhou um papel histórico na 8ª. CNS e no processo constituinte, alargando os horizontes da *idéia* e da *proposta* da RSB. Dessa Conferência nasceu um *projeto* de reforma social que se apresentava, simultaneamente, como uma bandeira de luta e uma “totalidade de mudanças” com diversas dimensões⁽⁷⁾.

No desenvolvimento da RSB, além de serem reconhecidos os momentos da *idéia*, *proposta* e *projeto*, é possível destacar o seu *processo* em conjunturas distintas e o *movimento* que a engendrou, sustentando-a política e ideologicamente. Reconhecendo-se o SUS como um dos desdobramentos da RSB, pode-se entendê-lo como uma macropolítica de saúde que encerra políticas específicas (promoção da saúde, atenção básica, regulação, humanização, urgência e emergência, saúde da mulher, combate ao racismo institucional, redução da morbimortalidade por acidentes e violências, entre outras), capaz de incidir sobre a

reprodução ou redefinição das *práticas de saúde* mediante novos modelos de atenção ou *modos tecnológicos de intervenção em saúde*⁽⁸⁾.

As conquistas verificadas no desenvolvimento da RSB a partir das reflexões sobre a história da ABRASCO⁽⁶⁾ estimularam a formulação da seguinte pergunta: “O que dizer de uma geração de brasileiros que resistiu à ditadura lutou pela democracia, organizou o movimento sanitário, inventou o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), engendrou a Saúde Coletiva, produziu publicações, fundou a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), desencadeou a Reforma Sanitária, concebeu e implementou o SUS, constituiu novos sujeitos, implantou programas de pós-graduação e pesquisa, criou instituições e ampliou a produção científica e tecnológica em saúde no país?”⁽⁹⁾.

Poder-se-ia afirmar que esses brasileiros fizeram História. Portanto, a história do SUS, como um dos filhos mais diletos da RSB (mesmo não sendo o único) a partir da sua formalização pela Constituição de 1988, não é estranha a esses companheiros e companheiras. Mesmo com uma sociedade tão desigual como a brasileira e não obstante um Estado tão descomprometido com o povo, foi possível implantar um sistema universal, calcado no princípio da saúde como direito social vinculado à cidadania, descentralizado e participativo. Todos que acompanharam a concepção, nascimento e implementação desse sistema de serviços de saúde, buscando formas de contornar adversidades e obstáculos nesse período, orgulham-se em enumerar as suas conquistas.

UM POUCO DE TEORIA PARA A COMPREENSÃO DA REFORMA SANITÁRIA

Como se assinalou no tópico anterior, a Reforma Sanitária, enquanto fenômeno histórico e social pode ser descrita e analisada como *idéia-proposta-projeto-movimento-processo*. Na delimitação desse objeto (construção teórica) pode-se chegar a uma "teoria do objeto", identificando conexões da RSB com outros objetos necessários à sua apreensão (Estado, estrutura social, ideologia, setor saúde, entre outros).

Ainda em termos teóricos, devem ser considerados certos tipos de práxis⁽¹⁰⁾ e suas implicações em relação à *proposta*, ao *projeto* e ao *processo* da RSB. Em estudo anterior foi possível reunir, no momento empírico da investigação, material documental relativo à RSB, dialogando com a contribuição da filósofa húngara e dos que formularam e organizaram o saber sobre a Reforma Sanitária no Brasil⁽³⁾.

Tomando como referencial as reflexões da mencionada autora, as perguntas formuladas sobre o objeto implicaram indagações acerca da sociedade brasileira. A partir da tese de que a RSB representa uma *reforma social*, estabeleceu-se a hipótese de que foi concebida como *reforma geral*, tendo como horizonte utópico a *revolução do modo de vida*.

De outra perspectiva, conceitos gramscianos têm sido acionados para o esboço de uma teoria da Reforma Sanitária, desde as suas origens⁽¹¹⁾. O filósofo da práxis ofereceu grandes contribuições para a teoria marxista no sentido de apreender a realidade como totalidade: “Se ciência política significa ciência do Estado e Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados, é evidente que todas as questões essenciais da sociologia, não passam de questões da ciência política”⁽¹²⁾.

Apesar dessa perspectiva ampla de análise o autor não ignorava as mediações entre os elementos de uma dada totalidade, recusando posições dogmáticas, economicistas e mecanicistas do marxismo vulgar. “Gramsci não toma o marxismo como doutrina abstrata, mas como método de análise concreta do real em suas diferentes determinações. Debruça-se sobre a realidade enquanto totalidade, desvenda suas contradições e reconhece que ela é constituída por mediações, processos e estruturas”⁽¹³⁾.

Na medida em que a determinação econômica é insuficiente para construção do conceito de classe social e para o exame do papel e das funções do Estado contemporâneo, cabe considerar a determinação política e ideológica, a partir das relações sociais. “As relações de produção correspondem, nas relações sociais, às relações sociais de produção; mas também se poderá falar com todo o rigor das relações 'sociais' políticas e relações 'sociais' ideológicas”⁽¹⁴⁾.

Daí a relevância de adicionar um outro elemento para a análise da RSB e do SUS, em particular: a noção de *bloco histórico*⁽¹⁵⁾. Este conceito, atribuído a Georges Sorel (1847-1922), pensador socialista, apreenderia a unidade entre estrutura e superestrutura estabelecida pelo marxismo. “A estrutura e as superestruturas formam um 'bloco histórico', isto é, o conjunto complexo e contraditório das superestruturas é o reflexo do conjunto das relações sociais de produção”⁽¹⁶⁾.

