



Dorival Fagundes Cotrim Júnior

**Resistências Institucionalizadas:
Gênese e Lutas do Movimento Sanitário Brasileiro**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Direito do Departamento de Direito da PUC-Rio

Orientador: Francisco de Guimaraens

Rio de Janeiro

Abril de 2019



Dorival Fagundes Cotrim Júnior

**Resistências Institucionalizadas:
Gênese e Lutas do Movimento Sanitário Brasileiro**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Prof. Francisco de Guimaraens

Orientador

Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof. Maurício de Albuquerque Rocha

Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof^a. Mariana Trotta Dallalana Quintans

Faculdade Nacional de Direito - UFRJ

Rio de Janeiro, 25 de abril de 2019

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da Universidade, do autor e do orientador.

Dorival Fagundes Cotrim Júnior

Graduado em Ciências Jurídicas e Sociais em 2016 pela Faculdade Nacional de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Sociologia pela Universidade Cândido Mendes. Advogado autônomo.

Ficha Catalográfica

Cotrim Júnior, Dorival Fagundes

Resistências institucionalizadas : gênese e lutas do movimento sanitário brasileiro / Dorival Fagundes Cotrim Júnior ; orientador: Francisco de Guimaraens. – 2019.

295 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, 2019.

Inclui bibliografia

1. Direito – Teses. 2. Exercício de resistência. 3. Movimento sanitário brasileiro. 4. Oitava Conferência Nacional de Saúde. 5. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. 6. Plenária Nacional da Saúde. I. Guimaraens, Francisco de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Direito. III. Título.

CDD: 340

Dedico esta Dissertação ao Sistema Único de Saúde (SUS), seus idealizadores e todos os que já passaram, passam ou passarão em suas fileiras, seja como trabalhador ou usuário. A Saúde é Pública e é um direito.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os que, de algum modo, contribuíram para este trabalho, que, como sempre, é uma obra coletiva, solidária, e em sua escrita, quase solitária. Saibam que esta obra representa a junção articulada dos esforços qualificados de cada um.

Em especial gostaria de agradecer ao Professor Francisco (Chico), que aceitou me orientar no Mestrado, o que me deixou muito alegre e com uma pontada instigante de desafio. Sem muitas delongas, acredito que este escrito representa, um pouco pelo menos, todo o cuidado e atenção que ele teve comigo durante este período, ainda que todas as falhas sejam de minha responsabilidade. Chico, o meu mais sincero obrigado pelo nosso trabalho.

Agradeço a todo o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Direito da PUC-Rio, em especial àqueles com os quais tive a honra de ter um contato mais próximo, nas disciplinas ou nas pesquisas. São eles: Adriano Pilatti (quase um co-orientador), Maurício Rocha, Renato Lessa, Carlos Plastino, Márcia Nina, Thula Pires, Gisele Cittadino, Bethânia Assy, José Maria Gómez, Noel Struchiner, Adrian Sgarbi, Alejandro Bugallo. Todos vocês são fontes de inspiração, sobretudo em momentos tão difíceis. É bom saber que temos companheiros de ideal, que buscam incessantemente um mundo mais justo e humano.

Agradeço a Comissão Julgadora do trabalho, formada pelos notáveis Chico, Mauricio e Mariana Trotta. Todos trouxeram considerações muito pertinentes, observações fundamentais e dicas de aperfeiçoamento. Vocês foram especiais e muito generosos!

Agradeço à Turma do Centenário, autêntica auxiliar nesta trajetória. São eles: Gabi, Waitz, Marcos, Igor, Fabi, Bel, Mari, Maíra, Isaac, Livia, Maíla, Pedro, Priscila, Thiago e Guilherme. Foi muito prazeroso caminhar com vocês. Que os bons encontros sejam fartos para nós e, quem sabe, nos reúna novamente!

Agradeço à Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) pela oportunidade concedida e por sediar um dos melhores programas de pós-graduação em Direito do país.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida ao longo do Mestrado e que possibilitou a pesquisa e minha permanência no Rio de Janeiro. Espero que sobreviva, bem como o Ministério da Educação.

Agradeço aos funcionários Anderson Torres e Carmen Barreto, incansáveis em sua disposição de servir bem e com alegria. Vida longa a vocês!

Agradeço à Aparecida, sustentáculo fraterno e afetivo em todos estes momentos. A jornada não teria o mesmo brilho e sabor sem você. Do fundo do meu coração, obrigado.

Agradeço, por fim, aos familiares e demais amigos. Juntos caminhamos, alegres, em busca das alegrias e dos aperfeiçoamentos; e tenham certeza de que a obra só foi concluída em virtude dos esforços de cada um. Prossigamos!

Resumo

Cotrim Júnior, Dorival Fagundes; Guimaraens, Francisco de. **Resistências Institucionalizadas: Gênese e Lutas do Movimento Sanitário Brasileiro**. Rio de Janeiro, 2019. 295p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O trabalho dissertativo aborda o Movimento Sanitário Brasileiro (MSB), cujo um dos frutos foi a constitucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), como um autêntico e singular exercício de Resistência na ótica de Baruch de Spinoza, a partir de uma análise histórico-filosófica, ao longo das décadas de 1970 e 1980. Inicialmente tratou-se da “gênese” do MSB, a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) e da Medicina Comunitária; da abertura política e das lutas de resistência por democratização, juntamente com a ampliação dos espaços institucionais, oportunidade abraçada pelos sanitaristas da época, que passaram a atuar nestas instâncias e com a formulação do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND); terminando por brevemente pontuar aspectos do Sistema Nacional de Saúde, então vigente, e das propostas do MSB. Quanto à segunda parte, a qual se deu ênfase, foi intitulada “As lutas institucionais do Movimento”, quando se investigou as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), especialmente a Oitava Conferência, cuja substância serviu de base às ações constituintes na Assembleia Nacional Constituinte (ANC), não sem antes atravessar a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e a Plenária Nacional da Saúde, alcançando a constitucionalização na Carta Cidadã de 1988, que não absorveu todas as proposições do MSB, mas possibilitou a emergência do SUS, expressão-mor da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Palavras-chave

Exercício de Resistência; Movimento Sanitário Brasileiro; Reforma Sanitária Brasileira; Oitava Conferência Nacional de Saúde; Comissão Nacional da Reforma Sanitária; Plenária Nacional da Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Cotrim Júnior, Dorival Fagundes; Guimaraens, Francisco de. (Advisor). **Institutionalised Resistances: Genesis and Struggles of the Brazilian Sanitary Movement.** Rio de Janeiro, 2019. 295p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The argumentative work addresses the Brazilian Sanitary Movement (MSB), whose one of the fruits was the constitutionalisation of the Unified Health System (SUS), as an authentic and unique resistance exercise on optics of Baruch de Spinoza, from a historical and philosophical analysis, over the decades of 1970 and 1980. Initially this was the "Genesis" of MSB, from the Departments of Preventive Medicine (DMP) and of community medicine; the opening policy and the struggles of resistance for democracy, along with the expansion of institutional spaces, opportunity embraced by health professionals of the era, which passed the Act in these instances and with the formulation of the Second National Development Plan (PND); ending by briefly score aspects of the National Health System, then in force, and the proposals of the MSB. As for the second part, which emphasized, was entitled "Institutional Struggles of the Movement", when it investigated the national health Conferences (CNS), especially the eighth Conference, whose substance constituent shares was based on the National Constituent Assembly (ANC), but not before going through the National Commission of Health Reform (CNRS) and the National Plenary of Health, reaching the constitutionalisation in Letter a citizen of 1988. that is not absorbed all the propositions of the MSB, but made possible the emergence of the SUS, Chief expression of Brazilian health reform (RSB).

Keywords

Resistance Exercise; Brazilian Sanitary Movement; Brazilian Sanitary Reform; Eighth National Health Conference; National Commission of Health Reform; Unified Health System.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1 O DIREITO DE RESISTÊNCIA	33
1.1 VISÕES DISTINTAS SOBRE O DIREITO DE RESISTÊNCIA	33
1.1.1 NA DISPOSIÇÃO JURÍDICA	34
1.1.2 A DESOBEDIÊNCIA CIVIL	35
1.2 O DIREITO DE RESISTÊNCIA E BENEDICTUS DE SPINOZA	36
1.2.1 FIBRAS INTRODUTÓRIAS	37
1.2.2 O MEIO AMBIENTE DA RESISTÊNCIA EM SPINOZA	39
1.3 O FUNDAMENTO: A POTÊNCIA DA MULTIDÃO	45
1.4 RESISTÊNCIA É MESMO OBEDIÊNCIA?	50
1.5 BREVES NOTAS ACERCA DO SANITARISMO BRASILEIRO	53
CAPÍTULO 2 GÊNESE DO MOVIMENTO SANITÁRIO BRASILEIRO	57
2.1 A ACADEMIA	60
2.1.1 OS DEPARTAMENTOS PREVENTIVISTAS	63
2.1.2 A MEDICINA COMUNITÁRIA E SEUS PROGRAMAS	67
2.2 A ABERTURA POLÍTICA E A AMPLIAÇÃO DOS ESPAÇOS INSTITUCIONAIS	76
2.3 O CRESCIMENTO DAS RESISTÊNCIAS	81
2.4 O II PLANO NACIONAL DO DESENVOLVIMENTO (PND)	85
2.5 AMPLIANDO OS ESPAÇOS LEGAL-OFICIAIS	88
2.6 O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	97
2.6.1 A QUINTA CONFERÊNCIA	111
2.6.2 A SEXTA CONFERÊNCIA	113
2.7 MOVIMENTO SANITÁRIO E SUAS PROPOSTAS	117
CAPÍTULO 3 UM CLÍMAX DA RESISTÊNCIA: A PRÉ-CONSTITUINTE DA SAÚDE	125

3.1 INTRODUÇÃO	125
3.2 Os “ANOS DOURADOS”: DÉCADA DE 1980	129
3.3 AS CONFERÊNCIAS	131
3.3.1 A PRIMEIRA	131
3.3.2 A SEGUNDA	132
3.3.3 A TERCEIRA	133
3.3.4 A QUARTA	134
3.3.5 A SÉTIMA	136
3.3.6 A OITAVA – A “PRÉ-CONSTITUINTE” DO CAMPO SAÚDE	144
 CAPÍTULO 4 PRELÚDIOS DA CONSTITUINTE E A VOZ DA RESISTÊNCIA: COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA E A PLENÁRIA DA SAÚDE	 185
 4.1 O TRÂNSITO DA CONFERÊNCIA À COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA (CNRS)	 185
4.2 A CNRS	188
4.2.1 DOCUMENTO “REFORMA SANITÁRIA JÁ!”	202
4.3 SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE (SUDS)	203
4.4 A PLENÁRIA NACIONAL DE SAÚDE	215
4.4.1 O MANIFESTO DA PLENÁRIA	221
4.4.2 BREVE TRAJETÓRIA DOS CONFLITOS	223
 CONCLUSÕES	 233
 SÍNTESE DO TRABALHO	 233
DESFECHOS E AS TESES ESPOSADAS	260
A PARTICIPAÇÃO	266
NOTAS DEMOCRÁTICAS	269
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 272
 ANEXOS	 285
 A QUESTÃO DEMOCRÁTICA NA ÁREA DA SAÚDE	 285
SEÇÃO II – DA SAÚDE (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988)	291

REFORMA SANITÁRIA JÁ!	293
A INCESSANTE CONSTRUÇÃO	295

LISTA DE SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
ABI – Associação Brasileira de Imprensa
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS – Ações Integradas de Saúde
ANC – Assembleia Nacional Constituinte
APS – Atenção Primária à Saúde
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAP – Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEB - Comunidade Eclesial de Base
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME – Central de Medicamentos
CDS – Conselho de Desenvolvimento Social
CEM – Campanha de Erradicação da Malária
CEV – Campanha de Erradicação da Varíola
CF – Constituição Federal
CFF – Conselho Federal de Farmácia
CFM – Conselho Federal de Medicina
CGT – Central Geral dos Trabalhadores
CIMS – Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde
CIPLAN — Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde
CIS – Comissões Interinstitucionais de Saúde
CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil
CN – Congresso Nacional
CNA – Confederação Nacional da Agricultura
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNC – Conferência Nacional do Comércio
CNI – Confederação Nacional da Indústria
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNRH/IPEA – Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

CNRS – Comissão Nacional da Reforma Sanitária

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CONAM – Confederação Nacional das Associações de Moradores

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde

CONCLAT – Conferência Nacional da Classe Trabalhadora

CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura

CPC – Comissão Permanente de Consulta

CPDOC – Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil

CUT – Central Única dos Trabalhadores

DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DENERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais

DMP – Departamento de Medicina Preventiva

DOI-Codi – Destacamento de Operações de Informações do Centro de Operações de Defesa Interna

ENE – Encontro Nacional dos Estudantes

ENSP/FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

FINSOCIAL – Fundo de Investimento Social

FNM – Federação Nacional dos Médicos

FINEP - Financiadora de Estudos e Projetos

FIOCRUZ – Função Oswaldo Cruz

FLACSO – Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais

FNDCT – Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

FUNABEM – Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor

FUNRURAL – Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural

HU – Hospitais Universitários

IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

IAPI – Instituto de Aposentadoria dos Industriários

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPASE – Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado

IMS – Instituto de Medicina Social

IPEA – Instituto de Planejamento Econômico e Social

LBA – Legião Brasileira de Assistência

MCT – Ministério da Ciência e Tecnologia

MCV – Movimento Custo de Vida

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MDU – Ministério do Desenvolvimento Urbano

MEC/SESU – Ministério da Educação e Cultura

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MMR – Movimento dos Médicos Residentes

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MSB – Movimento Sanitário Brasileiro

MTb – Ministério do Trabalho

NESP/UnB – Núcleo de Estudos em Saúde Pública

NUTES/CLATES – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/ Centro

Latino Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

ORTN – Obrigação Reajustável do Tesouro Nacional

PAM – Postos de Assistência Médica

PBDCT – Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

PCB – Partido Comunista Brasileiro

PDS – Partido Democrático Social

PEPPE - Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos

PESES – Programa de Estudos Sócio-Econômicos da Saúde

PIASS – Plano de Interiorização das Ações de Saúde
PLANASA – Plano Nacional de Saneamento do Brasil
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
POI – Programa de Orçamento Inteligente
PPA – Plano de Pronta Ação
PPREPS/OPAS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da
OPAS
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRONAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSB – Partido Socialista Brasileiro
PT – Partido dos Trabalhadores
PUC Rio – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
RADIS – Revista da FIOCRUZ
REME – Movimento de Renovação Médica
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
RSD – Revista Saúde em Debate
SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SEPLAN – Secretaria de Planejamento
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNI – Serviço Nacional de Informação
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Única de Saúde
TP – Tratado Político
TTP – Tratado Teológico-Político
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UFF – Universidade Federal Fluminense

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UnB – Universidade de Brasília

UNE – União Nacional dos Estudantes

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UF – Unidade Federativa

US – Unidade de Serviço

USP – Universidade de São Paulo

EPÍGRAFE

*“A Saúde Pública é a Primeira Lei”
(Velho Adágio Romano)*

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o nome oficial do sistema de saúde pública no Brasil, influenciado e inspirado no sistema britânico de saúde conhecido como National Health Service. É tido, e isso é um insigne sinal de respeito, como um dos maiores sistemas públicos de saúde do planeta (MENDES, 2013), sendo a maior política de inclusão social do Brasil (SOUZA & COSTA 2010) e que realiza a quase totalidade de todos os procedimentos de transplantes no país (BRASIL, 2015).

É um sistema que garante acesso integral, universal e igualitário a toda população brasileira, abrangendo desde as atividades mais simples, como medidas ambulatoriais até as mais complexas, como transplantes de órgãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 2). Foi instituído e normatizado pela importante Constituição Federal (CF) de 1988, especificamente em seu art. 196, que prevê:

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

expressando uma tentativa, que vem se mostrando eficaz, de materializar a diretriz constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” (BRASIL, 1986, p. 69 e ss.), sem atitudes discriminatórias e excludentes, com acesso em iguais condições, isto é, “universal e igualitário”, sendo este um “dever do Estado”, competência e responsabilidades estas que serão divididas entre os três níveis federativos, União, Estados e Municípios.

Antes do surgimento do SUS vigia no país um “Tratado de Tordesilhas da Saúde” (BRASIL, 1986, p. 265), que diferenciava aqueles que eram portadores da carteirinha do INAMPS e, portanto, conseguia ter acesso a uma assistência securitária de saúde razoável e diversa da grande maioria da população, estes atendidos por uma medicina simplificada e focada na atenção primária à saúde e em âmbito de atenção médico-hospitalar eram considerados indigentes, na prática. Com o advento do SUS essa barreira iníqua e excludente foi atravessada, a partir intensos processos de lutas em defesa da institucionalização do sistema público, a partir, não somente, mas, sobretudo, do Movimento Sanitário Brasileiro (MSB),

formado basicamente por 4 (quatro) grupos que o articulou (ou foram se articulando), quais sejam, (i) o Movimento Estudantil; (ii) o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); (iii) o Movimento Médico, formado pelo Movimento dos Médicos Residentes e Movimento de Renovação Médica; e (iv) a Academia (SCOREL, 1999), que juntos colocaram a saúde como um direito universal e igualitário. Todavia, salienta-se, desde logo, não ser o foco do trabalho estudar a articulação do Movimento Sanitário, inobstante representar uma interessante linha de pesquisa a ser abordada.

Após essa medida, verdadeiro divisor de águas na assistência social do Brasil, foram incorporados, imediatamente, mais de cinquenta milhões de brasileiros, transformando-os, do ponto de vista legal e fático, em “cidadãos sanitizados” e não mais indigentes (MENDES, 2013), inobstante carecer, ainda, de melhorias e aperfeiçoamentos.

Integram o Sistema Único de Saúde uma série de infra-estruturas, tais como os centros e postos de saúde, os hospitais públicos, inclusive os universitários, os laboratórios e hemocentros, os serviços de Vigilância (Sanitária, Ambiental, Epidemiológica), fundações e institutos de pesquisas acadêmicas e científicas (como a FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz, o Instituto Vital Brazil).

Lutas e Disputas

É sempre de grande interesse relembrar e permanente assim ser feito, considerando ainda que todo processo de normatização, dos mais variados setores, incluindo os referentes à saúde, defluem de intrincados fluxos de forças em disputas, através de debates e diálogos permanentes, por vezes duradouros, dentro e fora das estruturas estatais, não existindo direitos, sobretudo os referentes aos sociais, que não sejam frutos dessas lutas, como se deu o surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

Inserido nesta perspectiva, a partir desta chave analítica, o SUS exsurge não do nada ou por atitudes benevolentes dos administradores públicos ou de outros grupos dentro dos espaços de poder, mas sim após um longo e árduo processo de acúmulo de lutas, que, desde aproximadamente os anos 70, vem articulando uma multiplicidade de movimentos populares, trabalhadores da área

de saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais variados e plurais movimentos e coletivos sociais, igualmente constituídos neste mesmo período ou assaz próximo (GOUVEIA & PALMA, 1999).

Entre esses últimos, que obtiveram fundamentais e consideráveis repercussões em diversas práticas de saúde, encontram-se os Movimentos Feministas, a Luta Antimanicomial e o Novo Sindicalismo, além de profusas organizações não-governamentais (ONGs) e outras instituições da chamada sociedade civil, que entraram em movimentos crescentes de destaque nas lutas por democracia e direitos de cidadania, como é o caso dos portadores de HIV (SADER, 1988).

Junto a esta eclosão de novos movimentos e sujeitos sociais importantes para o período e com consequências positivas no transcurso do tempo, encontrou-se também donas de casas de bairros periféricos, militantes católicos de várias comunidades, das oposições sindicais, estudantes e de outras entidades populares (dentre vários, PAVÃO MARTINS, 1987, p. 45-46; TEIXEIRA, 1980, p. 30-34; BRASIL, 2007, p. 53-55; CAMPOS, 1986; CEBES, 1981, p. 02; ESCOREL, 1999; MACHADO, 1997). No campo da saúde, teve-se a presença de jovens médicos sanitaristas, que então assumiam mediante concurso público a direção de Centros de Saúde nestes bairros, junto com outros profissionais em saúde, estimulando paulatinamente a organização popular, constituintes da “multidão” (SPINOZA, 2009) e das lutas por uma saúde de qualidade, com expansão da área de abrangência e melhores condições de vida para todos (SINGER & BRANT, 1982).

Esses fluxos localizados, a partir de demandas locais e também nacionais, tinham mais um fronte de lutas, qual seja, contra a Ditadura, somados ao nascimento do chamado Novo Sindicalismo, visto nas simbólicas e fundamentais lutas grevistas deste período. Tudo isso somado, um novo período histórico fora aberto ou surgiu no Brasil, fomentando o pensamento crítico acerca da saúde, continuamente construída junto aos departamentos de saúde pública e medicina preventiva (DONNANGELO & PEREIRA, 1979; AYRES, 2016).

Nesse sentido é que se torna possível traçar a Articulação do MSB como decorrente, basicamente, do Movimento Estudantil, do CEBES, do Movimento Médico e da Academia, imiscuídos em discussões mais propriamente populares,

sobretudo com os cidadãos habitantes das periferias dos grandes centros urbanos nacionais.

Nesse ínterim, em muitos outros espaços-tempos, propostas de reorientação dessa assistência médica e da saúde pública eram elaboradas, o que resultariam em mudanças na própria organização do trabalho e em políticas de serviços da atenção primária.

Em todos esses processos de alterações teóricas e práticas, envolvendo a saúde e as demais áreas citadas, os movimentos sociais estavam presentes, afirmando suas posições, defendendo os seus projetos, inclusive co-constituindo novos pensamentos, resultando em novas linhas do saber até então inexistentes, e que hoje parecem ser naturais (mas que não surgiram há muito tempo e nem mesmo na perspectiva comum da verticalização, foram mesmo construído com ampla participação popular, que inclusive coordenava muitos debates) como a saúde da mulher, a saúde mental e do trabalhador, com agenciamentos decisivos dos movimentos feministas, antimanicomiais e sindicais, representando um feliz e enérgico exemplo de participação da sociedade civil, expandindo a visão para além da Medicina, tecendo uma singular teia interdisciplinar, numa interessante constituição do comum, da qual o SUS é também um exemplo concreto e bem sucedido.

Importante frisar esta questão porque antes de criticá-lo, e claro, o sistema merece, é preciso retornar ao seu processo de constituição e após isso questionar a quem e a quais interesses servem a “crítica pela crítica” do SUS, a constante exposição midiática dos seus problemas (intencionalmente reforçadas e mesmo criadas, a fim de que o programa não dê certo) e a não divulgação das suas muitas conquistas para a sociedade brasileira, não em perspectiva privada e subjetivista-particularista (contra a qual o MSB lutou veemente), mas antes imersa em um contexto de publicização operando em lógica estatal, mas com intensa participação dos cidadãos, ativos e resistentes, construindo o espaço que habitam junto às estruturas institucionais, e, portanto, potencializando as ações, seja em alcance, qualidade e direção.

Diante disso, surge a questão: é patente que o SUS foi fruto de lutas de múltiplos setores, com intensa participação e mesmo direção de cidadãos, singular e coletivamente considerados (movimentos, coletivos, organizações) e não somente do Estado, mas aqueles, paulatinamente, esforçaram-se para que seus

esforços alcançassem resultados práticos e institucionais, ocupando espaços de poder dentro do *imperium*, e foram efetivamente absorvidas (as demandas e pautas) pelas estruturas público-estatais.

Será que esses movimentos podem ser vistos como fluxos de resistência no sentido dado por Spinoza, isto é, não como mera obediência, mas acima de tudo, como afirmação, necessariamente positiva, do esforço por existir e logo, lutar, que é justamente resistir, uma vez que as demandas, como dito, foram também institucionalizadas? E, além disso, será que o próprio SUS não é a materialização desse processo de resistência, ainda que não seja a única, somado ao fato de o sistema único não ser a única proposta do movimento sanitário? (SPINOZA, 2009; STERN, 2008). Para tentar responder a tais indagações é que a pesquisa foi direcionada à gênese e logo em seguida às “lutas institucionais do Movimento”, sem investigar propriamente a “articulação” do Movimento.

Todavia agora, infelizmente, sofre o SUS duros golpes, cujo objetivo central é enfraquecê-lo a tal ponto de extingui-lo, mesmo que não formal e juridicamente, mas do ponto de vista prático, sobretudo após o golpe institucional de 2016, cujo resultado foi o afastamento da Presidenta eleita; o que traz outra série de questionamentos: são chegados os tempos da resistência cidadã, que é permanente, novamente se juntar, aglomerando-se organizadamente, em defesa de uma saúde pública, universal e igualitária? Ressalta-se, desde logo, que estas são questões para além da quadratura a ser analisada na dissertação, servindo como elemento de justificativa para a necessidade de lançar um olhar para o passado e algo com ele aprender, sem “viuvismos” ou “saudosismos” piegas, porque, segundo o florentino, temos esse ímpeto de louvar o passado, considerando-o como melhor do que o presente, pelo fato de já se ter passado um tempo significativo, fazendo com que os seres se esquecessem dos pontos negativos e erros das situações de outrora (MAQUIAVEL, 2007); e sim para extrair daí um aprendizado que seja útil para as novas lutas que se tornam necessárias em face dos avanços do conservadorismo, do neoliberalismo, das lógicas privatistas, desprovidas do senso de comunidade, fundamental para que uma sociedade se mostre pujante e minimamente civilizada, isto é, sem se deixar cair nos atomismos e na lógica imperante do mais forte, porque o outro importa sim, tanto quanto eu, e daí ser coletivo.

Foram estas algumas das questões que inquietaram o pesquisador e direcionaram a pesquisa, e para as quais tentará respondê-las, na medida do possível, a partir do texto dissertativo que ora segue, basicamente seguindo o seguinte trajeto: resgaste histórico dos antecedentes do SUS, isto é, versar sobre as origens do MSB (sua “gênese”) e as questões que se passavam em âmbito governamental (Ditadura, conjuntura político-social e lutas pela democratização), entre as décadas de 1970 e 1980, constituindo a Primeira Parte, juntamente com a sucinta análise sobre o Direito de Resistência na perspectiva espinosana (tendo em mente a ideia-base de que “direito é potência”; e em seguida, na Segunda Parte, tracejar as “lutas institucionais do Movimento”, compositoras deste sistema público de saúde, a fim de perceber se podem estas disputas serem vistas como fluxos de resistência, com ênfase não no movimento em si, mas nos espaços de enfrentamento legal-oficiais, quais sejam, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e a Plenária Nacional da Saúde (PNS), que juntas formaram os “Prelúdios da Constituinte e a Voz da Resistência”, em primeiro momento; para logo em seguida adentrar-se na “ação constituinte conjugada” em si mesma, momento de síntese e juridificação do SUS, a partir das suas “dinâmicas fato-consequências”, pois reflexos dos desejos do MSB, mesmo que sopesados pelas influências de ordem contrária (mais privatísticas) nos tabuleiros estatal e para-estatal do poder.

Estruturações

De modo mais específico, o trabalho está dividido em duas Partes, I e II, “A Resistência em Spinoza e Gênese do Movimento Sanitário Brasileiro” e “As Lutas Institucionais do Movimento”, respectivamente, seguido de uma conclusão a respeito das hipóteses levantadas.

A Parte I divide-se em dois capítulos, “O Direito de Resistência” e “Gênese do Movimento Sanitário Brasileiro” (MSB). O primeiro dedica-se à apresentar algumas visões distintas de resistência em outros autores e outras tradições filosóficas, seguido da contextualização do conceito em Spinoza, a apresentação do seu fundamento, do agenciamento com a obediência, finalizando com notas a respeito do MSB, quando propriamente começa-se a pensar o movimento como fenômeno de resistência.

O segundo capítulo diz respeito, pelo próprio nome, à explicar a gênese do MSB, a partir da Academia, especificamente dos Departamentos de Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária; e da contextualização dos anos Geisel, com o início da abertura política, o crescimento das resistências e a criação do II Plano Nacional de Desenvolvimento, que possibilitou, dentre outros fatores, a ampliação dos espaços legal-oficiais para atuação de corpos técnico-profissionais, finalizando com a análise do Sistema Nacional de Saúde então vigente, quando abordou-se restritivamente a Quinta e a Sexta Conferência Nacional de Saúde (CNS), e a exposição das propostas do MSB.

A parte II igualmente divide-se em dois capítulos, “Um Clímax da Resistência: A Pré-Constituinte da Saúde” e “Prelúdios da Constituinte e a Voz da Resistência: Comissão Nacional da Reforma Sanitária e a Plenária da Saúde”. O terceiro capítulo foi dedicado a uma ambientação dos “Anos Dourados”, a uma breve trajetória das CNS, até a Oitava, também conhecida como “Pré-Constituinte” do Campo Saúde. O quarto e último capítulo dedica-se à conjugação de esforços para apresentação do trânsito da Oitava CNS à Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), abordada juntamente com o SUDS, desembocando na criação da Plenária Nacional da Saúde, oportunidade em que se discutiu o “Manifesto da Plenária” e a “Breve Trajetória dos Conflitos”.

A Conclusão, finalmente, buscou responder as hipóteses da pesquisa, isto é, se o processo de construção do SUS, com todas as lutas singulares e coletivas, dos cidadãos e suas organizações, a partir do MSB, pode ser visto como uma prática de resistência nos termos espinosanos, democrática, multitudinária e em busca de liberdade.

Justificativa

A justificativa dessa pesquisa envolve uma série de fluxos contínuos e descontínuos que atravessam os espaços-tempos das individualidades humanas, bem como dos seus respectivos meios sociais nos quais residem de forma coletiva, atravessados, ambos, por uma miríade de instituições e formas, dentre as quais destacamos o capitalismo, na sua atual expressão ou modo de operacionalização, que é o neoliberalismo (ecumenismo do capital, na linguagem de DELEUZE & GUATTARI, Vol. 5, 1997). Essa fisionomia apresenta, dentre

várias das características, mais ou menos conhecidas, a defesa veemente de um livre mercado sem intervenção estatal, onde deve haver uma total liberdade de comércio, já que acreditam que o Estado é a principal anomalia no funcionamento desta liberdade, fundamentalmente de contratar, em que pese não discutir os contextos singulares e coletivos daqueles que contratarão, seja pessoa humana ou não; assim como, e por decorrência dessa tese máxima, aposta em uma política de privatização de empresas estatais, a livre circulação de capitais internacionais, a diminuição dos impostos e demais tributos, com a redução local e global dos preços e salários.

No Brasil essa doutrina entrou com força significativa, pública e abertamente, nos dois governos consecutivos do então Presidente Fernando Henrique Cardoso, com o programa massivo de privatizações das empresas e serviços públicos, como a Vale do Rio Doce, normalmente leiloadas a preços módicos, sob argumentos de modernização, de capitalização estatal, de impossibilidade de gerência técnica e administrativa dessas áreas por parte do Estado, de manutenção da cotação do Real ao nível do dólar, etc., desconsiderando os arranjos geopolítico-econômicos que as gestaram, normalmente com consequências consideravelmente desagradáveis na vida dos cidadãos, sem contar a perda do controle do Estado em áreas estratégicas, que é outra questão.

Mas, é bom ressaltar, que essas estratégias de liberalização abundante, tal a que se deu no Brasil, não foi seguida na época por todos os países, como é o caso da China e da Índia, que inicialmente foram acanhados ou mais restritos e gradativamente foram neoliberalizando os seus mercados, economias, estados, normalmente com a formação de parcerias entre as empresas estrangeiras e as já estabelecidas nacionalmente.

Passados alguns anos, de 2015 em diante, aproximadamente, uma nova onda de neoliberalização se rompeu no horizonte brasileiro, a partir de uma conjuntura igualmente complexa em seus fatores causais e de perpetuação, que culminaram com o golpe de Estado contra a presidente Dilma Rousseff, travestido juridicamente sob a forma de impeachment, e a continuidade, pelo menos até o momento, do governo do presidente Michel Temer, que vem realizando uma série de atos no mesmo sentido acima indicado, como a privatização da Cedae e da Eletrobrás, a sugestão incisiva de acabar com a UERJ (Universidade do Estado do

Rio de Janeiro), as reformas trabalhista e previdenciária (esta ainda em discussão), assim como o aparente ressurgimento do PL 4.719/2006, que beneficia amplamente os setores econômicos das instituições securitárias privadas e o discurso que já circula forte entre os integrantes do Governo, incluindo o Presidente e o Ministro da Saúde de criação de planos de saúde acessíveis, pretensamente, a todas os níveis de renda, para o qual estabeleceram a criação de um grupo de trabalho para “discutir projeto de plano de saúde acessível”, publicado no Diário Oficial da União no dia 05 de agosto de 2016, integrado pelos seguintes atores: Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG), o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Acontece que isso fundamenta, corrobora, ratifica e delinea ainda mais o acesso já desigual a saúde no Brasil, de forma a se criar um padrão privado de ingresso aos benefícios para o cuidado com a saúde, altamente estratificado, estabelecendo que quanto mais se puder pagar, melhor acesso aos benefícios e quanto menos, piores serão os acessos, tendo em vista que as corporações econômicas visam os lucros e não há equívoco nisto, mas não quando se trata de setores fundamentais para a existência e sobrevivência de uma comunidade, submetida ou não a uma forma estado, como é o caso da saúde (LEÃO, 2011).

No caso do SUS, sistema público de saúde, não há hierarquia no atendimento e no acesso aos bens provenientes da saúde, que é direito de todos, uma vez que independente de ter renda X ou Y, o SUS atende todo e qualquer cidadão. Essa onda neoliberal em geral, e especialmente essas medidas, potencializa a lógica de mercantilização, financeirização do mercado no atendimento a saúde, implicando, direta e não indiretamente, em um consequente desmonte no aparato universal oferecido pelo SUS, que, claro, precisa de melhorias, como qualquer instituição, e que precisam ser feitas constantemente (daí a perspectiva de processo, já presente na origem e na articulação do MSB, consoante PAIM (2007), mas isso não pode ser mais um argumento para a desestruturação de um programa solidário, que funciona de uma forma cooperativa e igualitária. Essa igualdade material, de acesso aos benefícios é fundamental para um tecido social mais forte, seguro e livre, nos termos elaborados, por exemplo, por VAN DEN ENDEN (2010).

Caso propostas como essas venham a ser implementadas, o país retornará ao tempo que não havia o SUS, quando quem tinha carteira de trabalho e emprego formal eram os únicos a serem atendidos nas redes de saúde e quem não as tinha eram tratados como indigentes (VIEIRA & PIOLA, 1990), não merecedores (ou dignos, se quiser) de serem atendidos, numa completa alienação (social, política, humana) com relação àquela pessoa que ali estava, demonstrando uma insensibilidade característica das formas que só visam o lucro e a redução das taxas de juros, de impostos, de salários, de vidas.

Essas medidas estão de acordo com a Emenda Constitucional nº 95, que limitou por 20 anos os gastos públicos com saúde, educação, assistência social no geral, que, resumidamente, promovem a extinção impiedosa da proteção social no Brasil, garantida ainda e somente juridicamente pela Constituição de 1988. Este pacto social, para se ter um padrão básico de proteção para os cidadãos foi sendo diariamente rompido pelo governo ilegítimo do Presidente Temer e agora continua com o “Governo Bolsonaro”.

Outro aspecto relevante desta EC diz respeito ao âmbito de abrangência, limitado à União, o qual estabelece que cada exercício financeiro precisa respeitar os limites individualizados para as despesas primárias (as que não estão vinculadas ao pagamento de juros) dos três Poderes e Órgãos (TSF, STJ, CNJ, Justiças do Trabalho, Federal, Militar da União, e do Distrito Federal e Territórios, Senado Federal, Câmara dos Deputados, TCU, MPU, CNMP e Defensoria Pública da União). Se houver saldo positivo, o excedente deverá ser usado para redução dos encargos da dívida pública (ANANIAS & NOLASCO, 2018).

Em 2017 o limite de gastos foi equivalente à despesa primária de 2016. Para os anos subsequentes o limite corresponderá ao do ano imediatamente anterior, corrigido pela inflação, e este definido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA (art. 107, §1º, inciso II). O art. 108 do ADCT, incluído por esta EC, reza a possibilidade de alteração dos limites a partir do décimo ano da vigência do “Novo Regime Fiscal”, a partir da iniciativa privativa do Presidente da República por meio de lei complementar, cuja proposição é de apenas uma por mandato; além de haver previsões de várias sanções aos que não respeitarem os limites, como a proibição (em caso de desrespeito ao limite de

gastos primários) da criação ou expansão de programas e linhas de financiamento (ANANIAS & NOLASCO, 2018).

E o quadro é o mais catastrófico possível, com o recente desmanche da assistência social, que no governo anterior, de Dilma Rousseff, contava com um orçamento de R\$ 3 bilhões e agora para 2018 foi de R\$ 73 milhões. Para um país que já foi exemplo para o mundo na área de políticas sociais, é uma completa reviravolta, uma desmobilização brutal dos investimentos estatais.

A Campanha da Fraternidade de 2019, da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), lançada em 06 de março de 2019 (quarta-feira de cinzas), tem como tema “Fraternidade e Políticas Públicas” e como lema “Serás libertado pelo direito e pela justiça” (Isaías, 1, 27) objetivando estimular a se envolver na construção de políticas públicas, problematizando, a partir dos dialogadores, a reforma da Previdência Social (a CNBB não tem um posicionamento oficial quanto a isso) e a retirada de recursos do SUS (o desmonte do Sistema, a partir da EC 95), é mais um elemento de suporte quanto à atualidade do tema e da necessidade de estar pesquisando, construindo, abordando o Campo Saúde, cuja materialização exige muita luta.

Tudo isso vem corroborar, ao que indica, a lógica do individualismo, da centralização egóica, em detrimento de soluções e ações coletivas, que busquem fortalecer os vínculos de cooperação e solidariedade para a formação de uma comunidade mais forte e saudável, já que são os afetos fundamentais e estruturantes do tecido social, tanto em uma perspectiva mais micro quanto mais macro, em se tratando de grandes comunidades, como um país (MAQUIAVEL, 2007; SPINOZA, 2003).

E por que mobilizar a categoria da resistência em Spinoza? Justamente porque há uma história coletiva de mobilização não só estatal, mas sobremaneira, cidadã, vista na origem e na articulação do MSB, para a construção desse sistema público de saúde e que precisa ser constantemente lembrado, revisitado e estudado, principalmente quando se trata de momentos históricos nos quais a prevalência do privado e dos interesses particulares estão dominando todas as categorias existenciais. E esta intensa mobilização parece ser bem explicada como um fluxo de resistência contra a privatização e em busca de melhores condições de vida para todos, nessa perspectiva universal e igualitária.

Esse resgate histórico da construção do SUS pode despertar nas individualidades novos olhares de esperança, de possibilidades de mudança, des-eternizando e des-naturalizando práticas e ações (historicizando, portanto) que para muitos, em maior ou menor medida, são vistos assim, impedindo ou infelizmente dificultando esse olhar histórico, que procede a partir de uma tomada de consciência de que as construções são necessariamente mutáveis e que as instituições podem ser melhoradas, não retirando direitos, como deseja e fez o governo [Temer], tal como continua fazendo o atual “Governo Bolsonaro”, mas sim racionalizando procedimentos, aumentando os investimentos na área, ou seja, investir mais e cada vez com qualidade superior, reduzindo perdas, que não significam retirar direitos, seja dos servidores, seja dos assistidos e sim uma eficiência na gestão, como, por exemplo, não comprar materiais em excesso ou superfaturados e um fim de outras medidas eficientes que não sejam atacar os cidadãos, retirando a lógica do lucro deste bem fundamental que é a saúde, “um dever do Estado e direito de todos”.

Objetivos

O objetivo geral da pesquisa é: (i) Analisar o processo de formação do SUS, especificamente a gênese do MSB e as lutas institucionais do movimento, para então verificar se o mesmo pode ser lido como um ato (uma práxis) de resistência, a partir da filosofia política de Spinoza, que representa uma das possíveis chaves de leitura deste movimento, como a gramsciana de Paim (2007).

Então por clareza é lícito pontuar, não significa que o movimento coletivo da Reforma Sanitária Brasileira foi e é construído a partir dos estudos do filósofo holandês do XVII enquanto totalidade do movimento, até porque, como será visto, as influências teóricas, sobretudo para os acadêmicos foram outras bem distintas, mas nada impede que o movimento seja visto e re-visto enquanto parte da história nacional a luz do pensamento espinosano, pois deixa-se claro, em muitos pontos, que o Movimento da Reforma Sanitária não se resume a um filósofo, a uma academia como a FIOCRUZ, a um coletivo específico, como o CEBES ou a ABRASCO, a um partido político, como o Partido Comunista Brasileiro (PCB) e assim vai.

Mencionamos ainda a não prejudicialidade da análise histórica pela escolha de uma visão filosófica específica, até porque as análises do autor da dissertação estão bem caracterizadas, o que permite ao leitor perceber, de forma clara, quando surgem as nossas intervenções, para além do fato metodológico e epistêmico de que o próprio recorte histórico feito, com os focos preferidos e as vozes que foram mais analisadas ou ainda enaltecidas, já não sejam as marcas do pesquisador, imbricadas em toda e qualquer obra humana, pela impossibilidade de separação absoluta entre o sujeito e o objeto, conforme um sem fim de análises acadêmicas sobre isso (por exemplo, LATOUR, 2009; VIVEIROS DE CASTRO, 2017) e que não representa o objeto de estudo.

Para atender o objetivo geral da pesquisa, são necessários os seguintes objetivos específicos: (i) Estabelecer o que significa o Direito de Resistência em Spinoza, cujo fundamento é a potência criativa da multidão; (ii) Rememorar a história de construção do Sistema Único de Saúde, o SUS, a partir dos seus antecedentes históricos (Gênese do Movimento Sanitário Brasileiro (MSB) e breve contextualização deste período até meados do processo da constitucionalização do SUS); (iii) as Lutas Institucionais do MSB (Oitava Conferência, Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS, Plenária Nacional da Saúde e a Assembleia Nacional Constituinte – ANC 1987/1988, não analisada especificamente) ; e por fim (iv), verificar se houve a materialização dessas demandas, configurando, possivelmente, um exercício singular e coletivo de resistência; e, em concomitância com as antecedentes históricos mais ligados, “panoramizar” o ambiente vigente à época (a Ditadura Militar, sobretudo nos Governos Geisel e Figueiredo, os dois últimos).

Hipótese

As hipóteses formuladas foram três: (i) o processo de construção do SUS se deu pelas lutas singulares e coletivas dos cidadãos e suas organizações, horizontais, constituindo um comum, não em uma perspectiva verticalizada, a partir do MSB; (ii) em razão dessas lutas dos cidadãos, tanto inseridos nas formas institucionais quanto extra-institucionais, todo esse processo pode ser visto como uma lógica de resistência nos termos espinosanos e logo, necessariamente democrático, através dos agentes do MSB, já citados (Movimentos Estudantil,

Médico, Acadêmico, CEBES e ABRASCO); e (iii) as lutas institucionais, potencializados pelas estratégias (e possivelmente apenas existentes por elas) já observadas na Gênese do MSB (da ocupação dos espaços legal-oficiais e os elos que foram se formando a partir daí) foram fundamentais para que o SUS viesse a ser constitucionalizado, com destaque para a ação no seio da ANC 1987/1988.

