
SER Social

POVOS TRADICIONAIS E POLÍTICA SOCIAL
Brasília (DF), v. 27, nº 53, de julho a dezembro de 2023

Contradições e potências da Reforma Sanitária: análise crítica do período 1960-2018

*Contradictions and strengths of the Sanitary Reform:
critical analysis of the period 1960-2018*

*Contradicciones y potencias de la Reforma Sanitaria:
análisis crítico del periodo 1960-2018*

Gabriel Alves Godoi¹

<https://orcid.org/0000-0003-2804-4817>

Miriam Cristiane Alves²

<https://orcid.org/0000-0002-4318-1927>

Recebido em: 23/03/2023

Aprovado em: 16/06/2023

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS) é parte da luta dos movimentos sociais pela Reforma Sanitária. O Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB) foi composto por disputas (institucionais e populares) que tiveram fortes impactos na política brasileira. Esta análise crítica e histórica objetiva avaliar as contradições e potências

1 Psicólogo. Especialista em Direitos Humanos e Avaliação das Políticas Públicas. Mestre e Doutor em Psicologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Aluno de Doutorado do Programa de Psicologia Social e Institucional. Currículo Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5337232758202207>>. E-mail: <gabriel.godoi@acad.pucrs.br>.

2 Psicóloga. Professora Adjunta da Universidade Federal de Pelotas. Professora Permanente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Currículo Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/6523933241917432>>. E-mail: <olorioba.miriamalves@gmail.com>.

do MRSB, considerando o período de 1960 até 2018. Para isso, retomamos as históricas discussões que ajudaram a compor o SUS. Concluimos que a Reforma Sanitária não se esgotou, porém permanece encurralada em contradições. Retomar suas bases radicais pode compor uma saída do impasse no qual o pensamento em saúde se colocou no Brasil.

Palavras-chave: políticas públicas de saúde; direitos humanos; determinação social da saúde; Reforma Sanitária.

Abstract: The Unified Health System (SUS) is part of the social movements' struggle regarding the Sanitary Reform. The Brazilian Health Reform Movement (MRSB) was comprised of disputes, institutional and popular ones, that strongly impacted the Brazilian politics. This critical and historical analysis intends to evaluate MRSB contradictions and strengths from 1960 to 2018. With this aim, we resumed the historical discussions that made part of SUS creation. We conclude that the Sanitary Reform has not yet come to an end, but its progress still remains trapped in contradictions. Resuming its radical grounds may easy a way out for the stalemate in which health thinking has been placed in Brazil.

Keywords: public health policies; human rights; social determination of health; Health Reform.

Resumen: El Sistema Único de Salud (SUS) es parte de la lucha de los movimientos sociales por la Reforma Sanitaria. El Movimiento de Reforma Sanitaria Brasileña (MRSB) fue compuesta por disputas, institucionales y populares, que tuvieron fuertes impactos en la política brasileña. Este análisis crítico e histórico pretende evaluar las contradicciones y potencias del MRSB, considerando el periodo de 1960 hasta 2018. Para eso, retomamos las históricas discusiones que ayudaron a compor el SUS. Concluimos que la Reforma Sanitaria no se agotó, pero sigue atrapada en contradicciones. Retomar sus bases radicales puede compor una salida al enfrentamiento en el cual el pensamiento en salud se ha colocado en Brasil.

Palabras-clave: políticas públicas de salud; derechos humanos; determinación social de salud; Reforma Sanitaria.

INTRODUÇÃO

O contexto de ultraliberalismo político se tornou hegemônico na política brasileira a partir de 2016 e trouxe uma série de novos desafios para a saúde pública. Os cortes de verbas, as privatizações e as terceirizações têm feito com que o sistema diminua de tamanho, colocando em xeque a estratégia política de seus movimentos de luta; dentre eles, o seu criador, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB), que por décadas se pautou pela infiltração de seus membros nos mecanismos do Estado, a partir de uma forte influência gramsciana.

A estratégia do MRSB parece ter perdido força política e base social, sendo facilmente derrotada pelo projeto ultraliberal. Com isso, muitos/as autores/as questionam se a pauta das lutas da saúde não haveria se esgotado ou então se encurralado de tal maneira a não mais conseguir produzir vitórias políticas para as bases populares. Assim, como forma de produzir caminhos para a militância em saúde, com o presente ensaio teórico, pretende-se dar um panorama acerca do que se tratou o MRSB, de suas contradições, potências e limitações, tendo como período de análise o início das movimentações por reforma sanitária, nos anos de 1960, até o fim do governo de Michel Temer, em 2018.

ANTECEDENTES E CONTEXTO INTERNACIONAL

Embora a necessidade de um sistema que diminuísse as desigualdades em saúde seja anterior ao golpe civil-militar de 1964, a retomada destas discussões deriva da conjuntura da década de 1970. No auge da Guerra Fria, os blocos capitalista e comunista disputavam não apenas o poderio militar, mas também uma proposta civilizatória mundial. Por tal conta, a política internacional foi marcada por pressões de ambos os lados quanto às discussões em direitos humanos. Essas mesmas pressões dos movimentos sociais atingiram a Europa com uma série de reivindicações e greves. O centro do poder capitalista precisou se arrefecer, cedendo a uma série de mudanças sociais, que ficaram conhecidas como Estado de Bem-Estar Social (LOSURDO, 2015).