Dois outros conceitos mostraram-se pertinentes na análise da RSB: *revolução passiva* e *transformismo*. O primeiro, referido a Vincenzo Cuoco por Gramsci, diz respeito às modificações ocorridas na Itália a partir das guerras napoleônicas, período conhecido como

Risorgimento. Como conceito foi elaborado para analisar o movimento político dirigido à unificação nacional e à formação do Estado italiano, sendo acompanhado de outras expressões como "*riscossa* nacional" e "*riscatto* nacional": “todos expressam o conceito de retorno a um estado de coisas já havido no passado, ou de 'retomada' ofensiva (*ricossa*) das energias nacionais dispersas em torno de um núcleo militante e concentrado, ou de emancipação de um estado de servidão para retornar à primitiva autonomia (*riscatto*). São difíceis de traduzir [...] de modo que se concebe a nação italiana como 'nascida' ou 'surgida' com Roma, pensa-se que a cultura greco-romana tenha 'renascido', a nação tenha 'ressurgido', etc.”⁽¹⁷⁾.

Designa, portanto, um processo de restauração-revolução verificado na história italiana durante o *Risorgimento* ou “ressurgimento” na língua portuguesa, caracterizado nos seguintes termos: “As exigências que encontraram na França uma expressão jacobino-napoleônica foram satisfeitas em pequenas doses, legalmente, de modo reformista, conseguindo-se assim salvar a posição política e econômica das velhas classes feudais, evitar e reforma agrária e, notadamente, evitar que as massas populares atravessassem um período de experiências políticas similares às da França nos anos do jacobinismo, em 1831, em 1848”⁽¹⁶⁾.

Esta conservação-mudança, verificada no *Risorgimento* é revelada, portanto, no conceito de *revolução passiva*. Também chamada de "revolução pelo alto" ou "revolução sem revolução", a *revolução passiva* difere da contra-revolução, “essa, sim, uma reação manifesta à mudança social”⁽¹⁸⁾. Segundo um estudioso de Gramsci no Brasil, a *revolução passiva* pode ser definida do seguinte modo: “um processo de transformação que excluiu a participação das forças democráticas e populares do novo bloco do poder, das forças interessadas na completa erradicação dos restos feudais, e, como tal, numa revolução agrária que integrasse os camponeses na economia capitalista moderna e os atraísse para a defesa da hegemonia burguesa e democrática”⁽¹⁹⁾.

No caso do *transformismo* trata-se do fenômeno pelo qual se unificaram os partidos do *Risorgimento*, trazendo à luz “o contraste entre civilização, ideologia, etc., e a força de classe”.⁽¹²⁾ No exercício do *transformismo* personalidades ou partidos dos grupos subalternos mudam de lado e passam a engrossar as fileiras das classes dominantes.

Portanto, o Estado e seus aparelhos de hegemonia^(11,20) são espaços de disputa entre as classes fundamentais e grupos sociais, bem como de construção da *revolução passiva* e do exercício do *transformismo*. Nesse sentido, a hegemonia não se confunde com coerção, pois

envolve o consenso ativo entre os governados, o que supõe uma direção ética, política e cultural. “A democracia, enquanto uma modalidade plural de exercício do poder político passa a ser vista como o espaço ideal de formulação de uma contra-hegemonia, ampliando o campo e alianças das camadas populares, de sorte que os intelectuais oriundos das classes médias e da burguesia vêm a ser um aliado fundamental neste processo de formulação de um projeto político e cultural dos setores dominados”⁽¹¹⁾.

Na perspectiva gramsciana, um grupo subalterno pode construir a hegemonia antes mesmo de ser dirigente. Desse modo, a saúde pode ser admitida como "um meio em que a ambivalência representa a condição de possibilidade de construção de um bloco histórico" ⁽¹¹⁾.

Ao se privilegiar as relações presentes na estrutura social não se dispensa a pergunta de que Estado e de que sociedade se está examinando. No caso da RSB, trata-se do Estado brasileiro, adjetivado de "burocrático-autoritário" desde que se discutia o "modelo político" durante a ditadura. “Entender o 'modelo político' do Brasil consiste, antes de mais nada, em explicitar a forma estatal, a organização estatal, a ideologia do estado, as políticas por ele engendradas. Ao fazê-lo, explicitam-se os que mandam, os que são beneficiados, os que são excluídos e os que participam”⁽²¹⁾.

Mesmo no período desenvolvimentista esse Estado manteve o seu caráter autoritário: “o Estado desenvolvimentista brasileiro foi predominantemente autoritário”⁽²²⁾. Assim, diante de uma sociedade considerada patriarcal e atrasada alguns autores reconheciam no Estado brasileiro o caráter de “Estado demiurgo”. “Se a sociedade é inocente, logo se depreende que o Estado se defronta com uma missão excepcional: constituir, orientar, administrar ou tutelar a sociedade, isto é, o povo, os setores sociais subalternos. Justifica-se que o Estado seja patriarcal, oligárquico, benfeitor, punitivo, deliberante, onisciente, ubíquo”⁽²³⁾.

Este Estado brasileiro durante a transição democrática teve de “dar conta da dinâmica contraditória introduzida pelas determinações situadas ao nível das lutas políticas na esfera da reprodução e dos valores e ideologias que se reproduzem no campo da saúde”⁽¹¹⁾.

EMERGÊNCIA DA PROPOSTA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Na conjuntura de transição democrática iniciada com o Governo do General Geisel produzia-se um discurso social diante dos impasses econômicos e políticos do regime que se

configurava no *II Plano Nacional de Desenvolvimento* (II PND). Ao mesmo tempo o governo prometia uma “abertura política” lenta, segura e gradual⁽²⁴⁾.

Algumas das respostas do Estado nessa conjuntura foram a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o envio do projeto de lei ao Congresso Nacional, instituindo o *Sistema Nacional de Saúde* (Lei 6629 de 17/7/1975). Diante das dificuldades de regulamentar essa lei o governo investiu nos Programas de Extensão de Cobertura (PECs) que se caracterizavam como propostas dominadas por referência ao conjunto das políticas de saúde e ao modelo médico-hospitalar dominante, mas representavam uma "estratégia de reserva" do Estado face à crise do setor.