Metodologia

A metodologia a ser utilizada na pesquisa, quanto à finalidade, será a de Pesquisa Básica, que consiste no aprofundamento de um conhecimento disponível em algum campo do saber, relativamente a um assunto específico e sem buscar a transformação da realidade, mas também simultaneamente, de Pesquisa Aplicada, voltada a solucionar um problema específico, já conhecido e demonstrado no trabalho, gerando não apenas um aprofundamento do saber, mas com uma possibilidade de intervenção no mundo real.

Quanto aos objetivos, será feito com base em uma pesquisa tanto exploratória quanto explicativa, buscando as possíveis relações causais dos fenômenos abordados, em especial a materialização do SUS, a partir das análises das conjunturas históricas, da origem e das lutas institucionais do MSB.

A abordagem será qualitativa, com base em dados, conceitos, princípios e relações do que será estudado. E quanto aos procedimentos, a metodologia será tanto de pesquisa bibliográfica e conceitual.

PARTE I

**A RESISTÊNCIA EM SPINOZA
E
GÊNESE DO MOVIMENTO SANITÁRIO BRASILEIRO**

1

O DIREITO DE RESISTÊNCIA¹

Se forem poucos a decidir tudo de acordo apenas com o seu afeto, perece a liberdade e o bem comum (SPINOZA, 2009, p. 14).

1.1

Visões Distintas sobre o Direito de Resistência

Direito de Resistência é um instituto², instituição, categoria jurídica ou ainda um ato afirmativo, uma prática exercida, veiculada por individualidades, com o intuito de resistir, insurgir-se, firmar-se diante de um encontro com outros corpos (singulares, múltiplos, complexos, simples) que venha a apresentar algum tipo de perigo à própria sobrevivência, ou que, ainda, signifique uma violência, uma coação ou constrangimento à ética de cada uma, sendo no curso da história afirmado, interpretado, positivado ou enfrentado de diversos modos. Desde a China Antiga³, por exemplo, os estudiosos da área já descobriram formas de exercício deste direito, costumeiramente atrelados à operações de justificação ou para conferir legitimidade à procedimentos revolucionários, como foi o caso da Revolução Francesa⁴.

¹ A argumentação desenvolvida é semelhante à exposta em um artigo de autoria própria: FAGUNDES, 2018.

² REALE (2001, p. 179-180) esclarece: “Já dissemos que as normas jurídicas se ordenam logicamente. Essa ordenação tem múltiplos centros de referência, em função dos campos de relações sociais que elas disciplinam, havendo uma ou mais idéias básicas que as integram em unidade. Desse modo, as normas da mesma natureza, em virtude de uma comunhão de fins, articulam-se em modelos que se denominam institutos, como, por exemplo, os institutos do penhor, da hipoteca, da letra de câmbio, da falência, da apropriação indébita. Os institutos representam, por conseguinte, estruturas normativas complexas, mas homogêneas, formadas pela subordinação de uma pluralidade de normas ou modelos jurídicos menores a determinadas exigências comuns de ordem ou a certos princípios superiores, relativos a uma dada esfera da experiência jurídica. Quando um instituto jurídico corresponde, de maneira mais acentuada, a uma estrutura social que não oferece apenas uma configuração jurídica, mas se põe também como realidade distinta, de natureza ética, biológica, econômica etc., tal como ocorre com a família, a propriedade, os sindicatos etc., costuma-se empregar a palavra instituição. A não ser por esse prisma de maior objetivação social, envolvendo uma “infra-estrutura” associativa, não vemos como distinguir um instituto de uma instituição”.

³ Período que compreende o segundo milênio antes de Cristo e o ano 221 a.C (PERRY, 2002).

⁴ Em outra perspectiva, não vista como Direito de Resistência, têm-se leituras de Immanuel Kant, como a de Aylton Durão e Javier García, que pontuam uma aparente contradição no pensamento kantiano, pois, por um lado, ele nega o direito de resistência do súdito com relação ao soberano, mesmo em caso de injustiça e por outro, ele se apresenta como defensor da Revolução Francesa. O ponto defendido pelos autores em (DURAO & MEDINA, 2017, p. 15 e ss), é que isso não representa uma contradição uma vez que a Revolução Francesa não pode ser vista como uma Revolução, já que esta consiste “na destruição do soberano até então existente e a consequente

Sob o olhar da tradição filosófica e jurídica da Modernidade mais tradicional, a mais difundida, o Direito de Resistência é considerado sob a uma ótica negativa⁵, e não positiva, de apenas resistir, reagir a algo, estando ainda muito vinculado à noção de desobediência civil, haja vista ser o Direito, sob o olhar comum e do cotidiano, uma normal proveniente do Estado, mas também do corpo social, de cumprimento obrigatório, cujo cumprimento está garantido pelo instrumental estatal, que pode movê-lo caso uma disfuncionalidade ocorra (FERRIANI, 2015). Todavia, não importa a argumentação utilizada (se ética ou moral, coletivas ou subjetivas) existe um conjunto de motivações que podem ser alegadas para que tal direito seja descumprido, não observado e é exatamente quando a norma não é aceita pelo sujeito (e logo, o seu agir não será por ela pautado) é que flui a resistência, que, nestes termos, sob estas conceituações, seria o exato oposto da obediência (BOBBIO, 1992, p. 144).

1.1.1 Na Disposição Jurídica

Em o século XX houve duas constitucionalizações formais e explícitas quanto ao Direito de Resistência, a Lei Fundamental da República Alemã⁶, de 1949; e a Constituição Portuguesa de 1982⁷. Em ambas as Cartas este direito é interpretado como uma norma principiológica constitucional, que autoriza a

negação de toda e qualquer relação jurídica, no retorno dos súditos à condição de estado de natureza” e não foi isso que teria ocorrido no período, sendo mesmo uma reforma constitucional feita em parte por Luís XVI, que ao convocar o povo para resolver o problema do Estado, transferiu à coletividade o poder de legislar sobre todo o governo, que após isso, convocou a Assembleia Nacional e assumiu a vontade legisladora sobre todos os súditos.

⁵ “(2.1) O conceito de direito de resistência era empregado pelos filósofos da Modernidade referindo-se a uma ação do súdito que violasse alguma decisão do soberano. Portanto, seria possível dividir o direito de resistência em dois níveis distintos: em primeiro lugar, os súditos poderiam violar explicitamente uma decisão particular do soberano, que eles considerassem injusta, sem pretender questionar a legitimidade do governo ou da legislação como um todo, o que atualmente se denominaria desobediência civil; ou os súditos poderiam negar toda e qualquer legitimidade da ordem constitucional vigente, a revolução” (DURÃO & MEDINA, 2017, p. 164-165).

⁶ “Artigo 20 [Princípios constitucionais – Direito de resistência] (1) A República Federal da Alemanha é um Estado federal, democrático e social. (2) Todo o poder estatal emana do povo. É exercido pelo povo por meio de eleições e votações e através de órgãos especiais dos poderes legislativo, executivo e judiciário. (3) O poder legislativo está submetido à ordem constitucional; os poderes executivo e judiciário obedecem à lei e ao direito. (4) Contra qualquer um, que tente subverter esta ordem, todos os alemães têm o direito de resistência, quando não houver outra alternativa” (ALEMANHA, 1949).

⁷ “Artigo 21.º (Direito de resistência) Todos têm o direito de resistir a qualquer ordem que ofenda os seus direitos, liberdades e garantias e de repelir pela força qualquer agressão, quando não seja possível recorrer à autoridade pública (PORTUGAL, 1982).

individualidade cidadã a dela valer-se quando sofrer ofensas aos seus direitos, às liberdades e às garantias (GARCIA, 2004, p. 171-179).

No Brasil a Constituição de 1988 não dispõe de previsão explícita neste sentido, mas consoante alguns estudiosos, como a Maria Helena Diniz, entendem que os nacionais do país gozam desta garantia no plano constitucional, implicitamente, tal como prevê o art. 5º, II⁸: “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (DINIZ, 1997, p. 99). Entretanto, como se trata de uma “caução” de pequena monta, esquelética, além de operar em regime de negação, o cidadão não poderia deixar de obedecer e a se vincular à determinada norma apenas alegando este inciso, até porque se assim fosse, a ingovernabilidade seria uma permanência.

Conquanto o exposto, ela prossegue, ainda sob o raciocínio formal-legal, que a previsão está dotada de valor, alegando que, caso advenha um processo revolucionário e estes saírem-se vencedores, estarão eles “isentos de responsabilidades”, vez que os comandos normativos elaborados e promulgados, vinculados a novos valores e propósitos, serão vistas como “normas-origens”, ou seja, de fontes primárias do Direito daquela coletividade, que, ato contínuo ou antecedente, acabaria por revogar todas as normas pré-existentes ao novo regime, conferindo-lhes a estatura de legítimas (DINIZ, 1997, p. 99).

1.1.2

A Desobediência Civil

Quanto à Desobediência Civil, interessante trazer Henry David Thoreau⁹, pioneiro na temática, ao menos sob este vocabulário. Ele definia a resistência

⁸ “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (BRASIL, 1988).

⁹ Ele publicou seu livro *A Desobediência Civil* por um fato acontecido em 1846, quando ele passou uma noite na prisão em virtude da recusa ao pagamento do imposto ao Governo, que o utilizaria para o financiamento da escravidão e para a Guerra do México, sendo que ele discordava de ambos os empregos; e sua decisão estava pautada na ideia corrente de que as verbas públicas devem ser empregadas em trabalhos úteis à todo o povo, no caso aos americanos, como a construção de uma escola, de uma avenida. Especificamente, ele advogou a tese de que todo cidadão pode negar-se a pagar os impostos quando estes são aplicadas em medidas outras que não as promovedoras do bem comum. “Vejam como se tolera uma inconsistência das mais grosseiras. Já ouvi alguns dos meus conterrâneos dizerem: ‘Querida que eles me convocassem para ir combater um levante de escravos ou para atacar o México – pois eu não iria’ no entanto, cada um destes homens possibilitou o envio de um substituto, fazendo isso diretamente pela sua fidelidade ao governo, ou pelo menos

como uma espécie de direito à revolução, devendo este ser construída pacificamente¹⁰, e exercida a partir de ações confrontantes diretas e específicas, cujo alvo são as medidas do Estado/Governo¹¹ (COSTA, 2006, pp. 254 e 255).

A desobediência civil, portanto, conforme a pena de GARCIA (2004, p. 293) é

uma forma particular de resistência ou contraposição, ativa ou passiva do cidadão, à lei ou ato de autoridade, quando ofensivos à ordem constitucional ou aos direitos e garantias fundamentais, objetivando a proteção das prerrogativas inerentes à cidadania, pela sua revogação ou anulação.

DINIZ (1997, p. 97), por sua vez, igualmente argumenta no binômio desobediência e resistência, sendo a primeira uma particularidade da segunda, pois o fim imediato é a publicização das injustiças, arbitrariedades, ilegitimidades e invalidades dos atos normativos, tendo, como interesse mediato a indução às alterações e modificações necessárias para que o contexto se renove (ou seja renovado). Assim é que, para a doutrina em geral, quantitativamente falando, o Direito de Resistência será exercido de dois grandes modos diversos: (i) violência ou (ii) desobediência civil, que é rigorosamente não violenta.

Formuladas estas pequenas notas introdutórias, segue-se a compreensão de Spinoza sobre o Direito de Resistência, ou melhor, quanto à resistência em geral.

1.2

O Direito de Resistência e Benedictus de Spinoza

Importa para Spinoza pensar a resistência, o porvir e a possibilidade de institucionalização da resistência, e não a

indiretamente através do seu dinheiro. O soldado que se recusa a participar de uma guerra injusta é aplaudido por aqueles que não recusam apoio ao governo injusto que faz a guerra; é aplaudido por aqueles cuja ação e autoridade ele despreza e desvaloriza; tudo funciona como se o Estado estivesse suficientemente arrependido para contratar um crítico dos seus pecados, mas insuficientemente arrependido para interromper por um instante sequer os seus atos pecaminosos” (THOREAU, 2001, p. 16).

10 Gandhi e Martin Luther King são dois exemplos de líderes de movimentos resistentes pacifistas, na Índia e nos Estados Unidos, respectivamente.

¹¹ “Todos reconhecem o direito à revolução, ou seja, o direito de negar lealdade e de oferecer resistência ao governo sempre que se tornem grandes e insuportáveis a sua tirania e ineficiência. No entanto, quase todos dizem que tal não acontece agora. Consideram, porém, que isso aconteceu em 1775. Se alguém me dissesse que o nosso governo é mal porque estabeleceu certas taxas sobre bens estrangeiros que chegam aos seus portos, o mais provável é que eu não criasse qualquer caso, pois posso muito bem passar sem eles: todas as máquinas têm atrito e talvez isso faça com o que o bom e o mau se compensem. De qualquer forma, fazer um rebuliço por causa disso é um grande mal. Mas quando o próprio atrito chega a construir a máquina e vemos a organização da tirania e do roubo, afirmo que devemos repudiar essa máquina. Em outras palavras, quando um sexto da população de um país que se elegeu como o refúgio da liberdade é composto de escravos, e quando todo um país é injustamente assaltado e conquistado por um exército estrangeiro e submetido à lei marcial, devo dizer que não é cedo demais para a rebelião e a revolução dos homens honestos. E esse dever é tão mais urgente pelo facto de que o país assaltado não é o nosso” (THOREAU, 2001, ebook, p. 10).

resistência, o passado ou mesmo o voluntarismo resistente. Transformar a resistência em hábito estimulado e conservado pelas instituições políticas: eis a racionalidade democrática que opera no pensamento político de Spinoza (DE GUIMARAENS & ROCHA, 2014, p. 184)

Tão logo agora passa-se ao ponto central do capítulo primeiro da dissertação, a visão de Spinoza, sendo importante mencionar que não se trata de um trabalho especificamente sobre a temática da Resistência, razão pela qual não será conferido uma longa e exaustiva análise sobre a mesma, cuidando-se, é claro, para também não falar de menos e prejudicar o entendimento.

1.2.1 Fibras Introdutórias

O Direito de Resistência é um conceito em disputa permanente no seio do pensamento político moderno e mesmo contemporâneo, considerando desde já a escassez da obra de Spinoza quanto a considerações a respeito do direito de resistência nos mais variados escritos a respeito deste tema, por exemplo, como na obra de John Locke¹².

A resistência vêm à superfície do plano de existência no espaço-tempo em que “o poder já não mais se sustenta nas condições necessárias de seu exercício” (DE GUIMARAENS & ROCHA, 2014, p. 183). Todavia, o que se pode apreender da resistência, tão somente uma atividade reativa, aos moldes supra, isto é, uma contra-ação diante da arbitrariedade, da injustiça, da ilegitimidade?

¹² Para uma boa análise das concepções de direito de resistência em Locke e em Spinoza, ver COSTA (2017). Em sua Conclusão, a autora pontua: “Concluimos que as distinções traçadas entre as concepções de direito de resistência de Locke e de Spinoza decorrem das diferentes relações que se estabelecem entre o social e o político em cada um dos autores. De um lado, o modelo do contrato, esposado por Locke, isola a potência da multidão no social, pelo que as duas esferas, social e política, encontram-se elas mesmas isoladas. Vez que o liberalismo pressupõe que o social não necessita do político, estando totalmente sob a ordenação da mão invisível do mercado, opera-se a negação do poder constituinte, de sua essência, qual seja, o princípio multitudinário enquanto ação coletiva criativa. Em contrapartida, o modelo do conflito, que corresponde à concepção spinozana de política, a entrelaça necessariamente ao social, já que é a potência da multidão, enquanto sujeito do poder constituinte, a responsável pela criação do novo ser social e por sua recriação incessante no político. É na relação entre potência e multidão que tanto o político quanto o social se constituem e é no reconhecimento da tensão entre o constituinte e o constituído, entre a potência da multidão e o soberano instituído, que o direito de resistência tal qual o concebe Spinoza pode ser compreendido, isto é, enquanto movimento permanente de afirmação do ser e da potência”.

Em Benedictus a resistência ganha contornos mais complexos e diferenciados, assumindo outra função distinta das apresentadas, ou seja, uma positiva, criadora, afirmativa, “dirigindo-se contrariamente à violação do pacto sócio-estatal” (FAGUNDES, 2018) a fim de reconstituí-lo.

Na pena de DE GUIMARAENS & ROCHA (2014, p. 184) observa-se que:

Em Spinoza, o direito de resistência é o esforço concretizado de contínua instituição do poder político, ainda que essa contínua instituição signifique a própria reorganização institucional. Importa para Spinoza pensar a resistência, o porvir e a possibilidade de institucionalização da resistência, e não a resistência, o passado ou mesmo o voluntarismo resistente.

Ou seja, o holandês formula a resistência como um ato contínuo (um processo), permanente, procurando, com base neste “método” uma possível e (normalmente desejada) institucionalização deste direito, e não como outros poderiam pensar, e assim o fazem, como denotando apenas movimentos, traçados que vão além das estruturais do Estado, não obstante serem estes os caminhos que originam muitos movimentos de resistência, em virtude de ocorrerem aí, nestes espaços, as eclosões das oposições, e mesmo de outros grupos já institucionalizados, mas que carecem de potência suficiente para se mobilizarem em face de um enfrentamento do *status quo*. Assim, tanto as instituições políticas quanto as individualidades cidadãos em geral, “pequenos e grandes” (MAQUIAVEL, 2007) devem se robustecerem a fim de obterem êxito nas empreitadas de imbricação “dos fluxos de resistência” em suas existências, tornando-as hábitos a serem conservados e perpetuamente revividos (e vividos de outros modos), isto é, experimentados no cotidiano, na vida comum, sendo esta um dos traços da democracia radical encontrada no pensamento de Spinoza.

Para que se opere a proposta supra, torna-se agradável e interesse uma curta contextualização do direito de resistência no período da vida de Spinoza; bem como a busca pelo fundamento filosófico da resistência em Spinoza, que é, como será visto, a potência da multidão; a ligação real entre obediência e resistência política e finalmente dar início ao empreendimento de análise da trajetória de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de verificar se o mesmo pode ser visto como um processo de institucionalização da resistência, o

que possibilitará uma melhor compreensão da parte histórica na sequência capitular.

1.2.2

O meio ambiente da resistência em Spinoza

A Europa foi marcada por uma série de eventos políticos e sociais que influenciaram a formulação do direito de resistência em Benedictus, como as Guerras dos Camponeses na Alemanha¹³, a Guerra da Independência Nacional das Províncias Unidas¹⁴, o Massacre de São Bartolomeu¹⁵ e a Revolução Inglesa¹⁶ (DE GUIMARAENS & ROCHA, 2014, p. 185).

Os teóricos que pensaram a resistência antes de Spinoza colocavam-na em uma moldura tal que a ideia restava sujeitada ao restabelecimento de uma ordem preexistente, indicando um paradoxo aparentemente inexplicável, como se vê em LOCKE (1998), por exemplo, quando assegura o direito de exercer a resistência quando algo ameaçam as propriedades de cada sujeito, vez que esta é o valor último da vida em sociedade (CINTRA, 2008, nota 24), mas sem considerar na ideia de “povo” toda a população em si, não importando as circunstâncias ou características de cada uma, pois, à época, comungava com os estabelecimentos

13 A Guerra dos Camponeses (Deutscher Bauernkrieg) foi uma revolta eminentemente popular na Europa Central entre 1524 e 1525 nos países que falavam alemão. O conflito consistiu em um conjunto de revoltas econômicas e religiosas nas quais agricultores e camponeses assumiram as lideranças, apoiados por membros do Clero Protestante. Ela foi a maior e mais diversificada revolta popular da Europa antes da Revolução Francesa de 1789. Pelo fato de não possuírem experiência militar e nem o apoio de artilharias e cavalarias, foram massacrados pelos opositores, que, por sua vez, dispunham de líderes militares, exércitos equipados e financiamentos. Ver mais em: WIKIPEDIA (Guerra dos Camponenses).

14 Também conhecida como Guerra dos 80 Anos ou Revolta Holandesa, este conflito ocorreu entre 1568 e 1648 na Região dos Países Baixos, quando este território, à época com outro nome, lutou pela sua independência frente a dominação da Espanha. Durante esta guerra a Holanda tornou-se uma potência mundial por breve período, com extenso poderio naval, beneficiando-se de incríveis crescimentos econômico, científico e cultural. Em 1609 houve um armistício, seguido do reconhecimento da plena independência em 1648, com a assinatura do famoso Tratado de Westfália. Ver mais em: WIKIPEDIA (Guerra dos 80 Anos).

15 Foi a Noite de 23 para 24 de Agosto de 1572, conhecida como Noite de São Bartolomeu, na qual os católicos massacraram os huguenotes na França. A violência estava generalizada em todo o país, resultando em dezenas de milhares de mortos. Ver mais em: DEUTSCHE WELLE. 1572: A Noite de São Bartolomeu.

16 A Revolução Inglesa ocorreu no século XVII é considerada a primeira das grandes revoluções burguesas, já expressivamente forte economicamente, mas com a necessidade de afirmar sua legitimidade política. Com o processo revolucionário, através de uma guerra civil e com o auxílio do Parlamento, a burguesia consagrou-se vitoriosa no combate ao Estado Absolutista e com a reforma político-institucional a Monarquia Parlamentarista passou a ser o novo regime a partir de 1688. Ver mais em: FERNANDES (s/d).

de limites quando da definição dos “benefícios”, e assim o “povo” significava apenas os proprietários (MACPHERSON, 1979, p. 236)¹⁷.

Doravante Althusius, uma espécie de novo direito de resistência começava a ser sugerido, então a partir do conceito-chave de *consociatio*, já em termos constitucionais, sugerindo o entendimento de que a resistência é proveniente da característica da soberania, que é dúplice, sendo uma parte popular (do povo mesmo) e a outra parte seria o dispositivo de dominação, naturalmente decorrendo daí a imperiosidade deste direito ser um elemento da própria definição e o exercício da soberania¹⁸, ou seja, dele ser submetido à institucionalização (alcançado este status a partir da disputa política), portanto de ser institucionalizado, “sob pena de a sociedade sofrer demasiadamente injunções gravosas do Estado e nada poder fazer” (FAGUNDES, 2018), deixando agora, bem mais claro, uma vinculação estratégica de contra-poderes, preservando de um estado de guerras, revoltas, conflitos advindos dos comandos tirânicos daqueles que estão no Poder.

Em Spinoza, com similitude à Althusius, o tema da Soberania, assim como seus usos e suas funções igualmente estão igualmente vinculadas à ideia de resistência, e que vai surgir em muitas das suas obras e não de forma sistemática,

17 Macpherson advoga a tese de que o direito de resistência ou de revolução em John Locke não abrangia a classe operária, uma vez que esta era incapaz de ação política racional e este direito exigia decisões racionais e também considerando que na época em que Locke viveu os pobres não pertenciam a sociedade civil, só estavam lá. Ver mais em: MACPHERSON, 1979, p. 236. Um terceiro argumento seria ainda o de Tully, para o qual, naquela época, o critério de voto era a posse da propriedade, fazendo com que os que não podiam votar igualmente não poderiam legitimamente se rebelar (“The conventional criterion for the right to vote in the seventeenth century was the possession of property.”). Ver mais em: TULLY, 1983, p. 173.

¹⁸ “Nesse sentido, Espinosa abandonará o binômio clássico direito-dever para o substituir, conforme observa Étienne Balibar por um outro binômio de noções correlativas, a independência e a dependência, o estar ou não estar sob jurisdição de si próprio. Ora, o maior ou menor grau de independência de um ser não é um estatuto jurídico definido e garantido a priori, pelo contrário, estabelece-se na própria dinâmica constitutiva da natureza - a *substantia actuosa*-, o que faz com que o valor da potência de cada um varie continuamente, em função dos encontros ou confrontos que ele vai tendo com a infinidade dos outros seres. A cada instante, a potência, tanto a individual como a coletiva, aumenta ou diminui, e não existe nada que se dê no corpo ou na mente que não a afete, positiva ou negativamente. Por isso mesmo, o direito não pode representar-se como algo que revogue a natureza comum dos homens, em particular os afetos, da mesma forma que a soberania não pode considerar-se como algo de irreversível só porque remonta a um pacto celebrado entre todos e apontado pela razão como um operador de paz. Sem dúvida, em qualquer sociedade existem costumes e normas, que se destinam a contrariar o aleatório e a introduzir alguma previsibilidade no fluir das ações humanas. Mas a estabilidade alcançada por esses meios permanece intrinsecamente provisória, visto estar assente, em última instância, não na pura razão, mas nos afetos, sejam estes de medo ou de esperança, pelos quais se orienta o comum dos indivíduos, enquanto só alguns, e nem sempre, se orientam pela razão. Os afetos, não por acaso, são o primeiro nome que aparece no TP [Tratado Político]” (Pires Aurélio in SPINOZA, 2009, p. XIX-XX).

o que faz crescer o trabalho do pesquisador, como se observa, por exemplo, no Capítulo XVII do Tratado Teológico-Político (SPINOZA, 2003), “[...] é altura de vermos até que ponto um Estado assim constituído podia moderar os ânimos e conter quer os governantes, quer os governados, de modo a que nem estes se tornassem rebeldes, nem aqueles tiranos [...]”; e também no Tratado Político, I, 6 (SPINOZA, 2009), “[...] que os administradores do Estado não se transformem em dominadores”, consoante apontado por Laurent (BOVE, 1996, p. 281).

Diante disso, espera-se que a diferença do pensamento de Spinoza para com os demais autores tenha se tornado compreensível, tanto com relação aos seus contemporâneos quanto os dos séculos vindouros (claro que em amostragem muito pequena e basicamente à título de exemplo e não de exaustão), pelo fato dele ter inaugurado um novo modo de diagnóstico, que se utiliza simultaneamente de um pensamento sobre a liberdade das individualidades cidadãos no âmbito do Estado e de um outro sobre a autoridade do ente estatal (BOVE, 1996, p. 300).

Ao operar este agenciamento, Spinoza não raciocinará com base em lógica de diferenciação de um Poder que promana do Estado e de outro que advém do corpo social, bem como na relação entre eles, pois diagramará o processo de constituição de um Estado com o seu correlato tecido social, uma vez que a sua qualificação dar-se-á consoante o coeficiente de liberdade dos sujeitos cidadãos, que formam e perfomam a referida malha societária¹⁹.

É exatamente a tensão, constante, entre obediência e resistência que será posta como relação constitutiva e capaz de oferecer solução à problemática da liberdade da multidão, em plano pré-político, que, a seu turno, configura o famoso “estado de guerra latente”, iminente, sempre apto a exsurgir o direito de guerra,

¹⁹ “É essa a única via por que pode realisticamente pensar-se a formação de qualquer estado como de qualquer tipo de agrupamento em que se deu uma confluência de potências individuais suficiente para suspender a conflitualidade. Longe de ser fruto de uma ruptura com a natureza, o estado forma-se no âmbito desta, mediante a dinâmica afetiva, ou passional, que associa ou põe em confronto os indivíduos. Por isso, em moldes mais embrionários ou mais desenvolvidos, o político intervém, desde sempre, na natureza, sendo a própria questão da sua gênese em boa parte ociosa. Por isso também, a essência do político é impossível de confundir com uma qualquer moldura racional de onde e no interior da qual as normas de conduta fossem deduzidas, de modo a imporem-se como condição necessária e legítima da paz e da estabilidade. Os últimos fundamentos de um estado ou de qualquer ordenamento jurídico não estão jamais isentos da contingência e do aleatório que lastram a ação humana, não passando as construções políticas alegadamente fundadas numa razão indiscutível de simples máscaras que ocultam a verdadeira natureza do poder. Na medida em que é gerado na passionalidade pela qual os homens se movem comumente, o estado espinosano afasta-se não só de Hobbes, mas de todas as variantes do modelo construtivista por este inaugurado. Um afeto, como se diz na Ética, não é jamais erradicado pela razão” (Pires Aurélio in SPINOZA, 2009, p. XXI).

que é, paradoxalmente, “a garantia da liberdade, da paz e da segurança” (DE GUIMARAENS & ROCHA, 2014, p. 187; FAGUNDES, 2018).

Toda a controvérsia e dificuldade é pensar, então, em como as tensões da Cidade entre as individualidades-cidadãos não desembocam em guerra, não devem guerra, tornando, portanto, imperiosa a necessidade de compreensão das estruturas operativas da obediência sob a ótica da sua noção real efetiva, como prudência ou liberdade da natureza humana (SPINOZA, 2009, IV, 5), “uma vez que as mesmas forças ameaçadoras da ordem civil, que podem vir a causar a guerra, são as sustentadoras da resistência frente a opressão, produzindo, neste caso, cidadãos efetivos e não meros súditos de um governo”.

Inúmeros são aqueles que pensam a obediência e a resistência como fundamentalmente distintos²⁰, sendo o ato seguinte, dele decorrente, o apontamento de que o Estado e os seus cidadãos estimam e almejam a ordem e a segurança (polo da obediência), ou focam a liberdade (polo da resistência), sendo Hobbes a figura do primeiro polo, pois ele fala do ponto de vista dos governantes (*ex parte principis*); ao passo que Spinoza fala a partir das individualidades cidadãos, do povo (*ex parte populi*). Derivado destas perspectivas diversas, Hobbes busca incessantemente a criação de elementos para legitimação da obediência política; enquanto que Benedictus estaria direcionado à uma ampla defesa da liberdade e da resistência²¹.

Em realidade, isto demonstra uma diferença de maior monta entre os autores que postam em quaisquer destes lados, governantes ou governados, que

20 DA SILVA (2009, pp. 104 e ss.) aponta que, quando o Estado, por exemplo, não garante a preservação da vida, é violento, aumenta demasiadamente os impostos, os indivíduos resistirão a força do Soberano. E essa resistência se fará graças a “inabilidade do governo”. Caso um cidadão efetue a sua avaliação individual, mediante seu cálculo privado e subjetivo, concluir que a obediência irrestrita ao Estado não lhe traz nenhum benefício individual, exsurge como natural a sua vontade de resistir, mesmo que não calcada em nenhuma lei.

²¹ Diogo Pires Aurélio na Introdução do Tratado Político (SPINOZA, 2009, XIV) assevera: “o TTP [Tratado Teológico-Político] constituía, antes de mais, um manifesto a favor da liberdade de filosofar. Jamais se defendera e argumentara com tanta clareza que uma república deve permitir a todos e a cada um dos súditos a máxima liberdade de pensar e de exprimir as suas opiniões! Hobbes, por exemplo, afirmando embora que a soberania só faz sentido e é racionalmente pensável a partir de um consentimento originário de todos e de cada um dos indivíduos a ela submetidos - o contrato -, considera, no entanto, que uma liberdade indiscriminada, mesmo que só de opinião e expressão, poria em causa a obediência exigida pelo poder soberano, sem a qual uma sociedade organizada - uma res publica - não pode subsistir. É precisamente esta consequência que Espinosa rejeita, contrapondo-lhe a tese rigorosamente oposta, segundo a qual essa liberdade, além de impossível de rasurar no interior de cada um, é essencial para que a república viva em paz e tranquilidade. De um autor ao outro, o que muda não é apenas a avaliação da liberdade, é a avaliação da ordem pública, que o mesmo é dizer da sociedade e da soberania, com base na ideia por ambos partilhada de que esta não é derivada de nenhuma ordem superior, natural ou divina”.

exprimem uma espécie de alicerce conceitual e prático para a criação das suas teorias, tendo em mente que estas serão formuladas com base em alguma destas ideias, (i) “a necessidade de justificar o direito de mandar” e (ii) “o dever de obedecer dos súditos, a fim de construir um Poder Uno (a dos governantes) ou a defesa do direito de não ser oprimido” e (iii) “o dever dos governantes de construírem leis justas e agradáveis, a fim de garantir a liberdade dos singulares, mesmo que fira a unidade (a dos governados)” (BOBBIO, 2003, p. 144, FAGUNDES, 2018).

Todavia, isso não reflete exatamente o pensamento esposado na obra de Spinoza, não em sua completude, ao menos, exatamente porque não há distinção entre resistência e obediência na forma como é colocada, já que a obediência é o exato contrário da servidão na política, o que, por conseguinte, leva à necessidade (ou dever) de criar ou possibilitar a obediência a partir da resistência (do seu exercício, afinal, só existe se exercida for), ou seja, a obediência (em) política se revela quando a resistência (ontologicamente presente nos sujeitos) “encontra caminhos de institucionalização, que, à medida que se torna um hábito – em um processo contínuo de exercício – veda a mutação negativa do cidadão para a condição de servo” (FAGUNDES, 2018), pois aquela que então resiste, em realidade, estará exercitando a sua obediência, obedece, portanto; e esta ao não resistir, submete-se, deixa-se subjugar²² (DE GUIMARAENS & ROCHA, 2014, p. 189), não sendo livre, mas súdita, e não cidadã, como o processo da resistência a convida a ser, ou melhor, a tornar-se, perpetuamente.

A Resistência em Benedictus goza de mais importância do que a que comumente lhe é ofertada, haja vista ser ela “um dos fluxos constitutivos e não somente expressivos da complexa teia de sociabilidade intersubjetivas ou intersingulares, assim como do próprio campo político” (FAGUNDES, 2018), pois é mesmo na resistência, e logo, na obediência, que se apreende, com nitidez, o jogo conflitante de desejos, interesses, tendências, de contínuos embates²³ e

22 Aos poucos, logo mais, a história de formação do SUS virá à tona, para tentar compreendê-la como uma manifestação desta estratégia de institucionalização da resistência, da voz direta (ou menos indireta) do povo, ou se não é o caso.

23 “Semelhante inserção do político numa ontologia imanentista leva, em primeiro lugar, a negá-lo como espaço imune à conflitualidade, tal como Hobbes o pretendia, um espaço de onde a violência estaria ausente porque ficara, mediante o pacto, concentrada toda numa pessoa, soberana e racionalmente legitimada, que do exterior do corpo social importaria as condições para a paz, ou seja, as normas de conduta. O político em Espinosa é, pelo contrário, ainda e sempre um modo da natureza, e, nessa medida, tanto o soberano como os súditos, tanto o estado como os diversos

enfrentamentos, tanto no plano de “uma micropolítica ou de uma macropolítica”, “molecular-molar” (GUATTARI, 1980), isto é, “disputas dentro do próprio movimento sanitaria e da saúde pública²⁴ em geral e os combates no âmbito da Constituinte de 1987/1988 para a consolidação normativo-institucional de um sistema unificado de saúde no país, por exemplo”; e não desconhecendo o problema de tal distinção, vez que toda ação necessariamente reverbera em toda a natureza, em uma multiplicidade de outros corpos, institucionais ou de individualidades, “afetando toda a cadeia interconectada; bem como que toda ação micro também é detentora deste poder, mudando, portanto, a esfera de influência, tanto em intensidade, quanto em direção e qualidade” (FAGUNDES, 2018).

Em irrefutável recusa à ideia de um pacto formal²⁵, como presente nos “contratualistas”²⁶, bem como o individualismo e uma teologia política, um novo problema surge no horizonte, o de como se dá o surgimento de uma multidão livre, que almeja gozar de liberdade.

A “multidão” é elemento central no pensamento político de Spinoza, vez que com a constituição comum desta será formada uma potência coletiva, que irá

grupos que se constituem no seu interior afirmam a sua individualidade através da resistência a todos os que tentem subordiná-los à sua jurisdição. A atividade de cada ser constitui sempre um esforço de libertação, de redução da dependência” (Pires Aurélio in SPINOZA, 2009, p. XX).

²⁴ “A saúde pública é uma ciência e uma arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde através dos esforços organizados da sociedade”. Essa definição proposta pela Faculdade de Saúde Pública do Colégio Real de Médicos (Inglaterra) foi adotada pelos autores do “Relatório sobre ética da saúde pública” do Conselho Nuffield de Bioética (Nuffield Council on Bioethics, 2007, p.5). Ela é possivelmente uma definição consensual. A saúde pública é definida simplesmente como uma arte e uma ciência. Do mesmo modo que a medicina e outras ciências práticas, a saúde pública situa-se na intersecção entre a produção do conhecimento e o engajamento na ação” (LECHOPIER, 2015).

²⁵ Logo no início, PINA (2016, p. 3), demonstra, igualmente, como o direito de resistência substitui a ideia de um contrato abstrato e definitivo pela ideia de consenso, material e necessariamente provisório, como será desenvolvido ao longo deste artigo.

²⁶ “Independentemente, pois, de haver ou não estado e soberania, os indivíduos possuem direitos que não só não podem transferir, como, inclusive, não lhes podem de nenhum modo ser retirados: é precisamente o que acontece com o direito a terem, pelo menos no seu íntimo, uma opinião. A soberania, qualquer que seja a sua expressão, esbarra sempre na opinião dos súditos, da qual tenta apossar-se através da propaganda”, mas que não deixa jamais de se apresentar como ameaça e de se desenvolver como potência que resiste, através da permanente alteração dos afetos e da variação das potências individuais. Nenhum contrato anula a natureza. Nenhuma sociedade pode pensar-se a partir de uma ideia de indivíduo abstratamente reduzido a um átomo de racionalidade. Daí o modo incisivo como Espinosa esclarece, logo em 1674, na conhecida carta a Jarig Jelles, comerciante, amigo e destinatário de várias outras correspondências, o que o separa do autor do *Leviatã*: ‘Quanto à diferença entre mim e Hobbes, acerca da qual me interroga, ela consiste em que eu mantenho sempre intacto o direito natural e sustento que, em qualquer urbe, não compete ao supremo magistrado mais direito sobre os súditos senão na medida em que ele supera em poder o súbdito, coisa que tem sempre lugar no estado natural’” (Pires Aurélio in SPINOZA, 2009, p. XVI-XVII)

se organizar em Leis e *imperium* ²⁷. Esta potência, nos termos de Spinoza, é um *conatus* (esforço das coisas de perseverar na existência, de continuar vivendo), de ordem coletiva, “um esforço de todos em fazer perseverarem as relações de composições entre esses indivíduos, constituintes da multidão.

Nesse sentido é que as *leis comuns da cidade*, da multidão, o que ele chama de Direito Civil, significa uma expressão desse esforço conjunto de constituição do comum e ao negar absolutamente qualquer transcendência do campo jurídico em relação ao social ou mesmo ao político, as leis são o resultado das relações de composição entre os sujeitos, assim como das resistências, sobretudo quando estão institucionalizadas” (FAGUNDES, 2018). Em semelhante sentido, o *imperium* (ou poder de gerir a coisa pública) não se afasta da sua causa imanente, o que faz retornar ao ponto matricial que foi tratado sobre a soberania não transcendente, pois o poder político se constitui, se compõe em processos intrínsecos e radicalmente democráticos, como autêntica expressão desejante do exercício da potência da multidão (STERN, 2008, p. 91 e ss).

Razoável, é, então, postular e ratificar “que a multidão define a soberania, antes mesmo precede-a de direito, já que a performa, limita, delimita e lhe dá vida institucional e mesmo pré-institucional, por conta da tensão e da disputa natural das individualidades para e na comunidade” (FAGUNDES, 2018, p. 298), que se mostra na efusiva recusa à solidão que dá consistência à multidão, que a possibilita (ZOURABICHVILI, 2009, p. 70).

1.3

O Fundamento: A Potência da Multidão

Pelo conceito de multidão, o desafio passa a ser conceber o sujeito coletivo em sua inteira positividade e amplitude; no limite, ele se refere a todos, todos que são explorados, que lutam pela construção de um mundo comum e que são, como multidão, responsáveis pela riqueza social,

²⁷ Diego Pires Aurélio em sua introdução ao Tratado Político (SPINOZA, 2009, p. XXIII) aponta neste sentido: “A conjugação das potências individuais exprime-se num direito comum, ou seja, no ordenamento jurídico através do qual a “comunidade” assim constituída determina a potência de cada um, ou seja, aquilo que ele pode, ou não, dizer e fazer. Na verdade, cada indivíduo, podendo embora pelo direito natural dizer, fazer e possuir tudo o que quiser, “não tem realmente sobre a natureza nenhum direito para além daquele que o direito comum lhe concede”. A emergência do político reside precisamente nessa fundação de uma ordem ou direito que, por sua vez, não é senão a emergência de uma potência que se impõe a cada um. Hobbes concebera essa ordem como entidade artificial, um deus ex machina saído do contrato para salvar os homens da luta suicidária que naturalmente os opõe uns aos outros. Espinosa, por sua vez, identifica-o tão-só como a resultante das potências e impotências individuais de quantos constituem uma potência coletiva”.

exatamente porque portadores do trabalho vivo ou, noutros termos, de uma “pobreza” (no sentido de Marx nos Grundrisse) que “não é simplesmente miséria, mas é possibilidade de muitíssimas coisas, que o desejo indica e o trabalho produz” (Negri 14, p. 32) (SANTIAGO, 2014, p. 29)

Primeiro é preciso pontuar aqui novamente o que significa “direito” no pensamento de Spinoza, a fim de que não ocorra perdas de sentido acerca do conceito principal que está sob análise.

Para Spinoza direito é potência, ou seja,

o direito que cada um possui - governante ou governado, soberano ou súdito, estado ou indivíduo - não é mais nem menos que a sua potência ou capacidade de afirmar e realizar o que deseja. Na medida em que a natureza, sendo o todo, não conhece ordenação exterior nem limites de espécie alguma, também cada uma das suas partes não conhece senão os limites que as restantes lhe possam impor (Diogo Pires Aurélio in SPINOZA, 2009, p. XVII).

O Tratado Político é claro neste sentido, e revelador da excerto anterior:

Por direito de natureza eu entendo as próprias leis da natureza, ou as regras segundo as quais todas as coisas são produzidas, quer dizer, a própria potência da natureza. É por isso que o direito natural da natureza inteira e, por conseguinte, o de cada indivíduo estende-se até onde se estende a sua potência (SPINOZA, 2009, II).

Com o seu imanentismo, que lhe é distintivo, o Campo Jurídico-Político também faz parte do universo conflituoso dos encontros em a Natureza e o conceito de Direito será aproximado ao de *conatus* de cada individualidade, o que trará consequências para o seu pensamento político.

Como o *conatus* é sempre atual, potência não é um potencial a ser instituído ou realizado, como uma virtualidade apta ou não, possível ou não de materializar-se; ela é sempre atual, presente, plena, de modo que cada criatura é sempre o máximo que ela pode ser em determinado momento; e desta identidade entre direito e potência, resulta que o direito é indissociável do seu exercício, de sua realização (STERN, 2008, p. 93), como expresso na famosa expressão “*Tantum juris quantum potentia*” (SPINOZA, 2009).

Em decorrência disso, o direito natural de cada sujeito é a sua potência de agir, de perseguir o que útil e bom lhe parece a fim de perpetuar a sua existência, empoderando-se; e ainda apresentando como “fundamento ontológico a relação de imanência da Natureza com todas as suas expressões singulares, identificando o direito natural de cada ser como uma expressão própria, particular do direito

absoluto e infinito de Deus, da mesma forma que cada singularidade²⁸ é uma parte da potência infinita de Deus” (FAGUNDES, 2018). Nas palavras do próprio SPINOZA (2009, Capítulo II, §3º):

Sabendo, portanto, que o poder pelo qual existem e agem os seres da Natureza é o próprio poder de Deus, conhecemos facilmente o que é o direito natural. Pois que, com efeito, Deus tem direito sobre todas as coisas, e que o direito de Deus não é senão o próprio poder de Deus considerado na sua liberdade absoluta, todo ser na Natureza tem da Natureza tanto direito quanta capacidade tem para existir e agir: a capacidade pela qual existe e age qualquer ser da Natureza não é outra senão o próprio poder de Deus, cuja liberdade é absoluta.