A emergência do Estado de Bem-Estar Social produziu uma série de políticas públicas em favor do/a trabalhador/a e de serviços públicos com caráter universal, associados à expansão dos direitos de

cidadania, em uma tentativa de amenizar a opressão capitalista e esva-ziar uma possível revolta popular. Essa influência também se estendeu às negociações da Declaração Universal de Direitos Humanos (1948). Uma das imposições de nações comunistas e dos Estados de Bem-Estar Social para o documento foi a especificação dos direitos humanos de terceira geração ou direitos sociais (LOSURDO, 2015). O projeto comunista forçou o recuo do capitalismo a um Estado abrandado e propiciou ganhos históricos para a classe trabalhadora; dentre eles, o direito à saúde e ao bem-estar (HERZ; HOFFMAN, 2004).

Podemos ver isso em diversos estudos patrocinados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), durante os anos de 1960 e 1970, que descreviam um quadro crítico em todos os países da América Latina, diagnosticando que havia baixa cobertura da assistência em saúde básica, o que facilitava a disseminação de doenças cujas etiologias marcavam uma relação direta com a pobreza, afetando – em sua imensa maioria – a população negra. As formas indicadas para o enfrentamento do quadro envolviam o planejamento e a avaliação de ações, o que implicava: (I) a instituição de unidades especializadas nos ministérios e a gestão adequada de estatísticas vitais e sanitárias; (II) a administração coordenada dos serviços de saúde, com a articulação dos âmbitos nacional e local, assim como a integração da prevenção com a assistência curativa; e (III) a ênfase na formação e na capacitação dos recursos humanos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Porém, sem nenhum indicativo sobre a questão racial ou o combate ao racismo.

No Brasil, o campo da saúde abrigava dois modelos principais. O primeiro objetivava a saúde individual dos/as trabalhadores/as formais urbanos/as, quase todos/as brancos/as, estando a cargo dos institutos de pensão, enquanto o segundo utilizava ações de caráter preventivo direcionadas principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, cujas responsabilidades diziam respeito ao Ministério da Saúde. Entretanto, a falta de um sistema ampliado e a forte repressão da ditadura civil-militar dificultaram a proposição de políticas públicas efetivas.

Foi realizada uma série de desmandos pelo regime militar durante aquele período, como a censura na divulgação de dados sobre a epidemia de meningite e o emblemático “Massacre de Manguinhos”. A ditadura também tratou de vender ao exterior o mito de que o Brasil seria uma “democracia racial”, negando a violência racista em todos os âmbitos (NASCIMENTO, 2016). Por outro lado, se fortaleciam as

infiltrações do mercado: em 1977, o regime criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, ao qual estava vinculado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que perpetuou a compra de serviços do setor privado no campo da saúde (FONTES, 2020).

As discussões em contexto internacional reverberaram de forma contundente no pensamento dos estudiosos em saúde no Brasil, ainda mais porque, no contexto nacional, vivíamos uma forte crise econômica, política e sanitária. Durante os anos de 1970, grandes mobilizações se espalharam por todo o país, principalmente sob as bases operárias. É dentro desse contexto de aprofundamento internacional das tensões entre Estados Unidos e União Soviética e de reavivamento das lutas trabalhistas no Brasil que as discussões acerca da criação de um sistema nacional de saúde retornaram com força em plena ditadura militar (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA NASCE

No meio de tamanha crise de representatividade nasce das universidades o MRSB, sob o lema: “Saúde é Democracia”, com o objetivo de pautar uma mudança radical do sistema de saúde excludente do Brasil, a partir de uma leitura de classes (ESCOREL, 2008). O movimento se colocava ao lado da luta dos/as trabalhadores/as pela redemocratização, mas também possuía um forte caráter contra-hegemônico, cujas pautas se formaram em torno da afirmação de que a saúde é um direito universal de cidadania.

O recém-nascido MRSB tomava como horizonte teórico-político as experiências de outros países, como o projeto “Pés Descalços”, que vinha sendo implementado na China comunista, mas, principalmente, obtinha influência de autores italianos (PAIM, 2008). Elias (1995), ao realizar um balanço acerca da história da Reforma Sanitária, reforça que grande parte da produção acadêmica acerca desse processo se utilizou dos conceitos de hegemonia e contra-hegemonia, fundantes das noções de guerra de posição e guerra de movimento com vistas ao domínio do Estado pelo proletariado. Conceitos estes desenvolvidos nos trabalhos do pensador marxista Antonio Gramsci (SOBRAL; RIBEIRO, 2020). O método gramsciano de infiltração e tomada do Estado também poderá ser visto e discutido posteriormente quando se tratar da institucionalização

do MRSB.

Embora o movimento fosse composto por nomes que se tornaram muito conhecidos no campo das políticas públicas em saúde, a maioria dos/as autores/as se recusa a realizar uma caracterização do MRSB a partir de nominatas. A estrutura do movimento comungava um grupo heterogêneo de docentes dos departamentos de medicina preventiva, profissionais da saúde pública, movimentos estudantis dos cursos de saúde e movimentos populares progressistas organizados em prol de melhorias das condições de vida e acesso aos serviços públicos, incluindo os de saúde (TELLES; TEIXEIRA, 2017). Entretanto, é importante ressaltar que todas as suas lideranças eram brancas, o que pode ter determinado a falta de uma leitura da saúde também a partir das relações raciais e do racismo que estrutura a sociedade brasileira.