Essa crise do setor saúde se expressava pela baixa eficácia da assistência médica, pelos altos custos do modelo médico-hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde em função das necessidades da população⁽²⁵⁾, convivendo com a falência do "milagre econômico", com a crise do capitalismo mundial do início dos setenta e com o decréscimo de legitimidade do autoritarismo, evidenciado pelos resultados das eleições de 1974. Diante dessa crise de hegemonia surgia um espaço de luta para as forças progressistas.

Nesse contexto apontava-se para a limitação das iniciativas governamentais no setor, destacando-se na análise da situação de saúde a composição da "morbidade moderna" com a "morbidade da pobreza". No que se refere às respostas sociais a esse quadro sanitário ressaltava-se a incapacidade de solução de problemas básicos com a tecnologia moderna. “Uma medicina de baixa densidade de capital e grande extensão social precariamente organizada, e um setor de alta densidade de capital, pequeno alcance social e, no entanto, padrão internacional”⁽²⁵⁾.

Assim, no interior da sociedade civil surgiu em 1976 o *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (CEBES) que, naquele contexto, congregou diferentes segmentos sociais que vieram a compor o movimento sanitário com os seguintes elementos: a) bases universitárias e "academia" - departamentos de medicina preventiva e social, *Programa de Estudos Econômicos e Sociais* (PESES), cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva; b) movimento estudantil; c) o movimento médico - Movimento dos Médicos Residentes, *Movimento Renovação Médica* (REME); d) projetos institucionais (*Projeto Montes Claros*, *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste* (PIASS))⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Esse movimento de pessoas e idéias tinha no CEBES “uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado”⁽²⁶⁾. Desse

modo, vários estudos tomaram a criação do CEBES e o início da publicação da revista *Saúde em Debate* como marcos históricos do movimento sanitário e, conseqüentemente, da RSB. “O CEBES utilizou na construção de identidades a democratização da saúde, construindo sua plataforma ao redor das denúncias da iniquidade da organização econômico-social e da perversidade do sistema de prestação de serviços de Saúde privatizado e anti-social; como estratégia, a luta pela democratização do País e pela racionalidade na organização das ações e serviços de Saúde. Assim as políticas formuladas, além de um componente racionalizador, apresentavam um caráter democratizante. Associava a luta política a propostas técnicas. Apesar de inicialmente contar com a influência de militantes do antigo Partido Comunista Brasileiro (PCB) e de reunir profissionais de saúde, caracterizava-se pelo suprapartidarismo e pelo não corporativismo”⁽²⁸⁾.

Esta organização da sociedade civil defendeu o reconhecimento do direito à saúde e a proposta da Reforma Sanitária desde 1977 e, pela primeira vez, concebeu a *proposta* de um *Sistema Único de Saúde*, apresentando-a no *1º. Simpósio de Política Nacional de Saúde* na Câmara dos Deputados em 1979⁽⁵⁾. Ao mesmo tempo, seus militantes, simpatizantes e colaboradores atuaram por dentro do Estado, contribuindo na formulação e/ou na implementação do *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde* (PREV-SAÚDE), do *Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social* (Plano do CONASP) e das *Ações Integradas de Saúde*⁽²⁹⁾.

A 8ª. CNS COMO SISTEMATIZAÇÃO DO PROJETO DA RSB

Foi na preparação e discussão da *8ª. Conferência Nacional de Saúde* (8ª. CNS) que o CEBES e, especialmente, a ABRASCO transformaram a *idéia* e a *proposta no projeto* da RSB. Naquela oportunidade examinou-se a noção de direito à saúde com referência à doutrina dos direitos humanos, justificando os esforços para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Criticou-se a concepção liberal de saúde pública, admitindo-se um novo relacionamento entre Estado e sociedade civil no Brasil capaz de avançar o processo de democratização da sociedade sem “ignorar o fato de que na base de sua estratificação encontra-se a estrutura de classes da sociedade brasileira, com distintos mecanismos e padrões de consumo médico, e também com diferentes possibilidades de pressão política”⁽³⁰⁾.

A saúde como direito inerente à cidadania, ou seja, como parte dos direitos sociais a serem reconhecidos pelo Estado, já era cogitada antes mesmo dessa Conferência no *Editorial* do número 2 da Revista *Saúde em Debate*. Desse modo, o direito à saúde passou a compor o conjunto de proposições registrado no Relatório Final da 8ª. CNS⁽³¹⁾ que sistematiza o corpo doutrinário da RSB.

Nessa Conferência foram discutidos, ainda, a *Reformulação do Sistema Nacional de Saúde* e o *Financiamento do Setor*. No caso da reorientação do sistema de serviços de saúde verificou-se uma maior quantidade de contribuições, além da intensidade nos debates. “Nossa concepção do futuro Sistema Nacional de Saúde é a adotada pela Reunião de Trabalho sobre as Ações Integradas de Saúde, realizada em Curitiba, em agosto de 1984, sob patrocínio do CEBES e da ABRASCO: a de um Sistema Unificado e Federado de Saúde”⁽³²⁾.

Não obstante certas resistências contra as AIS diante da possibilidade dessa estratégia ser usada como pretexto para retardar a implantação do SUS, vários autores e atores^(32, 34, 30) a defendiam como um caminho para a construção do novo sistema de saúde. “As AIS vão passando de simples racionalização para embrionar um sistema de saúde moderno e social, na medida do avanço e consolidação da Democracia em nosso país”⁽³³⁾.