Nesta concepção de Direito Natural, como expressão/manifestação direta do *Conatus* individual (singular), nota-se sem maiores esforços a diferença da doutrina de Spinoza para com as correntes jusnaturalistas, vez que não se subordina a ordem valorativa alguma, e distante está das noções universais de justiça ou de modelos ideais de composição da teia social²⁹.

Em sendo a métrica do direito natural de cada sujeito sempre singular (dela própria), as potências diferem entre si (são desiguais), e logo os direitos; e na

²⁸ O conceito de singularidade é aquele conferido por PLASTINO (2006, 2016). Um trecho elucidativo é o que segue: “A ultrapassagem destas alternativas supõe questionar a matriz que as gera, o que significa criticar os pressupostos paradigmáticos da modernidade no que se refere ao homem, à natureza e às modalidades de seus relacionamentos. Esta crítica permitirá pensar o sujeito incorporando todos os ganhos produzidos a partir do conceito de indivíduo – direitos individuais invioláveis –, modificando, entretanto, a maneira de pensar sua relação com a sociedade. O conceito de ‘singularidade’, em substituição ao de individualidade, exprime essa ampliação fundamental de perspectiva. A produção do conceito de singularidade do sujeito, isto é, de seu radical pertencimento a si mesmo sem abdicar de seu pertencimento à sociedade³, requer pensar o homem de uma maneira radicalmente diferente da permitida pela ótica cartesiana. Supõe, com efeito, superar tanto o dualismo que separa o corpo do psiquismo, quanto o maquinismo que reduz o corpo à sede de forças consideradas como quantidades e, ainda, a concepção do psiquismo reduzida à consciência racional. Exige também ultrapassar o monopólio concedido à razão nos processos de conhecimento. Este processo é fundamental para, em consonância com a complexidade da vida, do homem e da sociedade, incorporar a complexidade de formas de saber, admitindo aquelas que, embora não adotem os métodos da ciência positiva, produzem um saber pertinente” (PLASTINO, 2006, p. 387). E ainda: “Ao produzir-se na sua singularidade, o sujeito emerge do coletivo, dele se diferenciando, ao mesmo tempo em que tem nele seu ambiente vital, condição imprescindível para sua emergência. Nesta perspectiva, a afirmação da ‘diferença’ e da ‘singularidade’ convive articuladamente com a ‘inserção’ e o pertencimento, ultrapassando o artificialismo que consiste em pensar um sujeito como um indivíduo que precede o social e nele se insere num segundo momento” (PLASTINO, 2006, p. 393). A aproximação com o pensamento de Spinoza se dá neste sentido quando, a a partir da filosofia do holandês, não se pode pensar o indivíduo como uma entidade abstrata, “previamente definidas, com uma razão de ser, um modo justo de atuar e uma finalidade ou destino, para os pensar como individualidades interdependentes que se esforçam por se libertar, tanto quanto possível, dos laços de dependência” (Pires Aurélio in SPINOZA, 2009, p. XIX).

²⁹ “A legitimação está enraizada de maneira inalienável dentro da coletividade; só a *potentia* coletivamente exprimida, só a criatividade da *multitudo* determina a legitimidade. Não há nenhuma espécie de transcendência do valor dentro da filosofia de Spinoza.” (NEGRI, 1993, p.1136).

impossibilidade de acordar a respeito do que seja justo e injusto, sob os direcionamentos dos afetos e das paixões, as individualidades podem, na extremidade, chegar ao terrível estado de guerra, de temor e solidão, que é mais conhecido como “estado de natureza”, que causa tristeza, medo, guerras³⁰.

No estado de natureza não há uma organização sócio-político-jurídica que seja apta a assegurar a convivência pacífica, o que não significa necessariamente o isolamento radical das criaturas, “é antes *a impossibilidade de constituição do comum, pelas fragilidades dos vínculos da concórdia e do amor*”³¹. E igualmente não quer dizer, como outros pensam, uma oportunidade de afirmativo gozo pleno dos direitos naturais, mas, ao contrário, o espaço-tempo da sua mais precária realização, haja vista a falta das relações de composições entre os sujeitos, e sem elas não há os contextos materiais necessários para o exercício destes direitos, há passividade.

Ainda que se esteja diante de uma coletividade com algum nível de organização política, destaca Spinoza, caso esta atue com lastro no medo, na opressão, e logo, em sendo uma tirania, a multidão que lhe constitui, mesmo sob a aparente forma de “estado civil”, pode ser o caso de estar no quadrante de um estado de natureza, fruto da ausência dos afetos de sociabilidade para formação de um corpo social e político (STERN, 2008, p. 98). Portanto, há impossibilidade “ambiental” de constituição do comum (leis e instituições que expressem a potência coletiva). Quando uma organização social se mantém por determinação/força de direitos individuais ou mesmo coletivamente considerados, não existindo relações de composição³², mas medo recíproco, generalizado, além

30 “Astúcia, medo, ódio, vingança, inveja habitam o estado de natureza, fazendo de todos inimigos de todos, todos temendo a todos segundo o arbítrio e a potência de cada um. Não havendo justiça nem lei, não há a cláusula jurídica *pacta sunt servanda* (“os pactos devem ser observados”) e todo compromisso pode ser rompido a qualquer momento, se percebe que há mais vantagem em quebrá-lo do que mantê-lo e se tiver força para rompê-lo sem dano maior do que o de mantê-lo. (...) A marca do estado de natureza é a impossibilidade de efetuar o esforço de conservação no ser e, portanto, tal estado não é a realização do direito natural e sim obstáculo a esse direito.” (CHAUI, 2003, p.162).

31 “O estado de natureza é a vida intersubjetiva que não chega a alçar-se em si por si mesma à dimensão da vida social e política. Estado de natureza e direito natural não pressupõem, portanto, isolamento, mas solidão encravada numa intersubjetividade fundada no aniquilamento e no medo recíprocos.” (CHAUI, 2003, p. 250).

32 O Movimento Sanitário, como será visto, nas figuras de todos os seus atores sociais, foi mesmo e talvez ainda seja, com aquilo que lhe resta, não exatamente sob o mesmo nome, mas com as semelhanças de bandeiras, poderá ser visto como um exemplo de relações de composições de atrizes e atores diversos entre si, ideológica e politicamente, mas que se uniram em prol da criação de um grande comum, que foi a bandeira da Reforma Sanitária Brasileira dos fins do século XX, que, por sua vez, teve como um dos principais frutos, a criação do SUS, não obstante os ideais dos

da opressão, os afetos que predominam em sua sociedade não a permite caracterizá-la como tal, tratando-se de um estado de natureza³³³⁴.

No discurso eloquente de Spinoza (2009, V, §4º):

Se numa cidade os súditos não tomam as armas porque estão dominados pelo terror, deve-se dizer, não que aí reina a paz, mas, antes, que a guerra aí não reina. A paz, com efeito, não é a simples ausência de guerra, é uma virtude que tem sua origem na força da alma, pois que a obediência (...) é uma vontade constante de fazer o que, segundo o direito comum da cidade, deve ser feito. Uma cidade, é preciso dizê-lo ainda, em que a paz é efeito da inércia dos súditos conduzidos como um rebanho e formados unicamente na servidão, merece mais o nome de solidão que o de cidade.

Ou seja, paz que se constrói sob e no medo, na opressão, não se trata da paz verdadeira de uma comunidade³⁵. O Direito Civil é a manifestação das relações de composições entre as individualidades; e se a obediência destes são pautadas no medo e não na concórdia, se as “leis comuns são impostas e não constituídas, se o direito civil não corresponde a potência da multidão, mas é outorgado por interesses particularistas, não há cidade, só há tirania, solidão” (FAGUNDES, 1980) – só há uma servidão própria do estado de natureza (STERN, 2008, p. 99).

Quanto ao *imperium*, pode-se afirmar que a mesma potência multitudinária que desenha as leis comuns, esculpe igualmente o “Poder Político”, que é o *imperium* (ou poder de gerir a coisa pública). E a mesma relação se aplica, entre direito civil e direito natural da multidão com base na imanência, que “será estabelecida entre poder político e potência dessa multidão, do coletivo que organiza e dá vida à cidade e que, portanto, não se distanciará do Estado, cuja

reformadores extrapolassem a criação do sistema unificado, conforme se depreende de PAIM (2007).

33 GUIMARAENS, 2006, p. 149: “Pelo temor generalizado, os súditos caem na servidão e admitem obedecer cegamente aquele que conseguir convencê-los de que pode proteger suas vidas, o que confere a falsa e ambivalente sensação de segurança. É interessante perceber como o quadro delineado por Spinoza em relação ao estado de natureza muito lembra o estado civil hobbesiano”.

34 Isso leva ao pensamento sobre o Brasil atual, pós Golpe, via impeachment, que colocou o Presidente Temer no Poder, sendo que, em dezembro de 2017, a sua aprovação oscilava entre 3% e 6% da população e em setembro do mesmo ano era de 77% os que avaliavam o governo como ruim ou péssimo, o pior resultado desde o fim da Ditadura. Será que há tão somente a imposição de interesses particulares, de uma minoria, que no caso, seria composta pelos grandes investidores, pelo capital financeiro e especulativo, associado com as grandes mídias, e não há afetos suficientes e nem materialidades suficientes e disponíveis para a constituição de um comum? Não me proponho a responder a pergunta aqui agora, mas é algo a se pensar. Caso positivo, o país estaria nessa condição de estado de natureza. Ver mais em: MAIA & AMARAL, 2017.

³⁵ Já dizia os versos da Banda “O Rappa”: paz sem voz não é paz é medo”.

causa imanente é a própria potência do coletivo multitudinário”³⁶ (FAGUNDES, 2018).

1.4

Resistência é mesmo obediência?

O agir de acordo com uma ordem, quer dizer, a obediência, retira, é um fato até certo ponto a liberdade; não torna, porém, automaticamente um homem escravo, já que só o móbil de ação pode levar a tanto. Se o fim da ação não é a utilidade de quem a pratica, mas daquele que a ordena, então o que a pratica é escravo e inútil a si próprio; porém, num regime político e num estado em que a lei suprema é o bem-estar de todo o povo e não daquele que manda, quem obedece em tudo à autoridade não deve considerar-se escravo e inútil a si mesmo, mas apenas súdito (SPINOZA, 2003, p. 241).

A resistência era tomada como antítese à obediência porque o conceito de soberania, diverso do de Spinoza e Althusius, vedava a possibilidade de exercício direto do poder político do Poder Constituinte (NEGRI, 2015) a partir das compressões obtusas de cunho jurídico-normativo em face do poder constituído. Por consequência, a resistência, nestes termos, é apreendida como uma ameaça, um perigo capaz de causar e fomentar insurreições e levantes, pois, afinal, põe em xeque a continuidade do poder constituído na forma em que acontece, “afirmando continuamente a necessidade de alterações, mutações, já que o poder não é visto como algo dado, pronto e acabado, mas inserido numa dinâmica de forças, de fluxos materiais, energéticos, espirituais, emocionais, uma espécie de flutuação, de permanente consolidação e desconsolidação, a depender dos fluxos envolvidos, expressados nos sujeitos e nas próprias instituições, sobretudo” (FAGUNDES, 2018).

Assim, na conceituação espinosana de democracia da política, radical, o *imperium* é a “expressão da potência multitudinária imanente”, longe das intensificações de forças e recursos para capturá-la, negá-la ou mesmo regulá-la, sendo a resistência ativa e positiva, a própria resistência é um elemento crucial e constitutivo da política, como visto.

A resistência “é o limite do exercício do poder”, vista costumeiramente como uma prática de oposição ao poder político quando o exercício se dá de forma tirânica, para além das possibilidades previamente estabelecidas. Em

³⁶ O *imperium* em si não será tratado, restando apenas as características de ordem mais geral.

Benedictus este “direito não se restringe a insurreições esporádicas do poder constituinte contra eventuais abusos do poder constituído” (STERN, 2008, p. 122) – os espontaneísmos.

A Resistência para o holandês é sempre ativa e acompanhada de afetos que acompanham a dinâmica da formação da política (afetos de imitação afetiva). Com ele, ontologicamente falando, o mero existir (que de mero não tem nada), o ato de existir já é uma resistência, pois a essência de cada coisa, o *conatus*, em sua busca de sua perseveração, já está em esforço de resistência. Resistência, portanto, é uma potência produtiva, criativa e atual, configuradora da própria existência³⁷.

Quando é o caso assim, a resistência não surge como uma ameaça externa ou e uma externalidade negativa para se materializar. A resistência é mesmo “ato anterior, é constitutiva e constituinte de cada singularidade, é mesmo a própria potência de cada ser, em seu exercício de contínua criação, através dos encontros, reencontros ou agenciamentos intersubjetivos e desses com as instituições” (FAGUNDES, 2018).

Resistir está bem distante de qualquer posição abstrata ou dependente de formalizações externas para o seu surgimento, pois todo ato da existência já é uma resistência.

O direito de resistência, na conceituação de BOVE (1996, p. 297) “é o próprio ‘conatus’ da multidão, potência sempre atual e produtiva do campo político”³⁸, sendo bem mais que uma posição de restauração das leis comuns e do *imperium*, sendo de criação continuada, de “fundação e refundação” (MAQUIAVEL, 2007) constante do ambiente social, do ambiente político com seus fluxos de poder e também do ambiente social, pois a constituição da

³⁷ Portanto, com o MSB, percebe-se que ele estava já sendo constituído, ainda que não se soubesse no que viria a se tornar, quando se iniciou aqui no Brasil os Departamentos de Medicina Social nas Universidades, onde começaram a canalizar as potências criativas e geradoras de uma transformação do próprio pensamento médico e, sobretudo, quanto à saúde pública em geral, tanto a partir dos membros quanto das instituições, ressaltando-se, por óbvio, que não houve e nem há homogeneizações de pensamentos e estratégias entre os participantes e em especial, com aqueles outros que não se envolveram diretamente em favor das lutas sanitárias de reforma.

³⁸ “Entre la multitudinis potentia (ou son effort pour se conserver) et l’exercice de la souveraineté, il y a ainsi un rapport de tension qui peut aller jusqu’à l’antagonisme. La puissance de la multitude est une puissance de résistance de fait à l’exercice de la souveraineté.” (BOVE, 1996, p. 287).

comunidade é também feita pela multidão, “a força geradora imanente das cidades, seus regulamentos institucionais e para-institucionais”³⁹.

É fácil identificar nas instituições que defendem a “democratização dos regimes políticos; “o papel constitutivo da resistência na política” (assembleia de cidadãos para amedrontar o rei), “verdadeiros canais de expressão da resistência a impulsos e desejos tirânicos dos governantes; além disso, no âmbito monárquico, prevê a distribuição das armas (*latu sensu*) que conferem segurança e estabilidade ao Estado nas mãos de todos os cidadãos e a propriedade comum dos bens imóveis, que oferece as circunstâncias e requisitos materiais aptos ao exercício real de uma resistência (STERN, 2008, pp. 127 e 128). Assim, “o povo em armas e a propriedade comum das terras conferem à multidão os meios de uma prática límpida e saudável da resistência, juntamente com as organizações das assembleias multitudinárias, inserindo a resistência no bojo do constructo político do poder monárquico” (FAGUNDES, 2018).

Considerando a democracia, como uma forma de governo, Spinoza prevê no Tratado Político instituições que garantam e proporcionem a participação popular da multidão no exercício do poder político, resguardando o *imperium*, a cidade pública (que se expressa na forma de Leis e das Instituições), das ambições, comumente fortes; da dominação e submissão de particulares, que tentam, sempre, afrontar os direitos comuns multitudinários com a normatização das posições políticas de pequenos grupos poderosos, tanto econômica, quanto social, quanto politicamente considerados, na manutenção de privilégios, por exemplo. Estas instituições são as institucionalizações das formas de resistência, pois, como visto, a democracia em Spinoza necessariamente precisa considerar a criação de instituições que na prática assegurem as condições materiais do exercício deste direito de resistir.

A perspectiva spinozana permite concluir que o direito de resistência é introduzido nas instituições políticas e, ao invés de evento extraordinário, se torna uma constante nas relações de poder existentes em uma organização política estável, onde a liberdade dos cidadãos seja uma realidade (GUIMARAENS, 2007, p. 172).

³⁹ “Pela teoria de Spinoza é possível entender que a resistência não é só um movimento que reage a uma agressão ou que apenas a evita. A resistência é também potência criativa...” (GUIMARAENS, 2006, p. 175).

Com base nestes esclarecimentos surge, então, o questionamento, o Movimento Sanitário Brasileiro, na abrangência de todos os seus atores individuais e coletivos, quando lutaram por uma saúde pública gratuita e de qualidade, e posteriormente, para a materialização eficiente de um sistema unificado de saúde, o que viria a ser, anos mais tarde o SUS, representou essa defesa do *imperium* frente aos particulares (aos interesses particularistas, normalmente hierarquizantes e privilegiadores), isto é, foi ele (o MSB) uma institucionalização da resistência, ou ainda, foi uma representação simbólica do povo em armas, ou mesmo, por fim, o alargamento da posição de soberania, oferecendo condições materiais de expressão do poder constituinte frente ao constituído⁴⁰?

1.5

Breves Notas Acerca do Sanitarismo Brasileiro

Como se depreende da leitura de várias obras, o MSB, iniciado mais propriamente nos anos 70 em diante (PAIM, 2007; GERSCHMAN, 1994; ESCOREL, 1999; BRASIL, 2006), a partir de diversos núcleos, foi, aos poucos, por alguns fenômenos que serão estudados nos próximos capítulos, se aproximando do ambiente político institucional (formal, burocrático, estatizado), e dessa forma, institucionalizando a sua participação e o seu grau de influência, dentro das conformidades legais, ao mesmo tempo que atuavam para as mudanças normativas, apontando, ainda que a sua constituição era múltipla e pluralizada, o que possibilitava o exercício de uma série de interesses na esfera política do *imperium*, e ainda assim, em meios às fragmentações, conseguiram se unir, afetivamente, em prol de um sistema unificado de saúde.

Todavia, a situação da participação não é nova, pelo menos do ponto de vista jurídica, o que não reflete necessariamente a efetividade e o grau de eficácia da medida. Há no país, desde 1941, no Governo Getúlio Vargas, prevista a existência das Conferências Nacionais de Políticas Públicas, realizadas algumas

⁴⁰ Sempre que se trata de poder constituinte e constituído aqui se está operando com base na teoria de A. Negri, opúsculo já citado.

vezes ao longo de todos estes anos, mesmo durante o Governo de Fernando Henrique Cardoso, quando houve uma expansão considerável delas⁴¹.

A Carta Constitucional de 1988 prevê, após muita disputa, o Princípio da Participação Social, que também é um direito, como uma forma de afirmação e de permanência da democracia. Desde esse momento histórico ocorreu uma proliferação de formas e instâncias de participação em todos os níveis federativos, consagrando-se como locais de verdadeiras arenas públicas para a constituição dos comuns, expressando os encontros que devem existir entre a tessitura social junto à estatal e vice-versa. De 1941 a 2013 aconteceram 138 conferências nacionais, das quais 97 materializaram-se entre os anos de 2003 a 2013 envolvendo mais de 43 áreas setoriais, de âmbito municipal, regional, estadual e nacional⁴².

As etapas preparatórias, por exemplo, são momentos riquíssimos e fundamentais para as conferências, quando muitas das pautas surgem, os debates se intensificam para todos os tipos de temas, proporcionando ao cidadão aberturas institucionais junto ao *imperium*, podendo exprimir-se levando ou não soluções para os problemas que lhe afetam, seja em sua cidade, estado ou mesmo em todo o país.

Inegável, portanto, que as conferências já eram, em alguma medida, a defesa da coisa pública frente aos interesses particularistas, institucionalizando uma resistência, podendo ser visto também como uma representação material de poder aos cidadãos, conferindo-lhes armas combativas na defesa da democracia e na gestão das cidades, do Estado como um todo, assim como uma forma bem interessante de exercício político do Poder Constituinte em face do Constituído, ou melhor, junto a este, ao menos bem mais do que sem estes mecanismos das conferências, que lembra a participação da multidão junto ao rei no processo de tomada de decisões públicas, que inegavelmente sempre afeta toda a população⁴³.

⁴¹ Os dados são de uma pesquisa publicada também na Carta Capital, cuja autoria é de Thamy Pogrebinski, versando sobre o Decreto nº 8243/14. Ver mais em: CARTACAPITAL, 2014.

⁴² Os dados trazidos foram apenas para exemplificar este ponto das Conferências, ainda que estes dados não tenham sido trabalhados ao longo da dissertação, até porque não foi o objetivo. Mas pensando criticamente as Conferências, com o prestimoso auxílio da Professora Mariana Trotta, constituinte da Banca de Avaliação, algo interessante a se investigar, nos anos seguintes pós-88, diz respeito a possível perda de potência das Conferências, e mesmo se elas, com seu franco desenvolvimento numérico, não acabou por esvaziar as ruas. São pontos delicados que merecem investigações futuras.

⁴³ Ver mais em: SECRETARIA DE GOVERNO, 2017.

Relevante este ponto porque, para se tiver uma breve ideia, em 2011, cerca de dois milhões de pessoas participaram das oito conferências nacionais realizadas. Somente uma delas, a da Saúde, foco particular de interesse, realizou etapas locais em 4.375 dos 5.570 municípios brasileiros, reunindo ao todo cerca de 600 mil pessoas.

Essas conferências, assim como as mais variadas formas de resistência política, permite ao cidadão o exercício da sua potência, de forma institucionalizada, isto é, levando as suas demandas, exercendo a sua criatividade, a sua capacidade de inovação, bem como a sua soberania, voluntariamente aos espaços políticos públicos institucionais já fixados e em vias de fixação, sendo certo que, quando não conseguem tais aberturas para o diálogo, para uma conversa mais próxima, a hora sempre chega na qual a multidão quer mostrar a sua potência política soberana, da qual são os legítimos titulares, e nem sempre será da forma mais pacífica possível, sendo, portanto, uma decisão sábia, e porque não dizer estratégica, do Poder, do *Imperium* e de quem está no comando naquela circunscrição temporal, concordar (e assim conceder) às pressões da esfera pública civil estas aberturas para a multidão, que, por possuir o seu próprio *conatus* coletivo, sempre procura resistir conforme as condições disponíveis nos momentos.

Pelas breves notas começa-se a verificar que o Movimento Sanitário Brasileiro (MSB) em geral, gozou de um potencial imenso para o fortalecimento da força constituinte da multidão, isto é, a sua potência criadora, criativa, inovadora e engajada, oferecendo espaços de trabalho e intervenção, isto é, diálogos com os *loci* institucionais, o que se tornaria um ganho fabuloso para a incipiente democracia.

E na perspectiva democrática de Spinoza? Parece-nos que o Movimento (Social e Coletivo) da Reforma Sanitária Brasileira representou, em alguma medida, pelos frutos obtidos, sendo o maior deles, o SUS, o estabelecimento das leis ditas comuns, fabricando o próprio *imperium*, mediante o trabalho constante de fundação e refundação; assim como uma mudança considerável na estrutura, nos fluxos da teia social, não esquecendo que é a mesma multidão que constrói a comunidade e esta é imbricada com a política, pois tudo está em permanente relação, consoante o estudo das afecções de SPINOZA (2017, Partes Terceira e Quarta).

O MSB através das Conferências Nacionais, sobretudo a VIII CNS, e dos outros mecanismos de participação, trouxe à memória a previsão de criação das assembleias cidadãs, cuja função era “assessorar o rei” em suas decisões públicas, simbolizando, ambas, canais práticos e reais de expressão da resistência da multidão frente aos impulsos tirânicos dos governantes e também, é claro, uma arma relativamente poderosa que seria distribuída nas mãos de vários cidadãos, de todos que se dispusessem a tal fim, contribuindo para a legitimação desses processos políticos e institucionais.

Seria ainda uma forma de fazer frente as demais influências, econômicas, sobretudo, nos processos da administração pública, principalmente em âmbito legislativo e executivo, como os fortíssimos lobbys nas mais variadas áreas⁴⁴, como a da saúde, exercido por várias empresas, envolvendo até mesmo o Secretário da Saúde atual, financiado por um dos principais operadores de planos de saúde do país⁴⁵, ao institucionalizar o processo de diálogo democrático dos mais variados setores. Não sei ainda se é o melhor caminho, mas, pelo menos, pulverizaria esse processo que acontece no país, inexistente qualquer regulamentação, que é uma outra questão.

Pelo exposto parece plausível afirmar que o SUS, confeccionado sob a bandeira do controle popular (social), mesmo precisando de reformas, de ajustes, assegurava, pelo menos até a época em estudo, na prática, as condições materiais de exercício do direito de resistir da multidão, sendo uma forma de expressão do poder constituinte em face ao poder constituído, ou ao lado deste, já que ele não seria afastado, ou ainda, numa outra perspectiva, um instrumento de participação popular no campo democrático, sendo exemplo de democracia participativa, em uma linguagem comumente usada pelas teorias da democracia hegemônicas, mas que não é o marco teórico da pesquisa.

44 “Segundo ele, a redução das brechas para concessão e extensão das patentes, conforme proposto em projetos de lei em tramitação no Congresso, é de vital importância para a saúde da população. O direito à saúde tem que ser preponderante ao direito comercial”, justifica. Mas, para manter seus lucros, a indústria farmacêutica investe pesado em estratégias de captura para convencer os parlamentares a manter a legislação tal como está, ou torná-la ainda mais aberta à concessão de patentes”. Ver mais em: OUTRAS PALAVRAS, 2016.

45 VALENTE, 2016.

2 GÊNESE DO MOVIMENTO SANITÁRIO BRASILEIRO

Nesse contexto, em que surge a proposta de reformulação da política de saúde como efetiva Reforma Sanitária, emergiu o movimento sanitário. Constituído principalmente por médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal, e originado nos DMP das Faculdades de Medicina, o movimento sanitário influenciou o mundo acadêmico e atuou como liderança do processo de reformulação do setor saúde. Exercia uma forte crítica à antiga abordagem estritamente biológica da medicina e discutia a prática da medicina numa perspectiva histórico-estrutural, pela qual se buscava apreender as relações entre saúde e sociedade. Ao mesmo tempo, avançou na implementação de políticas de saúde alternativas às implantadas pelo regime militar. Tais políticas emanavam de programas de extensão universitária, de secretarias municipais de Saúde e mesmo do próprio Ministério da Previdência Social, onde alguns especialistas ligados ao movimento sanitário assumiram cargos técnico-administrativos (LIMA ET AL., 2005, p. 68)

Após as breves conceituações da Resistência em Spinoza, torna-se ao ambiente histórico, na busca pelo resgate dos antecedentes do Sistema Único, abrangendo o período ditatorial militar (Geisel e Figueiredo) e a trajetória do Movimento Sanitário Brasileiro (MSB), a partir das suas origens e das lutas institucionais, que, por sua vez, foram as responsáveis pela materialização do sistema unificado de saúde no país, com vistas ao objetivo principal: analisar o processo institucional de formação do SUS, fortemente imbricado no processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), verificando, a partir das lutas institucionais dos seus autores-atores, coletivos e individuais, se este pode ser visto como um ato-contínuo de resistência, a partir da filosofia política de Spinoza, consoante as conceituações elaboradas no capítulo precedente.

Antes de adentrar o elemento específico, interessante é apresentar, de modo resumido, algumas linhas a respeito da RSB, consoante o estudo de PAIM (2007), em sua tese de doutoramento.

Enquanto Ideia, pode ser vista, mesmo sem o codinome Reforma Sanitária, a partir de uma proposição de duas práticas, teórica e política, para o enfrentamento do Dilema Preventivista (AROUCA, 2003). A criação do CEBES

(Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) em 1976 e o lançamento da Saúde em Debate possibilitaram que essa ideia fosse vinculada ao conceitual de Direito à Saúde, esboçada no segundo número desse periódico, recebendo, enfim, a nomenclatura de Reforma Sanitária em 1977 no editorial do seu terceiro número e a fundação da Abrasco em 1979 é considerada a expressão da síntese entre as práticas política e teórica (PAIM, 2007, p. 150).

Na condição de Proposta, pode ser vista como um conjunto articulado de princípios e proposições políticas, esculpidas em “A questão democrática na área da saúde” e nos relatórios finais dos Simpósios de Política de Saúde da Câmara dos Deputados, sobretudo o primeiro (1979) e o quinto (1984) (PAIM, 2007, p. 150).

Como Projeto, é o conjunto de políticas articuladas ou “bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças” (AROUCA, 1998), sistematizado no influente e decisivo Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), realizado em 1986 (PAIM, 2007, p. 150).

Na qualidade de “Movimento”, é o movimento da democratização da saúde, movimento sanitário ou da reforma sanitária, enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que consideram a saúde um referente fundamental, emergindo com o CEBES e atravessa as conjunturas examinadas aqui (PAIM, 2007, p. 150), de formação do SUS.

Por fim, enquanto Processo, é um conjunto de múltiplos atos, em diferentes espaços-tempos, representando práticas sociais, econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas, visualizadas após a Oitava CNS, com as iniciativas de implantação do SUDS, de instalação da CNRS, de promulgação da Constituição de 1988 e, fundamentalmente, a partir da produção de fatos político-institucionais na conjuntura pós 88, abrangendo, ainda, as diversas práticas integrantes da totalidade social (PAIM, 2007, p. 150). As práticas de saúde têm, por conseguinte, uma natureza técnica direta, que salta aos olhos, mas, concomitantemente, são práticas sociais com dimensões econômicas, políticas, simbólicas, culturais e ideológicas (PAIM, 1997, p. 22).

Nesse sentido a RSB foi também, assim como o SUS, considerando que aquela contribuiu para o nascimento deste Sistema, um longo movimento articulado da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, da

democratização no acesso à saúde, uma luta por direitos sociais e um novo sistema de saúde.

Com base nessas contribuições a RSB pode ser vista como uma reforma social, calcada nos três seguintes e estruturantes pontos: (i) democratização da saúde, implicando no acrisolamento da consciência sanitária sobre saúde e suas determinações, bem como o reconhecimento do direito à saúde, afluxionado à cidadania, garantindo, por conseguinte, o acesso universal e igualitário ao SUS e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão, revelando a sua face de resistência; (ii) democratização do Estado e de suas estruturas aparelhantes, com o respeito ao pacto federativo, afirmando e normatizando a descentralização do processo decisório e o controle social, assim como o fomento importante da ética e da transparência nos governos e mais uma vez, a resistência se faz presente; (iii) democratização da sociedade e da cultura, chegando aos espaços da organização econômica e cultural, seja na distribuição e produção justa da riqueza, seja na adoção de uma multiplicidade de mudanças em torno de um conjunto de políticas e práticas públicas de saúde, e novamente, a resistência enquanto movimento verdadeiramente democrático se faz presente.

É clara a proposta de radicalização democrática da RSB, primeiramente construindo cidadãos verdadeiramente resistentes, e logo, obedientes, eis que não representou uma subserviência cega às ordens do poder político instaurado, não foi para interesses alheios, nem, menos ainda, uma passividade condicionada por causas externas, mas sim pela própria construção do campo político, refletindo a Reforma Sanitarista no *conatus* da multidão e também expressão do *conatus* individual de cada um desses componentes do corpo coletivo multitudinário.

A potência produtiva se fez clara pela possibilidade da sua expressão material nas instituições do próprio Estado, seja com a própria RSB, seja com a futura criação do SUS e a institucionalização do CEBES, da ABRASCO, por exemplo, enfim na série de políticas públicas que foram alteradas através da potência constitutiva e resistente da multidão, fazendo frente aos fins particulares buscados no exercício do poder político.

Por fim desta introdução, há uma fala contundente de Arouca:

O projeto da reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar

estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira (AROUCA, 1998, 04).

Se fosse possível escolher o objetivo-mor do MSB, ou especificamente da RSB, seria esta transformação ampla, geral e irrestrita da estrutura sócio-política do ser humano, isto é, essa busca pela instauração ou, ainda melhor, essa conquista de uma verdadeira civilização humana, com base nos princípios postulados e defendidos pelo Movimento Sanitário.

2.1 A Academia⁴⁶

No final dos anos 60 e primórdios dos anos 70 do século XX que o pensamento médico-social se constituía no país, modificando os olhares para as questões da saúde, construindo seus alicerces teórico-metodológicos de ação, como a abordagem histórico-estrutural, elaborada nos departamentos de medicina preventiva, numa radical crítica à medicina preventiva e o positivismo que lhe baseava (AROUCA, 1975).

Interessante é perceber, como pontua a pesquisadora Sarah (SCOREL, 1999, p. 19) que os enfrentamentos foram elaborados dentro dos próprios departamentos “preventivos”, que ensinariam esta metodologia e que a crítica ao Positivismo foi financiada pelos próprios organismos que a difundiam, apresentando, por sua vez, um horizonte marxista de análise.

A formação das bases universitárias do Movimento Sanitário teve, portanto, a década de 60 como datação histórica nacional e foi neste período que a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) fomentou a aplicação das ciências sociais à área de saúde em toda a América Latina e, segundo PAIM (1981, p. 58), o ano de 1975 teria sido o marco final, com as defesas das teses de Sérgio Arouca (O Dilema Preventivista) e de Cecília Donnangelo (Medicina e Sociedade).

Há quem aponte (MOTA & SCHRAIBER & AYRES, 2018, p. 2) raízes ainda um pouco mais anteriores no Brasil, entre os anos 1950 e 1960, a partir dos movimentos originários nos Estados Unidos, da reforma da escola médica (medicinas integral e preventiva) e da reforma da assistência, cujo objetivo era incluir a população mais vulnerável sócio-economicamente, formando a medicina

⁴⁶ Toda a estrutura do capítulo, bem como sua fonte maior de inspiração, foi a interessantíssima dissertação de mestrado da Sarah Escorel, extensamente citada neste capítulo.

comunitária, conjugando este movimento incipiente no Brasil com o período do chamado “desenvolvimentismo paulista”, compreendido entre os anos de 1940 e 1960.

Até então, conforme ESCOREL (1999, pp. 19 e 20):

...eram poucos os críticos do Sistema Nacional de Saúde (SNS) trabalhando nas instituições prestadoras de serviços de saúde. Podem-se citar Carlos Gentile de Mello – em sua luta solitária, perseguido pelas constantes restrições que lhe fazia o todo-poderoso Serviço Nacional de Informação (SNI) – e alguns técnicos mais lúcidos, como Murilo Villela Bastos e Nildo Aguiar, entre outros. Mas não havia, nem mesmo de maneira desorganizada, um grupo de pessoas ocupando cargos ou exercendo funções na máquina governamental com uma postura crítica em relação às bases de organização do SNS.

Os críticos do sistema estavam aglomerados nos ambientes universitários e foi neste meio que, por meio de esforços conjuntos, de estudantes e professores, que o MSB teve os seus alicerces construídos, incluindo os demais profissionais atuantes da área, que, movidos por ímpetos democráticos e de oposição a Ditadura, formulariam propostas paulatinamente mais elaboradas de transformação, tanto do nefasto regime ditatorial ora vigente quanto do sistema de saúde, objetivando, portanto, uma nação democrática e condições mais salubres para a população em geral.

Ponto é, como já mencionado na introdução, que isso não se deu em todas as teias acadêmicas, mas sobretudo a partir dos departamentos de medicina preventiva de algumas faculdades do país, verdadeiros palcos das transformações que ocorreram na área, tanto do ponto de vista dos conceitos quanto das pragmáticas.

Segundo Arouca, este primeiro momento de gênese do MSB se constituiu pela conjugação de dois ciclos: (i) foi o processo de construção, nos DMPs, das bases teórico-técnicas que ofereceram suporte à renovação do saber e das práticas médicas; e (ii) foi o processo de institucionalização dos projetos de medicina comunitária destes Departamentos nas Prefeituras de Campinas, Niterói e Londrina, quando estavam organizando os seus sistemas de saúde. Quando ao primeiro ciclo deste primeiro momento aponta Arouca:

O ponto de partida do movimento é a resistência à ditadura, na linha da ocupação de espaços para promover a redemocratização do país. Esse é o eixo central do movimento todo. Um dos pólos fundamentais nesse movimento de resistência à ditadura foram os Departamentos de Medicina Preventiva. Esses Departamentos

das Universidades eram os locais onde era possível, na época, ter alguma discussão sobre a questão social e a questão da saúde pública. Esses departamentos se tornaram espaços de atração de segmentos da esquerda democrata. Foram poucos departamentos empenhados nessa luta, mas alguns foram extremamente simbólicos nessa questão. O Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP foi um desses espaços de luta, porque tinha recebido o Professor Miguel Ignacio Tobar como Chefe do Departamento. Ele trouxe sua experiência de trabalho com comunidade na Colômbia, na linha de ensino em comunidade, de saúde comunitária – hoje, saúde da família – uma experiência de ensino médico que, na segunda metade da década dos anos 60, estava promovendo a introdução das Ciências Sociais na saúde. Um outro departamento importante dentro desse processo de reformulação da abordagem da saúde, foi o da USP, com a ida do Guilherme [Rodrigues da Silva] para o Departamento de Medicina Preventiva, que era um departamento extremamente conservador. Com a chegada de Guilherme, foi aberta também na USP a discussão voltada para repensar a questão da Medicina Preventiva. O projeto de Medicina Comunitária desenvolvido pela USP no Butantã e o trabalho de Maria Cecília [Ferro] Donnangelo repensando a contribuição das ciências sociais nesse Departamento acabam construindo uma rede em São Paulo. Acho que foi um primeiro movimento de agregação do movimento, muito interessante (BRASIL, Conasems, 2007, p. 44-45⁴⁷).

O segundo ciclo da gênese do MSB é definido por Arouca como sendo a “fase de inserção institucional, na esfera municipal, das proposições teóricas formuladas” nos DMPs do Rio de Janeiro e da USP, tendo consistido na participação de docentes destes departamentos na gestão da saúde em alguns municípios, facilitada pela eleição de prefeitos da oposição, do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) em 1976. Segundo ele:

O segundo ciclo da atuação dos docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva consiste na articulação da academia com o movimento de redemocratização, quando o MDB começa a ganhar prefeituras, abrindo um novo espaço de luta que, para nós, era um espaço novo, porque vínhamos trabalhando apenas em bairros. De repente, abrem-se poucos lugares importantes de luta [Campinas, Londrina e Niterói], abre-se um novo espaço teórico-prático em que se começa a pensar o município todo. Eram prefeituras que, absolutamente, não tinham nada na área da saúde. O exemplo do Tomassini era folclórico. Ele era o Secretário da Saúde de cemitérios, em Niterói. Essas três prefeituras, apesar de serem só três prefeituras, tinham um potencial grande para polarizar o pensamento crítico que estava disperso, seja na universidade, seja em outros espaços, e de apresentar coisas novas que estavam sendo feitas e que ninguém estava fazendo. Então, o desafio era como começar a reconstruir o espaço municipal nessa articulação com a experiência que foi acumulada em Medicina Comunitária e na perspectiva de um trabalho político de redemocratização. O nosso papel foi mobilizar as prefeituras para começar a fazer os encontros municipais de saúde. Tínhamos a via da Universidade e, depois, a da Fundação Osvaldo Cruz para isso. Esse foi um momento marcante no movimento, o da

⁴⁷ Todo o depoimento/entrevista de Arouca neste livro organizado pelo CONASEMS foi colhido no Encontro promovido por esta instituição, em Brasília, no dia 13/02/2003. Ressalta-se que no trabalho presente ele foi fragmentado em muitas partes.

integração do trabalho que vinha sendo desenvolvido nos Departamentos de Preventiva e o movimento de redemocratização que foi desembarcar nas secretarias municipais de saúde pelas vitórias do MDB nas eleições de 1976. Isso permitiu, então, o encontro entre a Universidade e os serviços de saúde, com a experiência de gestão da saúde no âmbito das prefeituras. Isso significou um outro salto qualitativo, cujo marco foi a promoção do encontro [de Secretarias Municipais de Saúde] de 1978. Tive a oportunidade de participar desse encontro pela FIOCRUZ e de poder acompanhar o Projeto de Tomassini [na SMS de Niterói] e, mesmo tendo saído de Campinas, pude acompanhar o projeto do Sebastião Moraes [na SMS de Campinas] e o de Márcio [na SMS de Londrina]. Nós não conseguíamos chegar muito perto do Estado, mas a perspectiva toda era abriremos espaço de atuação no nível de pequenos municípios, para que eles conseguissem se transformar em efeito de demonstração. Funcionávamos um pouco como divulgadores do que o Tomassini, o Sebastião e o Márcio, e depois o pessoal de Montes Claros, estavam realizando em suas Secretarias. Mobilizávamos as pessoas para que fossem para lá. Promovíamos a divulgação dessas ações, escrevíamos sobre o que estavam fazendo e mostrávamos que havia um caminho. Um caminho que agora não era só acadêmico, também havia chegado aos serviços de saúde (BRASIL, 2007, p. 50-51).

2.1.1 Os Departamentos Preventivistas

Quem é pobre morre antes: esta brutal constatação, contrária aos Direitos Humanos, mas não à experiência diária e às estatísticas, é a preocupação central de Giovanni Berlinguer em MEDICINA e POLITICA. A saúde não é uma dádiva da natureza e sim a resultante de um complexo de fatores sociais, históricos e econômicos determinados. A medicina, longe de ser uma ciência imparcial, é um desses fatores, com sua própria ideologia. O médico deve seu prestígio social e privilégios econômicos menos à devoção a favor da saúde do que à doença de seus pacientes (BERLINGUER, Medicina e Política).

A mudança da prática médica enquanto uma atitude a ser revista pelos médicos e também pelos demais profissionais da saúde buscava, por isso mesmo, uma tomada de consciência por parte deste pessoal, redefinindo a conduta profissional e as funções a serem exercidas por eles, enxertando no debate da saúde conhecimentos novos, ligados às áreas das ciências humanas e sociais, como o conceito ecológico de saúde e doença, que, em linhas gerais, advoga a ideia de que as enfermidades não são apenas resultados de processos biológicos e restritos ao indivíduo, e por isso o meio ambiente também é um fator determinante (ou com potencial de influenciar) a relação dinâmica e não estática entre a saúde e a doença; assim como, por fim, toma a própria saúde e suas transformações, como um objeto positivo de investigação⁴⁸; e este conceito que “surge nos primeiros

⁴⁸ É ainda AROUCA (1975, p. 112 e ss) que apresenta as principais características (ou a estrutura, como

documentos da Medicina Preventiva”, marcará todo o seu discurso, incorporando-se aos objetivos educacionais⁴⁹ (AROUCA, 1975, pp. 112-114).