No referido período histórico da segunda metade dos anos de 1970, estão os principais marcos de criação do MRSB: em julho de 1976, houve a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e, a partir dele, surgiu a revista acadêmica *Saúde em Debate*, que se tornou um dos principais meios de difusão das ideias sanitaristas. Já em 1979, ocorreu a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014), sendo que, em outubro do mesmo ano, foi realizado o Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, sediado na Câmara dos Deputados, um evento que reuniu as principais lideranças das várias tendências do movimento. As principais discussões ocorridas no citado encontro tomaram como base um texto produzido pelo Cebes e por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), intitulado: “*A Questão Democrática na Área da Saúde*”, cujos princípios centrais seriam: (I) o direito universal à saúde; (II) o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; (III) o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; (IV) a descentralização, a regionalização e a hierarquização do sistema; (V) a participação popular; (VI) o controle democrático; (VII) e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre a saúde previdenciária e a saúde pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Observamos como as principais propostas do texto se organizam em um pensamento antimercadológico da saúde, de modo que o papel interventor do Estado está implicado nas melhorias das condições de vida dos sujeitos mediante uma profunda análise da determinação social da saúde. Eleutério Rodriguez Neto (2019) identifica o documento

apresentado pelo Cebes/Abrasco como o principal marco para o início do processo de reforma. Entretanto, é preciso ressaltar que o MRSB se desenvolveu à margem do movimento negro e do movimento operário, grandes forças contra-hegemônicas da época, mesmo que este último lhe tenha dado as bases necessárias à implementação de suas pautas. Assim, embora o movimento entenda que saúde e trabalho são intrinsecamente interligados pelo conceito de determinação social da saúde, as lutas mantinham-se afastadas.

Tal desconexão entre o MRSB e o movimento organizado de trabalhadores nunca foi esquecida. Com o fim iminente da ditadura civil-militar, o MRSB optou por se manter dentro da coalizão política que promovia a transição do poder. Foi também o que propiciou a participação dos quadros do Partido Comunista Brasileiro (PCB) (que englobava a maioria das lideranças do MRSB) e de sua área de influência no governo do general Figueiredo, em 1981 (STOTZ, 2019). Podemos pensar, então, que as lutas políticas não derivaram unicamente de disputas conceituais, mas fundamentalmente de disputas estratégicas.

A publicação de “*A Questão Democrática na Área da Saúde*” é o pontapé inicial para um amplo processo de mobilização e construção coletiva do direito à saúde, que se expandiu tanto em conferências temáticas em nível estadual quanto em nível nacional. A diversidade dos temas propostos demonstra a capacidade de mobilização de lutas que o campo da saúde pública possui. Esse rico processo participativo tem como momento culminante a VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986 (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Tal conferência é de extrema importância para a história da saúde no Brasil, pois se tratou da primeira com participação popular e na qual se reconheceu a relevância da unificação dos serviços de saúde, a participação social e a ampliação do acesso aos serviços. A VIII Conferência é reconhecida como pré-constituente da saúde e também como uma das origens do Sistema Único de Saúde (SUS) (FLEURY, 2009). Suas plenárias contaram com a presença de quase cinco mil participantes, sendo que aproximadamente mil pessoas eram delegados/as indicados/as por instituições e organizações da sociedade civil. Entre os principais temas da Conferência estavam: (I) o dever do Estado e o direito do cidadão à saúde; (II) a reformulação do sistema nacional de saúde; e (III) o financiamento do setor. Temas específicos – como a hierarquização dos cuidados médicos segundo sua complexidade e

especialização e a participação popular nos serviços de saúde – também foram largamente discutidos (PAIM, 2008).

Os ares de democracia abriam as narinas de todos/as os/as envolvidos/as. Após duas décadas de forte repressão do pensamento brasileiro, finalmente, as ideias voltariam a circular de forma equânime. Entretanto, a realidade não é tão bela quanto o recorte, pois haverá uma série de contradições, conforme ocorre o caminhar do processo. A avaliação de Sergio Arouca – o principal líder do MRSB – era a de que a luta pela saúde representava algo muito maior para o Brasil, abrindo o caminho para a criação de um projeto civilizatório e modernizador para o País, algo central desde o início do movimento (COHN, 2018).

A ênfase na luta pela saúde recaía sobre a sua dimensão essencialmente política. Neste sentido, o tamanho da VIII Conferência demonstrava uma conjuntura favorável. Os textos construídos para o evento consideravam conceitos importantes para uma época de renovação e tensionamento do capitalismo, como a “determinação social da saúde-doença”, a “organização social das práticas de saúde”, a “consciência sanitária”, a “promoção da saúde” e a “intersectorialidade” (MIRANDA, 2017). Vemos que a teorização radical se manteve nas pautas de luta do MRSB desde a sua criação, nos anos de 1970, até o seu apogeu, na VIII Conferência.

2.2 O MOVIMENTO SE INSTITUCIONALIZA

A força das lutas do MRSB garantiu um capítulo exclusivo para a saúde na Constituição de 1988 e o estabelecimento imediato do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). No entanto, os caminhos percorridos para a sua conquista deixaram sequelas. Dada a liderança do PCB no movimento sanitário, o foco da militância se voltou para o interior do aparelho do Estado, como parte do pensamento gramsciano, que influenciava o movimento. À época, estavam presentes, compondo uma unidade tensa, duas correntes de pensamento: a que poderia ser batizada de social-democrata e a outra de socialista, esta identificada com o então recém-criado Partido dos Trabalhadores (PT) (COHN, 2018). Surge dessas disputas uma amálgama entre ambas as correntes: a própria Reforma Sanitária, que se configurou enquanto processo de transformação do aparelho institucional que regulamenta e responde pela saúde de todos/as os/as

cidadãos/ãs, o que significaria um “deslocamento do poder político em direção às camadas populares” (SANTOS, 2020).