No que tange à municipalização, as propostas eram muito cautelosas na época, de modo que numa primeira etapa seria limitada às cidades de porte médio, prosseguindo para os demais municípios depois de uma avaliação⁽³³⁾. Mesmo um dos autores mais entusiastas da municipalização questionava a descentralização para os municípios pequenos: “A municipalização dos serviços, que é inquestionável para os municípios de grande e médio portes, é discutível para os pequenos municípios”⁽³⁴⁾.

No caso do financiamento do setor as recomendações apresentadas na 8ª. CNS não tiveram a abrangência e solidez das proposições relativas aos demais temas centrais. De qualquer modo, parte significativa das contribuições apresentadas naquele evento histórico foram sintetizadas pelo Prof. Guilherme Rodrigues da Silva (USP) no relatório final⁽³¹⁾ que serviu de referência para a *Comissão Nacional da Reforma Sanitária* (CNRS) elaborar os documentos para a Assembléia Constituinte iniciada em fevereiro de 1987.

A análise do processo constituinte sob a perspectiva da saúde já foi feita de forma exhaustiva em outros estudos, contemplando documentos produzidos pelas distintas comissões^(35, 28). Como destaque merece ser mencionada a emenda popular apresentada pelo movimento sanitário⁽³⁶⁾. Outra emenda "popular" foi encaminhada por representantes do

capital na saúde, a exemplo da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e Federação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, contando com cerca de setenta mil assinaturas, talvez dos próprios funcionários da área hospitalar privada⁽³⁵⁾.

No âmbito do Executivo, um decreto presidencial transformou a estratégia das AIS no *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde* (SUDS), propiciando um conjunto de desdobramentos técnico-institucionais como a formulação de planos de saúde, implantação de distritos sanitários e organização de conselhos de saúde⁽²⁹⁾. Essas iniciativas possivelmente refletiram na distribuição do poder setorial. “O Inamps dá início a uma profunda reforma na linha da descentralização e de repasse de poder, ou seja, o superintendente do Inamps perde poder e os secretários de saúde assumem-no”⁽³⁷⁾.

No âmbito do movimento sanitário, além da atuação do CEBES e da ABRASCO, outra instância foi organizada para a ação política - a Plenária da Saúde. “O nome Plenária Nacional de Saúde, com a sua conformação, surgiu depois da 8a. CNS. [...] Da Plenária participavam partidos políticos, sindicatos, movimentos populares, universidades, pessoas, personalidades. Da sua coordenação participavam a Andes, o CFM, a CUT e representantes de vários movimentos”⁽³⁷⁾.

Contudo, enquanto a Constituição de 1988 era elaborada novos problemas políticos no setor saúde apareceram: demissões de dirigentes da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde; perseguição aos sanitaristas que questionavam os rumos da política estadual de saúde em São Paulo; e demissão do Professor Hesio Cordeiro da presidência do INAMPS, cujo cargo passou a ser ocupado por um médico amigo do Presidente da República.

Embora o *processo* da RSB tenha sido desencadeado a partir da realização da 8a. CNS e, especialmente, com os trabalhos da *Comissão Nacional da Reforma Sanitária* (CNRS), somente com a promulgação da Constituição de 1988 torna-se possível analisar, de modo mais consistente, a implantação da RSB e a construção do SUS. Nesse particular, foi retardado o envio do projeto da Lei Orgânica da Saúde ao Congresso Nacional, apesar dos esforços de professores e pesquisadores da UnB na sua elaboração e das articulações políticas construídas pela Plenária da Saúde.

TRÊS MOMENTOS DA CONSTRUÇÃO DO SUS

Na conjuntura pós-constituente é possível identificar três momentos da Reforma Sanitária relacionados com a construção do SUS: 1) "anos de instabilidade" (1989-1994); 2) a "social democracia conservadora" do período de 1995 a 2002⁽³⁸⁾; 3) "conservação-mudança" do governo Lula.

1. Anos de instabilidade

Nesse primeiro momento, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) foi sancionada pelo Presidente da República, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Ou seja, todos os prestadores de serviços estão subordinados a esta Lei e não apenas os integrantes do SUS. Três meses depois este dispositivo legal foi complementado pela Lei 8142/90, dispondo sobre a participação social e os mecanismos de repasse financeiro no SUS.

Durante o Governo Itamar, a saúde era ameaçada pela proposta de *revisão constitucional*, não obstante o passo adiante efetuado pela Norma Operacional Básica 01/1993 (NOB 93): "Integrante originário do movimento pela democratização da saúde, hoje da Reforma Sanitária [...] o CEBES não poderia deixar de se manifestar sobre a candente questão [...]. Deve-se, pois, repudiar toda tentativa explícita ou camuflada de implosão da Seguridade Social, assim como da reversão da doutrina do Sistema Único de Saúde, que vêm sendo ensaiadas por propostas oficiais de separação/especialização das fontes de custeio da Seguridade Social e, no caso da Saúde, por setores que se consideraram perdedores no processo constituinte 87/88. [...] É o sexto Ministro da Saúde depois da promulgação da Constituição, sem contar dois interinos, fato por demais preocupante, numa etapa crítica da implantação do SUS. Aliás, nada mudou, uma vez que o MS tem sido usado de forma reiterada e irresponsável como *troco* nas barganhas políticas"⁽³⁹⁾.

Entretanto, alguns fatos novos ocorridos nesse momento pareciam reforçar o SUS: influência da sociedade civil na política de saúde através do Conselho Nacional de Saúde,

bem como nos conselhos estaduais e municipais; municipalização da saúde reconhecendo a diversidade das situações (NOB 93); experimentação de modelos assistenciais alternativos por governos municipais; reativação de certos movimentos da cidadania (luta contra a fome e a miséria, defesa da vida e contra a violência, etc.). Curiosamente, um dos fatos produzidos de maior significância política (a extinção do INAMPS) foi menos debatido que a NOB 93. “Enfim, a batalha pelo fim da política representada pelo INAMPS demorou tanto a ser ganha que hoje a morte do adversário não implica na sua derrota. Digamos que se trata de uma escaramuça com acentuado componente de diversionismo”⁽⁴⁰⁾.