O Discurso Preventivista, em apertada síntese, possui, como toda corrente, uma série de “conceitos estratégicos”, para além dos “conceitos básicos⁵⁰”, que caracterizam uma Medicina Preventiva enquanto uma prática social. São eles (AROUCA, 1975, pp. 127 e ss.):

(i) A Integração, entre a escola médica e suas disciplinas com uma matéria específica, a Medicina Preventiva, que, por sua vez, exige a apresentação da ideologia preventivista como a ideologia da escola médica enquanto um todo, reforçada por mecanismos de repetição; a mudança de mentalidade a partir dos próprios docentes, operando a integração em um plano estratégico e não do conhecimento. Portanto, este discurso compreende que as ideias-representações e as atitudes comportamentais dos sujeitos podem ser transformadas, pela mutabilidade inerente ao ser, a partir de um trabalho agenciado com os preventivistas. “O conceito de integração privilegia a noção de sujeito, olvidando o mundo das relações”, isto é, o discurso preventivista privilegia a ideia de um sujeito singular, que se singulariza conforme a posição que vai tomar no debate acerca do projeto preventivista, colocando os demais como “os outros”. Então, basicamente, “o conceito de integração propõe um trabalho coletivo no interior de uma profissão essencialmente individualista” (AROUCA, 1975);

(ii) A Inculcação e a Resistência diz respeito à relação entre os estudantes, a partir da inculcação, isto é, o processo pelo qual as atitudes preventivistas são formadas e despertadas nos sujeitos futuros, do amanhã, da prática dos cuidados médicos, expressando o olhar de quem pensa uma Medicina voltada para uma prática extra-acadêmica, para fora. A inculcação, ou ainda, à preferir, a

ele define) dos conceitos ecológicos de saúde e doença, quais sejam: 1ª tese: A reunião da concepção ontológica e dinâmica da doença; 2ª tese: O conceito ontológico é duplamente otimista, porque é sempre possível equilibrar o organismo e pelo afastamento da unicausalidade; 3ª tese: O espaço entre a saúde e a doença é um contínuo; 4ª tese: Os estados de saúde e doença são simultaneamente idênticos e diversos; 5ª tese: O conceito ecológico reúne a medicina das doenças e a medicina das epidemias, o que permite a ligação, dentre outras coisas, dos indivíduos com os grupos e com a sociedade, em uma experiência entre o político e o existencial.

⁴⁹ Ao longo da análise o leitor perceberá que o Movimento Sanitário propunha, á época, uma verdadeira revolução na forma de pensar e de lidar com a saúde, na busca não apenas de garantir uma saúde para todos, mas uma saúde que não significava apenas a ausência de doenças, soando forte uma perspectiva de preventividade no cuidado à saúde e não apenas de intervenções remediadoras, quando uma moléstia já estava instalada no corpo.

⁵⁰ Os conceitos básicos do modelo preventivista, após a apresentação dos estratégicos são, em síntese: a história natural da doença; o conceito ecológico de saúde e doença e a multicausalidade.

conscientização requer o contato, na medida em que re-configura os espaços e os seres, sendo o cuidado entendido como “a penetração em um espaço da realidade”, que veda a observação via cotidiano. Portanto, é o contato que faz travar essas relações com novas realidades, fazendo com que o externo seja internalizado e paulatinamente estejam os envolvidos com ele comprometidos; e faz isso à medida que sensibiliza os estudantes através de experimentações perceptivas. Quanto a resistência, é importante que ela esteja ligada com o conceito e ideia de contato, justamente para desenvolver esta dimensão, polarizando justamente as técnicas. Logo, “o Plano Discursivo da Medicina Preventiva é um campo múltiplo de emergência de objetos, de reorganização do conhecimento, de tensão teórica” (AROUCA, 1975);

(iii) A Mudança é vista como a “relação discursiva entre a estrutura básica da Medicina Preventiva tal como pensada nos Estados Unidos e uma nova realidade sócio-econômica que choca o discurso”, isto é, a mudança deve acontecer em todos os níveis de operação do novo sistema, de forma a amortecer o efeito das estruturas molares da sociedade, ao nível dos agentes-operadores, pelo fato de ser visto como um “agente de mudança” ou fator de transformação; demonstrando a ideia de um saber prático que se permite pensar a própria realidade, implicando-se com ela, cotidianamente, a fim de remoldá-la nos pontos insatisfatórios e de opressão. Portanto, o médico pode continuar a exercer a sua prática privada, altamente especializada, desde que atue com base, ou melhor, desde que esteja desperto para uma atitude social, ampliando assim as próprias responsabilidades sociais, tornando, potencialmente, cada indivíduo em um paciente em certo ambiente, lembrando-se sempre que as ações possuem potenciais de alterar as vidas sociais e suas complexas relações, melhorando as condições de vida das coletividades⁵¹ (AROUCA, 1975).

A origem do Movimento Preventivista, no campo da Medicina tal como assinalado acima, está situado na década de 60 (AROUCA, 1975; ESCOREL, 1999; OSMO & SCHRAIBER, 2015), quando o modelo foi difundido especialmente nos Estados Unidos⁵².

⁵¹ É preciso deixar claro que Arouca critica a Medicina Preventiva, principalmente com base em seus limites de atuação, mas esta parte em específico não será útil no presente trabalho neste exato momento, como visto em AROUCA (1975, pp. 142 e ss).

⁵² Com relação ao surgimento do Preventivismo nos Estados Unidos, consultar, por exemplo, o artigo de (OSMO & SCHRAIBER, 2015, p. 208), quando assinalam: Segundo Paim e Almeida

Já a chegada à América Latina ocorreu após a Segunda Guerra Mundial, especificamente na segunda metade dos anos 50, a partir de seminários e congressos financiados por instituições internacionais, como a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), inicialmente no Chile e no México, que fomentavam a formação de espaços onde se pudesse aplicar os novos ideais médicos, quais sejam, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) (OSMO & SCHRAIBER, 2015, p. 208).

Assim que chegou ao Brasil, a cátedra não era uma obrigatoriedade do programa médico, tornando-se assim apenas em 1968, com a Reforma Universitária da época (PAIM, 1981, p. 57). Agora o discurso preventivista não foi aplicado no Brasil da mesma forma que foi nos Estados Unidos, porque lá a leitura foi mais liberal, civil, enquanto que aqui a ótica precisava ser a estatal, pelo papel significativo do Estado na prestação deste direito e, portanto, o modelo não atendia as necessidades específicas do caso brasileiro (SCOREL, 1999, p. 21).

No âmbito acadêmico o discurso preventivista também não foi homogêneo, variando de universidade para universidade, com base no grau de liberdade de pensamento, de discussão e do coeficiente de autonomia ostentado pelo instituto, havendo, basicamente, três modelos de institucionalização dos DPMs, quais sejam: “racionalizador”, “mínimo legal” e “liberal” (SCOREL, 1999, p. 22).

Como mencionado, a constituição deste novo campo disciplinar no Campo Saúde efetuado nos DMPs passou por momentos de intensas discussões e tensões, como aponta Arouca:

As Ciências Sociais que começaram a ser introduzidas na fase inicial de implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva seguiam a vertente da Medicina Preventiva de feição norte-americana, que privilegiava a relação médico-paciente e os padrões de conduta médica, adotando uma visão antropológica e predominantemente funcionalista da área da saúde. Essa vertente discutia muito pouco a questão da determinação social dos sistemas de saúde, da estrutura social e do processo saúde-doença. Poderíamos dizer, então, que eram ciências sociais aplicadas à saúde, mas era uma abordagem oriunda de um campo

Filho (1998), na década de 1940, começou-se a diagnosticar nos Estados Unidos uma crise de determinada medicina, que estava extremamente especializada e fragmentada, o que ocasionava, também, um aumento dos custos relacionados às práticas médicas. Em resposta a isso, surgiram propostas de mudanças no ensino médico, incorporando nele uma ideia de prevenção. Essas propostas serviram de base para uma reforma dos currículos escolares dos cursos de medicina de várias faculdades norte-americanas na década de 1950. Organismos internacionais do campo da saúde aderiram à nova doutrina, que veio a ser chamada de Medicina Preventiva, ocorrendo, então, uma internacionalização dessa proposta.

das ciências sociais mais conservador, de direita. O primeiro desafio dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva foi começara ter outra visão da questão social na área da saúde, com a introdução do pensamento marxista. Começamos a discutir a questão das relações entre classes sociais e saúde, da determinação social do processo saúde-doença, a utilizar os trabalhos de [Carlos] Gentile [de Melo] sobre organização do sistema, os trabalhos do próprio Mário Chagas sobre sistemas de saúde, indo buscar referências teóricas nos Institutos de Filosofia e Ciências Humanas e de Ciências Econômicas das Universidades. Começamos, naquela época, uma grande discussão centrada na leitura de O Capital, de Marx, o que abriu, nos Departamentos de Medicina Preventiva mais comprometidos, uma nova vertente no debate sobre as ciências sociais aplicadas à saúde. Isso produziu enormes mudanças, não só no ensino das ciências sociais em saúde, mas mudanças que acabaram acontecendo na visão da epidemiologia clássica, ao incorporar nessa disciplina a visão da determinação social das doenças. Esses estudos nos permitiram sair do enfoque centrado na relação médico-paciente, para discutir o trabalho em saúde e a organização de sistemas de saúde. Nessa nova abordagem, a visão do trabalho comunitário passou a ser muito impregnado pela concepção da esquerda de que a participação social, popular, a conscientização da população eram instrumentos privilegiados da medicina preventiva e, simultaneamente, instrumentos do trabalho de redemocratização do País. [...] Em Campinas esse movimento por mudanças na saúde teve um forte peso, até porque Campinas era um fato inédito no campo da ditadura. Enquanto a maior parte das universidades estava sofrendo uma repressão muito grande, com perseguição e prisão de professores, como era o caso da UERJ no Rio de Janeiro, e de várias universidades em outros estados do Brasil, Campinas funcionava como uma ilha, onde era possível ter Maria Conceição Tavares dando curso; o Manoel Castells fazendo as discussões da questão urbana e do marxismo. Para lá foram pessoas que no Brasil inteiro não conseguiam fazer residência, trabalhar ou pessoas que estavam procurando esse caminho. Então, foram para Campinas o David Capistrano, o Eduardo Freese [de Carvalho] e Heloisa [Mendonça], de Pernambuco, Chico Gordo [Francisco Eduardo de Campos]. Quer dizer, Campinas, por suas características de esquerda, acabou concentrando um grupo grande de pessoas com influência em outros estados. Muito marcante nas ações do movimento era o fato de que todos os Departamentos já desenvolviam Projetos de Medicina Comunitária antes de esses projetos chegarem aos municípios. Isso aconteceu na UFF em Niterói; na UNICAMP em Paulínia e em bairros de Campinas; na USP com o Projeto Butantã e na UEL em Londrina. O primeiro passo era o Departamento de Medicina Preventiva repensando a questão teórica da saúde, numa vertente dessa luta pela redemocratização, estabelecendo projetos comunitários e quase criando uma nova teoria da saúde (BRASIL, 2007, Conasems, p. 45-47).

2.1.2

A Medicina Comunitária e Seus Programas

Se a medicina quer exercer plenamente o seu papel deve participar da vida política e social do país; deve assinalar os obstáculos que se opõem ao desenvolvimento normal dos processos vitais, e tentar obter a sua eliminação (Rudolph Virchow).

A Medicina Comunitária, também chamada atualmente de Medicina Familiar, Geral ou ainda de Medicina de Família e Comunidade (MFC) diz

respeito à uma especialidade médica que prima pela atenção integral à saúde, levando em consideração o contexto do paciente nos diversos ambientes frequentados por ele, como os núcleos familiar e comunitário, guardando relação com o movimento preventivo passado, que lhe antecedeu, mas que fará diversas críticas à esta, sobretudo ao excesso de medicalização (apresentando os efeitos negativos) e propondo a desmedicalização da sociedade.

De forma bem geral, no Brasil a especialidade foi reconhecida pelo Ministério da Educação, com o contributo da Comissão Nacional de Residência Médica em 1981, mas já havia programas de formação específica anteriormente, como são os casos de Recife, na UFPE, do Rio de Janeiro na UERJ e em Porto Alegre, e mais anteriormente ainda com as ideias que chegavam, no final dos anos 60.

Tem como objeto, ainda em semelhança com o anterior, o ser humano como um todo, enquanto uma individualidade única, concentrando-se na prestação de cuidados primários⁵³, a partir dos componentes biológico, psicológico e social, mas não apenas sobre o indivíduo em si, mas tendo a própria família como uma unidade de estudo, pelo regime de afetação próprio das relações naturais (da Natureza), que engloba as humanas (SPINOZA, 2017); e de forma ainda mais abrangente, a unidade comunitária, mais outro núcleo de estudo e integrante do regime de multicausalidade dos processos dinâmicos saúde/enfermidade, refletindo alguns dos gestos da Medicina Preventiva.

Os profissionais da Medicina Comunitária são privilegiados no que tange às funções da promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce,

⁵³ A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma forma de intervenção precoce na “história natural das doenças”, de forma a aprimorar esta intervenção ou mesmo, nos casos mais bem sucedidos, evitando-a, pela desnecessidade de tal. Ela foi sistematizada e melhor definida pela Organização Mundial da Saúde em 1978, a fim de atender em todos os países um grau de bem-estar não apenas físico, mas também mental e social, dos sujeitos, das respectivas famílias e da comunidade em geral. Na Declaração de ALMA-ALTA, 1978, VI e VIII encontra-se a seguinte definição: “Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”. Para STARFIELD (2002), as características proeminentes da APS são: (i) ser a porta de entrada do serviço; (ii) continuidade do cuidado; (iii) integralidade; e (iv) coordenação do cuidado.

além de, quando possível, orientar no tratamento de enfermidades outras que não as da sua especialidade, justamente pela inexistência da dicotomia entre prevenção/cura (SOBREIRA, 1979).

O conhecimento do contexto do paciente, englobando os núcleos da sua socialização primária e secundária, é fundamental, desde as questões de infraestrutura até às culturais, que atravessam a vida dos sujeitos e fazem parte, portanto, da dinamicidade do seu processo de saúde, resgatando, paulatinamente, a relação médico-paciente prejudicada sobremaneira pela fragmentariedade excessiva dos saberes sanitários, potencializado pela especialização exacerbada da medicina ao longo do século XX, o que parece ser fruto da construção científica da modernidade (STRONG & LEITE, 2006, p. 03; NETO, 2016).

Após esta breve delimitação, a origem desta Medicina remete à década de 60/70 quando essas proposições chegaram à América Latina, institucionalizadas após as reformas curriculares, sendo uma reação a tendência acentuada de especialização e a consequente desumanização no tratamento hospitalar, em todas as suas fases procedimentais.

O processo no Brasil teve início com os debates sobre o grau de cobertura da saúde e a necessidade de aperfeiçoar a saúde dos povos rurais, tendo como auge a declaração de Alma-Ata em 1978, quando os governos se propuseram atingir a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Marco importante, segundo ESCOREL (1999, p. 23) foi a III Reunião Especial de Ministros, realizada em 1972, quando o Plano Decenal de Saúde para as Américas restou aprovado. Foi ainda aí que a OPAS e a Organização Mundial de Saúde (OMS) criaram e propagaram alguns conceitos, como o de extensão da cobertura, participação comunitária, agentes de saúde, e outros.

Os programas nacionais de Medicina Comunitária compraziam os governos latino-americanos por apresentaram soluções consideravelmente mais baratas do ponto de vista econômico⁵⁴, sendo uma resposta às crescentes demandas por saúde, sendo que até o início da década de 1970 isto estava em forte conexão com os DMPs; e com o processo de racionalização do período, alguns

⁵⁴ Salienta-se que, inicialmente, houve resistências de setores do movimento sanitário latino-americano à medicina da família, talvez pela associação que faziam com o preventivismo liberal americano e os respectivos financiamentos terem sido feitos por organizações dos países centrais (HUBNER & FRANCO, 2007, p. 185).

dos programas cooperaram para o crescimento das coberturas assistenciais, além da pesquisa por modelos alternativos de atenção médica (SCOREL, 1999, p. 23).

Há que se mencionar ainda o setor estudantil como agente coletivo desta narrativa, que, entre os idos de 1967 e 1972, sobretudo os não satisfeitos com as perspectivas da profissão e de alguma forma politizados, seja por meio de partidos, seja porque constituído de consciência social mais aguçada, inquietaram-se, espontaneamente, contra a forma como a medicina estava sendo aplicada, bem como contra a Ditadura Militar ora vigente no país, buscando vincularam-se com a população em geral e as especificidades de cada núcleo quanto às adversidades a serem enfrentadas e vencidas – era preciso alcançar a população mais pobre. Nesse sentido, passaram a oferecer consultas, a atuar em campanhas educativas, além da participação dos movimentos mais amplos nos bairros e nas comunidades, levando estas discussões e aprendizados para os ambientes acadêmicos, ressaltando-se que os estudantes participaram das lutas de reivindicação por serviços público de saúde em um dos levantes mais notáveis do período, que foi o Movimento da Zona Leste⁵⁵, em São Paulo, iniciado pelo clube das donas de casa residentes no Jardim Nordeste e que chegou a enviar um abaixo-assinado explicitando esta reivindicação à Secretaria Estadual de Saúde – SES (TOLEDO, 2013, p. 13).

Os projetos de Medicina Comunitária tiveram basicamente duas grandes fases ou períodos (SCOREL, 1999), com objetivos bem delimitados, quais sejam: (i) oferecer ao aluno uma visão para além das faculdades e também dos hospitais, isto é, uma busca por uma integralização de realidades múltiplas, a fim de se alcançar e conhecer mais de perto as demandas da população, e por conta deste aspecto tornaram-se espaços de resistência e enfrentamento, frente a outros departamentos e à população em si, afastando as burocracias e os aspectos

⁵⁵ José da Silva Guedes em depoimento relembra das práticas na Zona Leste, que ajudou a consolidar a participação da comunidade no movimento: “Na Zona Leste, caso de São Mateus, o movimento popular, especialmente vinculado à igreja, que desde 1970 era atuante, começa a ter contato com esses sanitaristas – Eduardo Jorge, Roberto Gouveia, José Augusto. [...] E, nessa região, por volta de 1978, a comunidade procura a secretaria de saúde querendo que o conselho de comunidade seja eleito pelo voto direto da própria comunidade, a despeito da forma como estava organizada pela lei da reforma [do Sistema de Saúde de São Paulo]. A assessoria jurídica examinou a possibilidade e o Leser aceitou a reivindicação. Nesse ano, num bairro chamado Jardim Nordeste foi realizada a 1ª eleição de um Conselho Comunitário de Saúde, fato que a secretaria publicou no Diário Oficial do Estado de São Paulo. Isso valorizou e auxiliou o movimento, deu a ele fóruns de legalidade. Não podemos esquecer que estávamos em plena ditadura militar” (BRASIL, 2006, p. 63).

técnicos que não são os reais interesses do povo em geral, tendo como exemplos pioneiros de projetos o de Vale da Ribeira e o de Vila Lobato (Ribeirão Preto), ambos no Estado de São Paulo; e (ii) a produção de inflexões no setor da saúde, pressionando para reajustes nos programas/projetos que incluíssem a participação ativa da população, tanto na constituição quanto na administração destes serviços sanitários, além da simplificação das práticas e a racionalização da produção e uma melhor distribuição dos serviços de saúde (DONNANGELO, 1983, p. 28).

Essas mudanças de entonações, de direções ainda estavam ligadas fortemente à formação de residentes e internos através dos DMPs, que começaram, paulatinamente, relacionando-se com as estruturas institucionais prestadoras destes tipos de serviços e, por conseguinte, constituindo-se como verdadeiros modelos experimentais, que serviriam de alicerce para os futuros projetos institucionais que viriam no caminho. Como exemplos de programas desta segunda fase têm-se os do Vale do Jequitinhonha (MG), o de Paulínia (Campinas, SP) e o programa de integração docente-assistencial, formulado pela UnB em convênio com organismos internacionais, a OPAS/Kellogg, implantado em Sobradinho e Planaltina (DF) (ESCOREL, 1999, p. 24).

Do ponto de vista médico-social, basicamente três correntes teórico/práticas estavam disputando a hegemonia, ou se preferir, predominância, a preventivista com base na sociologia funcionalista; a racionalizadora, com inclinação para a teoria dos sistemas; e a “teoria social da saúde”, que pode ser vista como histórico-estrutural, cuja inspiração é a filosofia de Karl Marx. Basta dizer que este terceiro enfoque, o mais recente à época, buscava afastar o funcionalismo e o positivismo científico, isto é, a ideia de uma ciência neutra, universal, a temporal e praticamente a-histórica – tudo isso a partir de um olhar político sobre a saúde, principalmente a partir das políticas públicas para este setor.

A partir deste novo olhar sobre a ciência que começaram a procurar teorias sociais aplicadas às áreas médicas (sanitárias em geral) que conseguisse edificar, manter e conservar lutas políticas, alcançando a própria realidade sanitária do país à condição de objeto de estudo e concomitantemente de intervenção política, fazendo ruir os antigos modelos de “história natural da doença” (LEAVELL &

CLARK, 1976) e da “multicausalidade⁵⁶”; bem como operando críticas tanto quanto à teoria dos sistemas, por ainda compartilhar uma visão positivista da realidade e também a estrutura operacional defendida pela OPAS, sob o argumento de que esta servia ao interesse dos poderosos, dos países centrais (eurocêtricos), fundando, no campo teórico, a sedimentação de uma abordagem histórico-estrutural⁵⁷, cujos tons eram bem radicais, como aponta ESCOREL (1999, p. 27).

Do exposto, visualiza-se que na década de 70 estavam delimitadas as três visões distintas no campo sanitário, sendo que cada ganhou maior ênfase e por consequência um maior desenvolvimento em uma determinada instituição de ensino, formando as peculiaridades próprias. As três cadeias continuadas seriam assim divididas, isto é, consoante a forma conceitual do “social” aplicado à saúde: o preventivismo, para o qual seria um conjunto de aspectos subjetivos das pessoas, como a educação, a ocupação, a renda; o racionalizador/racionalizante, que seria um coletivo de indivíduos; e o médico-social, um espaço limitado e estruturado de práticas sociais (PAIM, 1985, p. 89).

A perspectiva racionalizadora internalizou os discursos da medicina comunitária, da extensão de cobertura, da integração docente-assistencial e da racionalização para a avaliação de custo/benefício, esses amplamente promovidos pela OPAS (ESCOREL, 1999, p. 28), sendo que no país foram representantes desta vertente as Faculdades nas quais os DMPs não rasgaram os vínculos referenciais do Positivismo científico.

⁵⁶ A grande questão crítica parece ser que a Teoria Multicausal permitiu a explicação de algumas questões e porque certas condições ambientais favorecem determinadas doenças. Todavia, não conseguia estabelecer uma articulação entre as partes do conjunto, que era percebido como a soma de partes independentes, autônomas.

⁵⁷ Essa nova abordagem da medicina social e preventiva teve, como mencionado, uma assistência e fomento bem consideráveis por parte de certas organizações internacionais, como foi o caso da OPAS na década de 50 (os de Viña Del Mar e Tehuacan, por exemplo, foram verdadeiras “molas propulsoras” da introdução do Preventivismo no país e do uso dos aparatos metodológicos e epistêmicos das ciências sociais para a análise da medicina social, com ênfase no processo dinâmico saúde/enfermidade, consoante PAIM (1981). Na década seguinte, a de 60, escolas de ciências sociais foram instituídas com a ajuda da UNESCO, como a FLACSO – Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, de forma que nas duas décadas posteriores, a América Latina já gozava de muitos profissionais críticos nestas áreas, inicialmente de abordagem positivista, e outros foram ainda se especializar na área da saúde propriamente. Por meio destes financiamentos vários eventos e seminários foram realizados, como os encontros de professores de Medicina Preventiva de São Paulo (PAIM, 1958). Ressalta-se ainda que em 1973, a OPAS e a Fundação Kellogg apoiaram tanto financeira quanto tecnicamente a formação do primeiro curso de Medicina Social no Estado do Rio de Janeiro, que foi o Instituto de Medicina Social – UERJ.

A médico-social tinha como exemplos nacionais, do ponto de vista institucional-acadêmico, o IMS/UERJ, os DMPs da UNICAMP e da USP e, num momento posterior, a ENSP, sendo certo que a diferença desta corrente está em uma produção que elege o social como determinante mais incisivo das condições de saúde do sujeito e das populações, ao mesmo tempo em que eleva o sanitarista enquanto sujeito prático interventor à condição de transformador com base no fim almejado. Dessa forma, com base nestas premissas fundamentais para este movimento, que estava em processo de consolidação, a partir da sua clarificação paulatina entre os próprios sujeitos sanitários, uma busca endógena por hegemonia, digo, intra-movimento preventivista, começa a ser travada, impugnando e se opondo aos demais grupos, quais sejam, os sanitaristas racionalizadores e os tradicionais (LIMA ET AL., 2005, p. 65)

Pelo exposto verifica-se que ocorreram transformações graduais tanto teóricas quanto práticas nos DMPs com a (i) incorporação de novos cientistas; (ii) os estudantes trouxeram novos objetos de estudos; (iii) as bibliografias utilizadas nas pesquisas foram renovadas; e (iv) as ciências sociais, enquanto instrumento de análise, passaram a ser mais empregadas, até mesmo pelos profissionais de saúde⁵⁸ (ESCOREL, 1999, p. 29), como o próprio Sérgio Arouca valendo-se de Foucault em sua tese de doutoramento na UNICAMP.

Portanto, os dados parecem indicar que, ao menos no que concerne à teoria, nestes tempos o Brasil já gozava de uma teoria social da medicina, rompendo com os padrões anteriores, como o da Sociologia Funcionalista norte-americana (ALEXANDER, 1987), tendo ainda, mas com nítida influência,

⁵⁸ Assinalando estas transformações, verifica-se que em 1975 a “Secretaria Estadual de São Paulo pretendia formar em torno de 400 sanitaristas, a curto prazo”, e o Convênio entre a SES de São Paulo com a Faculdade de Saúde Pública “permitiu formar pelo menos 50 sanitaristas por semestre”, e assinala José da Silva Guedes (BRASIL, 2006, p. 56), que “Esse pessoal foi recrutado nas residências de Medicina Preventiva e em vários estados, inclusive com a perspectiva de um novo mercado de trabalho, dentro da carreira. Vários desses alunos foram figuras importantes da saúde pública. Um exemplo é o Eduardo Jorge, grande batalhador da área”. E ele, na mesma obra, falou sobre este momento (BRASIL, 2006, p. 56-57): “Com a especialização em saúde pública, com o título de médico sanitarista, fomos em grande número, éramos centenas de médicos recém formados na área de saúde pública, atuar dentro da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. No meu caso específico, havia a idéia de juntar 3 elementos: a questão institucional (de trabalhar com o governo, dentro do aparelho de Estado), a questão de trabalhar junto com o movimento sindical (com os trabalhadores da saúde, especificamente) e o 3º elemento, de ter uma participação popular efetiva nessa área. Ou seja, a reforma do aparelho de Estado, participando da própria secretaria de saúde; a organização de um aparato sindical, que nunca existiu, dos trabalhadores da área de saúde; e uma atuação no movimento popular tendo uma integração autônoma e popular na área de saúde”.

traçado novos rumos nacionais a partir da Medicina Social dos ingleses, e do Estruturalismo francês⁵⁹ (NUNES, 2014).

Como feito com as outras correntes, os elementos básicos de compreensão e operacionalização da teoria social da medicina são: (i) a determinação social da doença, (ii) a historicidade do conceito saúde-doença, (iii) o processo de trabalho, (iv) o poder médico, e (v) a medicalização; enquanto que os conceitos estratégicos são (i) a prática política, e (ii) a consciência sanitária, ambas como constituintes de uma consciência social, a partir da qual e também pela qual serão buscadas as transformações sociais (SCOREL, 1999, p. 29; GIOVANELLA ET AL, 2012, p. 332).

Essa soma de conceituações, cujo alicerce estava fincado no marxismo aplicado à saúde, constituiria, como visto, uma nova teoria, porque, diverso da preventivista, o elemento “social” não é reduzido, simplificado, ou mesmo limitado, mas é tomado como um problema, uma questão a ser investigada e não um dado certo, imóvel e imutável, sobretudo nos aspectos sócio-econômico-trabalhista, na constante busca pela determinação das situações fenomenológicas em estudo.

Nesta conjuntura de origem múltipla do Movimento Sanitário, por fim, havia esse momento de mudança das práticas quanto à saúde pública e também de assistência individual, pelo fato de que, como visto, essas transformações eram mais econômicas do ponto de vista dos gastos (ou melhor, investimentos), os quais foram aproveitados pelo Governo Ditatorial da época, em tentativa de fazer frente à crise financeira deflagrada durante o chamado “Milagre”; e neste mesmo meio desenvolvia-se, em paralelo, o movimento enquanto ideológico, igualmente em constantes devires, na busca pela transformação política, sendo esta consequência do próprio olhar teórico histórico-estrutural desenvolvido ao longo dos anos, que não ocultava, ou mesmo explicitava, o caráter político da área de saúde pública coletiva (SCOREL, 1999, p. 30), pelo simples fato de que é impossível falar em transformações nestes campos públicos sem passar pelas

⁵⁹ É público e notório ressaltar que muito da construção teórica da saúde coletiva se deu com o contributo de universidades brasileiras como a PUC – Rio, a UNICAMP, a USP e outras, em uma quadra histórica de desenvolvimento das ciências sociais em geral, sofrendo fortemente a influência do estruturalismo, que, à época, sofria o seu boom.

“Na maioria, eram profissionais formados na área da saúde [medicina, principalmente] e ensinavam nos Departamentos, Escolas ou Institutos de Saúde, Medicina Social, Saúde Coletiva. O referencial teórico dominante era o marxista estruturalista – uma literatura que extrapolava a área das Ciências Sociais’ (Entrevistado/a nº 12)” (IANNI ET AL., 2014, p. 2301).

discussões políticas, sobretudo do ponto de vista institucional, tanto por questões de alcance, quanto por questões de oficializações e mesmo de recursos viabilizadores dos projetos formulados.

Portanto, foi no agenciamento e entre uma produção mais teórica de conhecimento e a prática política propriamente dita (em que pese ser a própria teoria uma prática, e essa distinção não ser tão visível ou mesmo interessante do ponto de vista dos movimentos pelas mudanças sociais), caminhando em etapas para a institucionalização, que um dos agentes do MSB, a Academia, atuou, considerando as políticas públicas como um locus privilegiado e importante de atuação e movimentação, perfazendo-se aí, de forma organizada, e cada vez mais assim, enquanto Movimento Sanitário, não em sua completude, é claro, pela existência de uma série de outros agentes, a serem estudados em outra oportunidade.

E também a sua própria área de atuação não esteve restrita às questões de saúde, até mesmo pelo próprio momento infeliz que o país atravessa, vivendo ou sobrevivendo sob os cassetes e as censuras do governo ditatorial civil-militar, envolvendo-se em lutas mais amplas e nacionais, isto é, o esforço em busca da Democratização e o fortalecimento das diversas organizações da chamada sociedade civil, em seus fluxos e refluxos constantes, sendo certo, desde já, que foram essas também atuantes junto ao grande Movimento pela Saúde.

Assim aponta FLEURY (1997, p. 27), no sentido de marcar que a luta dos movimentos à época, como o MSB especificamente, não possuía uma única pauta, mas, movido pelo contexto ditatorial, buscavam também a transformação política, digo, a sua extinção:

A proposta de democracia com a qual se trabalhava nos anos 70 tinha um forte conteúdo anárquico e contra-cultural, na medida em que se rebelava contra todo processo de normalização e institucionalização do poder, vistos como rede de macro e micropoderes que, por meio de um conjunto de práticas sociais, subordinavam a energia criadora e potencialmente revolucionária a uma ordem que reproduzia, desde sua macroestrutura até aos comportamentos e símbolos, a engrenagem da dominação. A democracia era vista como comportando um elemento social que se traduzia na proposta de desalienação da população e sua consequente organização em direção a uma melhor apropriação da riqueza social. O mecanismo que permitiria esta passagem seria a participação popular, mística do desvendamento das estruturas da dominação e da criação de uma nova lógica

de ordenação das relações de poder⁶⁰, marca que pode ser encontrada em situação tão paradigmática como foi o Projeto Montes Claros.

2.2

A Abertura Política e a Ampliação dos Espaços Institucionais

A saúde é, antes de mais nada, um direito do ser humano e como tal deve ser respeitado (AROUCA, Primeira Conferência proferida na IV SESAC).

É sabido que o partido governista da ditadura, à época, chamado Arena (Aliança Renovadora Nacional) detinha o controle das duas Casas Legislativas e que, portanto, funcionavam apenas para a manutenção das aparências ditas

⁶⁰ No campo do discurso, especificamente, que pouco a pouco se materializa em ações práticas, percebe-se, a partir da fala de AROUCA, em sua Conferência “Democracia é Saúde” na VIII CNS, já na década de 1980, como este conceito de democracia (ou concepção) se tornaria um dos lemas da RSB, proposto especificamente pelo CEBES, como será visto no capítulo seguinte, e representa uma espécie de consequência dos avanços e formulações no país da Medicina Social e Preventiva, que desembocaria na Saúde Coletiva, não apenas trazendo o social para a análise da dinâmica saúde/doença, mas buscando formas de superação quando este não se mostrasse favorável, tal como se apresentava politicamente o país naquela época, com um modelo de gestão econômica e logo, social, pautado na concentração e no autoritarismo, que levada a população a viver em péssimas condições, certo de que não faltava técnica e saberes para os melhoramentos, mas sim vontade política, que não colocava a questão social como prioridade. Segue um trecho da fala do sanitarista: “Infelizmente, o Brasil, nos últimos anos, conseguiu romper com uma das leis mais consolidadas da história da civilização; a de que quando cresce a riqueza de um País melhora o nível de vida do povo. No auge do seu chamado “milagre econômico” quando este País conseguiu aumentar sua riqueza, conseguiu também aumentar o índice de mortalidade das suas crianças, o número de pessoas que passam fome, a miséria da grande maioria da população e o número de marginalizados. Enfim, aumentou a riqueza e diminuiu o tamanho do nosso povo. Isto precisa ser vencido e derrubado. E foi neste sentido que se cunhou uma frase da maior importância: “Saúde é democracia”. Isto é, passou-se a perceber que não era possível melhorar o nível de vida da nossa população enquanto persistisse, neste País, um modelo econômico concentrador de renda e um modelo político autoritário. Para romper o ciclo econômico que levava nossa população a viver cada vez mais em piores condições, um passo preliminar era a conquista da democracia. O problema não era técnico, não era imaginar que não tivéssemos conhecimentos, técnicas e profissionais para resolver o problema de saúde. O problema era de decisão política, e a política não colocava como prioritária a questão social. O que a política colocava como prioritário era o enriquecimento e a concentração de renda, mas nunca a melhoria de vida do nosso povo. Portanto, o lema que surgiu dentro do sistema de saúde durante os últimos anos – “democracia é saúde” – significava que para se conseguir começar, timidamente, a melhorar as condições de saúde da população brasileira, era fundamental a conquista de um projeto de redemocratização deste País. Essa luta teve repercussões em todos os níveis, na área médica, com a criação dos movimentos de renovação médica, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Teve impacto praticamente em todas as áreas de profissionais de saúde, com a conquista de associações e sindicatos que, antes, não representavam os interesses da categoria; permitiu que o papel do Legislativo, através das suas Comissões de Saúde, fosse recuperado como influenciador de uma política mais efetiva. Criou-se o Parlamento da Saúde, uma associação das Comissões de Saúde das Assembleias Legislativas Estaduais; os sindicatos dos trabalhadores formaram os Departamentos Sindicais de Saúde do Trabalhador; a universidade participou de uma forma efetiva, gerando um conhecimento que permitisse fazer a crítica desse sistema de saúde. E todo esse movimento acabou desembocando, simultaneamente, com a luta pela democratização deste País, no segundo semestre de 1984, numa luta pela redefinição de uma política de saúde, tendo em vista que, no contexto da redemocratização, era fundamental, também, a mudança no setor saúde, como seria fundamental uma mudança no setor urbano, agrário, financeiro e econômico”.

“democráticas”. Não obstante isso, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), a oposição “consentida” do período ditatorial, lançou uma candidatura de protesto, sendo a chapa composta por Ulysses Guimarães e Barbosa Lima Sobrinhos, pleiteando a Presidência e a Vice-Presidência, respectivamente. Todavia, o Congresso Nacional (CN) fez referendo ao general Ernesto Geisel como presidente e assim sucedeu-se.

Geisel já assumia o poder prometendo um retorno aos caminhos democráticos a partir de uma abertura lenta, segura e gradual, tornando-se este projeto de redemocratização um processo gradual, conhecido como “distensão”⁶¹, por meio de medidas liberalizantes, coordenadas pelo Executivo Federal, o que abrangia a suspensão, parcial diga-se, da censura prévia com relação aos diversos meios de comunicação; bem como a revogação gradual de alguns dos mecanismos explícitos de coerção legalizada, limitadoras das liberdades públicas e dos direitos individuais.

O projeto de distensão, todavia, diverso do que poderia parecer, nem de longe refletia uma confiança ou mesmo um desejo de democracia pelo Chefe do Executivo, toda a cúpula governista e os demais participantes da administração. Em realidade, essa abertura processualizada, porque lenta e gradual, era uma espécie de “saída” para que as Forças Armadas nacionais pudessem sair, o mais ilesas possíveis, do Poder Institucional, muito motivado pelos constantes fracassos na gerência do país (BRASIL, 2007, p. 23) e, por conseguinte, o desgaste que sofriam cada dia mais⁶².

⁶¹ “Mas a lentidão do processo brasileiro foi um elemento fundamental da estratégia para institucionalizar o regime, tornar constitucional o aparelho montado com ajuda de uma série de atos inconstitucionais e permitir, legal e politicamente, a continuidade, a médio prazo, do regime militar e, a longo prazo, do regime autoritário-burocrático militarizado” (ESCOREL, 1999, p. 32).

⁶² “Na verdade, a abertura, constitui um processo sócio-político impulsionado por vários movimentos de resistência encampados por diferentes sujeitos individuais e coletivos da sociedade civil brasileira, abarcando desde as camadas populares, os segmentos democráticos da classe média, tanto as de orientação liberal-democrática quanto as de esquerda, e até mesmo algumas frações da alta burguesia industrial nacional não mais satisfeitas com um modelo econômico desnacionalizante e dependente do capital industrial-financeiro estrangeiro, o qual, a partir de 1973, trazia à tona as suas graves deficiências estruturais. Não há como negar o impacto causado num dos pilares de sustentação social do regime com a atuação de alguns segmentos da alta e da pequena burguesia liberal que - a despeito de terem antes apoiado o Golpe de 64, como a OAB e outras entidades profissionais, a grande imprensa, os magistrados, políticos de centro e o grosso do empresariado nacional, pouco depois da edição dos Atos Institucionais 2, 3 e 5, assim como da crise da sucessão presidencial deflagrada pela enfermidade e o impedimento do marechal Costa e Silva - começaram a questionar o fechamento político, a perseguição à oposição pacífica, as diversas formas de violência contra presos políticos, a grande interferência do Estado na economia, o aumento da centralização político-administrativa por parte do Governo Federal, a concentração do poder deliberativo nas mãos de um grupo cada vez menor de tecnocratas civis e de oficiais da

A insustentabilidade

O controle policialesco sobre todos os setores da sociedade, públicos e civis, institucionais ou não, bem como os graus diversos de violências repressivas e a inexistência das liberdades, levaram o Brasil a patamares insustentáveis quanto à manutenção do regime forçado e intransigente da Ditadura. Soma-se a isso o fato de os militares terem assumido o governo diretamente, o que não agradou todos os setores das Forças Armadas, fazendo com que exsurgisse em seu interior uma politização polarizada, daí resultando (mas não apenas por conta disso) certa presença desagradável, para alguns, de anarquia e desordem, encabeçada pelos militares radicais e seus núcleos.

Portanto, é forçoso concluir que o processo da distensão foi mesmo um sinal da impossibilidade de os militares se perpetuarem no poder; e que ela foi gestada de modo a não ameaçar o sentido de ordem em vigor e nem os interesses das classes dominantes, das elites do país.

Nas palavras de ESCOREL (1999, p. 33):

Na bibliografia consultada, mesmo nos autores preocupados com o estudo dos movimentos de oposição ao regime e com o crescimento de forças e grupos sociais já distanciados do pacto de dominação, ficou clara a iniciativa da elite dirigente – mais propriamente, de uma determinada facção militar (castelista) comandada pela dupla de generais Geisel/Golbery (Kucinski, 1982; Alves, 1985). Stepan (1986:47) considera a dupla de generais ‘crucial’ para a distensão. Se Golbery era o ‘mágico da abertura’, o estrategista político, Geisel era o chefe, o fiador do processo junto à corporação militar que nutria desconfiança por Golbery. Ou seja, Geisel era para os militares uma pré-condição para que a estratégia de Golbery pudesse ser implementada.

Todavia, ainda que a iniciativa tenha sido da elite militar no governo, essa iniciativa foi ampliada e adjudicada por grupos e formações sociais da oposição, que, no processo de combate, conseguiram transformar a distensão em abertura e esta em democratização, como é sabido.

Durante o governo Geisel, a partir do entendimento da polarização interna nas Forças Armadas, ocorreram tentativas de golpes dentro do próprio Golpe, promovidas pelos setores militares discordantes da política de abertura lenta,

alta cúpula do Exército que constituíam os centros de decisões políticas e econômicas fundamentais para o futuro do País” (BRASIL, Conasems, 2007, p. 19).

gradual e segura, sobretudo por aqueles que atuavam no controle dos aparatos repressivos.

Violação dos Direitos Humanos

Em março de 1974, quando Geisel assumiu a Presidência, a Ditadura já havia combatido com sucesso todas as resistências armadas que ameaçavam o regime em curso, todavia, o aparato de repressão continuava operando. Acontece que a liberalização política só poderia obter algum sucesso caso os órgãos cuja função era a de fazer que a repressão diminuísse, considerável e gradativamente, as suas atividades nefastas. O governo até tentou contê-las, mas houve uma forte reação por parte do setor.

Para tentar evitar as crises advindas dos seus próprios companheiros, fez o Presidente concessões às estruturas repressivas, impedindo pressões das oposições, como o MDB e a Igreja Católica, que buscavam esclarecimentos sobre os cidadãos mortos, torturados e/ou desaparecidos a partir dos atos ditatoriais. Geisel, no entanto, para também conter as crises que poderiam irromper por parte dos setores civis e sociais empreendeu algumas medidas contra os militares mais radicais, como no caso do jornalista Vladimir Herzog⁶³, morto após tortura no DOI-Codi (Destacamento de Operações de Informações do Centro de Operações de Defesa Interna) em São Paulo, quando nada fez, após pressões de milhares, incluindo setores da classe média, sucedido por outra morte, a do operário Manoel Fiel Filho, em condições idênticas, fez com que Geisel destituisse do Comando do 2º Exército.

Esta demissão, portanto, foi uma espécie de primeira ofensiva do governo em face dos militares radicais; sendo que foi em outubro de 1977, com a demissão do Ministro do Exército, Sylvio Frota, que pretendia se impor como Presidente (golpe dentro do Golpe), o episódio mais marcante e que firmaria a supremacia do campo governista frente aos mais exaltados.

⁶³ “A retomada das iniciativas reformistas na área da saúde”, como em São Paulo, em 1975, coincidiam com a conjuntura da vida política do Brasil. Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão, aponta neste sentido (BRASIL, 2006, p. 56): “Por coincidência ou não, a partir das mortes do Vladimir Herzog, em 1975, e do Manoel Fiel Filho, em janeiro de 1976, que sacodem a nação, os movimentos pelas liberdades democráticas começam a crescer, talvez como um emblema de que não se podia continuar com uma ditadura tão truculenta, que não era só truculenta contra os movimentos armados e a guerrilha, mas era truculenta contra todos os movimentos sociais por direitos da população”.