Também foram se aprofundando as diferenças entre o movimento da saúde e os demais movimentos de lutas que encamparam as vitórias anteriores. O PCB e também o MRSB apoiavam José Sarney. Inclusive, Sérgio Arouca haveria de utilizar a linguagem governamental para defender um “choque heterodoxo” na saúde (STOTZ, 2019), o que, na prática, significava um arrefecimento das críticas radicais e a permissão da entrada de financiamento privado dentro da nova estrutura de saúde. A Plenária das Entidades só obteve êxito graças a três estratégias de luta: (I) competência técnica na formulação de um projeto de texto constitucional objetivo e consistente; (II) pressão contínua sobre os constituintes; e (III) mobilização social (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Entretanto, a mobilização social já tinha menos força. O processo levou a uma perda das bases sociais do PCB, que se vincularam mais às causas operárias do PT. Sem a base social, houve uma ruptura entre a teoria e a práxis do partido, acarretando que o movimento militasse para uma “classe ausente”, com a qual não possuía mais diálogos. Isso pode ser visto no engajamento da emenda popular da saúde, que obteve 54.133 subscrições, enquanto que a emenda do ensino público angariou mais de um milhão de assinaturas (STOTZ, 2019). O movimento sanitário havia se fechado na academia, ou seja, tendo feito um erro de cálculo na tentativa de se infiltrar no Estado, acabou demorando a chegar às ruas e sua proposta não encontrou eco na sociedade.

Diversos membros do MRSB obtiveram cargos com o intuito de conduzir a máquina pública aos ideais políticos e emancipatórios da Reforma Sanitária, estratégia que foi alvo de diversas críticas posteriores, cujos detratores passaram a chamar os membros do movimento de “Partido Sanitário” (MIRANDA, 2017). Entretanto, dada a conjuntura da época, não consigo imaginar outro movimento que tenha conseguido tamanhos êxitos quanto os sanitaristas angariaram para a área da saúde. Quantos cidadãos teriam morrido ou vivido menos se não houvesse a influência da Reforma Sanitária em suas vidas?

Até então, as disputas internas do MRSB não haviam ganhado grandes repercussões. Entretanto, ao adentrarem o Estado pelo governo Sarney, tais diferenças começaram a se aprofundar, até ocorrer uma profunda cisão no movimento. A organização do racha se deu em torno

de uma oposição partidária entre PCB e PT, culminando na participação do primeiro e na exclusão do último nas eleições indiretas para a Presidência da República em 1985 (TEIXEIRA, 1989).

Ao mesmo tempo, no contexto internacional, vivenciávamos o fim da Guerra Fria e a consequente vitória e hegemonia do modo de vida e de produção capitalista. A inexistência de um projeto político-ideológico forte que pudesse contrapor o projeto civilizatório do capitalismo permitiu que este tivesse a liberdade para implementar uma série de reformas no sentido de diminuir o Estado, mediante as privatizações e as desregulamentações. Muito embora todo o processo democrático e as mobilizações da base social em favor de uma Constituição cidadã tenham representado um marco de mudanças nas políticas de seguridade social do Brasil, que obtiveram uma série de vitórias indiscutíveis em termos de proteção social, é muito importante entender que esses ganhos não foram totais.

A Constituinte foi composta por disputas entre o campo da esquerda e uma série de oligarquias tradicionais. Assim, mesmo que houvesse uma conjuntura favorável à mudança radical, a Constituição ainda manteve traços conservadores e liberais, como, por exemplo, a complementaridade do setor privado na saúde, que deu as bases para a expansão e o investimento pesado de empresas médicas responsáveis pela execução de serviços ambulatoriais e hospitalares financiados tanto pelos planos de saúde quanto pelo SUS. Tais empresas são entidades políticas extremamente relevantes no campo das políticas de saúde atuais (TELLES; TEIXEIRA, 2017).

Além disso, diversos aspectos do financiamento do sistema de saúde não ficaram nítidos, tais como os percentuais do orçamento nos diferentes níveis da Federação. Assim, o sistema é refém de uma determinada forma de fazer política, estando seus esforços subjugados a uma política de governo, não de Estado. Também acerca dos medicamentos, propuseram-se poucos controles, sendo que existia apenas uma ressalva quanto à responsabilidade do sistema na fiscalização (ALENCAR; PAIM, 2017). Por fim, como consequência do racha entre o PCB e o PT, pouca importância política foi dada à intersecção entre a saúde e o trabalho formal na Constituição, de modo que a saúde do trabalhador não foi devidamente contemplada e o racismo sequer entrou em pauta (FONTES, 2020).

Com isso, ficaram dispostas as peças com as quais se dariam as futuras problemáticas: as dificuldades do financiamento, a questão da inserção do setor privado, a falta de contato com os/as trabalhadores/as, a invisibilidade e a ausência de debate sobre as relações raciais e o problema estratégico de infiltração no Estado. Veremos como tais peças serão mexidas a partir do avanço cada vez mais voraz do neoliberalismo sobre um mundo que já não via mais concorrência.

A SAÚDE NA DEMOCRACIA LIBERAL

Após o período do governo-civil militar de 1964, o Brasil teve a sua primeira eleição direta em 1989, na qual se elegeu Fernando Collor de Melo, que promoveu a contenção dos gastos públicos, uma narrativa contra a corrupção, a tentativa de privatizações e atrasos nos projetos recém-forjados na Constituição cidadã. Assim, sua gestão se limitou, no campo da saúde, à intensa adoção de uma política neoliberal (STOTZ, 2019).