E atrás desse aparente diversionismo político encontravam-se a expansão da assistência médica supletiva (AMS), as pressões da indústria farmacêutica e o clientelismo político de sempre. “No período em que estive no INAMPS, pouco antes de sua extinção coordenada pelo Carlos Mosconi, eu atendia, na maior parte do tempo, a deputados e governadores, basicamente para auxiliar na aprovação de emendas parlamentares de obras e empreitadas e aumento do número de AIH, geralmente com fins eleitorais”⁽³⁷⁾.

A NOB 93, ao condicionar o repasse de recursos federais a existência e funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde, possibilitava um controle público sobre os aparelhos de Estado e a experimentação de novas práticas de gestão. “[...] se pode verificar o poder dos conselhos de impor novas práticas que vão de encontro ao clientelismo, ao nepotismo e aos arranjos da troca de favores e apoios entre os governantes. É uma mudança radical que atinge as formas patrimonialistas de se gerir a coisa pública”⁽³⁷⁾.

Assim, o *processo* da Reforma Sanitária continuava encontrando dificuldades. No final do governo o movimento sanitário, através de um dos seus intelectuais coletivos apresentava as seguintes recomendações aos seus militantes: [...] Convidamos todos aqueles, comprometidos com o ideário da Reforma Sanitária, a adotar uma postura aberta, mas alerta, e a não hesitar em refletir, criticar e cobrar diuturnamente a aplicação das propostas de governo do então candidato Fernando Henrique⁽⁴¹⁾.

Conseqüentemente, “os anos de instabilidade” da RSB e o cenário que se configurava para as eleições presidenciais de 1994 não permitiam algum otimismo para o desenvolvimento do SUS naquela conjuntura.

2. Momento da "social democracia conservadora"

No período do Presidente Fernando Henrique Cardoso a situação não foi mais confortável, persistindo o drama estratégico da RSB e do SUS, em particular: “[...] Não é nossa intenção aqui sermos vangloristas uma vez que a realidade geral é bem dramática e ainda não conseguiu ser transformada pela Reforma Sanitária e pelo SUS”⁽⁴²⁾.

No entanto, ao adotar 1997 como “O Ano da Saúde no Brasil”, o Governo FHC afirmava que o Brasil precisaria se conscientizar de sua capacidade de promover a saúde de sua gente, com ênfase na prevenção. A partir dessa constatação declarava: “Estamos decididos a mudar a dura realidade da saúde pública no Brasil. Já começamos a mudá-la”.²

Já o movimento sanitário, ao completar vinte anos de CEBES, realizou um balanço de suas práticas teóricas e políticas apresentando, através de vários dos seus militantes e intelectuais, muito críticas, novas pautas e algum desalento e perplexidade. “No conjunto, 'leva-se a vida'. Emprego e segurança parecem ser temas que calam mais fundo no coração das pessoas. Talvez, por isso, um certo sentimento de vazio e, até mesmo, uma certa perplexidade”⁽⁴³⁾.

O autor mencionava, naquela oportunidade, um discurso do Presidente do CEBES, para ilustrar tal sentimento: “O CEBES segue profundamente preocupado com a relativa desmobilização do movimento sanitário brasileiro no período que sucedeu a nova Constituição e à Lei Orgânica da Saúde. Muitos companheiros que participavam diretamente desse movimento estão hoje atarefados com administrações municipais, estaduais e até federais, restando pouco tempo para a velha militância que sempre foi o motor da luta por melhores condições de saúde e vida no país. No Brasil, poucas coisas funcionam se não existe participação, controle e pressão. E nesse momento a participação está sendo pequena e a pressão, muito pequena”⁽⁴³⁾.

Outro autor/ator da RSB ainda era mais incisivo, ressaltando os aspectos político-partidários possivelmente relacionados com tal situação: “O antigo movimento sanitário se esfrangalhou [...] em tendências partidárias ou semi-partidárias zelando por currais onde poucos aceitam encerrar-se”⁽⁴⁴⁾.

² BRASIL. Ministério da Saúde. *A Saúde no Brasil*. Brasília, mar. 1997. p.13.

Apesar da contundência desse trecho, este professor não deixava de formular alternativas, sublinhando as características e os modos de atuação usuais do Estado brasileiro: “Talvez construir uma plataforma operacional, diretrizes mais concretas que permitissem a neoconstrução do SUS. Relevar as diferenças; revelando-as, entretanto. Cuidar com carinho das nossas incertezas, abri-las ao sol do debate livre [...]. Ademais, não há como desconhecer que o Estado brasileiro - estado operado por atores sociais realmente existente, como identidade bem marcada - vem ele próprio impedindo a efetiva implantação do SUS. Primeiro, porque não o financia de modo conveniente; segundo, porque, ao gerenciá-lo, não tem buscado qualidade e eficácia da atenção; terceiro, porque não realiza reformas da máquina administrativa e assistencial sem as quais o SUS não conseguirá passar do papel”⁽⁴⁴⁾.