A economia

O chamado Milagre Econômico, o ciclo de prosperidade, via empréstimos e aumento da dívida pública, sendo em realidade, um pseudo-milagre (ESCOREL, 1999, p. 32) com base na “fortuna” (MAQUIAVAL, 2007), só durou enquanto as condições internacionais eram favoráveis ao país, encerrando-se com a escassez dos empréstimos internacionais e aumento significativo do preço do petróleo. Com isso, setores da burguesia industrial começaram a discordar dos rumos políticos, exigindo, por exemplo, a desestatização da economia.

Aliado a isso, o aumento do custo de vida e a redução dos salários levaram ao descontentamento por parte dos trabalhadores, levando ao maior ciclo de greve da história do país em 1978 na região do ABC Paulista, sendo impraticável a contenção do governo dessas reivindicações.

Nesse momento, isto é, durante o governo Geisel, uma multiplicidade de setores da sociedade começaram a se articular contra a Ditadura e em prol da democratização, como era o caso do MSB, que, como será visto, lutava em prol dessas causas mais gerais, não se restringindo apenas às lutas por melhorias na saúde.

Um dos grandes sinais deste descontentamento foi o mecanismo mais importante de reativação da política, a vitória expressiva do MDB nas eleições legislativas de novembro de 1974, conseguindo eleger 16 senadores, aumentar a Bancada na Câmara de 87 para 160 deputados, com 72% dos votos válidos⁶⁴, deixando claro que se as eleições fossem verdadeiramente livres, o governo não se manteria no Poder e daí surgiu o Pacote de Abril, que alterava as normas eleitorais em favor do Governo⁶⁵ (ESCOREL, 1999, p. 34). O Pacote fixou os limites da

⁶⁴ Em ESCOREL (1999, p. 35): “Para vários grupos de esquerda, o MDB representou um reencontro com a política do possível, após a experiência trágica das guerrilhas que destruiu os melhores quadros da esquerda. Aos poucos o MDB se transformava em instrumento de participação política mais permanente, e não apenas veículo de protesto, ou máquina eleitoral’ (Kucinski, 1982:99). Assim, se os ‘anos Geisel’ significaram para o MDB a sua transformação de partido com papel marcado em partido de oposição real, para os partidos comunistas clandestinos o MDB significou a possibilidade de atuação parlamentar, e as eleições foram momentos especiais de atuação política”.

⁶⁵ “Outro elemento que caracterizou a reativação da política (e seus diferentes mecanismos de restabelecer contato entre o Estado e a sociedade) foi a ‘missão Portela’, em que o Ministro da Justiça foi encarregado de negociar a distensão do regime com alguns setores da oposição como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Igreja e o

distensão, bem como as bases para a continuação do processo, que deveria ser monopólio do governo, sendo este um elemento essencial do processo.

2.3

O Crescimento das Resistências

Estudantil

Ainda no campo das resistências é preciso falar do Movimento Estudantil, que, a partir de 1975, os universitários começaram a reconstruir as entidades e demais organizações representativas⁶⁶. Até os anos de 1976, aproximadamente, o movimento estudantil em geral se manteve restrito no interior das academias e apenas no ano seguinte passaram a publicizar a oposição, saindo às ruas promovendo passeatas, atos públicos, com as exigências democráticas.

Salienta-se que durante os anos Geisel a repressão aos movimentos estudantis foram ainda mais veementes em relação ao movimento operário, e ainda assim, em 1975, com o ressurgimento do movimento para o ambiente externo, com algumas começando a serem deflagradas, sobretudo no estado de São Paulo, em 1976 uma articulação nacional é tecida para a realização do 1º Encontro Nacional dos Estudantes (ENE), sofrendo uma resposta estatal violentíssima, com a invasão de campi universitários, a prisão e expulsão de alunos, a instauração de processos contra os estudantes por prática de crime contra a segurança nacional. Mesmo sob as pedradas e a norma prática e legal de intolerância e repreensão, em 1978, após um longo período mantido na clandestinidade, o 1º Congresso da UNE foi concretizado (SCOREL, 1999, p. 38).

próprio MDB. O objetivo era conseguir apoio para as propostas que garantiriam a continuidade do regime através de reformas da Lei de Segurança Nacional, que estabeleciam o fim do AI-5 e o início das 'salvaguardas'. A própria existência dessa 'missão', oficializada em dezembro de 1977, demonstrava já ser evidente para o Governo a necessidade de buscar mecanismos menos autoritários do que o fechamento do Congresso, mas que também não evidenciassem tanto a oposição ao Governo como os processos eleitorais vinham fazendo. A 'missão Portela' foi, portanto, um mecanismo de elite, sigiloso e parcial, de reativação dos canais políticos de mediação entre o Governo e a sociedade civil" (SCOREL, 1999, p. 33).

⁶⁶ O que se harmoniza com o fato de que foi a partir de 1975 com o recrutamento quase "massivo", já apontado, dos estudantes, que os "intelectuais orgânicos do movimento da Reforma Sanitária" passou a atuar, dentro das residências médicas, e que, portanto, foram se materializando, tal como o MSB, a partir daí, como relata Francisco Campos (BRASIL, 2006, p. 57).

Catolicismo

A Igreja Católica também teve atuação destacada, a partir dos seus setores progressistas, como os muito conhecidos Dom Hélder Câmara e Dom Paulo Evaristo Arns, que denunciaram publicamente os casos de tortura, prisões e desaparecimentos forçados. Segundo ESCOREL (1999, pp. 36 e 37), o setor mais importante de combate às políticas autoritárias foi a Igreja, que ao longo do período foi se transformando, de organizadora da Marcha da Família com Deus pela Liberdade, na principal organização de defesa dos direitos humanos e políticos, estando mesmo à frente das lutas, falando antes e mais alto do que os demais setores; e, sobretudo, falando, “da necessidade dos pobres e dos oprimidos no campo e na cidade, diferenciando-se das demais frentes oposicionistas, estreitamente vinculadas às classes média e alta”, valendo-se dos canais da CNBB, via documentos, estudos e ações; e dos CEBs (Comunidades Eclesiais de Base), quanto à organização e articulação da rede nacional.

De forma muito breve, pode-se dizer que:

As CEBs são fruto de um determinado contexto sociopolítico e eclesial. Na década de sessenta do século XX nosso país e outros da América Latina enfrentaram ditaduras, com regressão da democracia. Do ponto de vista econômico, os países do continente buscavam vencer o subdesenvolvimento, mas aos poucos aumentava a percepção de que a pobreza no continente era resultante das relações estabelecidas entre países centrais e economias periféricas, provocando dependência. Trata-se, portanto, de um contexto negativo (RODRIGUES, 2016, p. 69).

Interessante é que quanto mais reprimida, mais a Igreja encontrava respaldo e identificação com as lutas populares, daí extraíndo a sua maior força de resistência. Foi por meio dos CEBs que foi difundida a Teologia da Libertação, levando a um grande número de pessoas a possibilidade de discutir os problemas que lhes afligiam cotidianamente, em uma perspectiva de justiça social e de busca por soluções concretas.

Dos CEBs ainda que nasceu, em 1973, o “primeiro movimento reivindicatório com apelo de massas e caráter nacional que ocupou imediatamente um espaço importante no cenário político: o Movimento Custo de Vida (MCV) (KUCINSKI, 1982, p. 103). Este movimento, gerado nas periferias dos grandes centros nacionais, sobretudo em São Paulo, era o local da expressão da voz do

oprimido, protestando contra a miséria crescente. Além dos CEBs, estavam em ligação com as associações de moradores, tendo, a partir de 1977, uma eleição para coordenação geral e em 1978 a definição das suas reivindicações básicas, em assembleia de cinco mil pessoas. Daí em diante fluiu por todo o país, conseguindo obter, antes mesmo da eleição daquele ano, mais de um milhão de assinaturas, exigindo (i) abono de emergência no valor de 30% para todos os trabalhadores, (ii) o congelamento dos gêneros de primeira necessidade e (iii) salários condizentes com a dignidade humana, envolvendo os aspectos de saúde, de alimentação, de manutenção da existência para toda a família e por consequência, para a comunidade. Não foi recebida no Planalto, mas a coordenação do MCV “deixou depositada em frente a ele, em pilhas, por escrito, a maior manifestação de protesto popular daquela conjuntura” (SCOREL, 1999, pp. 37 e 38).

No campo das organizações mobilizadas das classes média e alta, verificou-se que elas existiram e resistiram por meio de estruturas corporativas, com certa relevância no período, sob a alcunha de “movimentos de oposição liberal”, que, juntamente com o MDB, canalizaram pressões pró-democráticas, entre as quais estavam a OAB, a ABI, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e o Movimento pela Anistia (SCOREL, 1999, p. 38).

Sindicalismo

Como não poderia deixar de mencionar, surgiu como movimento nesta mesma quadratura histórica um movimento sindical deveras importante, sobretudo no campo metalúrgico, que ficou conhecido como o “Novo Sindicalismo”⁶⁷, coordenador de uma multiplicidade de greves sindicais, a partir de maio de 1978 em São Bernardo do Campo – SP. A organização da categoria,

⁶⁷ O Novo Sindicalismo seria caracterizado basicamente pelos seguintes marcadores: origem no setor moderno da economia; autonomia frente aos partidos e ao Estado, organização voltada à base e ímpeto reivindicativo direcionado para o interesse dos trabalhadores (SANTANA, 1998). Por conta disso, seria uma ruptura com o modelo passado, especialmente os anos de 1945/1964, de caráter dito populista, distante das bases e com pouco empenho reivindicativo no que concerne aos interesses mais imediatos da classe trabalhadora, sendo assim, portanto, apenas um “mero apêndice do jogo de dominação das elites”. Ainda conforme Santana, este movimento agregou uma série de forças distintas entre si, mas que tinham em comum, como elemento de intersecção o posicionamento contrário aos demais setores pelegos ou reformistas, sendo mesmo um sindicalismo de colaboração de classes. O surgimento deste novo movimento pode ser visto como uma situação de fluxos políticos e sindicais diversos no interior dos setores da esquerda no país, mas concorrentes.

segundo ESCOREL (1999, p. 38) teve início em 1977 a partir da campanha de reposição dos 34% que o Governo reconheceu haver se apropriado em 1974 dos índices inflacionários e logo, dos reajustes salariais (que o tinham como base). Este novo movimento sindical não ficou restrito aos metalúrgicos, fluindo em direção a outras categorias trabalhistas, como os de transportes urbanos, professores e médicos, com um dos objetivos de retomar as lideranças dos sindicatos.

Os sindicatos reaparecem defendendo os interesses operários e dos camponeses, a partir da força política, já exuberante, da CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, assim como dos profissionais de classe média, como os docentes e médicos.

Segundo aponta BRESSER PEREIRA (1985, p. 111), em 1975 a própria burguesia iniciou o rompimento da sua aliança autoritária com a “tecnoburocracia”, aprofundando este corte, parcial, em 1977, isto porque, (i) o medo da subversão comunista se esvaia, paulatinamente; e (ii) pela desaceleração econômica a partir de 1974 e o abandono do II PND em 1976 demonstraram que a tecnoburocracia estatal era passível de cometer grandes erros econômicos.

Pelo exposto, o governo Geisel era contraditório, no sentido de que prometia a abertura democrática lenta, gradual e segura, a repressão estava ainda à solta, com aumento dos números de desaparecidos e de torturados, lançando bombas em bancas de jornal, em Centros Acadêmicos e invadindo universidades. Aumentava a liberdade de expressão, mantendo intacto e legalizado o controle repressivo do Estado sobre a sociedade.

Foi também marcado por uma série de crises, intragoverno e nas relações deste com a sociedade civil, fazendo com que os estrategistas alcançassem alguns dos objetivos, a partir do pacote de reformas constitucionais, com o uso de medidas liberalizantes, quais sejam, o restabelecimento do Habeas Corpus para os crimes políticos, o fim das cassações e de outras práticas arbitrárias, compensadas a partir das normas de Estado de Emergência, consolidando, pelas vias legais, amplos poderes de controle e repressão política (ESCOREL, 199, p. 40).

Para a sucessão de Geisel, este escolheu João Baptista Figueiredo (PDS), chefe do Serviço Nacional de Informação (SNI), este, por sua vez, igualmente comprometido com o projeto de abertura política rumo à democracia, e assim foi sendo feito.

2.4

O II Plano Nacional do Desenvolvimento (PND)

A primeira vista pode parecer estranho estar falando das Origens do MSB no país, que, na diversidade dos seus atores e projetos, viria a construir o Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil e tecer alguns comentários acerca o II PND. Acontece que, como será visto de forma resumida ao longo do tópico, este Plano foi fundamental para a consolidação do projeto do MSB, justamente por alargar os espaços institucionais disponíveis para a ocupação por parte dos agentes dos cargos e programas que seriam lançados e assim foram penetrando o campo oficial-legal das instituições, possibilitando a transformação do pensamento sanitário no país nos *loci* governamentais.

Breve Histórico

O II PND (1975-1979) fazia parte da determinação constitucional para todo novo governo de apresentar um plano nacional de desenvolvimento. Este II Plano foi lançado no fim de 1974, instituído por Geisel e tinha como objetivo básico o estímulo à produção de quatro itens: bens de capital, alimentos, energia e insumos básicos, pretendo manter o ritmo de crescimento e atingir o sonho do Brasil como uma grande potência.

Ele acabou sendo o PND mais conhecido (e mesmo importante) pelo fato de ter sido uma resposta à ressaca do pseudo-milagre brasileiro e à crise econômica, por sua vez fruto dos choques do petróleo, marcado por diversas fases.

O plano era deveras ambicioso, visando enfrentar a crise internacional decorrente do problema petrolífero, sendo ainda considerado o último grande plano econômico do ciclo desenvolvimentista no país e um dos maiores programas de intervenção do Estado na economia, que “transformou significativamente o parque industrial brasileiro com a implantação de um polo de insumos básicos e de bens de capital” (MANTEGA, 1997, p. 3).

O plano teve suas bases políticas razoavelmente consolidadas devido aos aportes do capital financeiro nacional e às oligarquias tradicionais. Todavia, não

obstante isso, o Plano não conseguiu ser exitoso no grau desejado e a dívida externa do país cresceu abruptamente no período em que o Plano estava em vigor.

A proposta do II PND era o de promover um ajuste não apenas conjuntural da economia nacional, mas efetivamente estrutural, indo além das medidas de regulação e de gestão da política econômica no curto prazo (o que envolve, por exemplo, a taxa de câmbio, de juros, regras de importação e tributação), buscando reorganizar as bases da economia.

Na época, cerca de 80% do petróleo consumido no país era proveniente de importações, somado ao fato de que a taxa de dependência deste componente na matriz energética já era bem alta. Por isso, uma das diretrizes do II PND era reduzir a dependência do petróleo dos árabes, a partir do investimento em pesquisa, prospecção, exploração e refinamento dentro do próprio solo brasileiro, bem como o investimento em fontes alternativas, como a energia nuclear e o álcool.

No campo da política de integração nacional o plano se baseava em um programa de aplicação de recursos na região Nordeste, assim como a ocupação produtiva da Amazônia e do Centro-Oeste, a partir, basicamente, de dois programas, o Poloamazônia – Programa de Pólos Agropecuários e Agrominerais da Amazônia; e o Programa de Desenvolvimento de Recursos Florestais.

Já o desenvolvimento social teve como meta a ser alcançada a partir do agenciamento de uma política de emprego e uma política de salários, que possibilitaria a formação progressiva de uma base para o mercado de consumo de massa. Para tal, a qualificação da mão-de-obra deveria ser fomentada pela educação, por um treinamento profissional e um programa de saúde, saneamento e nutrição.

Ligado a esta última, a política de integração social, alicerçada na aplicação do conceito de previdência, abrangeria ainda uma política habitacional e uma multiplicidade de mecanismos suplementares de renda, bem como da poupança e do patrimônio do trabalhador (ABREU, Verbete, s/d.).

O sucesso do plano dependia de volumes espessos de financiamento e recursos de longo prazo, o que foi obtido junto aos petrodólares (divisas oriundas das exportações de petróleo) e também, em menor escala, a partir das linhas públicas de crédito ofertadas pelo BNDES.

Apesar do êxito parcial, foi por meio do II PND que o Brasil conquistou a dominância plena de todo o ciclo produtivo industrial, em que pese os altos custos dessa vitória, com a explosão da dívida externa. Nessa época, a atividade produtiva diminuiu e a especulação financeira cresceu; e o processo de concentração de renda continuou, conforme o censo de 1970, “com um aumento de 14% na participação do decil mais rico da população na renda nacional” (ESCOREL, 1999, p. 41).

Questões Sociais do II PND

O II PND abandonou aquela velha ideia de “esperar o bolo crescer”, reconhecendo “que a política social tem objetivos próprios e que o desenvolvimento social deve ocorrer de forma paralela e progressiva ao desenvolvimento econômico, e ainda, explicitamente, propõe-se a aumentar substancialmente a renda real de todas as classes e de reduzir de forma substancial a ‘pobreza absoluta’” (BRASIL, II PND, p. 71).

O plano, no núcleo social, apresentava como prioridade a Educação e a Saúde, junto à infra-estrutura de serviços urbanos, sem esquecer da área de Previdência Social, por meio do novo Ministério da Previdência e Assistência Social, orientada no sentido de dar eficácia à ação do Governo quanto à Assistência Médica (BRASIL, II, PND, p. 99).

Portanto, tanto a saúde quanto a educação eram problemas persistentes, não obstante os avanços econômicos perpetrados. O setor da Saúde, por exemplo, “carece de capacidade gerencial e estrutura técnica e, com isso, se reduz a eficácia dos recursos públicos a eles destinados e se eleva os riscos das decisões de aumentá-los substancialmente”, sendo este entendimento o verdadeiro orientador das estratégias para o desenvolvimento do setor (BRASIL, II PND, p. 72).

Dois grandes campos institucionais são definidos, prioritariamente: “O do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária”; e o “do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado” (BRASIL, II PND, p. 73).

Essa proposta de dar prioridade ao setor da Saúde no campo social foi acompanhado de um aporte financeiro a partir de 1975 quando os recursos do Ministério da Saúde aumentaram (em comparação aos anos anteriores na proporção dos gastos totais da União); e no setor previdenciário começou-se a unificação e a centralização dos recursos, que dava a aparência de um superávit frente ao fluxo demandante. Assim foi que, sob o pilar do cuidado com a área social sugerido e advogado pelo II PND que novos espaços institucionais foram abertos (SCOREL, 1999, p. 42)

Ora, a Ditadura carecia de legitimidade, e cada vez mais as alianças iam se rompendo, e por isso precisava de políticas sociais, e assim investir recursos nos projetos destes setores, como aponta também FONSECA & MONTEIRO (2008, pp. 38 e 39):

Se a legitimação do regime era um gargalo desde seu nascedouro, tornou-se problema inadiável com o fim do "milagre", fato desde logo percebido pelos novos governantes. Estes se depararão com o seguinte paradoxo: em termos ideais, o ambiente mais apropriado para a distensão e para a institucionalização seria a fase áurea do ciclo, tendencialmente mais propícia para granjear adeptos e alcançar respaldo eleitoral, como fazem crer as teorias de ciclo político oportunista; mas por que abrir o regime naquele período, se este parecia ter resolvido o problema da legitimação com o clima de euforia do "milagre"? É na crise que a falta de legitimidade se explicita com mais nitidez e transforma-se em problema cuja solução não pode ser postergada. Em síntese: o fim da expansão cíclica trazia consigo obstáculos à institucionalização, mas no velho sentido da dialética hegeliana, contraditoriamente a incitava; era ao mesmo tempo barreira e motivação da necessidade de assentar a legitimidade do regime em novas bases. Mais que velho sonho do grupo "castellista", a abertura do regime e sua institucionalização começavam a se tornar uma exigência, como captou com argúcia Bresser Pereira.

Todavia, como não dispunha de quadros suficientes para ocupar todos os espaços abertos para tal, terminou por criar regiões extensionais institucionais para sujeitos de pensamentos contrários ao da Ditadura, ou mesmo antagônicos (SCOREL, 1999, p. 43), o que viria a constituir uma grande brecha, fundamental para o desenvolvimento do Movimento Sanitário em si, enquanto resistência institucionalizada, e por consequência, para a concretização de um dos seus projetos mais bem sucedidos, o SUS.

2.5

Ampliando os Espaços Legal-oficiais

A saúde nos trópicos não depende de
 Nenhuma fatalidade geográfica ou climática,
 Mas é uma lúdica conquista da organização,
 Do esforço e do conhecimento humano.
 Samuel Pessoa, em Ensaio Médico-Sociais (edição-
 homenagem póstuma ao cientista, professor, sanitarista e
 político).

Com a chegada das questões sociais no âmbito estatal, ao menos no que concerne a um planejamento minimamente estrutural, oficializado, na época ditatorial civil-militar, ainda que utilizado como recurso de legitimação do poder arbitrário, produziu, segundo ESCOREL (1999, p. 43) “estímulos oficiais para o surgimento de equipes de pensamento oposicionista em algumas instituições setoriais”, não apenas teórico, como parecer entender a autora, mas também prático, no campo fenomênico da existência, justamente pelas consequências que adviriam destes estímulos, com a ampliação de vertentes filosóficas e de ideais nos espaços institucionais da estrutura governamental.

Isto porque estes espaços, uns já criados, outros que viriam a ser a partir do II PND, passaram a ser frequentados de maneira oficial por “técnicos que não reproduziam a política dominante”, mas antes o contrário, já que ostentavam bandeiras outras, cujas propostas eram bem alternativas, ou mesmo contra-hegemônicas naquele momento histórico.

E que espaços foram estes? Basicamente três, instituídos por vínculos diretos ao documento analisado, o II PND, que, consoante Escorel, constituíram-se (ou foram constituídos) enquanto verdadeiros sustentáculos institucionais para a articulação e ao mesmo tempo estruturação, dentro da leitura processualista do fluxo, do Movimento Sanitário, quais sejam: (i) o setor Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/IPEA), (ii) a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e (iii) o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS (PPREPS/OPAS)⁶⁸ (LIMA ET AL., 2005, p. 66 e ss).

⁶⁸ “Essas alterações institucionais, que refletiam uma preocupação com a área de recursos humanos e formação de pessoal em saúde, associavam-se diretamente ao desenvolvimento da Ensp e às mudanças que iriam ter início a partir de 1974. O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps) foi criado em 1975, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura, em convênio com a Organização Pan- Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976” (ESCOREL, 1999).

Estas três extensões espaciais institucionais paulatinamente foram se organizando para a construção de uma malha de apoio e defesa de projetos e mesmo pessoas, passando a financiar pesquisas, realizar a contratação de profissionais, promover o agenciamento com as secretarias estaduais de saúde, e a formular e advogar por propostas distintas da padronizada a serem aplicadas à organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento dos recursos humanos⁶⁹ (ESCOREL, 1999, p. 43). Nesse sentido é que podemos apontá-la (a rede) como instituinte das bases institucionais que fomentaram e influenciaram enormemente o MSB em seu processo de desenvolvimento e consolidação.

Neste mesmo sentido aponta LIMA ET AL. (2005, p. 68):

Nesses primeiros anos do movimento sanitário, a ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde. Dessa forma, profissionais que pensavam criticamente o sistema tratavam estes espaços como uma arena onde era possível travar uma luta surda, mas acirrada, para pôr em prática projetos que, de resto, iam completamente na contra-mão dos interesses do regime autoritário.

Na qualidade de maior programa de intervenção estatal na economia do período, o II PND exigia o acrisolamento da tecnologia aplicada à área social, com foco particular em educação e saúde, e neste visava especificamente “desenvolver programas de pesquisa orientados para a eliminação de endemias, como a esquistossome e o mal de Chagas, assim como sobre a nutrição de grandes contingentes populacionais”; e a instituição de “certo número de centros voltados para o diagnóstico e tratamento de doenças da nossa sociedade urbana, como o câncer e problemas de coração”.

Para tais fins valer-se-iam enquanto recursos operatórios práticos, além de outros, como a “Garantia de qualidade à pesquisa realizada”, a:

Criação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNP), por transformação do atual Conselho Nacional de Pesquisas, para dotá-lo de flexibilidade administrativa e financeira e dar-lhe sólida estrutura institucional, sob a forma de Fundação. O Conselho, vinculado à Secretaria de

⁶⁹ “A cooperação entre os dois programas, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de recursos humanos, teve impacto expressivo nas secretarias estaduais de saúde do Nordeste (Escorel, 1998). No mesmo ano de criação do Ppreps, a Ensp deu início à experiência dos cursos descentralizados que viriam se somar a esse processo de redefinição da formação de recursos humanos e de revisão dos paradigmas da saúde, para o qual também foram importantes outras experiências institucionais anteriores, como, entre outras, a da Universidade de Brasília, em que se formaram quadros importantes para a gênese do movimento sanitário (Jouval, 2003; Rodriguez Neto, 2003)” (LIMA & FONSECA & SANTOS, 2004, p. 80-81).

Planejamento da Presidência da República, será o principal instrumento auxiliar do Governo na coordenação da política de ciência e tecnologia”.

“A Execução do II Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PBDCT), consubstanciando os programas e projetos prioritários do sistema nacional de ciência e tecnologia, nas áreas dos diferentes Ministérios.”

“O PBDCT disporá, além dos recursos normais dos Ministérios, de poderoso sistema financeiro de fundos, principalmente o Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT), o FUNTEC (do BNDE) e aquele ligado ao CNPq.”

“As aplicações previstas são de Cr\$ 12 bilhões, no período 1975-1977, alcançando Cr\$ 22 bilhões a estimativa preliminar de recursos para o setor, no quinquênio.”

“O Engajamento da empresa, privada e governamental, no esforço de modernização e inovação tecnológica, notadamente por intermédio de:

1) Aperfeiçoamento da política de transferência de tecnologia do exterior baseada em:

- Seleção de tecnologias a importar, segundo critérios de prioridade que considerem a natureza do produto e do processo, sua significação para o desenvolvimento nacional e a possibilidade de solução interna do problema tecnológico.

- Utilização flexível do sistema mundial de patentes, e melhor conhecimento da oferta de tecnologia, a fim de permitir ampla avaliação na escolha de alternativas, conferir maior poder na negociação as empresas nacionais e permitir o controle adequado, pelo Governo, das importações feitas pela empresa estrangeira.

- Estímulo a adaptação, absorção e difusão interna de tecnologia importada, através de medidas e procedimentos adequados e da remoção das restrições contratuais ou implícitas, que possam acompanhar os acordos de transferências.

2) Expansão e revigoração das atividades de propriedade industrial (INPI) e de metrologia, normalização e certificação de qualidade (CONMETRO e INMETRO), sob a coordenação da Secretaria de Tecnologia Industrial do MIC.

3) Criação de incentivos, financeiros e/ou fiscais, para induzir toda grande empresa, nacionais ou estrangeira, a realizar orçamento próprio de pesquisas, para adaptações ou inovação tecnológica.

4) Estabelecimento de programas para transferência de tecnologia atualizada as pequenas e médias empresas. Em geral, criação de canais para transferir, ao sistema empresarial, os resultados da pesquisa tecnológica realizada par instituições governamentais.

5) Criação, pelos diferentes setores da indústria e de outras áreas, de instituições de pesquisa financiadas pelos próprios empresários, com apoio governamental.

6) Apoio a criação, para desenvolvimento pela iniciativa privada, inclusive em associação com entidades da espécie no exterior, de centros capazes de associar a pesquisa e o desenvolvimento, no campo tecnológico, com a pesquisa econômica e o engineering.

7) Apoio a engenharia nacional, para capacitá-la a elaborar projetos de engenharia de processo, de produto e de detalhamento, através do fortalecimento das empresas nacionais de consultoria.

- Execução do Plano Nacional de Pós-Graduação, sob a coordenação do Conselho Nacional de Pós-Graduação, integrando, nas universidades, pós graduação e pesquisa.

- Orientação de proporcionar, ao pesquisador, condições de trabalho satisfatórias, materialmente e em outros campos, com implantação do grupo funcionai de Pesquisador Científico e Tecnológico, no novo Plano de Classificação de Cargos.

- Ampliação dos programas de Cooperação Técnica Internacional voltados para a importação de cérebros e de tecnologias de ponta, inclusive para efeito de fortalecimento de centros de pesquisa no País, e para o treinamento pós-graduado

de técnicos e professores brasileiros no exterior nos campos do conhecimento especializado de que ainda carece o País (BRASIL, II PND, p. 138-139).

O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), recém-criado, financiava inúmeros projetos, dentre os quais aqueles voltados para a erradicação de endemias, o que, não obstante os esforços, ainda mais se tratando de uma Ditadura (abertamente impositiva), não resultou em inovações democráticas, pois a provação dos projetos estava condicionada a alguns fatores, como (i) o prestígio da instituição, (ii) o nome e o status acadêmico do pesquisador e (iii) do interesse que despertasse naquele órgão. Em outra mão, o fundo de fomento tecnológico do BNDE, acima demonstrado, em parte, financiava empreendimentos nacionais sem nenhuma vinculação com o setor social (SCOREL, 1999, p. 44).

Foi somente com o advento da FINEP, enquanto Secretaria Executiva do FNDCT, que os financiamentos do setor social e também acadêmico se transformaram, diferenciando dos promovidos pelo CNPq pelo fato de se voltarem para o avanço institucional e não apenas de um projeto específico de um pesquisador *idem*. Com a majoração dos recursos direcionados à academia, no campo da saúde coletiva, foi que se tornou possível o avanço do Instituto de Medicina Social da UERJ, criado em 1971, e a criação do Programa de Estudos Sócio-Econômicos da Saúde (PESES e do Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos (PEPPE) na FIOCRUZ (SCOREL, 1999, p. 44).

Outra base institucional do avanço neste sentido estava na Secretaria de Planejamento (SEPLAN), recém-criada, e que era, até o momento, um Ministério. Foi no íntimo do Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA) e no apelidado “setor saúde” do Centro Nacional de Recursos Humanos (CNRH) que nasceram alguns dos fundamentais e considerados programas de saúde que assinalaram o período, quais sejam, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)⁷⁰, estando ainda o “setor saúde” do CNRH implicado na

⁷⁰ “O Piass orientou uma série de iniciativas que inauguraram a década de 1980, tais como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), as Ações Integradas de Saúde, implementadas em 1983 e com um importante papel no processo de descentralização do setor, e a 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980. Nesta última, foram debatidos a implantação e o desenvolvimento do Prev Saúde, a regionalização e organização dos serviços de saúde nas universidades federais e a articulação dos serviços básicos com os serviços

coordenação do Plano de Localização de Unidades de Saúde (PLUS), fruto de um convênio entre o IPEA e o INPS (SCOREL, 1999, p. 44)

Talvez por conta dos planejamentos grandiosos esboçados no II PND, ou ao menos por direta e considerável influência dele, o IPEA e a SEPLAN em geral viveram neste período momentos de “glória”, pelo menos enquanto durou a confecção e concretização do Plano Nacional, sendo que o IPEA era tido como um exemplo de modernização administrativa, racionalidade técnica (SCOREL, 1999) e mesmo um locus de liberdade quanto ao tratamento dos assuntos governamentais, em nível interno, por óbvio, o que não se tinha em outros espaços (VIANA, 1986 apud SCOREL, 1999).

Assim que o Ministro Reis Velloso iniciou a sua gestão, nomeou Vinícius da Fonseca para o cargo de Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, dando sequência à orientação do I PBDCT (Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), sob a forma jurídico-legal do Decreto nº 72.527, de 25 de Julho de 1973.

Nessa toada, Vinícius da Fonseca deu azo ao processo de revitalização de Manguinhos, por meio da inserção considerável de recursos, assinando convênio com a FINEP para o processamento do PESES e do PEPPE.

No âmbito do IPEA o CNRH continha os chamados “setores sociais”, quais sejam, a saúde, a educação e o trabalho, em coerência com as coordenadas do II PND, agrupando projetos nestas áreas, como de “treinamento profissional, saúde e assistência médica, saneamento e nutrição sob a denominação de política de valorização dos recursos humanos”; sob a coordenação de Eduardo Kertesz.

Esta nova visão do governo sobre a necessidade de planejamento social já era um avanço, pois, por consequência, reconhecia igualmente que o desenvolvimento econômico não era o suficiente para tal, enquanto

especializados no sistema de saúde (Fiocruz, 2003)” (LIMA & FONSECA & SANTOS, 2004, p. 81).

⁷¹ Francisco de Assis Machado, o “Chicão” observa que no processo de subjetivação (construção de identidade), político-crítico-transformadora do MSB, uma das estratégias foi a utilização dos espaços do PIASS, que, na qualidade de espécie de extensão do modelo adotado nos Projetos Montes Claros e Caruaru, criava uma “canal de mobilização política da população”. Ele diz: “Por exemplo, a estratégia do projeto, inicialmente concebida por técnicos, era de implantar o modelito numa microrregião, completamente. Depois de se ganhar experiência, o projeto se expandiria para o resto. A equipe se dispôs a outra estratégia: “Não, nós temos que implantar o projeto em toda a região e promover expectativas da população”. Ou seja, ao invés de satisfazer a população ao máximo e não gerar expectativa, satisfazê-la no mínimo e promover expectativa ao máximo, porque o que nós queríamos era criar uma base político-social de sustentação do projeto” (BRASIL, 2006, p. 66-67).

individualizado, mas sem enfrentar, ainda, a não integração com os órgãos econômicos para o processamento dos projetos (SCOREL, 1999, p. 45), que leva ao baixo grau de eficiência de qualquer política social.

Portanto, o II PND era igualmente autoritário, tal como os demais planejamentos, mas continha em si um diferencial importante, ainda que não completo quanto à vinculação com um financiamento, isto é, a abertura para a entrada das questões sociais.

Segundo SCOREL (1999, p. 45) a equipe do IPEA se caracterizava: como multiprofissional, insólito para a época e contexto; a convivência interdisciplinar provenientes das múltiplas áreas de planejamento no mesmo edifício; e a abordagem econômica dos aspectos sociais, raridades antes de 1975; realizando discussões importantes quanto às relações entre economia e saúde, bem como na recuperação de algumas formas de intervenção que estavam sob a crítica acadêmica, como os ideais do “sanitarismo desenvolvimentista” e as propostas de Mário Magalhães, dentre as quais: descentralização e municipalização dos serviços e a necessidade de se elaborar um Plano Nacional de Saúde (TEIXEIRA, 1988 apud SCOREL), presentes na III Conferência Nacional de Saúde (CNS). Mario e Gentile de Mello que realizaram o assessoramento da equipe do IPEA quanto à elaboração dos programas PRONAN e PIASS, já em um contexto de pós-pseudo-milagre.

Outra instituição basilar para o avanço nos campos formais do MSB, com ação privilegiada no campo da política de saúde foi a OPAS, que é a Organização Pan-Americana de Saúde, de nível internacional, criada em 1902, sendo assim a mais antiga agência internacional de saúde do mundo (PAIVA, 2006), integrada posteriormente às Organizações das Nações Unidas (ONU).

Objetivando a confecção dos planos para o II PND, sobretudo na área de preparação e distribuição de pessoal em saúde, o Ministério da Saúde criava em 1974 um grupo de trabalho interministerial difundindo as propostas da OPAS de (i) racionalização, (ii) extensão de cobertura e (iii) do instrumento de planejamento, tendo o grupo concluído o trabalho em agosto de 1975, quando o governo nacional, mediado pelo Ministério da Saúde e o da Educação e Cultura, formaliza um convênio com a OPAS/OMS para a implementação da área de apoio à preparação e distribuição estratégica de pessoa, criando para tal o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) (SCOREL, 1999, p. 46),

que ficou conhecido como o "Grupo do PPREPS", encarregado da coordenação e cooperação técnica nos projetos integrantes do programa, formando o grupo técnico central (GTC/PPREPS), presidida, dentre outros, por membros da OPS/OMS, o Secretário Geral do Ministério da Saúde (Dr. José Carlos Seixas) e pelo Coordenador do GTC/PPREPS, o Dr. Carlylle Guerra de Macedo, que viria a ser presidente da OPAS durante os anos de 1983-1995 (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006).

Consoante o Programa de Trabalho do PPREPS, têm-se que:

O Programa têm três objetivos principais, definidos convencionalmente em forma separada, mas intimamente relacionados e tendentes, no médio e longo prazo, ao propósito comum de 'adequar progressivamente a formação de recursos humanos para a saúde aos requerimentos de um sistema de serviços com cobertura máxima possível e integral, regionalizado e de assistência progressiva, de acordo com as necessidades das populações respectivas e possibilidades das diversas realidades que o País apresenta'.

Primeiro Objetivo: Preparação em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar, para cobrir os déficits existentes e esperados e permitir a extensão da cobertura e a melhoria da prestação de serviços [...].

Segundo Objetivo: Apoio à Constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente-assistenciais de Saúde, para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes [...]

Terceiro objetivo: Apoio ao estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde, em cada Estado da União, integrados aos sistemas de Planejamento Setorial correspondentes (BRASIL, PPREPS, 1976, pp. 5 e ss, grifos nossos).

Entre agosto de 1975 e março de 1976 o programa foi estruturado, institucionalizado e então os contatos com as entidades executantes começaram, sendo que entre 1976 e 1978 foi desenvolvido o treinamento do pessoal de nível médio e o funcionamento das regiões docente-assistenciais; e ao final de 1978, o PPREPS já se implicava em dezesseis projetos, onze de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos junto às Secretarias Estaduais de Saúde, quatro de integração docente junto às universidades e um de tecnologia educacional realizado pelo NUTES/CLATES (SCOREL, 1999, p. 46; PIRES-ALVES & PAIVA, 2006)

Um dos principais programas com que o PPREPS contribuiu foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cujas orientações prioritárias eram:

Art. 1º Fica aprovado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o período 1980-1985, a ser executado em todo

território nacional, obedecidas as orientações de áreas prioritárias estabelecidas neste decreto, com os recursos definidos nos Anexos I, II e III, compreendendo as seguintes finalidades básicas:

- I - implantar e operar rede de Unidades Sanitárias destinadas ao desenvolvimento de ações integrais de saúde em localidades de até 20 mil habitantes;
- II - instalar e operar sistemas simplificados de abastecimento de água e soluções domiciliares para destino de dejetos em povoados, vilas e cidades de pequeno porte; (BRASIL, Decreto nº 84.219, de 14 de Novembro de 1979).

Corroborando com o ponto legal, PIRES-ALVES & PAIVA (2006, p. 32):

Lançado em agosto de 1976, e formalmente vinculado ao Ministério da Saúde, o Piass teve dois grandes propósitos: aumentar o alcance da cobertura dos serviços médicos, especialmente nas áreas rurais; e viabilizar, com foco nos cuidados primários em saúde, a regionalização da atenção e da assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada. Como um programa estratégico, o Piass refletia uma aproximação da política de saúde brasileira aos princípios defendidos no âmbito da Opas, o que incluía a ênfase no aumento da cobertura dos serviços nas comunidades mais remotas, mediante o uso de pessoal auxiliar, recrutado localmente e capacitado para este fim. Deste modo, como iniciativa estratégica de ampliação da cobertura da atenção médica o Piass requeria necessariamente uma outra, destinada à capacitação de pessoal técnico e auxiliar para a saúde. O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, o Ppreps, contemporâneo do Piass, foi uma resposta a esta demanda.

E o PIASS tinha como diretrizes fundamentais:

Art. 2º Constituem diretrizes do programa:

- I - ênfase na intensificação do Programa na Região Nordeste e expansão para as Regiões Norte e Centro-Oeste, Estado do Espírito Santo e, no Estado de Minas Gerais, as macro-regiões do polígono das secas, noroeste e vale dos rios Jequitinhonha, Mucuri e Doce;
- II - prioridade para as áreas de maior densidade de pobreza, nas demais macro-regiões do Estado de Minas Gerais e Estados das Regiões Sudeste e Sul, atuando-se como catalisador dos esforços próprios dos governos estaduais;
- III - ampla utilização de pessoal auxiliar no desenvolvimento de ações integradas de saúde, com ênfase na prevenção e controle de doenças transmissíveis, através das atividades de imunização, educação sanitária, saneamento básico e atenção às nosologias mais frequentes;
- IV - desenvolvimento da regionalização dos serviços de saúde mediante a implantação da rede de Módulos Básicos e sua articulação com Unidades de maior hierarquia e atendimento mais especializado;
- V - privilegiamento de tecnologia adequada às necessidades de saúde-saneamento prevalentes nas populações a serem beneficiadas, através de métodos operacionais de baixo custo que, conseqüentemente, possibilitem maior cobertura;
- VI - desenvolvimento de mecanismos que viabilizem a ampla participação da população em todas as fases do Programa;
- VIII - desativação gradual das unidades itinerantes de saúde a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente. (BRASIL, Decreto nº 84.219, de 14 de Novembro de 1979).

A atuação do PPREPS em agenciamento com o PIASS impactou as secretarias estaduais de Saúde do Nordeste por meio da criação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde; assim como o PPREPS junto a OPAS influenciou o âmbito interno da própria organização internacional, pois, pela primeira vez um grupo de nacionais teria representação em um organismo internacional neste setor, cujas posturas ideológicas e políticas eram divergentes dos assessores internacionais. E além, porque, segundo AROUCA (1987)⁷², o PPREPS/OPAS acolheu várias pessoas cujas “fichas” eram recusadas pelo Serviço Nacional de Informações (SNI) e logo, não conseguiam trabalhar nas instituições nacionais.

2.6

O Sistema Nacional de Saúde

Qualquer teoria que tente relacionar pobreza e doença não pode ignorar a prioridade, em sentido histórico e não ético, da economia política sobre a saúde, a impossibilidade de obter, não êxitos parciais, sempre ao alcance dos serviços sanitários, mas resultados universais e estáveis, sem um desenvolvimento das forças produtivas, compreendida a ciência médica, e sem uma transformação das relações sociais, inclusive a distribuição de renda (BERLINGUER, Giovanni. *Medicina Y Política* – Editorial Cuarto Mundo, Buenos Aires, 1975).

Até então a área da saúde estava marcada pela mercantilização da medicina ainda que sob o comando da previdência social. O MSB que estava surgindo, gradativamente, objetivava uma mudança do sistema vigente, marcado pela dicotomia das ações do estado e a predominância dos serviços privados, além da modalidade hospitalar de atendimento e da forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço (US), que servia como instrumento de corrupção generalizada e mesmo normatizada (OLIVEIRA & FLEURY, 1985, p. 221; PAIM, 2007, p. 84).

No transcurso das primeiras décadas da Ditadura Militar o sistema de saúde configurou-se como estatal, com o predomínio da Previdência Social em face do Ministério da Saúde (MS), que aos poucos foi se tornando mais fraco, tanto do ponto de vista financeiro quanto normativo, sendo certo que essa atuação destacada da ação social foi operacionalizada através da concentração de recursos,

⁷² Entrevista concedida à Sarah Escorel.

e por esta organização em junho de 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) deviu-se como segundo maior orçamento da união, superando apenas pelo próprio ente (SCOREL, 1999, p. 51).