O neoliberalismo já vinha sendo implementado desde o governo Sarney, por conta de uma mudança de entendimento do centro do capitalismo. A partir do Consenso de Washington e da atuação ferrenha do Fundo Monetário Internacional (FMI) sobre a dívida pública latino-americana e caribenha, adensa-se uma profunda diminuição do investimento do Estado com gastos sociais (ABRAMIDES; CABRAL, 2003), que estava fortemente alinhada com a política econômica do governo brasileiro. Entretanto, os pontos-chave produzidos pelo Consenso de Washington (dentre eles, a privatização e a desregulação das políticas públicas) eram antagônicos aos princípios básicos da Reforma Sanitária.

Com isso, é possível observar a intenção de atrapalhar ou, pelo menos, atrasar os avanços com uma série de adiamentos requisitados pelo Governo Federal. Foi adiada a realização da IX Conferência Nacional de Saúde, assim como a própria regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, que só foi aprovada em setembro de 1990 (Lei nº 8.080/1990), após intensas mobilizações dos sanitaristas. Mesmo aprovada, a lei ainda sofreu várias alterações, devido aos vetos de Collor (ASSIS; KANTORSKI; TAVARES, 1995), sendo que os mais importantes foram os seguintes: (I) o que estabelecia a criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências como instâncias representativas para a formulação de estratégias e o controle sobre as políticas de saúde; (II) a transferência

direta de recursos para estados e municípios; (III) a criação de planos de carreiras; e (IV) a consolidação dos pisos salariais (FONTES, 2020).

A intenção em retardar e, possivelmente, barrar a criação do SUS acabou por colocar o MRSB “contra as cordas”. Era necessário fazer um apelo ao que havia sido acordado na Constituição por meio de uma tática objetiva de resistência. Novamente, a pressão social mobilizada pela luta dos/as trabalhadores/as impediu que o SUS fosse morto em seu nascimento. Porém, a necessidade de resistir nunca mais saiu das estratégias. Tais fatores acarretaram que as legislações posteriores, lançadas como complementação à Lei Orgânica da Saúde, não obtivessem força para compor o sistema em nível de Estado, ficando conhecidas como “puxadinhos do SUS” (COHN, 2018).

O MRSB ficou encurralado. Entretanto, o movimento também se deixou encurralar por duas razões particulares: (I) por conta do contexto de reciclagem histórica da política brasileira, com a hegemonia do pensamento neoliberal; e (II) devido às prioridades estratégicas de percurso, em sucessivas e distintas conjunturas políticas (muitas vezes, adversas), que a reduziram e a subordinaram aos recursos, aos meios e aos modos de integração sistêmica autorregulada sem que houvesse ênfase na apropriação pública, na legitimação e na integração social (MIRANDA, 2017).

O processo causou um extremo desgaste para todos/as os/as envolvidos/as, mas os problemas aparentaram diminuir após o *impeachment* de Collor. Assim, o MRSB foi se fragmentando e se reajustando a uma nova organização social estabelecida, que necessitaria de novas formas de atuação. Mesmo os sindicatos foram vagarosamente saindo dos cenários de lutas e pendendo aos conflitos corporativos. De igual modo, os/as pesquisadores/as passaram a focar suas ações na produção de conhecimento e na ampliação das escolas de saúde pública. Por fim, uma parcela das lideranças do MRSB seguiu carreira na política (SCOREL, 2008).

Esse arrefecimento dos processos de luta também abriu espaço para uma série de dificuldades no acesso dos/as trabalhadores/as ao seu direito à saúde. O veto de Collor ao estabelecimento de planos de carreira e de um piso salarial comum acabou mostrando seus impactos, com a precarização do/a profissional vinculado/a ao SUS, de modo que o campo da saúde do trabalhador acabou lentamente se modificando

para “uma dimensão privada mercantil”, a partir do aumento da reivindicação por planos de saúde privados nos acordos e nas negociações coletivas (SANTOS, 2020). Tal situação é uma amostra do que vieram a se tornar os gigantescos conglomerados da saúde privada, que tem no/a trabalhador/a formal uma grande fatia dos seus ganhos.

O governo de Itamar Franco seguiu uma linha mais conciliatória com as reivindicações do MRSB. O movimento seguia em sua estratégia de resistência sob *slogans* como “a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. Buscava-se a descentralização do poder do Estado sobre a saúde (a “municipalização é o caminho”). Era necessário que se fizessem cumprir os princípios do SUS, dentre os quais estava a territorialização e a gestão democrática do controle social. Naquele período, definiu-se uma gestão semiplena da saúde, na qual se ampliou a autonomia dos municípios. A política pública desses setores se configurou na atenção primária, principalmente pelo Programa Saúde da Família (PSF). A principal derrota decorreu da dissociação do SUS em relação ao restante das políticas e dos sistemas institucionais da seguridade social, inclusive com a perda do financiamento a partir desse orçamento (MIRANDA, 2017).

O governo FHC aumentou o desafio para a implantação do SUS como política pública constitucional, pois lidava com um problema histórico de inflação, o que causava uma forte instabilidade na vida dos/as brasileiros/as. Acreditava-se que eram necessárias medidas de ajuste macroeconômico e das políticas de estabilização monetária, além da privatização das empresas públicas, para que o SUS pudesse receber o financiamento viável (OCKÉ-REIS, 2017). Durante o período da gestão de FHC, foi realizada maior abertura para que o pensamento neoliberal se configurasse como uma forma de governo.

As reformas propostas pelo governo FHC eram completamente contrárias ao pensamento primordial do MRSB acerca da saúde pública, postulada como projeto civilizatório. A Reforma Sanitária ampliada praticamente inexistia nos discursos governistas e, diante da eficiente implementação da política de privatizações, o próprio MRSB passou a não mais enfatizar tais demandas, existindo apenas para defender o SUS enquanto sistema já realizado, principalmente na questão do financiamento. Devido a tal contexto de hostilidade e eficiência por parte da inserção do neoliberalismo, até uma parte dos aliados admitia que a RSB poderia ter se esgotado (PAIM, 2008).