Assim, uma nova pauta de propostas para a RSB passava a ser ensaiada no livro intitulado *A Luta do CEBES*⁽⁴⁵⁾. “Assim, um próximo período de vitalidade do movimento da Reforma Sanitária e do CEBES deve construir sua pauta em torno de algumas questões que hoje não estão resolvidas conceitual e tecnicamente, necessitando, tanto de estudos e avaliações de experiências, quanto de repactuação entre vários segmentos do movimento, hoje bastante esgarçado. Entre essas questões, encontram-se: a proposição e aprovação da legislação que assegure a complementação do processo de implantação do SUS, em especial disciplinando melhor as relações com o setor privado, tanto o contratado, quanto o 'autônomo'; também a relativa ao sangue e hemoderivados, aos medicamentos (genéricos, organização farmacêutica, etc.); a reabertura da discussão sobre o financiamento da Saúde [...]; a abertura de discussões, no movimento e com o Congresso e o Executivo, de novas estratégias de gestão pública [...] assim como uma priorização de novas políticas de valorização do trabalho, hoje absolutamente secundarizadas [...]; a radicalização do processo de descentralização, com revisão profunda das funções e estrutura do nível federal do SUS”⁽³⁵⁾.

Em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29) quando o CONASEMS desempenhou um importante papel na mobilização: “Aprovem o PEC da saúde: mais verba para o SUS! O Brasil precisa, o povo merece!”³. Esta foi a exortação exposta no seu jornal, quando divulgava o histórico das iniciativas adotadas, nessa perspectiva, desde 1993. Três meses depois anunciou que o *PEC, enfim, chega ao plenário*⁴.

³ Ver: *Jornal do CONASEMS*, 59, fev. 2000.

⁴ Ver: *Jornal do CONASEMS*, 62, maio 2000.

Apesar dessa conquista, a Reforma Sanitária não se apresentava na agenda do governo, nem nos debates das eleições presidenciais de 1998, perdendo prioridade até mesmo na atuação e no discurso do movimento sanitário⁵. Somente ao finalizar a “era FHC” a ABRASCO voltou a reforçar a defesa da RSB, rejeitando a tese do esgotamento do seu *projeto*. “A agenda política da Reforma Sanitária Brasileira não se encontra esgotada. Cumpre incluir novos sujeitos sociais no seu desenvolvimento e incidir politicamente em cada conjuntura no sentido de reafirmar princípios e diretrizes, além de construir alianças e pactos comprometidos com a radicalidade da proposta de democratização da saúde”⁽⁴⁶⁾.

Ao realizar uma breve avaliação do movimento da RSB o documento ressaltava: “Uma das conquistas desse movimento foi a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação de políticas descentralizantes e democratizantes, ampliando o controle público sobre o Estado, seus aparelhos e sua tecno-burocracia sanitária. Durante a década de noventa, a Reforma Sanitária, enquanto processo, sofreu avanços e retrocessos, mas conquistou novos atores sociais”⁽⁴⁶⁾.

E concluía reconhecendo a distância entre as promessas do SUS e a realidade analisada. “Por isso a Nação espera dos seus dirigentes maior comprometimento com a garantia do direito universal à saúde, a implementação de políticas públicas voltadas para a promoção e proteção da saúde, bem como o respeito às diretrizes formuladas pela sociedade organizada durante as conferências de saúde para que o SUS possa ser aquilo que prometeu”⁽⁴⁶⁾.

Essas iniciativas foram saudadas pelo CEBES como retomada do debate sobre a Reforma Sanitária⁽⁴⁷⁾. A partir de então, a ABRASCO e o CEBES insistiram na defesa do *projeto* original da Reforma Sanitária durante as eleições de 2002, postulando a "radical implementação da Reforma Sanitária" e explicitando para a Nação as suas posições. “O movimento da Reforma Sanitária Brasileira sempre pretendeu produzir uma mudança cultural na sociedade brasileira tendo a saúde como eixo de transformação, assim como modificar as políticas do Estado Brasileiro sem limitar-se a mudanças setoriais ou políticas de governo. Consideramos a Reforma Sanitária como a única reforma democrática do Estado brasileiro, com caráter processual e ainda inconclusa. Esse processo exige a permanente reflexão sobre os rumos, resultados e procedimentos. A Reforma Sanitária engloba uma multiplicidade de

⁵ Ver: Agenda Política Brasil em Defesa da Saúde como Direito da Cidadania e como Bem Público. Seminário Nacional Reformas do Estado, Saúde e Equidade no Brasil. Rio de Janeiro, 20 jun. 2000, p.7-9.

objetos e concepções que ultrapassam as tarefas de organização do Sistema Único de Saúde [...]. É chegado o momento de recuperar a Reforma Sanitária em sua amplitude, com as propostas de relações sociais e humanas contidas no projeto original emanado da 8a. Conferência Nacional de Saúde”⁽⁴⁸⁾ e plasmado na Constituição da República Federativa do Brasil (1988). [...] A Reforma Sanitária Brasileira tem como princípio orientador a promoção da justiça social [...]. Concebemos Saúde como componente indissociável da Seguridade Social [...] As políticas nacionais de Ciência e Tecnologia e Industrial em Saúde são componentes fundamentais da Reforma Sanitária [...]. A defesa da Reforma Sanitária [...] significa o envolvimento na promoção de uma cultura de paz e tolerância por meio de manifestações permanentes e de ações regulares que intervenham nos determinantes e condicionantes da violência em todos os seus âmbitos e aspectos⁽⁴⁹⁾.

A perspectiva de uma nova correlação de forças, após as eleições presidenciais de 2002, representava uma oportunidade de o projeto da RSB ser retomado e reinserido na agenda das políticas públicas do país.

3. A “conservação-mudança” do Governo Lula.

O terceiro momento da análise corresponde ao período que se inicia em 2003, quando novas expectativas estiveram voltadas para a realização da 12a. Conferência Nacional de Saúde. O tema central "*Saúde: um direito de todos e dever do Estado; a Saúde que temos, o SUS que queremos*" foi subdividido nos seguintes eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção em Saúde; Controle Social e Gestão Participativa; O Trabalho na saúde; Ciência e Tecnologia e Saúde; O Financiamento da Saúde; Comunicação e Informação em Saúde⁶. Desse modo, as proposições e diretrizes apontavam para possíveis prioridades das políticas de saúde do novo governo.