Na instituição, desde a sua governadoria estava formada a aliança entre uma burocracia estatizada e os interesses privados, sobretudo para obtenção de lucros, que consoante CORDEIRO (1982, p. 83 apud SCOREL) “preparava as condições para uma crescente privatização dos serviços médicos prestados aos previdenciários”. Havia, portanto, um processo crescente e cada vez mais acelerado de transformação dos serviços públicos de saúde em verdadeiras empresas lucrativas.

Todavia, pontua SCOREL (1999, p. 51) não é possível afirmar que existia uma totalização de pensamento vinculante aos interesses e empresariais e ao grupo técnico-burocrata, conhecidos como os “cardeais do IAPI”⁷³, fortalecidos sobremaneira durante a Ditadura, uma vez que outras correntes, agrupadas sob alcunha de “publicistas” defendiam o desenvolvimento e fortalecimento do setor público, ainda que numericamente poucos, tinha representação institucional no intimo do INPS, nas figuras conhecidas como

⁷³ Durante o Governo Vargas (1930-1945) a justificativa para a tomada de decisões que descontentariam as classes populares, sem se valer dos aparatos repressores do Estado baseavam-se no área dos argumentos técnicos, “pretensamente pautados em conceitos objetivos e racionais”. Assim, os defensores do modelo contencionista (reduzidor de benefícios sociais) defendiam que as restrições eram provenientes de “cálculos econômicos, financeiros e estatísticos, que indicavam quais seriam os modelos mais adequados para os trabalhadores”, cálculos estes chamados de análise atuarial (usados para assegurar que a contribuição dos segurados, acumula em fundos e aplicadas em investimentos fosse suficiente para o pagamento dos benefícios futuros) – o grupo de tecnoburocratas baseavam-se no regime de capitalização, que exige essa formação de reservas para o pagamento futuro dos benefícios, rompendo com o regime de participação simples que vigia outrora. Assim, os tecnoburocratas diziam, que era preciso restringir os benefícios de agora para não comprometer a capacidade futura, atacando os benefícios assistenciais em favor dos pecuniários, como as aposentadorias e as pensões. Neste sentido, “os serviços de assistência à saúde no âmbito da política previdenciária recebiam, nesse período, constantes ataques dos defensores do regime de acumulação, porque atentavam contra o equilíbrio do sistema por não estarem diretamente vinculados às contribuições prévias, pela demanda incontável e pela tendência de aumento de custos dos tratamentos médicos. O núcleo de técnicos e dirigentes mais qualificados e articulados na defesa deste modelo estava centrado no IAPI (Instituto de Aposentadoria dos Industriários), onde esta lógica foi aplicada de maneira mais radical. O grupo foi formado nos primeiros anos da década de 1940 e ocupou postos de comando nas organizações previdenciárias e nas demais organizações públicas. “Era formado por técnicos com primorosa formação em disciplinas estatístico-atuariais e com refinado conhecimento dos modelos de seguro social divulgados por organizações internacionais”, sendo construído a partir “do resultado de um exame nacional que recrutou profissionais de qualidade técnica muito superior aos demais institutos e que compartilhava os referenciais teóricos”. Estes foram os técnicos chamados de “Cardeais do IAPI”, que defendendo o regime de capitalização, “responsável pela imposição de restrições à concessão dos benefícios”, seria o mais adequado aos interesses dos trabalhadores do que o regime de repartição simples, para o qual tendia o modelo das CAPs (TENÓRIO & KRONENBERGER, 2017, p. 48-49).

Carlos Gentile de Mello, Nildo Aguiar, Murilo Villela Bastos e um pequeno grupo que frutificou, apresentando como resultado a assinatura do convenio MEC-MPAS.

Segundo ESCOREL (1999, p. 51), “para o setor saúde, a conjuntura inaugurada em 1974 foi a segunda fase de um mesmo período, já que se mantinham as características fundamentais. Porém passou a sofrer as consequências da contradição decorrente da expansão da cobertura via compra de serviços ao setor privado”. Começou-se então a surgir no horizonte político social uma situação de permanente crise e reformas, em um fluxo contínuo de idas e vindas, de requisições e de esgotamento do modelo, não obstante não ter ocorrido qualquer mudança, visto que os interesses da linha médico-empresarial continuaram gozando dos privilégios, levando a conclusão seguinte: a política social manteve-se intacta ocorrendo a transmutação na arena política, sob uma amplitude e agregação de representante provenientes dos mais diversos seguimentos sociais, que passaram a questionar publicamente e não de forma velada a política hegemônica adotada para a área da saúde (ESCOREL, 1999, p. 52).

A Previdência Social

A gestão de Ernesto Geisel, no referente à previdência foi aberta com a criação do IPAS e a definição via II PND das áreas de atuação das instituições federais no campo da saúde. A divisão traçada neste plano foi consolidada com a Lei nº 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS), constituindo o “Tratado de Tordesilhas da Saúde, consoante MENDES (2013, p. 28).

No ano de 1975, então, a partir da Lei nº 6.229 nascia o SNS, que definia as competências dos seus componentes, como a elaboração de “planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis” e a orientação da sua execução”⁷⁴ (art. 1º da Lei), havendo também um “reforço no orçamento” do MS,

⁷⁴ “Na década de 20 surgem, no bojo da industrialização incipiente, as Caixas de Aposentadoria e Pensões [CAP], que são substituídas na década de 30 pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões, unificados na década de 60 para criar o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. Esta situação compõe os marcos administrativos nas políticas de saúde pública no Brasil de 1923 a 1975, período em que é possível evidenciar a duplicidade assistência/previdência, caracterizada pelo privilégio exercido pela prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, bem como o desenvolvimento de um sistema que

que contribuiu na implantação dos “programas de extensão de cobertura de serviços de saúde em áreas rurais, especialmente no nordeste do país, e foi também organizado o Sistema de Vigilância Epidemiológica”, a partir da Lei nº 6.259/1975, diverso da Vigilância Sanitária (PAIM & OUTROS, 2015).

Neste período uma série de programas de controle de doenças e de atenção a grupos prioritários, como o materno-infantil, foram implementados. Na área da medicina previdenciária deu-se a criação do INAMPS em 1977, que incorporou o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) que, por sua vez, junto ao Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), sucederam o INPS, aumentando o quantitativo de pessoas que tinham acesso aos serviços de saúde (PAIM & OUTROS, 2015).

O II PND pontuou as dificuldades do setor como sendo de ordem gerencial e administrativa, com a apresentação de distorções que precisariam ser regulada, aí se justificando a alocação de recursos para o setor e talvez por isso as propostas de orientação desta quadratura histórica caracterizaram-se pela forma institucional de remodelação.

Essas medidas foram basicamente: a criação do MPAS, o Convênio MEC/MPAS⁷⁵ a formulação do Plano de Pronta Ação (PPA), a criação do

priorizava a capitalização da medicina e a sua produção privada. Em 1975, a Lei 6229 organiza o Sistema Nacional de Saúde e estabelece as principais competências das distintas esferas de governo. Essa organização tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social), o que fazia com que não se estabelecesse um comando único em cada esfera de governo. No nível federal, além das competências do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, também se definiam competências para os Ministérios da Educação, do Trabalho e do Interior. Esse sistema recebeu fortes críticas de setores acadêmicos (Universidades, Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública) e de setores da sociedade civil. Já na década de 80, principalmente a partir de 1985, no interior do processo de redemocratização do país, deu-se o nascimento de um considerável movimento de múltiplos atores políticos chamado Movimento da Reforma Sanitária” (ANDRADE & PONTES & MARTINS JÚNIOR, 2000, p. 85).

⁷⁵ “Outro lado relevante na análise das tendências do Sistema Nacional de Saúde pode ser observado nas relações do setor assistencial, notadamente o Instituto Nacional de Previdência Social, com o setor da formação de recursos humanos para a saúde. Os convênios globais com hospitais universitários e a utilização da rede própria da previdência para a formação de pessoal de nível médio e para o treinamento de internos e residentes parecem ser medidas concretas prenunciadoras da relação interinstitucional vislumbrada pelo Sistema Nacional de Saúde. A interação previdência-universidade está determinando substanciais modificações nos hospitais universitários tradicionalmente voltados à produção de ações curativas para um segmento populacional hipoteticamente definido como sem direitos e sem exigências. Não é só o chamado “indigente”, o cliente do hospital universitário, mas também o paciente previdenciário, contribuinte para um seguro, freqüentemente disposto a reivindicar mais e melhor atenção à sua saúde e de seus dependentes. Assim, alterou-se significativamente a estrutura da demanda do hospital universitário, não sendo mais incluídos como indigentes os portadores de enfermidades raras, entendidas em termos anacrônicos de ensino médico como valiosas para a pesquisa e para o

Conselho de Desenvolvimento Social (CDS)⁷⁶, a criação e destinação dos recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), e a institucionalização do complexo previdenciário através da criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), este subordinado ao MPAS (ESCOREL, 1999, p. 52).

Os Hospitais Universitários (HUs)

Segundo a mesma autora, entre os anos de 1971 a 1974 implantou-se uma disputa por alterações na relação da previdência social com os hospitais de ensinos, em virtude de existir, de um lado os interesses hegemônicos de cunho público radicado no INPS, e de outro os interesses pessoais ou mesmo privatizantes dos próprios hospitais. Não obstante haver a revisão de convênios já em 1968, foi somente a partir de 1971 que eles começaram a serem realizados, em nada diferindo dos estabelecidos com o setor privado pelas vias do contrato (ESCOREL, 1999, p. 53), pois a forma de pagamento era a mesma, qual seja, as “US”.

Já vimos que a previdência social concentrava a maior parcela dos recursos de todo gênero controlando a maior rede de serviço sanitário e de recursos humanos⁷⁷. Mas o que estava em disputa naquele momento para além

aprendizado. O convênio global vem permitindo que uma clientela maior e mais diversificada se valha dos recursos humanos e tecnológicos do hospital universitário. abrindo ainda uma perspectiva de ensino mais aproximada do perfil epidemiológico regional, com ênfase nos ambulatorios de medicina integral, especialmente voltados para um nível de atenção primária e organizados em termos de regionalização (QUADRA & CORDEIRO, 1977, p. 22). Para ver, por exemplo, o efeito do Convênio MEC-MPAS no Hospital Pedro Ernesto, consultar (PENTEADO, 1999).

⁷⁶ O CDS foi criado pela Lei nº 6.118/1974. O art. 2º prevê as atribuições do Conselho. “Art 2º Incumbe ao Conselho de Desenvolvimento Social assessorar o Presidente da República na formulação da política social e na coordenação das atividades dos Ministérios interessados, segundo a orientação geral definida no Plano de Desenvolvimento Nacional. Parágrafo Único. No exercício da atribuição definida neste artigo, o Conselho de Desenvolvimento Social apreciará a política nacional de saúde, formulada pelo Ministério da Saúde, bem como os planos setoriais dos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Educação e Cultura, referentes à assistência médica e formação profissional médica e para-médica e fixará diretrizes para sua execução” (BRASIL, Lei nº 6.118/1974).

⁷⁷ “Segundo o autor [Francisco Campos Braga Neto], na década de 60 desencadeia-se uma crise aguda no sistema de saúde. Aumenta a demanda em decorrência da urbanização acelerada, aumentam os custos da assistência à saúde em nível mundial em consequência dos avanços científicos e tecnológicos e com a centralização do atendimento em nível hospitalar sob comando da iniciativa privada que se expande rapidamente e sem controle por parte do Estado. Em resposta

destes aspectos era a própria sobrevivência dos hospitais de ensinos, que sobreviviam à custa dos recursos do INPS, sendo, portanto altamente dependentes. Só que quando dos estabelecimentos dos convênios e, por conseguinte o do regime de pagamento por unidade de serviço (US), o INPS submetia ao mesmo tipo de controle e avaliação tantos hospitais universitários quanto os privados. Assim, estabelecia parâmetros equivalentes para as assistências diversas quanto ao conteúdo, uma vez que os hospitais privados contratados prestavam tão somente assistência médica, de pior qualidade ao passo que os universitários além de melhores, eram os responsáveis pela formação de recursos humanos e de pesquisas (ESCOREL, 1999, p. 53).

Já em setembro de 1974 o Dr. Nildo Aguiar, na qualidade de representante do INPS, na 12ª Reunião Anual da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) apresentou propostas no sentido de alterar o relacionamento entre a previdência social e os Hospitais Universitários (HUs), contemplando assim os anseios do setor publicista do INPS e dos racionalizadores nos hospitais de ensinos advogando por priorização da absoluta dos hospitais universitários e de ensinos quanto à concretização dos convênios e contratos assistenciais do INPS, a diferenciação entre estes convênios para os estabelecidos com a iniciativa privada, e por fim a inclusão das atividades, didáticas e de pesquisa nos parâmetros de avaliação (ESCOREL, 1999, p. 53).

Não foi um mês após esta 12ª reunião e foi assinado o protocolo entre o MEC e o MPAS “objetivando a integração dos hospitais de ensino nos programas de assistência medida da previdência social”, fazendo com que o “INPS contribuísse mensalmente para o hospital de ensino com o subsídio variável em função do número e do tipo de altas ocorrida no período”⁷⁸ (GENTILE DE MELLO, 1981, p. 147).

à crise e com o sentido de expandir a cobertura assistencial e dar maior racionalidade administrativa, em 1966 foram extintos os IAPs e criado o INPS. A centralização da previdência gerou uma grande quantidade de recursos financeiros nas mãos do governo federal o que permitiu a implantação de uma política de privatização da assistência com o financiamento em larga escala para a iniciativa privada. Com a centralização do poder e a exclusão dos trabalhadores da gestão do sistema, parte do dinheiro da previdência passou a ser utilizado para a execução de grandes obras de infraestrutura. A construção da Transamazônica é um exemplo frequentemente citado na literatura (LAPREGA, 2015, p. 67-68).

⁷⁸ Ver também: “O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) foi inaugurado em 1950, após quase 20 anos de sua construção. Permaneceu vinculado à Secretaria de Saúde do então, Distrito Federal, até 1962, quando foi incorporado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) como Hospital-Escola da Faculdade de Ciências Médicas. Em 1975 sofreu grande mudança de

Desta forma uma nova modalidade de convenio global veio à tona, contrapondo se radicalmente contra o modelo das “Unidades de Serviço”, defendidos claramente pela Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Brasileira de Hospitais (FBH), levando o setor privado contratado a promover revoltas em face da expansão conveniado, uma vez que a medida privilegiava o setor público como aponta GENTILE DE MELLO (1981, p. 159), afirmando que o convênio MEC/MPAS nasceu da iniciativa da própria Universidade por meio da Comissão de Ensino Médico do MEG e da ABEM no transcurso longo e disputas incessantes (ESCOREL, 1999, p. 54).

Todavia, como sói acontecer no país, os interesses privatizantes em alianças com alguns professores universitários conseguiram reduzir drasticamente o ritmo de integração dos HUs junto à previdência através dos convênios MEC/MPAS. Ainda com o objetivo de desprestigiar o convênio, o INAMPS mantinham desatualizados os valores que serviam de bases para o cálculo de base do subsídio mensal prejudicando, portanto os envolvidos.

Só que o convênio MEC/MPAS passou a figurar como uma pauta de luta do setor publicista em face dos interesses particularizados, advogando ainda pela institucionalização do convênio global por alta hospitalar, o que evitaria, segundo

orientação docente-assistencial, decorrente do Convênio firmado com o Ministério da Educação e Previdência Social (MEC – MPAS). O hospital passou a receber o repasse dos recursos gerados pelo atendimento ao sistema previdenciário, deixando de privilegiar o atendimento às chamadas doenças acadêmicas em estágio final de evolução. Com isso, aproximou professores e alunos da realidade sanitária da população e, esta, de meios sofisticados de diagnóstico e tratamento. Este Convênio, que também tinha o intuito de superar as dificuldades de financiamento dos hospitais públicos, determinou um aumento progressivo da demanda pelos serviços prestados pelo HUPE, transformando-o em um dos maiores complexos docente-assistenciais do país na área da saúde. Entretanto, a partir da década de 80, a crise na previdência e as indefinições sobre a política nacional de saúde provocaram um desequilíbrio na alocação de recursos, especialmente os de investimentos, que caíram em níveis alarmantes. Entre 1980 e 1988 representaram menos de 2% do orçamento hospitalar. Com a redução dos recursos no setor público, a receita gerada pelo Convênio MEC-MPAS possibilitava apenas a manutenção do funcionamento do hospital, que consumia 90% desses recursos com a aquisição de material de consumo e com contratos de manutenção de equipamentos e serviços de terceiros. Em decorrência da falta de investimentos, associada à ampliação e diversificação dos seus serviços, o hospital acumulou graves problemas quanto à infra-estrutura, instalações físicas e renovação/modernização tecnológica (Fonte: Relatório Anual, 1991). Contribuíram ainda para o agravamento deste quadro a não adequação em seus processos administrativos e políticas gerenciais, no sentido de desenvolver meios que possibilitassem superar as restrições de recursos no setor público de saúde. Em relação às mudanças ocorridas no setor público hospitalar, Castelar et al. (1995) comentam que na década de 70 houve uma infusão de recursos previdenciários nos hospitais universitários, que transformaram seus perfis e passaram a atuar com maior cobertura populacional e maior diferenciação assistencial. Este período também se caracteriza por uma grande centralização da máquina administrativa federal, repercutindo na centralização previdenciária e de sua administração, inclusive de seus hospitais. De forma indireta, estados e municípios foram esvaziados de poder e de recursos, aumentando sua dependência federal.” (PENTEADO, 1999, p. 81-82).

os defensores as distorções nas práticas assistenciais, como as que envolviam a elevada remuneração pela prática de cesárea em comparação com parto normal (SCOREL, 1999, p. 54).

A Previdência e suas engrenagens

Simultaneamente os chamados setores publicistas articulavam-se em prol de um regime diferenciado para o setor público, sobretudo os HUs, e a Previdência Social, (originalmente o INPS estava capturado), cooptada em seus escaninhos institucionais pelos interesses privados e empresariais. De acordo com essa hegemonia foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA), e canalizados os recursos do FAS⁷⁹.

Como dito, a partir de 1974 o governo, provavelmente com medo de perder o poder também, além de outras possíveis motivações, “percebeu” que não ofertava atenção suficiente às questões sociais, pelo visto, por exemplo, com a deterioração na distribuição de renda e elevação da mortalidade infantil. Nessa toada, uma série de programas foram criados a partir do referido ano e implementados pelo INPS, INAMPS e pelo MS, permitindo que novos estamentos populacionais, outrora não assistidos pela Previdência Social, passassem a gozar destes serviços – assim é que neste ano o governo federal criou o PPA e o FAS⁸⁰ (MANSUR, 2001, p. 41-42)

O objetivo do PPA era o de institucionalizar o atendimento médico, sobretudo emergencial estando a Previdência comprometida a custear esse atendimento em ambas as redes, pública e privada, independente do vínculo do sujeito (SCOREL, p. 54). O plano previa ainda outras questões como a

⁷⁹ O FAS foi criado pelo Decreto nº 75.508 de 18 de março de 1975, que previa como recursos do Fundo: “Art. 2º Constituem recursos do FAS: I - A renda líquida das Loterias Esportiva e Federal na forma da legislação específica em vigor; II - Recursos destacados para esse fim nos orçamentos Operacionais da Caixa Econômica Federal - CEF; III - Recursos de dotações orçamentárias da União, estabelecidas anualmente, em montantes que guardem relação direta com as previsões de distribuições dos prêmios brutos das Loterias Esportiva e Federal, no respectivo exercício; IV - Outros recursos, de origem interna e externa, inclusive provenientes de repasses e financiamentos. Art. 3º Os recursos do FAS, qualquer que seja sua origem ou destinação permanecerão na Caixa Econômica Federal, até utilização pelos destinatários” (BRASIL, Decreto nº 75.508, 1975).

⁸⁰ Em 1974 que também foi criado o MPAS e fomentou a Política Nacional de Medicamentos por meio da Central de Medicamentos (CEME); e tanto o FAS quanto o CEME representou uma alteração nas “fontes de financiamento do setor, antes concentradas especialmente na contribuição de empregados e empregadores”, só que era preciso gerar recursos para financiar a estrutura em crescimento (MANSUR, 2001, p. 42-43).

modalidade de pagamento diferenciada da comum para aquisição de serviços no ambiente privado-hospitalar, qual seja o pagamento global por procedimento e não por “US”.

Em realidade, o PPA serviu de instrumento para o enriquecimento ilícito de empresas médicas, sendo também um campo de disputa entre o próprio empresariado e suas ramificações, com certa vitória do lado dos grupos ambulatoriais frente aos hospitalares; e fomentou, por outro lado, o desenvolvimento do relacionamento entre a Previdência e o Setor Público dentro da política de fomento aos convênios⁸¹ (MANSUR, 2001, p. 43-44).

Somente no ano de 1978 o presidente do INPS à época diagnosticou seiscentas mil internações completamente desnecessárias, quanto ao primeiro aspecto. Quanto ao segundo, em 1975 foram concretizados 33.585 convênios, dos quais “3.191 eram com empresas, 390 com sindicatos, 17 com universidades, 24 com Prefeituras, 30 com governos estaduais e 33 com outras entidades, evidenciando que, apesar da diferenciação do complexo previdenciário, não se modificava o modelo privatizante” (ESCOREL, 1999, p. 55).

O CDS, por sua vez, jamais chegou a ocupar espaços de importância que fosse similar ao mecanismo de coordenação econômica – integrado aos ministérios do núcleo social, evitava a duplicidade de esforços e o desperdício de recursos, ou seja, coordenando um sistema adrede dividido pelo “Tratado de Tordesilhas”⁸² (ESCOREL, 1999, pp. 55-56). O ato normativo que lhe deu vida, em outubro de 1974, simultaneamente reafirmava a atribuição da política nacional de saúde ao Ministério da Saúde e revogou o art. 156 do Decreto-Lei nº 200, que subordinava a assistência médica previdenciária a esta política.

⁸¹ “O PPA promovia a universalização do atendimento de urgência e emergência médica na rede própria e conveniada. Para Mendes (1993), “a ação combinada do PPA e do FAS representou, na verdade, um poderoso mecanismo de alavancagem do setor privado na área da saúde, aquele abrindo mercado cativo e, este, garantindo uma expansão física adicional, com recursos subsidiados, especialmente na área hospitalar” (MANSUR, 2001, p. 44).

⁸² O autor falou deste “Tratado” em uma entrevista feita por Samir Salman a pedido de “Estudos Avançados”, ocasião em que ele disse: “O SUS constituiu a maior política de inclusão social da história de nosso país. Antes do SUS vigia um Tratado das Tordesilhas da saúde que separava quem portava a carteirinha do Inamps e que tinha acesso a uma assistência curativa razoável das grandes maiorias que eram atendidas por uma medicina simplificada na atenção primária à saúde e como indigentes na atenção hospitalar. O SUS rompeu essa divisão iníqua e fez da saúde um direito de todos e um dever do Estado. A instituição da cidadania sanitária pelo SUS incorporou, imediatamente, mais de cinquenta milhões de brasileiros como portadores de direitos à saúde e fez desaparecer, definitivamente, a figura odiosa do indigente sanitário” (MENDES, 2013, p. 28).

Portanto, o MS sofreu um golpe duro, uma vez que a política Nacional de Saúde confeccionada pelo MS estava sujeita à aprovação dos outros ministérios integrantes do Conselho.

Segundo ESCOREL (1999, p. 56), a mais importante das ações do CDS foi a determinação das aplicações dos recursos do FAS, instituído em dezembro de 1974, junto aos programas de caráter social consoante as prioridades do II PND. Quando do início da sua atuação o FAS tinha os seus recursos formados “por rendas líquidas das loterias federal e esportiva, receitas orçamentárias da União e outros recursos”, pretendendo financiar projetos de cunho social, tanto públicos quanto privados, sendo que os seus recursos podiam ser aplicados em investimento, custeio e manutenção, dos quais 70% necessariamente vinculado ao setor público e o restante, 30%, no privado. A segunda maior fatia do FAS foi investida na área da Saúde, perdendo apenas para a Educação (ESCOREL, 1999; MANSUR, 2001, p. 42).

Segundo BRAGA & PAULA (1981, pp. 131-132):

O FAS é, fundamentalmente, um fundo de financiamento à iniciativa privada em perfeita consonância com a política governamental, especialmente a partir do PPA. (...) Com o FAS fecha-se, portanto, o ciclo de apoio financeiro governamental ao setor privado da assistência à saúde – ótimas condições de empréstimos, garantia pela Previdência Social do pagamento dos serviços produzidos (‘demanda canalizada’) fazem da assistência à saúde um negócio altamente lucrativo.

Outra medida institucional importante do período foi a criação da DATAPREV, cujo objetivo era a modernização da administração previdenciária. Com ela grande parcela das contas hospitalares não mais passou, evidenciando os mecanismos de fraude utilizados até o momento, mas logo os empresários aprenderam os novos caminhos do jeitinho e novamente passara, a obter recursos por serviços fantasmas, (GENTILE DE MELLO, 1977, p. 197; ESCOREL, 1999, p. 56).

Fechando o ciclo de institucionalização da Previdência Social, primeiro com a criação do MPAS, em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), seguidora do mesmo discurso oficial da racionalização e eficiência, não obstante o seu caráter centralizador e excludente

dos segurados, e cuja fonte principal de financiamento era a contribuição sobre a folha de salários⁸³.

Basicamente era composta de três institutos, o INAMPS para a assistência médica, o INPS para os benefícios e o IAPAS para o controle financeiro), duas fundações (Legião Brasileira de Assistência – LBA e a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor – FUNABEM), uma empresa, a DATAPREV e uma autarquia, a Central de Medicamentos (CEME), tendo a Previdência divisões de competências específicas (SCOREL, 1999; MANSUR, 2001, p. 44). Com a materialização do SINPAS, o INPS perdeu a função de cuidar da assistência médica, que passou a ser assumida pelo INAMPS.

No que tange à assistência, os programas de responsabilidade do INAMPS seriam compatíveis com o Sistema Nacional de Saúde e o SINPAS não modificou as forças que disputavam as atuações, pois os interesses lucrativos hospitalares continuaram subordinando os objetivos sociais das propostas (CORDEIRO, 1982, p. 89 apud SCOREL, 1999). A mesma inamovibilidade foi verificada quanto às bases financeiras da Previdência, com a manutenção dos impasses existentes no período Geisel: ser mecanismo de legitimação do poder autoritário e a tendência à universalização, mesmo sem verbas suficientes, principalmente por estar baseado na folha salarial e pelas compras do setor privado. Somente com o início da recessão econômica em 1981, com o estouro da crise, conhecida como “crise da Previdência”, do qual adveio o plano do CONASP, que houve uma mudança (SCOREL, 1999, p. 57).

À época, a Previdência adotava basicamente três modelos de remuneração e, por conseguinte, três “linhas relacionamentos”: (i) com os próprios serviços hospitalares e ambulatoriais, (ii) com serviços contratados (hospitais e médicos credenciados) e serviços conveniados, abrangendo os veiculados às empresas, às medicinas de grupos e os convênios com órgãos dos entes federativos, (iii) além das universidades.

Segundo pontua SCOREL (1999, p. 58),

⁸³ A segunda fonte mais importante era a contribuição da União, e os recursos deste Fundo eram divididos conforme as disposições do Plano Plurianual de Custeio da Previdência. Nos fins de 1970 uma série de fatores afetariam a arrecadação destinada aos programas sociais: (i) a conjuntura econômica de crise com desaceleração do crescimento, gerando desemprego, redução da massa de salários, e óbvio, perda de arrecadação, mostrando-se necessário uma reorganização da atenção à saúde e das suas formas de financiamento (MANSUR, 2001, p. 44).

A Previdência Social mantinha total independência do que era determinado pelo Ministério da Saúde; na prática, no conjunto de práticas assistenciais, era a instituição governamental que direcionava a real política de saúde. Como instituição, passou ao largo da discussão e elaboração da lei que criou o SNS, assim como das demais políticas de saúde aprovadas nesse período pelo suposto órgão normativo responsável.

Portanto, encerrando o ponto, o MS era fraco, com pouco poder, e o MPAS hipercentralizava os recursos e os poderes decisórios, deixando a Saúde e toda a estrutura a ele vinculada em segundo plano; e logo, a suposta função de formulação da política de saúde que seria da competência do MS era assumida pelo MPAS, que já detinha a maior parte dos recursos.

A Saúde Pública

Pelo visto, prossegue ESCOREL (1999, p. 58), o Ministério da Saúde esteve limitado a um papel secundário na política de saúde, institucionalizado pela divisão de atuações expressas no II PND, na Lei que criou o CDC e depois pela Lei nº 6.229, criadora do SNS. Todavia, isto não se aconteceu sem resistência e luta, pois, não obstante o MPAS estivesse com pouquíssimo espaço para a permeabilidade institucional para a entrada no pensamento médico-social, o MS, sobretudo a Secretaria-Geral, representava uma visão nova, diferente, racionalizadora

abrindo espaços para a penetração de representantes do pensamento médico-social, em contraponto à visão conservadora *campanhista* até então dominante na instituição. Esse grupo novo combateu os interesses do setor privado encastelado na Previdência Social, bem como procurou resgatar o papel condutor da política de saúde para o Ministério da Saúde (ESCOREL, 1999, p. 58).

Ainda que a conjuntura específica da área manifestasse alto grau de desfavorabilidade em razão da conservação dos interesses privatistas e mercantis atuantes no SNS, no âmbito mais geral da saúde pública dois fatores se mostraram favoráveis: (i) a renovação dos quadros e (ii) o aumento relativo de recursos financeiros destinados.

Como aponta ESCOREL (1999, p. 58):

A renovação de quadros ocorreu a partir da ocupação da secretaria-geral pelo Dr. José Carlos Seixas, médico sanitário de São Paulo que recrutou “elementos jovens em grande parte nas universidades, em especial a USP, e sem grandes nomes na Saúde Pública que constituíram um grupo progressista dentro da

especialidade, com propostas de oposição aos modelos tradicionais” (Almeida & Oliveira, 1979:4). Boa parte do grupo atuara no movimento estudantil dos anos 60, identificando-se com a esquerda católica. Sua formação técnica era direcionada, por um lado, pela visão sistêmica enfaticamente defendida e preconizada pelo secretário-geral, e, por outro, pelas técnicas de racionalização de recursos difundidas pela OPAS.

Este grupo, que há cinco anos, participaram nos Encontros de Docentes de Medicina Preventiva de São Paulo, assim que chegaram aos altos postos do MS não defendiam o pensamento médico-social, mas a ele se aliaram para conseguirem combater o pensamento “sanitarista campanhista”, representado na instituição pela Fundação SESP⁸⁴ e pela SUCAM⁸⁵. E para a mesma finalidade recuperou o discursos sanitaria desenvolvimentista feita pelo setor saúde do CNRH/IPEA para a implantação do PIASS (ESCOREL, 1999, pp. 58-59).

O segundo fator, como visto, foi a ampliação dos recursos financeiros disponíveis, via crescimento orçamentário e de programas interministeriais, a partir do discurso oficial materializado no II PND.

⁸⁴ Aponta RENOVATO & BAGNATO (2010, p.278) que: “O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado em 1942, através de acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, tendo como funções o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas estratégicas aos interesses militares dos Estados Unidos, como a borracha da região amazônica e o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce. [...] No período do pós-guerra, o SESP se expandiu para outros estados brasileiros, principalmente os da Região Nordeste, procurando construir redes de unidades de saúde locais, focalizando tanto a medicina preventiva como a curativa, tendo como eixo principal, a educação sanitária. [...] Em relação ao cenário escolar, o SESP teve como premissa estender as ações de educação sanitária, além dos centros de saúde, e com isso, desenvolveu cursos de capacitação para as professoras primárias, bem como procurou envolver os alunos nos programas de saúde em execução, com a criação dos clubes de saúde”. E ainda é preciso mencionar: “Criado em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública foi transformado em fundação por força da lei 3.750, de 11 de abril de 1960. Perdeu o ‘Especial’ de seu nome em função do decreto-lei 904, de 1º de outubro de 1969 (ANDRADE, 2003, p. 847)”.

⁸⁵ Aponta SILVA (1996, p. 20-21): A criação da SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, em 1970, insere-se no movimento de maior centralização das atividades do Governo federal e esvaziamento de estados e municípios. Como órgão de administração direta do Ministério da Saúde, tinha por objetivo empreender campanhas de combate às endemias, notadamente as que assolavam as” as regiões com menos atividades econômicas. “A SUCAM incorporou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), além das Campanhas de Erradicação da Malária e Variola. Sua estrutura organizacional espelhava os diversos programas verticalizados do Ministério da Saúde. Atuando de forma independente, escolhia por seus próprios critérios as áreas a serem trabalhadas, solicitando, poucas vezes, a colaboração dos municípios no fornecimento de insumos, como instalações físicas e alocação de pessoal. Presente em quase todos os estados brasileiros, com exceção de São Paulo, atuava através de estrutura operacional rígida e padronizada, independente das características epidemiológicas e naturais dos municípios (IBAM, 1976)”. A SUCAM foi “um órgão que resultou da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e da Campanha de Erradicação da Variola (CEV), a Fundação herdou experiência e conhecimento acumulados, ao longo de várias décadas, de atividades de combate às endemias de transmissão vetorial, que transformaram a Sucam no órgão de maior penetração rural no país. Sua estrutura operacional estava presente em todos os Estados brasileiros” (BRASIL, 2017, s.p.).

Em 1975, o orçamento do Ministério, sempre tão minguado, teve um aumento da ordem de 35,7% em relação ao orçamento do ano anterior”. No entanto, esse aumento significou a canalização de apenas 7,8% do total de recursos gastos em saúde para o Ministério, ao passo que a Previdência Social era responsável por 92,5% dos gastos (ALMEIDA & OLIVEIRA, 1979, p. 5 apud ESCOREL, 1999).

Não obstante o II PND ter servido de base para a Lei nº 6.229, criadora do SNS, essa visão publicista foi abandonada, com o favorecimento de uma visão sistêmica, “pluriinstitucional” e não monopolista, procurando harmonizar e conciliar os diferentes interesses em jogo. A Lei foi aprovada no Congresso Nacional (CN) em regime de urgência, sem emendas e sancionada por Geisel, sendo apresentada em agosto de 1975 à V CNS (ESCOREL, 1999, p. 59).

Na busca pela resolução da dicotomia histórica, destinou-se a Saúde Coletiva ao MS e a Saúde Individual ao Ministério da Previdência, o que viria a inviabilizar a sua operacionalização por uma razão muito simples: o Orçamento Geral da União para o MS era 16 vezes menor do que a despesa do Ministério da Previdência apenas com os programas de saúde (GENTILE DE MELLO, 1977, p. 193). Em virtude desta preponderância financeira e logo, organizacional e política, restou determinado (historicamente datado) que o modelo assistencial da Previdência Social seria o hegemônico, sustentado pelo agenciamento dos empresários da saúde e a burocracia previdenciária.

Havia ainda um conflito interno do MS em face dos grupos mais conservadores que lá estavam, pelo fato de ter sido o tempo de modernização administrativa, em um processo que não seria apenas uma simples reforma do organograma, mas sim a discussão sobre o papel do MS no recém-criado SNS (ESCOREL, 1999, p. 60). Em outubro de 1975 o grupo defensor das mudanças realizou um seminário para o fortalecimento do MS, enfrentando a hostilidade dos conservadores.

Diante desses conflitos externos e internos, o grupo coordenado pela secretaria-geral adotou como estratégia geral uma postura técnica, tentando demonstrar que havia um papel racionalmente (tecnicamente) determinado para o ministério a fim de que o SNS pudesse funcionar. Essa estratégia estava baseada em uma visão sistêmica na qual era possível tudo harmonizar, assim como em uma proposta de atuação cujo corpo doutrinário em nada diferia daquele que os organismos internacionais difundiam e que orientava os programas de medicina comunitária e de extensão de cobertura – programas fundamentados nos conceitos de regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde e participação comunitária (ESCOREL, 1999, p. 60).

Na busca pela recuperação da função de coordenador geral da política de saúde, o MS adotou a estratégias de atuar nas chamadas “áreas de conflito não-conflagrado” em face dos interesses hegemônicos; e entre o instrumental utilizado para tal, tinham-se: (i) a recuperação da Conferência Nacional de Saúde, (ii) a implementação de programas inovadores e (iii) a tentativa de estabelecimento de mecanismos de coordenação política do setor saúde” (ESCOREL, 1999, p.60).

2.6.1

A Quinta Conferência

A IV CNS, que não será analisada aqui neste capítulo, foi realizada em 1965; e somente em 1975, dez anos depois, como instrumento político para que o MS recuperasse a posição de coordenador das políticas em saúde, mas não somente, realizou-se a V CNS e dois anos após esta, em 1977, tivemos a VI CNS, estas duas últimas no governo Geisel, que proferiu um discurso de abertura dos trabalhos:

Assinalo, a propósito e com destaque, a recente constituição do Sistema Nacional de Saúde – um dos temas desta Conferência. Nos últimos decênios, caracterizou-se a insuficiência de coordenação e de entrosamento entre entidades e agentes de saúde como causa responsável, em parte, pela baixa produtividade global do Setor. O reconhecimento dessa falha orientou o Governo no sentido de fixar, prioritariamente, uma nítida definição do quadro institucional vigente. Para tanto, foi encaminhado ao Congresso Nacional projeto hoje já transformado em Lei nº 6229, de 17 de Julho último. A Natureza esclarecedora da nova lei não implica na adoção, pelo Governo, de uma atuação institucional compartimentada. Na realidade, a ação eficiente de defesa de saúde supõe medidas de prevenção e proteção, bem como de cura e reabilitação, que configuram um espectro difuso. Daí a concepção de integração do sistema, cujos contornos são explicitados para facilitar e estimular a tomada de decisões e iniciativas, inclusive, se necessário, em nível superior, através de mecanismos coordenadores, no âmbito do Conselho de Desenvolvimento Social (BRASIL, V CNS, 1975).

A Quinta foi realizada em agosto de 1975, sendo convocada pelo Decreto nº 52.301 de 27 de julho de 1963 e presidida pelo então Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado, com cinco temas debatidos, linhas-mestras das discussões, quais sejam:

Temas: 1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2. Programa de Saúde Materno-Infantil; 3 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4. Programa de Controle das Grandes Endemias; e 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.

O primeiro deles foi o SNS, fruto da Lei nº 6.229/1975, aprovada em julho do mesmo ano, com previsões de atribuições específicas e distintas entre o MS, que ficou responsável pelas medidas de saúde pública; e o Sistema de Assistência Médico-Previdenciário, responsável pelas ações de saúde individuais. O segundo ficou focado nas estratégias e os mecanismos para a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil. O Terceiro e o Quarto muito próximos, sendo exemplos de endemias, Malária, Doença de Chagas, Febre Amarela, Tracoma, entre outras. E o quinto uma abordagem da questão rural, tão abandonados no país, até hoje.

Pela própria ligação direta entre as CNS e o MS, na qualidade de órgão responsável pela convocação da primeira, é natural que os problemas relacionados à atenção médico-sanitária estivesse em voga, sobretudo nesta quinta edição, o que não significa que houve imediatamente mudanças no setor de saúde quanto às políticas governamentais, mas sim que, e isso pode ser visto como uma característica geral das CNS, a presença de espaços político-institucionais para a discussão, o que inclui críticas e possibilidades de sugestões e formulações outras, para além das existentes, possibilita a ampliação e certa horizontalização (ou popularização) dos debates, e que vão se tornando cada vez mais recorrentes e presentes no horizonte cidadão dos sujeitos políticos, o que, por sua vez, levará, paulatinamente, à mudança das políticas que envolvem a saúde.

De uma forma mais específica, o tema de maior destaque foi o próprio SNS (BRASIL, 2009, p. 14), cuja lei havia sido promulgada recentemente, e, portanto, era natural discutir sobre o ato normativo. Mas somado ao fato de ainda vigor a Ditadura, a V CNS apresentou um caráter restrito, fechado e não exatamente popular, ainda que coordenado por um grupo mais renovado, formado de técnicos, profissionais e funcionários das instituições (principalmente do MS e das secretarias), refletindo a inabilidade política dos servidores, e assim não conseguiram reverter o predomínio da Previdência nas questões da Saúde.

Não obstante o caráter fechado, foi nesta V CNS que foi legitimada propostas de atenção à saúde mais voltadas às populações marginais, mais vulneráveis socioeconomicamente, a partir da participação dessas populações, como a tese de “medicina simplificada” e a tese da “participação popular” a fim de assegurar maior sucesso às ações integradas, somado ao ponto da influência da OMS/OPAS quanto às experiências exitosas relatadas nestes livros, que mostrava

a necessidade de a população participar de forma mais ativa, mais direta nos programas locais.

Ato subsequente a V CNS o MS buscou executar os programas de cobertura estendida, com foco nas áreas rurais (tema 5) e nos programas já tradicionais de imunização, vigilância (tema 3) e assistência materno-infantil (tema 2), sendo o maior exemplo, segundo ESCOREL (1999, p. 62), de programa de extensão o PIASS.

2.6.2

A Sexta Conferência

A Sexta CNS ocorreu dois anos após a Quinta, e agosto de 1977, convocada pelo Decreto nº 79.318 de 01 de março de 1977, aberta pelo Discurso do então Presidente Ernesto Geisel⁸⁶, com o temário a respeito das seguintes discussões (BRASIL, 1977, p. 06): “Temas: 1. Situação atual do controle das grandes endemias; 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; 3. Interiorização dos serviços de saúde; e 4. Política Nacional de Saúde”, e segundo ALMEIDA & OLIVEIRA (1979, p. 18) esta foi bem menos concorrida do que a anterior, procurando uma discussão mais técnica, já que a dificuldade na regulamentação da SNS não permitia avanços na formulação e reformulação das políticas⁸⁷.

⁸⁶ Segue trecho do discurso oficial de abertura (BRASIL, 1977: “Será esta, uma oportunidade singular para a integração de diferentes correntes de opinião sob um denominador comum – o bem-estar do povo brasileiro. Que este encontro sirva para consolidar a união de todos, acima de interesses pessoais ou de grupos, com visão ampla e objetiva da problemática da saúde no Brasil. A análise dos fatos e a discussão, ainda que acalorada, desde que inspiradas pelo desejo único de bem servir, certamente conduzirão a uma unidade de vistas, capaz de aprimorar o atendimento à população. [...] Necessário é examinar em profundidade, identificar, dentro da série histórica, a evolução dos indicadores de saúde e reconhecer os progressos registrados. Só então haverá condições para criticar o que foi feito e, sobretudo, para sugerir alternativas mais eficazes. O grande desafio reside na criação de normas de ação persistente e de vias alternativas que assegurem a consolidação dos resultados obtidos e a aceleração do progresso que já se vem verificando. Normas e vias que sejam objetivas, coerentes com a realidade, compatíveis com a disponibilidade efetiva de recursos e representem o máximo que o Governo pode colocar à disposição do setor nos dias difíceis que vivemos. Confiando na ciência, na experiência e no patriotismo dos que aqui e reúnem, declaro instalada a VI Conferência Nacional de Saúde”.