A Reforma Sanitária se via diante de um dilema: por um lado, havia as pretensões de um pensamento de saúde que excedia a si mesmo e que promovia uma mudança social radical pela análise da determinação social da saúde, da exploração trabalhista, do acúmulo de capital e dos direitos humanos; por outro lado, havia a possibilidade concreta da implementação de uma reforma “tecnicista” e gerencial, configurada por uma gestão mista de um sistema universal de saúde, que seria provido pelo Estado mediante contratos públicos e procedimentos biomédicos, de forma a primar pela eficiência fiscal, mas que se concluía em si mesmo, não pretendendo ações que objetivassem uma mudança da sociedade brasileira (MIRANDA, 2017).

Sabemos que a atenção à saúde como direito universal não pode se ater a racionalidades de custo/benefício, como se ela tratasse de um público consumidor do mercado. Assim como sabemos que a mesma atenção se mantinha – e se mantém – como sendo a posição dos sanitaristas (COHN, 2018). Portanto, o que se apresentava não era realmente um dilema, mas sim uma problemática de conjuntura, ou seja, uma diferença entre o que é necessário e o que é possível implementar. Podemos pensar que as ações em níveis da base das lutas sociais poderiam ter auxiliado a fortalecer o MRSB diante das disputas com o pensamento neoliberal do governo FHC. Todavia, sendo a classe trabalhadora uma “classe ausente” ao MRSB e o movimento negro inacessível, pela falta do debate sobre as relações raciais, não era possível acioná-los sequer teoricamente. Neste sentido, concordamos com Miranda (2017), quando afirma que o MRSB também se deixou encurralar.

O mercado de trabalho para os profissionais de saúde cresceu exponencialmente, principalmente nos municípios, mas a municipalização não se vinculou às pautas sindicais, tendo em vista os fortes movimentos de terceirização, que aumentaram a precarização tanto do serviço quanto da qualidade de vida do/a trabalhador/a. O processo de terceirização também denota o fracasso do SUS e do MRSB em propor a saúde enquanto um processo de mudança radical da sociedade, uma vez que o sistema se tornou um tipo de “empresa pública da saúde” (SANTOS, 2020), o que atingiu profundamente os/as trabalhadores/as negros/as, ainda mais precarizados/as no processo.

Os governos de Lula e Dilma – de 2003 até 2016 – foram uma espécie de “respiro” aos sanitaristas. Entretanto, muitas discussões não foram retomadas. Qualquer tentativa de recuperar o histórico radical das

discussões em saúde foi contida pela política de conciliação de classes, na qual não cabia uma crítica dos modos de produção, exploração e acumulação de capital. A agenda política de reverter a precarização do trabalho no SUS perdeu força e tais governos ficaram marcados, principalmente, pela proposição das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) como uma alternativa a outras formas de parcerias público-privadas que pudessem ter vínculos trabalhistas mais precários. Também se destaca a presença do discurso da flexibilização dos vínculos trabalhistas e de práticas gerenciais típicas do setor privado entre os gestores municipais de saúde, visando aos serviços disponibilizados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (SANTOS, 2020).

A aposta dos governos petistas não era a mudança dos paradigmas sociais, mas sim a inserção das camadas populares no mercado de consumo, de maneira a ampliar a sua mobilidade. É possível condenar tais programas por não fazerem uma crítica radical dos problemas sociais? Há muitas incertezas neste ponto, enquanto é fato que houve um grande aumento do salário real e das condições de vida da população em geral, embora a diferença média entre as rendas da população negra e branca não tenha sofrido alterações, assim como a média de vida das pessoas negras segue sendo menor do que a das pessoas brancas, o que demonstra a persistência tanto do racismo institucional na saúde quanto do genocídio negro no Brasil (OSÓRIO, 2021).

Mesmo assim, uma enorme quantidade de pessoas teve acesso à educação superior e uma parcela gigantesca da população teve acesso ao básico para a autonomia de suas escolhas de vida. A crítica aos governos petistas precisa ser realizada no sentido de impedir o que se sucedeu em paralelo a todas as mudanças progressistas pelas quais o País passou, tendo-se em vista consequências como o aumento exponencial da população carcerária, os lucros recordes dos bancos privados, o financiamento de instituições privadas de educação e saúde, a formação de grandes conglomerados farmacêuticos e a falta de mobilização das bases sociais.

Em relação aos medicamentos, seu mercado foi intensamente expandido durante o período por ações como o Programa Farmácia Popular do Brasil, que foi efetivo em aumentar a oferta de medicamentos, proporcionando melhor qualidade de vida e mais autonomia do/a cidadão/ã quanto à sua saúde. Entretanto, a indústria farmacêutica se tornou um grande negócio dentro da saúde (ASSIS; KANTORSKI; TAVARES, 1995).

Parece-nos justo concluir que o campo da saúde recebeu um forte investimento no período, o que tornou o SUS um sistema muito efetivo no combate a doenças evitáveis, razão pela qual realizou, inclusive, um combate muito eficiente contra a pandemia de H1N1, uma síndrome gripal muito semelhante ao Sars-Cov-2. Outros setores da saúde, como os responsáveis pelo combate às infecções sexualmente transmissíveis e pela diminuição da mortalidade infantil, são conquistas históricas, que precisam ser lembradas. Não podemos verificar o mesmo avanço quando olhamos para a saúde da população negra, porque – por mais que houvesse a promulgação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – o racismo institucional não diminuiu.