A ABRASCO e o CEBES voltaram a defender uma "radical implementação da Reforma sanitária" ⁷ de modo que, depois de um jejum de três conferências (9ª., 10ª. e 11ª.), a expressão Reforma Sanitária voltou a aparecer no relatório final da *12a. Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca*.

⁶ Ver: Compreendendo o temário da Conferência. *Radis*, 12, ago. 2003, p.10-11.

⁷ ABRASCO. CEBES. *Saúde, Justiça & Inclusão Social*. Rio de Janeiro; Brasília, dez. 2003.

Entre as inovações da 12a. CNS registradas no seu Relatório Final pode-se mencionar o destaque para os determinantes sociais de saúde. Como consequência dessa compreensão a intersectorialidade foi uma das diretrizes enfatizadas, vinculando os princípios constitucionais e a ações intersectoriais ao *processo* da RSB.

Nessa conferência, cuja antecipação foi proposta por Sérgio Arouca, depositavam-se muitas expectativas para a retomada do processo da RSB e, sobretudo, para ampliar a participação social em saúde. O CEBES, naquela oportunidade, procurava orientar as tarefas postas pela conjuntura. “Tempos diferentes de elaboração e de respostas é a confluência, que confere a característica central do Movimento da Reforma Sanitária: a convergência das práticas política, científica e ideológica para a transformação das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira. [...] É preciso fazer chegar o ideário da Reforma Sanitária ao cidadão no seu dia-a-dia. Essa é, ao nosso ver, a nossa tarefa e a tarefa do governo”⁽⁵⁰⁾.

Após a realização da 12ª. CNS começou a tomar corpo a consciência das ambigüidades da gestão participativa no Governo Lula. “Agora, a gente começa a ver uma retomada num outra relação e aí há uma coisa que nos 'pegou de calças curtas', digamos assim. É a questão de ter um governo que tem as suas origens justamente nesses que construíram esse processo”⁽³⁷⁾.

Assim, os movimentos sociais da saúde aprofundaram as contradições do controle social e do SUS, a partir do governo Lula. “Eu acho que isso levou a um certo 'defensismo' do movimento, uma paralisia, uma certa imobilização, porque o pessoal tem medo de desgastar o governo, porque quer dar um crédito de confiança, uma chance maior. Então, a militância do PT e dos partidos da base ficam um pouco defensivos e isso tem levado a uma dificuldade de rearticulação do movimento”⁽³⁷⁾.

O atrelamento de parte do movimento sanitário ao governo começa a ser superado durante o 8o. *Simpósio de Política Nacional de Saúde*, realizado na Câmara dos Deputados em 2005. Assim, a natureza suprapartidária desse movimento possibilitou, mais uma vez, a participação ativa dos seus militantes, contribuindo na formulação da *Carta de Brasília*. Neste documento considerava-se o *processo* da RSB como um *projeto civilizatório* que: “pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante”⁽⁵¹⁾.

Posteriormente, foi lançado um manifesto⁸ realçando a *Carta de Brasília* e criticando a concepção de "SUS pobre para os pobres", mas defendendo a premente "intensificação da realização da Reforma Sanitária Brasileira" e a redefinição da política econômica. "O Movimento da Reforma Sanitária alinha-se propositivamente às mobilizações sociais e políticas, pela imediata ruptura com os rumos vigentes e pelo início já da reconstrução da política econômica, rumo à construção de políticas públicas universalistas e igualitárias, eixo básico estruturante da garantia dos direitos sociais e redistribuição da renda!"⁹.

Portanto, movimentos moleculares de resistência e de crítica, a exemplo do 8o. *Simpósio de Política Nacional de Saúde* e da criação do *Fórum da Reforma Sanitária Brasileira* permitiram a retomada da defesa do *projeto* e do *processo* da RSB, reforçando as iniciativas anteriores da ABRASCO e do CEBES, particularmente entre 2000 e 2003. A "refundação do CEBES"⁽⁵²⁾ tem estimulado novas mobilizações e articulações para o fortalecimento do movimento sanitário. "O projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades. Se a Reforma Sanitária é a expressão do nosso desejo de transformação social, sua materialização institucional no SUS é a resultante do enfrentamento desta proposta com as contingências que se apresentaram nessa trajetória. Em outras palavras, expressa a correlação de forças existente em uma conjuntura particular".¹⁰

As dificuldades observadas no movimento sanitário durante a realização da 13ª CNS ilustram parte dessas contingências. Entretanto, o fortalecimento do seu elemento jacobino pode contribuir para a radicalização da RSB no sentido de desequilibrar a tendência da *revolução passiva*, superando o *transformismo* de parte dos seus atores⁽³⁾.

CONCLUSÃO

No presente texto buscou-se analisar o desenvolvimento da Reforma Sanitária e do SUS a partir de contribuições marxistas. Esta reflexão teórica sobre um fenômeno histórico e social pode fomentar um debate para ampliar as bases política e social da RSB e do SUS, constituindo um novo *bloco histórico*. Foi possível destacar a fundação do CEBES no coração

⁸ Reforma Sanitária Brasileira. *Manifesto Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros*. Brasília, 23 nov. 2005. 4p. (subscrito pelo CEBES, Abrasco, ABRES, Rede Unida e AMPASA).

⁹ Ver: Reforma Sanitária Brasileira. *Manifesto Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros*. Brasília, 23 nov. 2005. p.4. (subscrito pelo CEBES, Abrasco, ABRES, Rede Unida e AMPASA).