⁸⁷ Por exemplo, o disposto nas “Conclusões e Recomendações” a respeito do Tema 2: “Os pontos que ainda devem ser objeto de disciplinação jurídica em matéria de saúde são: - implementação do Decreto nº 76.973, de 31 de dezembro de 1975, que dispõe sobre normas e padrões para prédios destinados a serviços de saúde; - adaptação da legislação estadual e municipal às normas federais disciplinadoras do Sistema Nacional de Saúde, no que respeita à distribuição de funções e competências de órgãos e agentes; - implementação da Lei do Sistema Nacional de Saúde, no que respeita à distribuição de funções e competências de órgãos e agentes; - implementação da Lei do Sistema Nacional de Saúde, no tocante às migrações internas” (BRASIL, 1977).

Todavia,

[...] a tentativa de regulamentação do SNS sob essa ótica foi duramente criticada. O modelo proposto por Azevedo e apresentado na Conferência recebeu o apelido de ‘modelo da jangada’ porque seu desenho se assemelhava a uma vela de jangada. Durante a VI Conferência, houve conflito entre os defensores da proposta da ‘jangada’ e outros como Ubaldo Dantas, Secretário de Saúde, Solon Magalhães Viana, do IPEA, Luís Felipe Moreira Lima, do PLUS/INPS-SEPLAN/IPEA, Nildo Aguiar e Gentile de Mello (Moreira Lima, 1986). Esse grupo lançou um documento criticando o modelo do assessor do ministério, e o conflito atingiu o clímax quando o relator da conferência negou-se a incluir alguns tópicos no documento final (ESCOREL, 1999, p. 62).

Houve ainda outro instrumento na tentativa de solidificar uma coordenação do setor saúde⁸⁸, que foi a Comissão Permanente de Consulta (CPC), por meio da Portaria Interministerial (MS e MPAS) nº 01 de 20 de julho de 1976, cuja incumbência era de “indicar área e regiões prioritárias para a implantação dos modelos sistêmicos de organização dos serviços de saúde, que possibilite gradual regulamentação da Lei 6.229” (BRASIL, 1976).

A CPC chegou a ser estabelecida e teve uma atuação paralela à do GEIN/PIASS, outro órgão de coordenação e articulação interinstitucional, cuja necessidade era fruto do modelo adotado no SNS, dividido pelo “Tratado de Tordesilhas”, mas a primeira não teve uma atuação expressiva para os movimentos de integração.

No final do período, o grupo novo, mais progressista, enfrentou não apenas as tradicionais oposições, mas também o próprio MS, por razões várias, como a própria sucessão do Ministério e a falta de alteração mais significativa no âmbito político ou operacional, buscados pelo grupo novo. Segundo ESCOREL (1999, p. 63):

Na discussão que então se estabelece da sucessão ministerial o ministro, desejoso de influenciar nessa decisão, vai buscar apoio nos quadros mais antigos, cedendo à pressão interna dos representantes tradicionais e conservadores. Alguns assessores do ministro ‘caem’ e outros são ‘desativados’”(Almeida & Oliveira,

⁸⁸ Nas Conclusões e Recomendações referentes ao Tema 3, o Relatório apontou: “Na implantação ou implementação de um programa de interiorização de ações de saúde-saneamento podem surgir algumas dificuldades. Entre essas, foram consideradas como mais significativas: 1. Descontinuidade político-administrativa. 2. Insuficiência no ritmo de capacitação de recursos humanos necessários à implantação do Programa. 3. Insuficiente remuneração do pessoal do Setor Saúde, nos Estados, devido, particularmente, à indefinição de um apolítica salarial adequada, consentânea com o regime de trabalho necessário ao PIASS, ocasionando evasão continuada do pessoal capacitado. 4. Deficiência da integração entre as instituições (dentro e fora do Setor Saúde) para operarem, conjuntamente, tendo em vista a diversidade de suas ações institucionais” (BRASIL, 1977).

1979:25-26). Acompanhando a evolução dos acontecimentos verificou-se que: 1) o grupo novo vai sofrendo progressivo desgaste, chegando a eliminar alguns de seus elementos, no final de 1977; 2) a modernização administrativa se configura numa simples reorganização do organograma, sem qualquer alteração mais profunda em nível operacional ou político; e 3) os programas inovadores ou são implementados apenas em parte, ou sofrem crises sérias em seus grupos gerenciais, como é o caso do PIASS (Almeida & Oliveira, 1979:21-22).

Na época da Sexta CNS “as inquietudes quanto à configuração dos sistemas de saúde” estavam na pauta central e o MSB começava a delimitar melhor a sua identidade, passando de reações pontuais contra as medidas conservadoras da Ditadura, como um movimento de e por saúde, com atores sendo definidos, estes institucionalizados ou em vias de tal ação, de certa forma se preparando para a segunda metade da década de 1980 quando o encontro com o Estado, em vias legais, iniciado pela Oitava CNS, permite claramente a análise, a partir desta percepção, de um movimento que procura resistir dentro das vias legais, ocupando os espaços de poder do Estado, e assim, a partir dos seus atores, que construíam as ideias e práticas das entidades às quais elas estavam vinculadas, levavam estes arcabouços para os *loci* públicos onde atuavam, operando as transformações de pensamento necessárias à conscientização sanitária, movimento fundamental da RSB, além de possibilitar ações concretas oficiais (jurídico-político-institucional) por estarem elas inseridas nestes espaços privilegiados. José da Silva Guedes aponta neste sentido:

Em 1977, a 6ª CNS tinha como temática fundamental “Redes de Saúde”. A discussão que tivemos naquele momento era se queríamos ter uma única rede de saúde no país ou uma rede dupla. No documento que o Ministério da Saúde apresenta, o único avanço que se consegue, dadas as circunstâncias do momento, é propor uma dupla rede – uma rede chamada médico-sanitária, de grande extensão de cobertura e de baixa complexidade tecnológica e uma rede chamada médico-hospitalar, de pequena extensão de cobertura. Esta seria comandada pela Previdência e a outra pelo Ministério da Saúde, ligada aos estados. Esse documento não foi aceito pelo plenário que queria uma única rede, mas o momento não permitia. A saída do Ministério da Saúde foi dizer que a decisão final seria tomada quando os estados contribuíssem para a discussão. [...] naquele momento, nós já nos considerávamos Partido Sanitário (BRASIL, 2006, p. 65).

Ressalta-se que a denominação “Partido Sanitário” não é aceita por muitos, o que, a nosso ver, também não faz muito sentido, caso se entenda partido a partir do ponto de vista formal-institucional. Entretanto, se se entender como apenas uma organização que se fundamente em objetivos e ideologias comuns, pode até ser visto, mas ainda assim correndo algum risco, haja vista os embates

internos do próprio MSB, muitas vezes em pontos fundamentais, como o do financiamento ou da relação com os prestadores privados de saúde.

ESCOREL traz o que supostamente seja a origem desta denominação:

A história que me foi contada é que essa alcunha de Partido Sanitário foi dada pelo César Vieira, numa reunião da Opas, em Brasília. Num debate com Arouca, Eric e Eleutério, que de maneira veemente e consensual refutavam as suas posições, digamos, mais conservadoras, César Vieira, no auge de um bate-boca, com o objetivo de ‘xingar’ seus opositores, disse: ‘Vocês parecem um partido – Partido Sanitário’. Então, essa de nominação tinha um caráter pejorativo, embora depois tenha sido muito utilizada (BRASIL, 2006, p. 66).

Ela ainda vai refutar também esta denominação e esta ideia, pois o MSB

não é partido, não é uma coisa institucionalizada, organizada, muito pelo contrário, é uma coisa que cresce, que flui, que diminui, aparece e desaparece, como ondas. Ou seja, tem todas as características de um movimento social. É o que chamei de movimento sanitário – não é um partido, não é uma burocracia, não tem regimento interno. As pessoas se identificam, porque têm uma mesma abordagem teórica, um mesmo discurso e uma mesma luta. As pessoas se tornam parceiras de uma proposta de transformação e entram e saem e vão e voltam (BRASIL, 2006, p. 66).

Fundamental é perceber que são resistências institucionalizadas pelo fato de que as individualidades cidadãos, na época muito agrupadas em entidades, encontraram espaços formal-legais no Estado, para se expressarem, o que, segundo Spinoza, parece ser um dos pontos fundamentais, já que permite que o exercício de resistência se torne um hábito, como se deu com a Oitava Conferência, os fluxos diversos e plurais na Assembleia Nacional Constituinte, incluindo, sobretudo a Plenária Nacional de Saúde.

Todavia, a partir da análise que se fez deste conceito, e como poderia ser visualizado nas “ondas” de atuação do MSB, ora crescentes, ora com menos potências, mais ou menos intensas, portanto, tanto nos espaços institucionais quanto fora deles, não significa que uma vez criadas ou possibilitadas as estruturas de “recebimento” da resistência sejam necessariamente perenes, como parece ter sido o caso do MSB, após a Lei Orgânica da Saúde, mas aí é ponto para pesquisas futuras.

E mais, em nenhum momento se defende aqui que o Movimento Sanitário em si se institucionalizou, mas sim que os seus atores assim o fizeram, em maior ou menor grau, como mostrado nos capítulos; e ainda quanto ao MSB, que a sua prática de resistência, de contestação, de criação, de postura afirmativa, encontrou

formas, caminhos, linhas dentro do aparelho de Estado para que as suas ideias fossem encampadas e lá defendidas, até o ponto de serem materializadas no SUS, o que é bem diferente.

2.7

Movimento Sanitário e Suas Propostas

A grandeza do movimento sanitário é que ele não é um movimento corporativo. O projeto da Reforma Sanitária é, como nas palavras do Sergio Arouca, um projeto civilizatório, que traz embutido dentro de si uma outra sociedade, mais justa, mais equânime, menos desigual, mais pacífica. Tem uma proposta de mudança cultural enorme e não defende interesses próprios. Não se vê ali a luta por salários ou cargos para sanitaristas. Todas as propostas são propostas para o bem comum, que fala para a população, para o seu bem geral (SCOREL in BRASIL, 2006, p. 98-99).

O Governo Geisel, transcurso no qual se desenvolveu o Movimento Sanitário Brasileiro (MSB), restou classificado (a posteriori) como momento de crescimento e aperfeiçoamento dos movimentos sociais (BRASIL, 2006, p. 37, 56); e a articulação do grupo em torno da transformação do setor saúde deu origem ao MSB, incluso dentro do movimento civil da sociedade nacional com uma atuação definida, bem caracterizada e própria, além de ter gozado de uma visibilidade relativamente grande diante dos outros setores de luta e mesmo no ambiente institucional e popular.

Quanto aos atores do MSB, que não serão estudados especificamente (cada um deles) neste trabalho, podendo ser conferido em muitos outros excelentes (SCOREL, 1999; GERSCHMAN, 1994; CORDEIRO, 2004; LOBATO, 1994), cada um com sua perspectiva; pode-se dizer que o grande objetivo era implementar a RSB, tendo como expoentes uma multiplicidade de sujeitos e de instituições, tais como o “Movimento Estudantil”; o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES); o “Movimento Médico”, subdivido em “Movimento dos Médicos Residentes” (MMR) e o “Movimento de Renovação Médica (REME); e a “Academia”, especificamente a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), os Programas PESES, PEPPE, e PPREPS; o Instituto de Medicina Social da UERJ (IMS/UERJ), a ABRASCO, dentre outros.

Outra observação importante diz respeito aos aspectos de atuação de cada um dos atores, pois ao longo das décadas de 1970 e de 1980, eles estiveram mais ou menos atuantes, foram ou não “protagonistas” em suas respectivas áreas de atuação, mas como eles não serão estudados enquanto formadores do MSB, ao longo do trabalho não se teve a preocupação de estudar e delimitar estes elementos, mas fica a ressalva importante ao leitor.

Importante ainda dizer que os atores não são homogêneos quanto às propostas e modos de atuação para que estes sejam alcançados, nem mesmo internamente, razão pela qual se mostra um pouco difícil apreender todas estas variações, o que, quase automaticamente, leva a pesquisa a se voltar para os elementos mais gerais compartilhados entre todos os corpos simples (unitários) e complexos partícipes do MSB.

Ele, o movimento, atuou, segundo ESCOREL (1999, p. 63):

setorialmente, em um determinado contexto, o Sistema Nacional de Saúde – configurado pela hegemonia dos interesses mercantis da Previdência Social no período. A Previdência atravessou reformas institucionais que mantiveram o status quo, conduzindo, portanto, a uma inevitável crise financeira que eclodiu em 1981.

Não concordamos totalmente com a autora, principalmente porque uma das nossas teses é de que a atuação do MSB foi além, desaguando mesmo na institucionalização do SUS, anos mais tarde, tendo, portanto, uma atuação mais dilatada no tempo do que a que parece ser apontada.

Prosseguindo, por outro lado, o Ministério da Saúde, até mesmo por ser até então uma instituição colocada à margem, subordinada ao panorama previdenciário, hegemônico, serviu de um espaço de atuação de uma nova visão da saúde pública (em uma disputa interinstitucional), enfrentando a tradicional, *campanhista*, no seio interno da instituição.

Assim, o MSB não contente com a modalidade de intervenção estatal na construção e manutenção da saúde da população e nem com os interesses de jaez privatista empresarial, articulou-se nos “Anos Geisel”, não somente nos ambientes extra-institucionais, mas sim intra, em órgãos de representação, apresentando propostas transformadoras, assim como mecanismos para a formação de agentes e divulgadores deste pensamento médico-social *publicista* (ESCOREL, 1999, p. 64).

Como toda organização exitosa em algum grau (ao longo da dissertação ficará claro que os projetos do MSB estavam bem além da formação e operacionalização do SUS), ele foi se aprimorando com o tempo, não somente quanto aos aspectos organizacionais, mas também, e talvez, sobretudo, quanto às suas propostas de atuação no enfrentamento das cooptações e individualismos presentes no setor saúde, a partir de uma visão mais democrática, ou melhor, verdadeiramente democrática.

Dentre os problemas do modelo de saúde brasileiro a serem enfrentados, o documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, do CEBES Nacional, apresenta uma boa síntese. São eles: a piora gradativa do nível de vida da população, a partir da década de 1960, o que envolvia o crescimento dos índices de mortalidade infantil, doenças endêmicas, acidentes de trabalho, doentes mentais, entre outros. Ligado a isso, as condições ambientais de saneamento e de poluição igualmente cresceram, bem como os alarmantes déficits nutricionais (CEBES, 1980a).

Uma profunda crise igualmente atingia a medicina nacional, tanto em questões de qualidade quanto de eficiência, com o adicional das críticas da populações junto aos médicos, vistos como desleixados e ávidos pelos salários. Como reflexo das crises de todo gênero que assolava o país, os donos dos hospitais ameaçavam reiteradamente o fechamento destas instituições devido aos baixos lucros (CEBES, 1980a).

O que vinha sendo noticiado nas mídias de massa representam apenas parcialmente a verdade, eis que não alcançavam as “reais causas das distorções apresentadas”, ou seja, as raízes profundas das crises da assistência médica e da precariedade no sanitarismo da população: “a mercantilização da medicina promovida de forma consciente e acelerada por uma política governamental privatizante, concentradora e antipopular” (CEBES, 1980a).

Ou seja, as vozes dos populares eram desprezadas, e em substituição a elas ouviam-se os tecnocratas e os setores empresariais, normalmente aptos a pressionarem as políticas para que se ajustassem às suas preferências. A política de saúde, portanto, acompanhava as linhas gerais de atuação do Governo Ditatorial: “privatizante, empresarial e concentrador de renda”, levando à marginalização de aproximadamente setenta por cento da população quanto aos bens materiais e culturais (CEBES, 1980a).

Como se não bastasse, reduziram-se, ainda, os investimentos em saúde em níveis mínimos, focalizando a assistência médico-hospitalar curativa e de alta sofisticação, mesmo quando os contextos do país continuavam indicando os “velhos problemas”: “esquistossomose, chagas, malária, desnutrição, altos índices de mortalidade infantil”, junto com a irrupção de problemas mais urbanos (câncer, doenças cardiovasculares, acidentes, violências, etc.) (CEBES, 1980a).

Ou seja, era a questão da “velha” problemática da política: guiar-se pelos interesses de minorias, poderosas, detentoras de vastidões de capitais (os mais variados possíveis), afastando-se dos interesses reais da população, sobretudo dos mais necessitados, em claro descolamento do bem comum, portanto⁸⁹ (CEBES, 1980a).

Diante disso, destas posturas antidemocráticas, elitistas, antipopulares, concentradoras, os profissionais de saúde, em sua maioria, encontravam-se em “batalhas inglórias”, pois de um lado havia a necessidade de remediar os males da população carente e de outro havia os usos de técnicas perigosas, fruto da inexistência de recursos suficientes para uma melhor prestação dos serviços. E quanto a população, estavam alijados dos processos de construção das políticas de saúde, e da vida nacional em geral, mesmo que continuasse financiado um precário sistema, que pouco lhe dava em troca (CEBES, 1980a).

No que concerne a estes problemas democráticos fundamentais, o MSB convocava a população e os profissionais de saúde, para que apresentassem os seus diagnósticos e se juntassem aos múltiplos espaços de debates que cresciam em todo o território nacional (CEBES, 1980a).

Ou seja, em resumo, havia perdas de dignidade dos trabalhadores e profissionais da saúde; políticas de caráter antidemocrático e elitista; os recursos da previdência social basicamente serviam para comprar serviços/produtos da rede privada, e por consequência o lucro destes cresce às custas dos trabalhadores; as políticas de saúde pública eram ineficientes, e as específicas de formação de recursos humanos é igualmente concentradora e privatizadora; a produção de medicamentos é cada vez mais desnacionalizada, aumentando, por efeito, a

⁸⁹ Um exemplo de política neste sentido foi a tentativa de criação do cheque-consulta, cujo fim era apenas de enriquecimento dos prestadores de serviços, em claro propósito de iludir a população, que pensaria estar acessando melhores serviços de saúde (CEBES, 1980a).

dependência externa, que igualmente ocorria no setor de equipamentos médicos, conforme aponta CORDEIRO ET AL (1979, apud ESCOREL, 1999).

Diante desta situação, que perdurava no início dos anos do Governo Figueiredo (1979-1985), já incomparavelmente mais articulado e associado às lutas mais gerais da sociedade em prol da democracia, afirmava compreender e lutar por uma saúde democrática, composta basicamente de quatro grandes reconhecimentos, que podem ser postos em quatro eixos.

O primeiro eixo envolvia o reconhecimento de que a saúde é um direito universal e inalienável, comum a todas as pessoas, e que elas igualmente tem o direito a condições que viabilizassem a preservação da saúde (CEBES, 1980a).

O segundo eixo tratava do reconhecimento das condições sociais da saúde, envolvendo os contextos socioeconômicos da sociedade, como emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis (CEBES, 1980a).

O terceiro eixo versava sobre a responsabilidade, parcial, das ações médicas propriamente ditas, tanto em níveis individuais quanto coletivos, na promoção da saúde das populações (CEBES, 1980a).

O quarto eixo abordava o caráter social do direito democrático à saúde, bem como da responsabilidade que cabia à coletividade e ao Estado em sua representação e defesa, isto é, em sua implementação e garantia das condições supramencionadas, pois apenas assim se poderia viabilizar a preservação da saúde (CEBES, 1980a).

Aliado a isso, para que alcançassem este nível de saúde, ou uma saúde desta qualidade, o MSB percebeu que algumas medidas eram imperiosas, dentre as quais: (i) deter o “empresariamento” da medicina e (ii) a transformação dos atos médicos em bem social gratuito; (iii) a criação de um Sistema Único de Saúde, sob total (iv) responsabilidade do Estado; (v) a delegação ao Estado, especificamente ao Sistema Único de Saúde, da tarefa de planejar e executar a política de saúde, que incluísse, dentre outras coisas, a pesquisa básica, a formação de recursos humanos, o saneamento, dentre outras; (vi) o estabelecimento dos mecanismos eficazes de financiamento desse sistema, não agravando fiscalmente a população, e por isso deveria vir junto uma alteração no caráter regressivo do sistema tributário, (vii e viii) devendo este sistema ser organizado de forma descentralizada, respeitando o federalismo e permitindo uma

autêntica participação democrática da população, alcançando maior eficácia também e atendimento às necessidades locais, certo de que a criação das “unidades básicas”, coincidentes ou não com os municípios, seria uma estratégia fundamental para o êxito deste pontos (CEBES, 1980a).

Para além destes elementos de referência precisaria ainda do (ix) estabelecimento de um estatuto de convivência entre a prática assalariada vinculada ao Sistema Único de Saúde e a prática nos consultórios particulares; e (x) a definição de estratégias específicas de controle sobre a produção e a distribuição de medicamentos, e sobre a produção e/ou importação e o consumo de equipamentos médicos, com enfoque nas necessidades “reais, majoritárias e regionalizadas da população”, o que reduziria os gastos e a sofisticação desnecessária (CEBES, 1980a).

Importante era considerar também que as medidas apresentadas representavam uma “primeira etapa na formulação de uma plataforma de luta em prol de uma autêntica democratização da medicina e da Saúde brasileira”. Em razão disto não tinha a pretensão de ser executiva e nem de detalhar procedimentos administrativos para implementação das medidas propostas. Buscava mesmo era esta definição das linhas-mestras, de ordem mais geral, a nortear os trabalhos do MSB (CEBES, 1980a).

Por fim, o CEBES especificamente, certo de que o documento foi aprovado para integrar o Relatório Final do 1º Simpósio, em 1979, o que permite dizer que passou a ser uma pauta defendida pela generalidade do MSB, defendeu neste documento que as “reivindicações dos movimentos sociais” do setor fossem atendidas, no sentido de operar a (i) desvinculação dos conselhos profissionais do Ministério do Trabalho; (ii) o estabelecimento de salários justos para os profissionais, da estabilidade no emprego e de melhores condições de trabalho; (iii) a proibição do uso do saber e da autoridade para acobertar ou praticar atos de violência física ou moral contra a pessoa humana; (iv) eliminação de toda forma de discriminação social, religiosa, política e ideológica nos procedimentos de admissão de profissionais para cargos públicos ou privados; (v) modificação dos currículos de formação dos profissionais, adequando-os às novas realidades e enfatizando a saúde coletiva; (vi) regularização dos diferentes profissionais, como os residentes, a possuírem carteira de trabalho e dos sanitaristas, que deveriam possuir uma carteira específica; (vii) readmissão de todos os atingidos pelos atos

excepcionais da Ditadura; e (viii) recusa total do então projeto de CLT, unificando e fortalecendo as lutas gerais de todos os trabalhadores (CEBES, 1980a).

Apona ESCOREL (1999, p. 65), que “qualquer semelhança [dos escritos neste documento do CEBES] com o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde [histórica e fundamental] não é mera coincidência”. Será por quê? Cena dos próximos capítulos.

PARTE II

AS LUTAS INSTITUCIONAIS DO MOVIMENTO

3

UM CLÍMAX DA RESISTÊNCIA: A PRÉ-CONSTITUINTE DA SAÚDE

‘Tranquilizem-se, portanto, senhores empresários da saúde, que não podem sobreviver sem a tutela paternalista do Estado. Enquanto os trabalhadores não puderem interferir nos destinos da Previdência e a população organizada não participar da gestão das Políticas de Saúde, seus negócios estarão protegidos, ainda que à custa de milhares de vidas humanas’ (Editorial da Associação Bahiana de Medicina, agosto de 1980 apud PAIM, 1984, p. 11).

Vista a “gênese do MSB”, sem um estudo mais específico dos atores do MSB e suas perspectivas de lutas e atuações, que, inobstante o tratamento, pontua-se que a trajetória deles (dos atores) não foi independente de relacionamentos, envolvimento e implicações, que não só ocorreram, como foram fundamentais para o relativo sucesso do MSB, a partir do incremento de potência (energias, forças, recursos) advindo destes agenciamentos moleculares e molaes, isto é, em resumo, dos sujeitos constituintes e das instituições dos quais eram integrantes, busca-se agora apresentar neste capítulo, resumidamente, as características contextuais da década de 1980 (quanto ao que se relaciona com o trabalho dissertativo); resgatar brevemente o percurso das Conferências Nacionais de Saúde, com foco específico na VIII CNS, em virtude desta ser considerada um “marco na história” das Conferências e na Saúde Pública do país; de ter sido a primeira CNS aberta à sociedade, o que facilitou sobremaneira a agência político-institucional da resistência, naquela época já institucionalizada, como visto, certo de que nem todo o MSB se encontrava nos *loci* estatais, representando, portanto, a Conferência uma oportunidade mais ampla de acesso aos planos oficiais, e em maior quantidade, o que incrementa a ação; e pelo fato de o seu relatório final ter servido de base para o capítulo sobre Saúde na CF 88, resultando, finalmente, na criação do Sistema Único de Saúde.

3.1

Introdução

Os direitos são conquistas e não dádivas, fruto de longas sedimentações a partir das ações dos atores singulares e coletivos que se encontram nas arenas políticas, com seus interesses, necessidades, desejos e vontades distintos entre si e

potencialmente conflitantes, e lutam, se articulam e relacionam para que estes sejam reconhecidos na dimensão sócio-político-jurídica, a se expressar em atos normativos (constitucionais e/ou legais). E conforme Spinoza, é a resistência que faz o cidadão, a partir da noção de que para ele, o direito de resistência não é apenas mera reação em face de poderes injustos, ilegítimos ou mesmo arbitrários, mas possui uma dimensão positiva, sendo o “esforço concretizado de contínua instituição de poder político, ainda que esta contínua instituição do poder político signifique a própria reorganização institucional” (DE GUIMARAENS & ROCHA, 2014, p. 184).

Ora, que são as conferências nacionais de saúde, ou ainda, previamente, como já visto, que são os movimentos dos atores singulares e coletivos, que uma vez congregados, performaram o MSB, se não esforços de instituição permanente, portanto contínuos (que se perpetuam no espaço-tempo), do poder político dos reais constituintes, mesmo que tenha significado uma reorganização institucional (Da Cidade – Leis e Império), como se deu com o fim da Ditadura, com a efetivação das eleições diretas, com a transformação do sistema de saúde, que de fragmentando foi sendo gradativamente, de conquista em conquista, de experiência em experiência, unificado, ao mesmo tempo que descentralizado e garantido universalmente a todos, se não uma reorganização institucional?

Sendo ainda certo que a resistência faz o cidadão e este também a faz a partir do momento em que constrói um regime democrático, isto exige um esforço permanente dos sujeitos na manutenção dos fluxos de resistências em suas existências, a fim de que tais ações se tornem hábitos a serem conservados e vividos no cotidiano.

No recorte que se fez, de mais ou menos duas décadas, 1970 e 1980 do século XX, apreendeu-se e este capítulo representa o fechamento deste ciclo de duas décadas, ou melhor, a conclusão de uma etapa com a solidificação jurídica na Carta Constitucional de um sistema de saúde inclusivo, universal, “gratuito” e de responsabilidade do Estado, que, se não fossem os tensionamentos dos atores do MSB é possível que ainda estivéssemos vivendo sob a égide de um “Tratado de Tordesilhas da Saúde”, que, contemporaneamente, forças privatistas tentam novamente implementar, para a alegria de poucos e tristeza e preocupações de muitos.

E como é a multidão, potência coletiva, que se organiza em leis e em *imperium*, as leis comuns da cidade, que Spinoza dará o nome de Direito Civil (o que inclui a constituição), é a expressão do “esforço conjunto de constituição do comum”, negando a transcendência do jurídico em relação ao social, e logo, ao político, as “leis são o resultado das relações de composição” entre as pessoas, bem como das resistências institucionalizadas na forma de atores coletivos e complexos (CEBES, Movimento Estudantil, Movimento Médico e Movimento Acadêmico), que juntos formaram o MSB.

O que representa a positivação no texto constitucional e sua regulamentação legal, dois anos depois, das relações de composição, dos muitos encontros ocorridos entre os partícipes do movimento, de um Sistema Único que estava apenas no “plano das ideias” do MSB, que alcançaram a VIII CNS, que, por sua vez, alcançou a ANC 1987/1988, até desaguar na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde, se não estas relações constituintes do Direito Civil? A própria composição de forças e interesses dos demais atores políticos contrários à política nacional de saúde que estava sendo feita e retiraria muitos privilégios, que caminhava em direção a uma humanização da saúde, a prevalência dos bens comuns, materializada nos vetos e retiradas que foram feitos à proposta original, tanto no texto constitucional quanto no legal, é fato explicativo da composição de forças, do jogo de relação que houve durante a gestação do sistema único, sobrevivente, não obstante o imparável desejo de alguns em vê-lo padecer.

Que é o *imperium*, ou o poder de gerir a coisa pública, neste caso em discussão, se não o exercício imanente dos atores sanitários, como visto, ora mais, ora menos institucionalizado, mas sempre afetando os aparelhos do Estado, a coisa pública, a fim de que o *imperium* fosse, de fato, a “expressão desejante do exercício da potência da multidão”, como se vê nas próprias Conferências Nacionais, mas também na Constituinte, e mais tarde na participação popular como sendo um princípio do Sistema Único?

Assim, nesta perspectiva, cidadania implica exercício contínuo pelos sujeitos e seus movimentos, institucionalizados ou não, em favor dos seus direitos, na formação dos deveres, enfim, na criação das leis da Cidade e do *imperium*, o que aproxima da ideia de uma multidão imanente constituinte do Legislativo e do Executivo. Conquistar cidadania é resistir, mediante ação, que se expressa sob os mais diversos modos. Participar do processo legislativo e decisório, exercendo

controle sobre estes dois amplos processos, é fundamental para o processo democrático, a partir de uma integração entre os atores singulares e coletivos, ainda que quanto a estes últimos haja discussões a respeito de representatividade e legitimidade que não são abordados no estudo, mas vale a nota anti-ingenuidade.

A Constituição Cidadã representou um marco em termos de reconhecimento de direitos sociais⁹⁰ e a saúde foi um dos Campos de maior visibilidade e potência na Constituinte, além de importante para a formação democrática do país, vez que o MSB mobilizou uma amplitude de atores, dentre os quais estudantes, acadêmicos, profissionais da área de saúde, sindicalistas, movimentos de bairros e de moradores, políticos institucionais em torno da reivindicação básica: saúde, um direito de cidadania e dever do Estado.

E nesta mobilização construiu, no decurso de duas décadas, uma proposta consistente, sob um olhar estratégico e técnico-doutrinário, para a gramática constitucional e legal (regulamentadora), conseguindo levar e sustentar propostas como as de integralidade da atenção, unificação do sistema, descentralização e participação social, o que contribuiu para o fortalecimento do MSB no pós-Constituinte, o que não será abordado aqui, pois está além do recorte temporal; e pelas conquistas inegáveis levou muitos analistas e pesquisadores a avaliarem o movimento como exemplar no que se refere a composição de políticas públicas universais no Brasil.

Ora, o que a tornou tão “especial”, singular, ímpar, foi justamente a imanência e a organicidade do MSB, que cotejou, harmonizando, polindo, a expansão da cobertura aos moldes que será visto (e que se vêm pontuando) com as negociações nos espaços de poder com os gestores dos três níveis federativos (sobretudo nacionais e estaduais até a CF 88) e a “democratização” dos processos decisórios, a partir da participação e do controle social, em claro estímulo ao envolvimento dos sujeitos, mas que também representam uma conquista do MSB em si, e não uma dádiva ou liberalidade do Estado.

Na temporalidade pós-Constituição, as Conferências e os Conselhos de Saúde (art. 1º da Lei nº 8.142 de 1990) tornar-se-iam “os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação da política

⁹⁰ Vale ressaltar a inexistência de um direito que não seja social, pois, por exemplo, todos dependem de reconhecimento por parte do Estado e dos demais sujeitos, sendo, portanto, de exercício coletivo e de afetação idem, considerando-se, ainda a teia integrativa do social.

de saúde em todas as esferas de governo”, o que não significa afirmar as suas perfeições, pois foi possível, como ainda é, identificar certas “fragilidades e a necessidade de superação de práticas clientelistas ou corporativas que subsistem em muitas situações”.

E agora, com o breve retrospecto das CNS do país será possível perceber que nem sempre estes foram espaços de participação e de ação social, sendo a VIII CNS um marco justamente por ter estabelecido essa dimensão fundamental, que, de tanta potência, em quantidade e qualidade dos participantes, somados aos momentos de redemocratização, aos bons encontros e oportunidades que permitiram a ocupação em núcleos legal-institucionais por atores-sujeitos do MSB, e o procedimento da Constituinte do pós-Ditadura, permitiram essa conquista de envolvimento amplo dos atores junto à saúde pública do país, controlando, fiscalizando e pautando demandas no sistema oficial, refletindo, portanto, o movimento que foi feito ao longo destas décadas de se institucionalizar ao mesmo tempo em que dirigia para as esferas estatais para que os embates fossem travados lá também, sobretudo.

3.2

Os “Anos Dourados”⁹¹: Década de 1980

Isso está muito vivo na minha memória política e na minha memória pessoal, que envolve a visão intelectual e envolve sentimentos, para quem os anos 1980 foram os anos das gerações que militaram na área social contra a ditadura e depois pela construção de um novo Estado para uma nova sociedade. Essa militância foi das mais cativantes e agregadoras da história brasileira na saída da ditadura com a utopia da construção de um Estado democrático. Hoje, rotulo os anos 1980 de “anos dourados”, dourados não de realizações prontas e de um Estado pronto democratizado e uma sociedade perfeita, mas dourados pelo que se teve de uma utopia pela qual lutar, pela capacidade e possibilidade de agregar segmentos da sociedade dos mais diversos, dos mais baixos aos mais altos, em torno de uma utopia de uma sociedade nova, de um estado democrático. Uma utopia extremamente mobilizadora que quem militou tem essa visão, e eu não digo saudade, porque para quem milita não dá para sentir saudade. Nós temos que estar sempre tentando renovar as utopias eternamente, sem parar, mas os anos 1980 têm essa marca, cravaram na sociedade

⁹¹ A expressão é de Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão).

brasileira essa marca. Se ela não produziu um Estado democrático desejável, no entanto, essa marca mobilizou corações e mentes de uma maneira suficiente para agora, 15 anos depois do neoliberalismo que se instala em 1990, devermos a ela a resistência que nos foi possível em todos esses anos (SANTOS in BRASIL, 2006, p. 100).

Esta é a década de importância histórica para a Saúde Pública Brasileira, bem como para o MSB e para a RSB, tanto pelas conquistas institucionais-oficiais quanto pelas lutas que ocorreram ao longo destes dez anos, cruciais para o fortalecimento da cidadania e de cidadãos ativos, resistentes, que derrubaram uma Ditadura e que edificaram um Sistema Único de Saúde, universal, descentralizado, participativo (democrático) e público. De uma forma geral, foi um momento de construção (e de possibilidade de sonhar neste sentido) de um estado democrático de direito, com garantia das liberdades e de uma multiplicidade de outros direitos incluídos na Carta Cidadã.

Não se trata de romantizar a década de 1980, haja vista que todas as conquistas não foram construídas por “geração espontânea” e que nenhuma delas estava isenta de problemas e de questões a serem resolvidas, algumas até hoje, especificamente no Campo Saúde. O sentido de “dourado” se dá mais por ter oferecido às individualidades resistentes uma “utopia”, um sonho, pelo qual se podia lutar, de modo articulado, em regime de agremiação de recursos e de junção de forças entre os mais variados setores (atores) sociais, dispostos a edificar este Estado Democrático e um Sistema Único de Saúde igualmente democrático, participativo-popular.

Neste mesmo sentido aponta Maria Luiza Jaeger, quando afirma que a luta pela saúde representa uma “luta permanente em defesa da vida”, que foi extensa e profundamente discutida na década de 1980 a partir do “direito à vida”, e que ainda, muitos anos depois (ela foi entrevistada em 2005), os pontos elementares e definidores de uma saúde efetivamente democrática ainda não haviam sido plenamente assumidos pelo “conjunto de governantes deste país”. E quanto aos movimentos, “a gente continua brigando e vai continuar brigando em qualquer lugar em que esteja. Agora, é um processo absolutamente interessante. É um processo do tamanho do Estado e do tamanho da sociedade” (BRASIL, 2006, p. 99).

3.3 As Conferências

Gostaria de chamar atenção para o fato de que todos estão de olhos voltados para o que está ocorrendo nesta Conferência. Esta é a primeira vez em que se encontram o setor saúde e a sociedade. Pela primeira vez, os usuários estão representados numa Conferência Nacional de Saúde. Então, nosso papel na formação da política de saúde é da maior importância (Conferência de Arouca na VIII CNS registrado em BRASIL, 1987, p. 42).

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) não são uma novidade na história institucional do Brasil, pois instituídas ainda no ano de 1937, no primeiro governo Getúlio Vargas, com o fim amplo de incluir as conferências no âmbito educacional, de ser um instrumento do Governo Federal a edificar e estimular as articulações intrasistema e de obter um conhecimento mais tangível das ações de saúde e de educação promovidas pelos entes federativos estaduais. Foram estabelecidos a partir da Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937, que reestruturou o Ministério da Educação e da Saúde, como anotam PINHEIRO, WESTPHAL, AKERMAN (2005, p. 451) e, no momento da sua confecção, constituíam-se de *loci* intergovernamentais, integrados por autoridades do Ministério da Educação e Saúde, assim como por representantes oficiais dos entes estaduais e do então território do Acre, com previsão inicial de execução a cada dois anos, o que não foi cumprido na prática, desde o início, haja vista a primeira ter sido convocada em janeiro de 1941 (BRASIL, 2009, p. 12), o que foi justificado no Relatório Final da I CNS, “por motivos de força maior” (BRASIL, 1941, p. 05).

Abaixo serão analisadas as oito primeiras conferências, sendo as sete primeiras anteriores à Nova República.

3.3.1

A Primeira

A Primeira CNS ocorreu em novembro de 1941 por sugestão propositiva de Gustavo Capanema, então Ministro da pasta relacionada, a partir do Decreto de convocação, onde constava a sua finalidade:

§2º A Primeira Conferência Nacional de Saúde realizar-se-á imediatamente depois de encerrada a Primeira Conferência Nacional de Educação, devendo

ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1941).

O setor sanitário e o educacional estavam em uma só pasta ministerial, de função e responsabilidade dupla, portanto, cuja sigla era MES, o que justifica o fato do referido decreto ter convocado, paralelamente, a Conferência Nacional de Educação. Quanto às disposições a primeira CNS deveria:

a) Estudar as bases de organização de um programa nacional de saúde e de um programa nacional de proteção da infância, síntese dos objetivos a serem atingidos e dos meios a serem mobilizados, nesses dois terrenos do serviço público nacional. b) Estudar e definir o sistema de organização e de administração sanitárias e assistenciais, nas órbitas estadual e municipal; c) Considerar, de modo especial, as campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose, para o fim de serem assentadas medidas relativas à sua coordenação e intensificação, e bem assim a situação das cidades e vilas de todo o país quanto à montagem e funcionamento dos serviços de águas e esgotos (BRASIL, p. 36).

As conferências seguintes estavam coadunadas com seus momentos históricos, tal como a primeira, refletindo, então, as problemáticas que grassavam no seio social do período, com destaque para as relacionadas ao Campo Saúde; repetindo-se, ainda, a mesma indisposição legal quanto ao tempo, vez que a segunda apenas foi concretizada em 1950, final do Governo Dutra, com um detalhe chamativo: a falta de informações a seu respeito, o que dificultou o serviço de pesquisa.

3.3.2 A Segunda

A Segunda CNS, que se efetivou de 21 de novembro a 12 de dezembro do ano de 1950, contou com a coordenação do Ministro Pedro Calmon e teve como temário geral a malária, a segurança do trabalho, condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes, não havendo relatório conhecido sobre o evento, cujo objetivo foi a investigação dos “pontos de vista dominantes entre os sanitaristas”, para poder construir um entendimento mais consistente acerca das questões sanitárias enfrentadas pelos gestores estaduais e federais.

Nos prelúdios da década de 1950 algumas mudanças institucionais ocorreram no país (BRASIL, 2009, p. 13), como a criação do Ministério da Saúde, distinguindo-o do Campo Educacional, mas sem que significasse uma alteração positiva quanto à busca de solução para os imbróglios sanitários enfrentados pela nação. A aprovação da Lei nº 2.312 de 03 de setembro de 1954 possivelmente constituiu a primeira tentativa de organização, em âmbito nacional, de um sistema de saúde abrangente no país, como se verifica na ementa legislativa “Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde”, bem como os enunciados normativos dos quatro primeiros artigos.

Estes artigos parecem ter sido os primórdios de uma organização sistemática deste direito no país, quando preveem: (i) a ideia de que a saúde era um dever do Estado (art. 1º); (ii) a função de pesquisa sobre saúde ser de predominância federal, com ênfase nas demandas de enfermidades da época, bem como da influência do meio ambiente na questão saúde (art. 2º); (iii) outras incumbências do Governo Federal, como as de realização de uma educação sanitária em todo o país, já assegurando as possibilidades de serem firmadas parcerias e convênios com organismos sanitários de outros países, bem como com os entes federativos estaduais, do Distrito Federal e dos Territórios (art. 3º); e (iv) a competência legislativa supletiva e complementar dos Estados, Distrito Federal e Territórios, sendo, portanto, da competência da União o traçado jurídico das “normas gerais da defesa e proteção da saúde do povo”, de observância obrigatória em todo o território nacional (art. 4º).

3.3.3 A Terceira

Treze anos depois da Segunda CNS, fazendo letra morta a previsão bianual, foi realizada a III, convocada por João Goulart em julho de 1960, tendo como corpus pessoal, ainda, os representantes oficiais dos governos federal, estaduais, territoriais e das “entidades científicas e dos órgãos integrados nos programas do desenvolvimento econômico-social” (BRASIL, 1963). Todavia, uma primeira e tímida ampliação parecia surgir quanto à ampliação dos partícipes, mantendo restrita a participação do direito ao voto (art. 5º, p. único), estabelecendo que

Art.6º - Os Secretários de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e os Diretores de Saúde dos Territórios poderão se fazer acompanhar de assessores técnicos (BRASIL, 1963).

O temário parecia transparecer uma nova orientação, voltada aos diagnósticos da realidade sanitária da população, da distribuição das atividades médico-sanitárias nos três níveis federativos, a municipalização dos serviços de saúde e a fixação de um Plano Nacional de Saúde⁹², como apreendido dos artigos abaixo.

Art.7º - Os temas oficiais da 3ª Conferência Nacional de Saúde serão os seguintes:

- a) Situação sanitária da população brasileira.
Apreciação geral do problema;
- b) Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal;
- c) Municipalização dos serviços de saúde e;
- d) Fixação de um Plano Nacional de Saúde.

Art.8º - Poderão ser discutidos trabalhos sobre outros assuntos desde que previamente aprovados pela Comissão Organizadora.

Art.9º - A Comissão Organizadora procederá a classificação dos trabalhos de acordo com o Temário e preparará os documentos básicos de discussão dos 4 temas oficiais.

O Golpe Militar tornou inexecutável a implementação das medidas propostas pela III CNS, mas as suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados pelos movimentos sociais ligados à saúde a partir da década de 1970 (BRASIL, 2009, p. 13).