Tais avanços no campo da saúde não se configuraram enquanto políticas de Estado, pois os/as petistas investiram pouco na legitimação social desses programas. A partir de 2015, houve uma virada na política brasileira, que – acompanhando o avanço da extrema-direita pelo mundo – também começou a acirrar as disputas políticas. A partir da utilização massiva das redes sociais e com discursos violentos no campo da segurança, diversos grupos de ódio se disseminaram sem controle, pouco expostos e sem contraponto. O campo virtual de disputas não possuía qualquer acúmulo de pensamentos de esquerda, de modo que se tornou um caminho livre para a disseminação desses discursos de ódio e de culto a determinadas personalidades, que utilizavam chavões como o combate à corrupção. O ressurgimento da extrema-direita se viu facilitado por uma facção de centro-direita, que via seu projeto político também esgotado.

Não conseguindo mais gerar engajamento a um projeto político que atuasse dentro do pacto civilizatório e que levasse menos em conta os anseios dos trabalhadores, após as eleições de 2014, diversos partidos de centro-direita declararam guerra aberta à presidenta Dilma Rousseff e ao PT, inclusive contestando as eleições. O modelo de governo petista também já demonstrava desgaste, pois havia intensas críticas à esquerda, como se percebem algumas articulações iniciais de diversos atores sociais, como a Rede Nacional de Médicos e Médicas Populares (criada em 2015) e as ocupações das sedes do Ministério da Saúde em quatro estados durante o ano de 2016 (conhecidas como OcupaSUS), que reivindicavam melhores salários e condições de trabalho aos/às profissionais de saúde (FLEURY, 2009). Havia um desgaste evidente do projeto político da conciliação de classe, que já não mais conseguia

conceder vitórias em ambos os lados. Tal contexto levou a presidenta até o golpe de Estado de 2016 e à subida ao cargo de seu vice, Michel Temer.

O governo Temer foi marcado pelo retorno do neoliberalismo ao centro das discussões políticas de governo. Mas o retorno deu-se de forma bastante tímida, haja vista que o processo de golpe também desgastou fortemente a direita e a centro-direita. Michel Temer não era, nem nunca foi, um político carismático. De fato, sua imagem pessoal e sua forma discursiva seriam, possivelmente, a antítese do carisma, o que levou seu governo a se sustentar numa corda-bamba. O que o mantinha no cargo era a proposição de diversas medidas de contenção de gastos e de desregulação das leis trabalhistas, requeridas pelos/as aliados/as, à direita, que o PT cultivou. São de Michel Temer as medidas mais graves tomadas contra o SUS desde então: a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) (aprovada em 2016) e a Reforma Trabalhista (aprovada em 2017) (COHN, 2018).

A EC 95/2016, conhecida como “Teto de Gastos”, tratou da imposição de um novo regime fiscal para os gastos públicos tanto na saúde quanto na educação. A medida prevê o congelamento do investimento do Estado nessas áreas pelos próximos 20 anos. A prática de tal medida é o desmantelamento do SUS enquanto sistema universal. Sem o investimento necessário, não é possível acompanhar a evolução da população brasileira. Com a medida, congelam-se todas as lutas trabalhistas dos/as profissionais de saúde, sem deixar de mencionar o fato de que a medida dificulta a implementação de projetos voltados à saúde de populações vulneráveis, o combate às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a prevenção em saúde. Não é necessário ir muito longe para entender as principais consequências disso: a pior de todas, com toda a certeza, refere-se às mais de 700 mil mortes decorrentes da pandemia de Covid-19.

Michel Temer também realizou outros cortes na saúde, como a extinção do Programa Farmácia Popular e a revisão do Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB). Cohn (2018) nos conta que houve até mesmo a proposta de um novo sistema de saúde, apresentada por representantes de segmentos do setor de planos de saúde, em abril de 2018, assim como a proposta de criação dos planos de saúde “acessíveis”. Cabe ressaltar que o intuito do setor privado não é pôr fim ao SUS, pois os sanitaristas garantiram que a legitimação social da política fosse o bastante para, no

mínimo, manter o sistema vivo perante os ataques do mercado privado. O objetivo do mercado é, na verdade, tornar mais favorável a articulação perversa já existente entre os segmentos público e privado da saúde, em prol da sua lucratividade, de modo a avançar no terreno da disputa da hegemonia na definição dos rumos do sistema. Havia uma estratégia utilizada pela invasão do sistema de saúde brasileiro pelas denominadas “clínicas de baixo custo”.

Tais propostas não seriam feitas sob a gestão dos/as sanitaristas; assim, todos/as foram deixados/as de fora das discussões, tendo a maioria sido retirada do Ministério da Saúde, algo que nunca havia ocorrido desde a década de 1970. A facilidade com que o MRSB foi desarmado a partir do governo Temer mostra como não estava mais funcionando a estratégia de infiltração na máquina pública para a implementação do SUS e de seus valores, sendo a sua prática, como vimos, facilmente combatida por um governo que decidisse acirrar as relações do poder. A relação do MRSB com a teoria política de Antonio Gramsci havia trazido o movimento sanitarista até o momento com determinados ganhos e perdas, mas tal mudança de cenário pode ter significado um esgotamento das estratégias do MRSB que vêm sendo tradicionalmente adotadas há mais de 40 anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de Covid-19, em conjunto com o recente desmantelamento da saúde pública, resultou no pior desastre da história do País e trouxe consigo a abertura de uma nova conjuntura. Nunca, em toda a história da República, haviam morrido tantas pessoas em tão pouco tempo, muitas delas em situações aterradoras de falta de ar, de intubações sem anestesia e de morrer em fila de espera. Não há uma única alma que não tenha sido tocada por tal tragédia. Entretanto, dialeticamente, o sistema de saúde está em sua maior legitimação social desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, uma vez que não há uma pessoa que ouse falar contra o SUS em 2023, o que mostra que se trata de uma legitimação que ainda não foi cooptada por nenhum discurso além do velho lema de “defenda o SUS”.