¹⁰ Ver: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: Em defesa do movimento sanitário. *Radis*, 51, nov. 2006, p.7.

da UnB, em 1976, e o registro da *idéia* da Reforma Sanitária, em 1977. Este mesmo CEBES propôs a criação do Sistema Único de Saúde, em 1979, e vibrou com a promulgação da *Constituição Cidadã* em 5 de outubro de 1988. Mais recentemente, a sua refundação após o *8º. Simpósio de Política Nacional de Saúde* abre novas perspectivas para o movimento sanitário.

Portanto, a Reforma Sanitária Brasileira não acabou. Foi concebida como *reforma geral*, tendo como horizonte a *revolução do modo de vida*, ainda que seu *processo* tenha-se confinado, até o presente, a uma *reforma parcial* centrada na construção do SUS. É lícito celebrar seus 20 anos de formalização e comemorar, em 2009, as conquistas dos movimentos sociais em três décadas de luta, mas sem esquecer a crítica. Somente esta pode reduzir os riscos do triunfalismo e da acomodação, tão presentes no *transformismo* e na *revolução passiva* que têm marcado a História do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Arouca, AS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
2. Paim JS. Do “dilema preventivista” á saúde coletiva. In: AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003a. p.151-156.
3. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
4. Editorial. Saúde Debate; 1977.
5. CEBES. A questão democrática na área de Saúde. Saúde Debate. 1980 jan.-mar; (9):11-13.
6. Lima NT.; Santana, JP, organizadores. Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO; 2006.
7. Arouca AS. A reforma sanitária brasileira. Radis. Nov. 1988; (11):2-4.
8. Paim JS. Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003b. p.161-174.
9. Paim JS. Resenha. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(10):2521-2522.
10. Heller A. Teoría de las necesidades en Marx. Barcelona: Ediciones Península; 1986.

11. Teixeira SF., organizador Reforma Sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1989.
12. Gramsci A. Cadernos do cárcere. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2000. 3v.
13. Simionatto I. O social e o político no pensamento de Gramsci. In: AGGIO, A. Gramsci, a vitalidade de um pensamento. São Paulo: Fundação Editora UNESP; 1998. p.37-64.
14. Poulantzas N. Poder político e classes sociais. São Paulo: Martins Fontes; 1977.
15. Portelli H. Gramsci e o Bloco histórico. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
16. Gramsci A. Cadernos do cárcere. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999. 1v.
17. _____. Cadernos do cárcere. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001. 4v.
18. Vianna LW. A revolução passiva: iberismo e americanismo no Brasil. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Revan; 2004.
19. Coutinho CN. Gramsci. Porto Alegre: L & PM; 1981.
20. Gruppi L. O conceito de hegemonia em Gramsci. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
21. Cardoso FH. Autoritarismo e Democratização. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.
22. Fiori JL. Para uma economia política do Estado brasileiro. In: Em busca do dissenso perdido. Ensaios Críticos Sobre a Festejada Crise do Estado. Rio de Janeiro: Insight Editorial; 1995. p.121-161.
23. Ianni O. Pensamento social no Brasil. Bauru (SP): EDUSC; 2004.
24. Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima, NT. et al., organizadores. Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.59-81.
25. Arouca AS. Introdução à crítica do setor saúde. Nêmesis, 1975; 1:17-24.
26. Escorel S. Projeto Montes Claros - palco e bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário. In: Fleury, S., organizador. Projeto Montes Claros: A Utopia Revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995. p.129-164.
27. _____. Reviravolta da Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
28. Rodriguez Neto E. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

29. Paim JS. Saúde Política e Reforma Sanitária. Salvador: CEPS-ISC; 2002.
30. Paim JS. Direito à Saúde, cidadania e Estado. In: Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 45-59.
31. Brasil. Relatório Final da 8a. Conferência Nacional de Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8., 1986, Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p.381-389.
32. Machado FA. Participação social em saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p.299-305.
33. Santos NR. Descentralização e municipalização. In: Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p.312-17.
34. Mendes EV. Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde: visão geral. In: Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p.265-297.
35. Rodriguez Neto E. A Via do Parlamento. In: FLEURY, S., organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 63-91
36. Arouca AS. Em nome de 54 mil pessoas e 167 entidades Sérgio Arouca defende emenda popular. Proposta - Jornal da Reforma Sanitária. 1987 nov.; 5:8. Esse periódico agora tem o título de Revista Radis.
37. Faleiros VP. et al. A Construção do SUS; Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
38. Misoczky MC. O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Dacasa; 2002.
39. Editorial. Saúde Debate; 1993.
40. Campos GWS. Sai Inamps, entra...? Proposta - Jornal da Reforma Sanitária. 1993 mai.(32). Encarte Especial.
41. Editorial. Saúde Debate, 1994.
42. Editorial. Saúde Debate; 1995-1996.
43. Novaes RL. Do biológico e do social. Um pequeno balanço. In: FLEURY, S., organizador. Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p.205-225.
44. Campos GWS. Análise Crítica das Contribuições da Saúde Coletiva à Organização das Práticas de Saúde no SUS. In: FLEURY, S., organizador. Saúde e democracia. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p.113-124.

45. Fleury S., organizador. Saúde e democracia. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial. 1997.
46. ABRASCO. A agenda reiterada e renovada da Reforma Sanitária Brasileira. Saúde Debate. 2002, 26(62):327-331.
47. Editorial. Saúde Debate; 2002.
48. Conferência nacional de saúde, 8., 1986, Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p.381-389.
49. ABRASCO, CEBES. Em Defesa da Saúde dos Brasileiros: carta à sociedade brasileira, aos partidos políticos, aos governos federal, estaduais, municipais e distrital, à Câmara dos Deputados e ao Senado Federal. Rio de Janeiro. 2002 set13. Bol. ABRASCO,(85).
50. Editorial. Saúde Debate, 2003.
51. Carta de Brasília. Documento final do 8o. Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Medicina CFM. 2005 ago.-out.,(156):12-13.
52. CEBES. SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Saúde Debate. 2005,29(31):385-396.