A partir da história das discussões acerca da Reforma Sanitária, chegamos aos seguintes questionamentos: haveria ainda espaço para o MRSB no atual contexto de lutas? Teriam as proposições dos sanitaristas

se encurralado de tal forma a não encontrarem mais uma saída? De modo a ir além do movimento das lutas políticas e para se aprofundar na discussão teórica: o SUS ainda é capaz de defender um conceito ampliado de saúde e de ressignificar-se para atingir seus princípios? Ou precisaremos repensar a questão da saúde pública novamente desde as suas bases?

Também é preciso considerar que o ensaio teórico realizado não abarcou outras histórias da saúde que poderiam nos fornecer mais pistas, como a luta histórica do movimento negro para a implementação do Sistema Único de Saúde e no combate ao racismo institucional no SUS. Trata-se de uma importante limitação, haja vista que a população negra é a que mais acessa a saúde pública, mas tal constatação também demonstra que existem ainda poucos estudos sobre a relação entre a luta negra e a luta sanitária, de maneira que é muito importante para o debate em saúde o aprofundamento deste diálogo histórico.

Existem diversas respostas para os questionamentos colocados e nenhum consenso. Este trabalho se inscreve como uma forma de abrir o espaço dessas discussões e colocar mais um argumento na teia de argumentos apresentados. Como já pôde ser visto no decorrer deste texto, entendo que a saúde não é um bem. Não é algo dado na concretude e nem algo que possa ser “aumentado” ou “diminuído” a partir da ampliação das condições de consumo. A saúde também não pode ser entendida como oposição a doença e nem colocada como um fim em si mesma, pois se trata de um direito humano fundamental e, como todos os direitos humanos, é inexplicável. São imposições sociais “autoevidentes” e intrinsecamente relacionadas entre si. Falar de saúde é falar de segurança, educação, transporte, trabalho e política e, portanto, retomar a saúde enquanto um projeto radical de compreensão do capitalismo, baseado na análise da determinação social da saúde, me parece fundamental para o futuro da Reforma Sanitária, pois, mais do que um sistema, saúde é democracia e democracia é saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa; CABRAL, Maria do Socorro. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, nº 1, p. 3–10, 2003.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira e Políticas Farmacêuticas: Uma análise dos fatos produzidos entre 2003 e 2014. **Saúde em Debate**, v. 41, nº 1, p. 45–59, 2017.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; KANTORSKI, Luciane; TAVARES, José Lucimar. Participação Social: Um espaço em construção para a conquista da cidadania. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 48, nº 4, p. 329–340, 1995.

COHN, Amélia. “Caminhos da Reforma Sanitária”, revisitado. **Estudos Avançados**, v. 32, nº 93, p. 225–241, 2018.

ELIAS, Paulo. Reforma Sanitária e o SUS: Uma agenda concluída? [S. l.], 1995.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, nº 3, p. 743–752, 2009.

FONTES, Francisco Lucas de Lima et al. Novas pautas de reivindicação do movimento pela reforma sanitária brasileira. **International Journal of Health Management Review** [S. l.], v. 6, nº 2, 2020. DOI: 10.37497/ijhmreview.v6i2.225. Disponível em: <<https://www.ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/225>>. Acesso em: 1º fev. 2023.

HERZ, Mônica; HOFFMANN, Andrea Ribeiro; TABAK, Jana. **Organizações Internacionais: história e práticas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

LOSURDO, Domenico. **A contra-história do liberalismo**. São Paulo: Ideias e Letras, 2015.

MIRANDA, Alcides Silva de. A Reforma Sanitária encurralada? Apontamentos contextuais. **Saúde em Debate**, v. 41, nº 1, p. 385–400, 2017.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro: Processo de um racismo mascarado**. São Paulo: Perspectivas, 2016.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. **Saúde em Debate**, v. 41, nº 1, p. 365–371, 2017.

OSÓRIO, Rafael Guerreiro. A Desigualdade Racial no Brasil nas Três Últimas Décadas. **Textos para Discussão**, v. 1, nº 1, p. 1–27, 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, nº 4, p. 625–644, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 21, nº 1, p. 15–35, 2014.

RODRIGUEZ-NETO, Eleutério. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

SOBRAL, Karine Martins; RIBEIRO, Ellen Cristine dos Santos. A concepção de hegemonia no pensamento de Antonio Gramsci. **Cadernos do GPOSSHE [on-line]**, v.3, nº 2, p. 90–106, 2020.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, nº 1, p. 204–218, 2016.

STOTZ, Eduardo. “O fantasma da classe ausente”: ensaio sobre as bases sociais do Movimento da Reforma Sanitária. **Revista em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 17, nº 43, 2019.

TELLES, Mauricio Wiering Pinto; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Movimento sindical e Reforma Sanitária Brasileira: propostas da CUT para a saúde no período 1981-1991. **Saúde em Debate**, v. 41, nº 3, p. 34–44, 2017.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

SANTOS, Renato Penha de Oliveira. Reforma Sanitária Brasileira e o sindicalismo na saúde: quais perspectivas no contexto atual? **Saúde em Debate**, v. 43, nº 1, p. 234–247, 2020.