3.3.4 A Quarta

A IV CNS foi produzida em 1967⁹³ e tal como as três seguintes aconteceu na vigência da Ditadura. De início destaca-se o fato de que ela reativou a

⁹² “Ao oficializar a inclusão do Plano Nacional de Saúde, no temário da III Conferência Nacional de Saúde, pretendeu o Ministério da Saúde conferir a este problema a importância e a significação que ele assume no âmbito das medidas governamentais que visam à conquista de melhores condições de bem-estar para a população brasileira. [...] Planejar a saúde significa, precipuamente confrontar recursos e necessidades e estabelecer uma hierarquia de prioridades que permita atender, a médio e longo prazo, ao pressuposto do crescimento econômico, sem descuidar os infortúnios que, a curto prazo, a doença acarreta aos agrupamentos mais expostos aos seus riscos” (Fixação de um plano nacional de saúde in BRASIL, 1963).

⁹³ Em 1967 foi também o ano da “reforma ocorrida na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo”, pela qual já se verificava o desejo por mudanças estruturais no setor saúde, em que pese estivesse mergulhado na Ditadura há 3 anos, o que algo compreensível quando se lembra dos movimentos

característica do debate mais técnico, envolvendo apenas os especialistas de cada área temática que seria debatida e as autoridades do MS, do MPAS, dos estados e dos territórios. O ato de convocação se deu pelo Decreto nº 58.266 de 27 de abril de 1966, sendo presidida por Leonel Miranda Tavares de Albuquerque, então Ministro, e como presidente da comissão organizadora, Hélio Fraga. Na introdução dos Anais (BRASIL, 1967, p. 17) desta Conferência assim estão dispostos:

A IV Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Decreto nº 58.266, de 27 de abril de 1966, nos termos do disposto no art. 90 e parágrafo único da Lei nº 378, combinado com o art. 1.0 da Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1952, com a finalidade de formular sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento de suas atividades de saúde. Instalada pelo Exmo. Dr. Leonel Miranda Tavares de Albuquerque, Ministro de Estado da Saúde, e encerra pelo Exmo. Sr. Presidente da República Marechal Arthur da Costa e Silva, a Conferência teve lugar de 30 de agosto a 4 de setembro de 1967, no edifício da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, em Manguinhos, Rio de Janeiro.

A Conferência teve como tema central “Recursos Humanos para as atividades de Saúde”, com foco na identificação das necessidades de formação de material humano, assim como nas responsabilidades do MPAS e das Instituições de Ensino Superior da área quanto à capacitação dos profissionais e do desenvolvimento das Políticas em Saúde Pública. Contou-se ainda com um Painel Internacional sobre política e as realizações da OPAS; bem como sobre as experiências sanitárias da Venezuela e da Colômbia (BRASIL, 1967, p. 17).

As conclusões desta Conferência, especificamente do Tópico 1, que teve como Relator-Geral o Dr. Manoel José Ferreira, a necessidade de pluriprofissionalismo na formação das equipes de saúde; a necessidade do profissional da área fazer uma pós-graduação que o capacite; a necessidade de conhecer melhor os recursos humanos da saúde; e a constatação de que naquela conjuntura a formação não estava direcionada à resolução dos problemas de saúde

por reformas de base dos últimos anos de democracia antes do Golpe. José da Silva Guedes aponta (BRASIL, 2006, p. 55): “Em 1967, houve uma reforma na secretaria de saúde de São Paulo que propunha uma reestruturação do sistema de saúde. O sistema verticalizado, com os serviços de tuberculose de um lado, hanseníase de outro, centro de saúde etc., foi horizontalmente unificado. Criou-se a figura do centro de saúde polivalente que devia cumprir todas as funções. E, também, a lei da reforma criava uma carreira de médicos sanitários que assumiriam, no Estado de São Paulo, a direção de unidades, distritos, regionais. O secretário que aprovou essa reforma foi Walter Sidnei Pereira Leser, que saiu do governo em 1970 e retornou em 1975”.

do país, em função de a estrutura curricular ser rígida e não ajustada às demandas de formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 1967, p. 277).

O curioso é que muitas destas demandas já anunciadas aqui foram trabalhadas pelo MSB ao longo das duas décadas analisadas, o que contribui para a hipótese de que se tratava de necessidades da realidade brasileira, vez que não houve a participação popular nesta Conferência. As conclusões do tópico 3 (Responsabilidade do MS na formação e aperfeiçoamento de pessoal) seguem neste mesmo sentido (BRASIL, 1967, p. 279):

Na definição das responsabilidades institucionais assinalaram que ao Ministério da Saúde cabe, essencialmente, estimular o desenvolvimento de recursos humanos de acordo com as necessidades do País; dar assistência técnica e financeira aos órgãos educacionais; preparar pessoal de alto nível para tarefas de planejamento; e formar elementos capacitados para treinamento de pessoal auxiliar. Para a preparação do pessoal auxiliar referido, reconheceu-se que a responsabilidade do Ministério da Saúde deve consistir na assistência técnico-financeira aos órgãos locais e regionais de saúde capazes de organizar centros de treinamento. Como medida disciplinadora de âmbito nacional caber-lhe-á a elaboração de normas de treinamento para a qualificação adequada desse pessoal. Para a diferenciação do pessoal profissional em Saúde Pública considerou-se necessário estimular a realização de cursos de pós-graduação, especialização e atualização, a serem ministrados pelas escolas especializadas. Admitiu-se ainda a estruturação de tais cursos nas Universidades, respeitados os requisitos mínimos a serem fixados pela Escola Nacional de Saúde Pública, conforme preceito legal. O Ministério da Saúde deverá franquear todos os seus serviços, especializados ou não, inclusive Fundações a ele vinculadas, a todas as instituições de ensino no campo da Saúde, oferecendo amplas possibilidades para treinamento em áreas urbanas e rurais, em diferentes regiões do País. Essas condições poderiam ser criadas através de convênios entre o Ministério da Saúde, a Previdência Social e instituições estaduais, municipais e particulares de Saúde, num esforço conjunto de integração das atividades médico-sanitárias, para obter melhores condições para o aprendizado.

Pontua-se que tanto a V quanto a VI CNS foram brevemente trabalhadas no Capítulo 2 da dissertação, razão pela qual não se encontram aqui.

3.3.5 A Sétima

A VII CNS foi convocada pelo Decreto nº 84.106 de 02 de fevereiro de 1979, realizada em 1980, no governo de Figueiredo, presidida pelo Ministro Waldyr Mendes Arcoverde e contabilizou cerca de 402 participantes, divididos em 16 grupos de debates conforme o subtema escolhido por eles no momento da inscrição. Conforme BRASIL (Anais da VII CNS, 1980, p. 03):

A convocação da 7ª Conferência Nacional de Saúde teve por finalidade promover o debate amplo de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), sob a égide dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e ao mesmo tempo, coligir subsídios para o seu aperfeiçoamento.

Em consequência, ficou decidido que Conferência teria um tema único e central – EXTENSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE ATRAVÉS DOS SERVIÇOS BÁSICOS – com os seguintes subtemas:

1. Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas.
2. Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde – o PLANASA e o Saneamento Simplificado.
3. Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde.
4. Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde.
5. Responsabilidade e Articulação Interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento Institucional e da Infra-estrutura de Apoio nos Estados.
6. Alimentação e Nutrição e os Serviços Básicos de Saúde.
7. Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde.
8. Saúde Mental e Doenças Crônico-degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde.
9. Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde.
10. Participação Comunitária. Os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades.
11. Articulação dos Serviços Básicos com os serviços especializados no Sistema de Saúde.

Pelo que se pode depreender dos Anais da Sétima o PREV-SAÚDE propunha uma reestruturação e também ampliação dos serviços de saúde à população⁹⁴, a partir da formação de uma rede sanitária básica cuja cobertura haveria de ser universal. Foi igualmente objeto de deliberação uma proposta do então presidente do INAMPS para a criação de um seguro-saúde, uma espécie de contribuição previdenciária adicional com o fim de custear a instituição⁹⁵ e apontava-se para a necessidade de articulação com a população, inclusive os mais desfavorecidos, para que se efetivasse um sistema nacional de saúde que fosse capaz de cumprir com seus objetivos mais amplos, já mencionados – é este o

⁹⁴ O PREV-SAÚDE foi lançado e divulgado no curso da VII CNS, que já apontava, por parte do próprio governo, para um apelo à “participação social” e prometendo mesmo o resgate da “dívida social” perante os excluídos do processo de desenvolvimento nacional, como aponta PAIM (2007, p. 80), com a chancela do Presidente da República e dos Ministros de Estado.

⁹⁵ É sempre razoável lembrar que os superintendentes do INAMPS, possuidores de elevados poderes políticos, até então, passaram a não mais gozar destes capitais políticos, sendo transferidos para uma espécie de segundo plano, já que, nos espaços de poderes de primeiro nível, fundamental, estruturante, estavam agora os Secretários Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores primários (FIGUEIREDO NETO & SILVA & ROSA & CUNHA & SANTOS, 2010).

apelo à participação social⁹⁶. O discurso de abertura do Ministro da Saúde ilustra bem isso:

Entendemos imprescindível uma articulação crescente com as demais instituições e agentes do setor social e da sociedade como um todo. Vale destacar o diálogo franco, construtivo e permanente que vem sendo mantido com o Ministério da Previdência e Assistência Social, ratificando posições reiteradamente afirmadas pelo Senhor Ministro Jair Soares. Acreditamos que a estratégia objeto de discussão nesta Conferência reflete o enfoque social, humano e pragmático que se deseja, e de expressão real das relações intersetoriais de saúde, porque: - é politicamente aceitável, ao propor um sistema hierarquizado de serviços para atendimento de toda a população e prioritariamente das classes mais pobres, com a participação efetiva e consciente das comunidades, diretamente ou através de suas lideranças legítimas, e ensejando a vinculação dos programas do setor saúde com os de outros setores; - é economicamente viável, ao aplicar procedimentos em estreita relação com os recursos existentes, oportunizando a solução da maioria das situações no primeiro elo da cadeia de referência e canalizando apropriadamente as demais; - é tecnicamente exequível, ao utilizar uma tecnologia moderna sem aderir ao convencionalismo de restringir aos profissionais a responsabilidade de ministrar as formas mais simples de atendimento de saúde; - é socialmente desejável ao estender os benefícios à maioria, respeitando a cultura e a tradição. Os marcos referenciais da programação consagram o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, de caráter interministerial, como programa axial e nuclear das ações de saúde do governo e sua implementação formalizará o início da implantação do Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, VII CNS, 1980, p. 8-9).

O discurso de abertura do Presidente Figueiredo era um corolário do debate que estava em andamento e também refletia a mesma disposição de trazer a comunidade para participar dos debates:

Meu governo considera o direito à saúde um corolário natural do direito à vida. O dever do Estado de prover as populações com meios adequados à promoção da saúde e à prevenção da doença – antes que à reabilitação do doente – corresponde, com igual conspicuidade, àquele direito. A convocação desta Conferência tem, por isso, como finalidade principal, debater e coordenar as atividades dos vários setores e níveis de governo no que respeita às ações básicas

⁹⁶ Decreto nº 84.016, de 20 de setembro de 1979. Convoca a VII Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. “Art. 5º Tomarão parte da VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE:

I - Como delegados do Ministério da Saúde, os membros do Conselho Nacional de Saúde e dirigentes de órgão e entidades diretamente subordinados ou vinculados ao Ministério da Saúde. II - Outros funcionários designados pelo Ministro da Saúde. III - Um representante de cada um dos demais Ministérios integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social. IV - Os diretores dos serviços de saúde das Forças Armadas e, como representantes dos Governos dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, além dos respectivos Secretários de Saúde, os Delegados para tal fim designados, bem como os delegados de outros órgãos públicos de saúde, **inclusive de autarquias, entidades paraestatais e particulares que se queiram fazer representar**” (grifos nossos). A abertura também se fazia legalmente, prova inequívoca das lutas pela redemocratização, que enfraqueceram a Ditadura, gradativamente. Também está em harmonia com o reconhecimento dos movimentos sociais que se fortaleciam no período em torno das reivindicações por reformas mais profundas e significativas do sistema de saúde (BRASIL, 2009, p. 15).

de saúde. Estou certo, porém, de que só obteremos resultados duradouros em nosso esforço na medida em que as comunidades interessadas participem conscientemente na formulação, execução e avaliação dos programas de saúde. Por isso, todo o governo deve empenhar-se, mais ainda, em melhorar o espírito solidário e cooperativo entre os membros das aglomerações sociais.

O grande desafio, no plano do governo, é a integração e a coordenação. A articulação entre os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social é particularmente significativa, pelos resultados já alcançados. É também a mais complexa, em face da multiplicidade de serviços afins ou complementares; da ênfase na prevenção e no diagnóstico precoce; da identificação de soluções nacionais para os problemas de caráter tipicamente nacional; do estímulo à crescente nacionalização de equipamentos e insumos (BRASIL, 1980, p. 15).

O Relatório Final da Conferência, no tópico final, o sétimo, traz a questão de que os usuários dos serviços de saúde não foram convocados para a deliberação naquele espaço, mas que esses grupos deverão ser convocados para participarem dos processos decisórios e construtivos das políticas usufruídas por eles, na qualidade de destinatários finais:

A mais ampla liberdade de manifestação, com intensa troca de opiniões e experiências, caracterizou o bem organizado e harmonioso clima sob o qual os debates das Conferências se desenrolaram. Embora, por motivos circunstanciais, não tenham sido convocados determinados grupos sociais – como, por exemplo, os usuários dos serviços de saúde – o conjunto das instituições, órgãos e serviços, tanto do setor saúde quanto dos setores afins, foi bastante representativo. Cabe ainda registrar que, além de ter reinado durante toda a Conferência uma clara unidade de pensamento com respeito ao seu tema central, consenso geral foi alcançado na sessão de apresentação dos relatórios dos grupos de debates quanto aos seguintes pontos: [...] acordo em que a população brasileira, destinatário final das ações do programa, ainda não participa do seu processo decisório, devendo porém fazê-lo na medida em que for levada a se incorporar à prática das ações ao mesmo inerentes, desse modo podendo representar fator determinante para que alcance suas finalidades (BRASIL, 1980, p. 216 e 217).

3.3.5.1

O Primeiro Simpósio Nacional de Políticas de Saúde e “A Questão Democrática na Área da Saúde”

Outubro de 1979 foi também o momento de realização do 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, outro dos marcos expressivos do MSB, pois, rememorando, foi nele que o CEBES debateu a sua própria proposta de reorientação do sistema sanitário, no documento “A Questão Democrática na Área da Saúde, acatado por todos os grupos e assim acabou integrando o relatório final do evento.

Conforme aponta ESCOREL (1999, p. 81), após estes três primeiros anos de existência é possível dizer que o CEBES estava mais orientado para a democratização político-institucional do país, para a derrubada da ditadura, resultando daí o grande lema do período “Saúde e Democracia”, quase que deixando de lado, em parte, ou como interesse secundário, a Reforma Sanitária em si.

A Reforma Sanitária (lema originado da experiência italiana) persistiu durante algum tempo como palavra de ordem, mas foi abandonada e só foi retomada em 1985/1986. A unificação do sistema de saúde continuou a orientar o movimento como a imagem-objetivo do instrumento viabilizador das propostas. A democratização passou a ser o princípio básico: da democracia tudo dependia. Nesses três primeiros anos de existência, o CEBES representou, com essa proposta, a sua adesão aos demais movimentos sociais, tais como o movimento contra a carestia e a luta pela anistia. Esse princípio básico foi exposto no documento intitulado ‘A Questão Democrática na Área da Saúde’, apresentado em 1979 no I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados e acatado por unanimidade como posição oficial da reunião ⁹⁷.

Indicando a importância deste I Simpósio em 1979, que, segundo Hésio Cordeiro, “foi aí, na realidade, que começou a se falar na idéia do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006, p. 68), Sônia Fleury apontou o espaço legislativo como a oportunidade de experimentar os enfrentamentos das forças adversárias, assim como extrair aprendizados quanto ao relacionamento com o Legislativo; e perceber, a partir dos aliados, a força de que dispunham e qual a potência das correlações formadas:

Desde o simpósio da Câmara dos Deputados [1979], sempre foi o momento em que você se reconhecia, você sabia a força que tinha, coisa que você não sabia fora de lá, e lá você começava a perceber os enfrentamentos. O primeiro enfrentamento que tivemos foi com a FBH e nós não tínhamos noção se nós éramos só um bando de marginais de esquerda ou se nós tínhamos força para levar aquilo adiante. Ali era o lugar onde você encontrava o outro, o seu opositor, mas também os seus aliados que se identificavam e sabiam o tamanho da correlação de forças e o seu poder dentro daquela força. Então, aquela atuação

⁹⁷ “Da confluência entre a Academia e a praxis, entre as críticas ao complexo médico-empresarial e o exercício de propostas de descentralização e municipalização, brotavam rabiscos de alternativas que, muitas vezes, se traduziam em novos cursos, seminários, documentos, reuniões no Sindicato dos Médicos ou no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Um momento estratégico para a organização da Reforma Sanitária foi o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, com debate e aprovação do documento a Questão Democrática na Área da Saúde, apresentado pela diretoria nacional do CEBES, com base em trabalho elaborado por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da UERJ (Hésio Cordeiro, José Luis Fiori e Reinaldo Guimarães), acrescido das principais reivindicações do setor, transformando-se em documento-base para as conclusões finais do encontro (CEBES, 1980). Nesse documento fica patente a crítica ao regime autoritário e suas consequências na saúde” (CORDEIRO, 2004, p. 345-346).

dentro do Congresso Nacional é privilegiada por causa disso e, também, superava certas coisas meramente corporativas, como os conselhos regionais, que participavam ativamente também e ali transcendiam a coisa corporativa em direção ao projeto mais abrangente. Foi uma experiência fantástica nesse sentido (BRASIL, 2006, p. 92).

O CEBES, neste 1º Simpósio⁹⁸⁹⁹, trouxe ao público o documento denominado “A Questão Democrática na área da saúde”¹⁰⁰, “eleito”, a partir daquele momento, como uma proposta coletiva do Movimento pela Reforma Sanitária, o MSB, naquela conjuntura, publicado originalmente em 1980 na Revista Saúde em Debate, nº 9, páginas 11 a 14, sendo republicado na coletânea “Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária” (organizado por Sônia Fleury, Lígia Bahia e Paulo Amarante em 2008).

Importante destacar, desde logo, essa aproximação do CEBES com os espaços institucionais, como a feita por este congresso e os seus sucessores, neste caso com o Legislativo, chegando ao ponto de, com a proposta de agenciar politicamente a Academia com os Movimentos Sociais, acabou dispondo de forças, competentemente, para lançar o Documento “A Questão Democrática”, via Diretoria Nacional do Centro, e este vir a ser o alicerce das conclusões finais do evento.

⁹⁸ Ainda mostrando a ligação com o Parlamento, que já datava desta época, não começando, portanto, só em meados da década de 1980, com a Nova República, há o registro de Samara Rachel Vieira Nitão (BRASIL, 2006, p. 92): “[...] então o contato com o parlamento brasileiro não foi só no momento da Constituinte. Havia parlamentares engajados com a saúde – o Ubaldo Dantas, anterior à Constituinte e que durante a Constituinte foi funda mental, o Eduardo Jorge, o Raimundo Bezerra, o Carlos Mosconi, e outros, o Geraldo Alckmin, atual governador de São Paulo [2005], que foi relator da Lei Orgânica da Saúde. Essas pessoas já sabiam do movimento sanitário, das propostas da saúde, a 8ª CNS tinha tido muita repercussão, quer dizer, elas já conheciam as questões da necessidade de integrar, da integralidade e das suas próprias vivências políticas nos estados. Então, não era uma coisa que elas não tivessem conhecimento. Tudo isso foi o coroamento de uma história de um longo processo de trabalho, dos movimentos sociais, de mais de uma geração, de várias gerações em que isso estava sendo trabalhado, discutido e por isso surgiu”.

⁹⁹ A posição do CEBES é de que o Simpósio “se transformou em evento extremamente importante no setor, pelo reingresso do legislativo nas questões substanciais da saúde, pela enorme participação de profissionais, pela primeira vez, de representantes de sindicatos de trabalhadores, e finalmente, pela forma democrática de sua organização”. Além das apresentações realizadas pelos Núcleos (regionais), o CEBES (Diretoria Nacional) apresentou “este documento sobre a Questão Democrática na Área da Saúde. Baseado em trabalho elaborado por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (\$) [Hésio Cordeiro, José Luiz Fiori e Reinaldo Guimarães], acrescido das principais reivindicações do setor, transformou-se em documento base para as conclusões finais do encontro. Consideramos que este trabalho exemplifica o papel de um Centro de Estudos que articula politicamente o mundo acadêmico com os movimentos sociais que pretendem transformar nosso país em uma sociedade mais justa e humana” (CEBES, RSD, n. 09, 1980, p. 47-48).

¹⁰⁰ O documento, pela sua importância, consta, na íntegra, da seção Anexo da dissertação.

Segue um trecho do Documento, demonstrando que, paulatinamente, sendo certo que as sementes já estavam lançadas desde a gênese deste Ator Sanitário, o CEBES tinha uma proposta política lastreada em um projeto sólido, que se aperfeiçoou no decorrer do tempo, para o campo da saúde. Tal proposta era defendida e organizada organicamente por setores da esquerda, cujo primeiro instrumento de trabalho era uma revista,:

É nesse sentido que o centro Brasileiro de Estudos de Saúde vem apresentar sua contribuição a este debate e a esta luta.

– O diagnóstico apresentado já indica as grandes linhas de uma proposta, limitando responsabilidades e definindo os principais obstáculos que se interpõem hoje, no Brasil, entre os ideais democráticos e as possibilidades de resposta e adequação real do nosso Sistema de Saúde àqueles ideais.

Por uma Saúde autenticamente democrática entende-se:

1- O reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde;

2- O reconhecimento do caráter socioeconômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis;

3- O reconhecimento da responsabilidade parcial, porém, intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população;

4- O reconhecimento, finalmente, do caráter social deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supra mencionadas;

Por isso, são necessárias medidas que:

1- Obstaculizem os efeitos mais nocivos das leis de mercado na área da Saúde, ou seja, detenham o empresariamento da medicina;

2- Transformem os atos médicos lucrativos em um bem social, gratuito, à disposição de toda a população;

3- Criem um Sistema Único de Saúde;

4- Atribuem ao Estado a responsabilidade total pela administração deste Sistema;

5- Deleguem ao Sistema Único de Saúde a tarefa de planificar e executar uma política nacional de saúde; que inclua: a pesquisa básica, a formação de recursos humanos, a atenção médica individual e coletiva, curativa e preventiva, o controle ambiental, o saneamento e a nutrição mínima à sobrevivência de uma população hígida;

6- Estabeleçam mecanismos eficazes de financiamento do sistema, que não sejam baseados em novos gravames fiscais sobre a maioria da população, nem em novos impostos específicos para a Saúde. O financiamento do Sistema Único deverá ser baseado numa maior participação proporcional do setor Saúde nos orçamentos federal, estaduais e municipais, bem como no aumento da arrecadação decorrente de uma alteração fundamental no atual caráter regressivo do sistema tributário;

7- Organizem este sistema de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do país em seus níveis federal, estadual e municipal, estabelecendo unidades básicas, coincidentes ou não com os municípios, constituídas por aglomerações de população que eventualmente reuniriam mais de um município ou desdobrariam outros de maior densidade populacional. Esta descentralização tem por fim viabilizar uma autêntica

participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do sistema, propondo e controlando as ações planejadas de suas organizações e partidos políticos representados nos governos, assembleias e instâncias próprias do Sistema Único de Saúde;

8- Esta descentralização visa, por um lado, maior eficácia, permitindo uma maior visualização, planificação e alocação dos recursos segundo as necessidades locais. Mas, visa, sobretudo, ampliar e agilizar uma autêntica participação popular a todos os níveis e etapas na política de Saúde;

Este, talvez o ponto fundamental desta proposta, negador de uma solução meramente administrativa ou “estatizante”. Trata-se de canalizar as reivindicações e proposições dos beneficiários, transformando-os em voz e voto em todas as instâncias.

Evita-se, também, com isto, uma participação do tipo centralizador, tão cara ao espírito corporativista e tão apta às manipulações cooptativas de um estado fortemente centralizado e autoritário, como tem sido, tradicionalmente, o estado Brasileiro.

9- Estabeleçam um estatuto de convivência entre a prática assalariada vinculada ao Sistema Único de Saúde e a autêntica prática de consultórios particulares que tem tradição na medicina brasileira;

10- Definam uma estratégia específica de controle sobre a produção e distribuição de medicamentos, assim como de produção e/ou importação e consumo de equipamentos médicos. Que esta estratégia tenha presente as necessidades reais, majoritárias e regionalizadas da população, reduzindo ao mínimo os gastos e a sofisticação desnecessária (CEBES, RSB, v. 09, p. 12).

Comentando esse início mais claro da relação do MSB com o Poder Legislativo, Arlindo Fábio Gomez de Souza explicita que essa aproximação foi fruto do amadurecimento do MSB, o que só continuou à medida que o agenciamento “movimento sanitário-poder legislativo” se fortaleceu; e que desde este 1º Simpósio da Câmara de 1979, “dentro daquilo que viria ser a proposta da própria Reforma Sanitária, seus embriões. [...] a gente se deu conta de que se tinha que incorporar o poder legislativo nesse processo” (BRASIL, 2006, p. 91). Nelsão (Nelson Rodrigues dos Santos) na mesma obra também aborda o tema, afirmando que

O “pulo do gato”, que não foi urdido nem previsto, pois a prática ensinou, foi o casamento do movimento social com o poder legislativo, o que foi fatal para os conservadores. O movimento da Reforma Sanitária Brasileira teve um dos seus grandes momentos quando teve a competência de respeitar e entender o pulsar do poder legislativo, o que é a cultura política do poder legislativo, entender o poder legislativo como real caixa de ressonância da sociedade, entender que o poder legislativo não é a simples soma dos parlamentares, de extrações das mais diversas, desde parlamentares mais ideologizados, até parlamentares mais fisiológicos, mais vendidos, corruptíveis ou corruptores, venais ou não venais, religiosos, éticos (BRASIL, 2006, p. 91).

A VII CNS, ainda que realizada nos moldes semelhantes das anteriores, começou a expressar a necessidade gritante, inclusive pelos setores estatais, de

transformações no sistema, como também no próprio desenho das Conferências, que só seriam concretizadas após o início do processo de redemocratização, já na Nova República. O sistema de saúde, portanto, centralizado, institucionalmente fragmentado, com descontinuidades permanentes, altamente verticalizado e excludente, consolidado de certa forma nas décadas pregressas, passou a não mais atender às necessidades, aos desejos e às vontades explicitadas por muitos setores sociais; tal como o processo decisório, ensimesmado no plano governamental, sem abertura aos diálogos, foi veementemente contestado pelos movimentos que se organizaram, como o Sanitário (BRASIL, 2009, p. 15).

3.3.6

A Oitava – A “Pré-Constituinte” do Campo Saúde

Outro tipo de razão – esta, sim, por demais conhecida do povo italiano – é que, quando não é a população que controla os serviços sanitários, eles burocratizam-se e transformam-se em fonte de clientelismo e de poder político, sem que se dê a atenção sanitária necessária à população (BERLINGUER, 1980, p. 43).

3.3.6.1

Introdução

Com a superação da Ditadura e o advento da Nova República em 1985, o MSB se avivou ainda mais, tornando possível uma discussão cada vez mais séria a respeito dos rumos do sistema de saúde, considerando que

Antes da Constituição de 1988, a saúde não era direito de todos, mas apenas a assistência médica era prometida a quem tinha Carteira assinada e pagava a Previdência Social. Aos outros, só se pagassem ou sobrasse dinheiro para o Ministério da Saúde, os Hospitais Universitários e os Governos Estaduais e Municipais fazerem algum atendimento. Nesse caso, essa população que não podia pagar e não "tinha INPS", era chamada de indigente ou carente (RODRIGUEZ NETO, 1994, p. 8 in Brasil, 1994).

Uma série de polêmicas exsurgiram neste contexto, e uma delas dizia respeito à conveniência ou não da unificação do INAMPS com o MS. E como prevista nos planos do novo Governo; além da proximidade com a realização da ANC 1987/1988, na qual discutir-se-ia a nova estrutura básica jurídico-político-institucional do Brasil; e da pressão de várias linhas dos movimentos sociais, a Oitava Conferência foi convocada, a fim de discutir e formatar uma nova proposta

de estruturação, gestão e execução da política do Campo Saúde do país (RODRIGUEZ NETO, 1994, p. 10).

Com uma amplitude participativa jamais dantes vista, envolvendo técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e populares, além de dirigentes institucionais, a Oitava CNS discutiria a situação sanitária do país e ao final conseguiu aprovar um relatório “cujas recomendações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, já então plenamente legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares e que foi levado à Assembléia Nacional Constituinte em 1987” a fim de concorrer com propostas outras sobre o conteúdo substancial e gramático-textual da área de Saúde na Carta Constitucional (RODRIGUEZ NETO, 1994, p. 11).

Mas para que a CNS acontecesse do modo como ocorreu, movimentações políticas de bastidores ocorreram, tendo como titular da pasta da Saúde o Ministro Carlos Sant’anna, que, segundo expõe Fabíola de Aguiar Nunes (BRASIL, 2006, p. 82), para que o tema fosse discutido:

Carlos Sant’anna chamou Eleutério, Sergio Arouca, a mim e, se não me engano, o Cid Pimentel, que foi da comissão de redação da 8ª CNS. Aí se discutiu o impasse [com a Previdência], pois Carlos não queria dissidência dentro do movimento. Aí, Arouca disse: “Doutor Carlos, quando a gente não pode tudo, obtém o máximo que puder. A sua lei permite trazer a Ceme e o Conselho de Desenvolvimento Social. Não traz o Inamps, mas se você trouxer uma parte e não trouxer outra, já caminhou para a unificação e legitimação, sem precisar bater de frente e sem ser truculento, de modo a viabilizar a Reforma Sanitária. O senhor usa a lei delegada e nós vamos para uma conferência nacional de saúde. O senhor convoca e nós fazemos uma conferência diferente”.

A proposta transformadora de Arouca, no sentido de criarem uma conferência diferente, também se deu, para além do próprio MSB e sua perspectiva de democratização do país e da saúde, por uma motivação básica: a Sétima CNS teve os seus delegados escolhidos, como visto, pelo Ministro da Saúde e autoridades do Estado, sem o pronunciamento da população e das administrações locais de saúde. Os sujeitos envolvidas com a RSB apenas “recebiam a política de saúde depois de decidida”. Assim o que ele propôs foi antes o oposto

começar de baixo para cima. E dizia: “Se a gente tem realmente um argumento bom, a gente vai poder começar a discutir do município para cá e quando chegar aqui a força do movimento social vai viabilizá-lo”. Carlos Sant’anna, considerando que administrar essa conferência ia ser muito difícil, perguntou a

Arouca se a assumia, como Presidente da Fiocruz. Arouca disse que sim, propôs e defendeu um mínimo de mil delegados, mesmo com o argumento de que era um número muito elevado, sendo contra a sugestão para reduzi-lo. Arouca achava que mil delegados era o mínimo para legitimar a conferência, começando dos municípios – as pré-conferências – que agora são históricas e um fato dado na organização das conferências. Ou seja, a idéia original foi de Sergio Arouca e a força política que fez isso acontecer foi de Carlos Sant’anna (BRASIL, 2006, p. 83).

3.3.6.2

Assim se faz história

A VIII CNS ocorreu em 1986, expressando o momento intenso e marcante em que as transformações adquiriram perímetros mais claros e demarcados, sobretudo com a ampliação do espectro de atores envolvidos e com a publicização contundente das diretrizes para a reorganização e reelaboração do sistema de saúde¹⁰¹; sob a presidência de Sérgio Arouca, uma das lideranças mais pujantes do MSB¹⁰². Foi convocada pelo Ministro Carlos Sant’anna, via Decreto nº 91.466 de 23 de Julho de 1985¹⁰³, entretanto realizada já na gestão de Roberto Figueira Santos, que em seu discurso de abertura destacou:

¹⁰¹ Fabíola de Aguiar Nunes assevera que a ideia de Arouca de desejar uma Conferência diferente foi porque, até a Sétima, os delegados eram escolhidos pelo Ministro da Saúde ou por Autoridades da República, entre pessoas de “notório saber”, que fariam as propostas de políticas de saúde. Nem a população e nem as administrações locais se pronunciavam, apenas recebiam as propostas posteriormente. Neste sentido ela prosseguiu: “O que Arouca propôs foi o contrário, começar de baixo para cima. E dizia: “Se a gente tem realmente um argumento bom, a gente vai poder começar a discutir do município para cá e quando chegar aqui a força do movimento social vai viabilizá-lo”. Carlos Sant’anna, considerando que administrar essa conferência ia ser muito difícil, perguntou a Arouca se a assumia, como Presidente da Fiocruz. Arouca disse que sim, propôs e defendeu um mínimo de mil delegados, mesmo com o argumento de que era um número muito elevado, sendo contra a sugestão para reduzi-lo. Arouca achava que mil delegados era o mínimo para legitimar a conferência, começando dos municípios – as pré-conferências – que agora são históricas e um fato dado na organização das conferências. Ou seja, a idéia original foi de Sergio Arouca e a força política que fez isso acontecer foi de Carlos Sant’anna (BRASIL, 2006, p. 82-83).

¹⁰² Segundo depoimento de José Carvalho de Noronha, (BRASIL, 2006, p. 82) “o Arouca tem uma liderança extremamente importante, pois vincula o esforço da redemocratização da saúde com o esforço do desenvolvimento da cidadania. Quer dizer, ele faz um alargamento do conceito de cidadania e do projeto da saúde, imaginando um impulso democrático à Constituição que, com a democracia no interior do sistema de saúde, você vai ter os ingredientes para uma grande reforma social. Foi nesse contexto que se construiu a 8ª CNS. Para que ela fosse constituída eram necessários alguns ingredientes, um conjunto de possibilidades políticas e institucionais, tanto do ponto de vista da modelagem do sistema de saúde quanto do ponto de vista de mecanismos participativos de conformação desse sistema”

¹⁰³ Agora sim, finalmente, havia a previsão expressa, clara e abrangente sobre quem tomaria assento na Conferência: “Art. 3º. Tomarão parte da VIII Conferência Nacional de Saúde: I - Os titulares dos órgãos técnicos do Ministério da Saúde, bem como os dirigentes das entidades descentralizadas sob supervisão do Ministério; II - Outros servidores designados pelo Ministro de Estado da Saúde; III - Delegados indicados pelos Ministérios do Interior, Educação, Trabalho, Previdência e Assistência Social, Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente e Secretaria de Planejamento da Presidência da República; IV - Até 2 representantes indicados por cada um dos

O momento é decisivo. Por varias vezes, nas ultimas quatro décadas, o governo do Brasil convocara anteriormente a Conferência, ao verificar a necessidade do reexame de aspectos vários da problemática da saúde. Na presente oportunidade, resultou a convocação das profundas alterações politico-administrativas desencadeadas pelo Governo Sarney no ultimo ano, com reflexos expressivos nos conceitos e na pratica dos cuidados a saúde. A implantação da Nova Republica, com o que significou para o cidadão brasileiro, nas mais variadas componentes das suas condições de vida e trabalho, tem ensejado fecunda meditação sobre as diretrizes vigentes na nossa área de ação profissional. Aproxima-se a instalação da Assembléia Constituinte, razão a mais e de fundamental importância para a convocação de uma Conferência que diferisse das anteriores na sua composição. Estamos, aqui reunidos, autoridades de governo nos niveis federal, estadual e municipal, juntamente com representantes de variados setores da comunidade, estes na condição de usuários dos serviços submetidos a debate. Antes de implantar-se o Governo Tancredo-Sarney, estudiosos do assunto afinados com as idéias políticas vitoriosas, produziram documentos da mais alta valia, acerca das relações entre o Brasil que renascia e a saúde do seu povo. Transcorrido o primeiro ano sob a presente orientação política e administrativa, cabe a avaliação do progresso alcançado. Sem duvida, mudou a ordem de prioridades do governo ao longo do ano. As áreas sociais, nelas incluídas a saúde, assumiram destaque que há muito tempo não lhes era atribuído, o que gerou consequências favoráveis na elaboração do orçamento do presente exercício (BRASIL, 1986, p. 15).

A Conferência foi, como diz AROUCA, um momento não mais de realização de diagnósticos, de análises das causas e consequências da precariedade do sistema de saúde, mas de pensar “quais são as possibilidades reais e concretas que temos de montar um sistema de saúde, hoje, no Brasil”. Não foi ontem e nem seria amanhã, era ali, no presente, que as linhas da Reforma Sanitária, trazidas e pautadas pelos atores coletivos do MSB, encontrariam um desaguadouro, um canal de expressão, no seio institucional, para se mostrar e operar as mudanças que eram desejadas, com base nos anos de diagnósticos que já tinham sido feitos¹⁰⁴. Complementa e corrobora Arouca (BRASIL, 1986, p. 38):

demais ministérios; V - Representantes das Comissões de Saúde do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e das Assembléias Legislativas Estaduais; VI - Representantes das organizações sindicais de empregados e empregadores; VII - Representantes das Associações, Conselhos e Sindicatos dos Profissionais de Saúde; VIII - Representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; IX - Representantes dos serviços de saúde das Forças Armadas; X - Representantes das Organizações Internacionais vinculadas ao setor de saúde; XI - Representantes das entidades prestadoras de serviços de saúde; XII - Pessoas ou instituições convidadas pelo Ministro de Estado da Saúde; XIII - Representantes de outras entidades representativas da sociedade civil”.

¹⁰⁴ Neste sentido, um dos desdobramentos da VIII foi a constituição do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), isto é, a Oitava foi um espaço-tempo de movimento de articulação dos Secretários Municipais de Saúde, em paralelo, mas inserido no evento, inicialmente de modo informal, pois só em 1988 seria institucionalizado. José Eri Medeiro depõe neste sentido (BRASIL, 2006, p. 83-84): “Naquela conferência, histórica para todos nós, através da coordenação do professor Nelson Rodrigues dos Santos, que era o Secretário Municipal de Saúde de Campinas, nós reunimos 77 representantes de prefeituras nos degraus do ginásio de

Este é o porquê da Conferência. E assim ela nasce, no instante em que o debate sobre a reformulação do sistema de saúde no Brasil, infelizmente, quase que ficou restrito a uma simples reforma administrativa, com a discussão da transferência ou não do INAMPS para o Ministério da Saúde. Só que não é esta a questão. O que está em questão é uma coisa muito mais séria, muito mais profunda do que uma simples reforma burocrática e administrativa.

No transcurso do tempo, prossegue Arouca, surgiu uma crítica séria quanto à insuficiência do debate pela sociedade brasileira do conjunto de propostas na qual se baseava a reformulação do sistema de saúde e o fato de que qualquer mudança não poderia ser feita apenas por uma lei. Era preciso “uma mudança a partir do instante em que existisse uma consciência nacional tão profunda, tão séria, que se transformasse em desejo político, num desejo político irreversível, eu diria quase que suprapartidário, que levasse à noção de que o sistema de saúde brasileiro tem que ser mudado” (BRASIL, 1986, p. 38). E como será visto logo mais, brevemente, de fato houve uma integração suprapartidária em torno do tema.

A partir do momento em que passou a existir esta compreensão, a partir da conscientização coletiva a respeito da necessidade de convocação de mais uma Conferência Nacional de Saúde, mas que permitisse em seu bojo a “ampliação, a nível nacional, de todo o debate que durante o ano de 1985 aconteceu nas capitais e em alguns setores da sociedade brasileira” (BRASIL, 1986, p. 39). Neste sentido, a Oitava CNS não poderia ser igual às anteriores, pois que precisava ter uma natureza distinta, representando uma espécie de apelo à sociedade para que esta formulasse as suas críticas ao sistema, a partir dos seus desejos, das suas culturas.

Porque o problema aqui não é o de buscar um modelo de saúde que seja adequado à nossa cultura de brasileiros, tirado do bolso de uma hora para outra, mas sim o de se buscar um sistema de saúde cuja experiência tenha sido gerada nas vivências do trabalho comunitário de bairros, nas práticas dos sindicatos, da Igreja, das secretarias de saúde, estaduais e municipais, que tanta coisa têm enfrentado no sentido de transformar esse sistema, baseados no conhecimento,

esportes aqui de Brasília. Nessa reunião com o Nelsão, nós estabelecemos a estratégia de criação do Conasems, segundo a qual cada estado deveria criar um colegiado e a gente buscaria um espaço dentro da política que estava se delineando do Suds. Logo em seguida saíria o SUS, então nós estávamos abrindo espaço dentro da Ciplan, das CIS, das Cims e a nossa idéia era uma integração, já com representantes desses colegiados. Posteriormente, com a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, os secretários municipais tiveram acesso a ela, por intermédio do Flávio Goulart, companheiro nosso de Uberlândia, que começa a participar da CNRS como representante desse grupo informal, inexistente ainda do ponto de vista nacional como Conasems”.

inclusive, de pessoas que, por assumirem mais a convivência com esse sistema perverso, foram para algum lugar do País e começaram uma experiência concreta, na tentativa de modifica-lo (BRASIL, 1986, p. 39).

Era disso que se tratava: como reaver a cultura nacional, a “experiência acumulada por aquelas instituições que trabalharam sério”, por aqueles sujeitos que teriam algo a dizer, a acrescentar, sobretudo usuários e técnicos, a partir das suas vivências (BRASIL, 1986, p. 39). Portanto, ela não poderia se tornar uma reunião de funcionários, um encontro de empresários, tão somente. Houve a contestação de entidades ligadas ao setor privado que se retiraram da Conferência, alegando que deveriam ter maior número de delegados, pois representavam grande parte dos serviços prestados no país.

Todavia, Arouca esclarece: “No meu entender, essa proporção de serviços prestados não corresponde à proporção da população brasileira. E esta é uma Conferência da população brasileira e não uma Conferência dos prestadores de serviços”. Entretanto, a ausência foi lamentada, pois o que se buscava era a construção de um “projeto nacional que não pretendesse excluir nenhum dos grupos envolvidos na prestação de serviços, na construção da saúde do povo brasileiro” (BRASIL, 1986, p. 39). A eles ficaria a mensagem de que, mesmo estando ausentes, os interesses deles estariam resguardados,

desde que estes não sejam os interesses da mercantilização da saúde. Portanto, todo aquele empresário que está trabalhando seriamente na área da saúde, na qualidade da sua competência técnica e profissional, não precisa se sentir atemorizado, porque aqui ele vai ser defendido (BRASIL, 1986, p. 39).

3.3.6.3 Dos Temas

No que diz respeito ao temário, os três temas foram: (i) Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade; (ii) Reformulação do sistema nacional de saúde; e (iii) Financiamento do setor Saúde. Para cada tema base “foram previamente encomendados textos para acadêmicos, intelectuais e especialistas a título de subsídio para os debates”. Muitos destes autores eram atores do MSB, que foram igualmente chamados para participarem das três grandes mesas-redondas (PAIM, 2007, p. 92).

Aqui, nestes pontos, realiza-se uma espécie de radiografia ou cartografia básica e resumida das comunicações feitas na Oitava, situando o leitor nas discussões travadas.

3.3.6.3.1

Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade e resumo dos painéis

Quanto a este tema há, sobretudo, os textos de SOUSA JÚNIOR (1986. p. 61-67) refletindo sobre a construção social da cidadania, tendo como base o desenvolvimento dos direitos civis, sociais e políticos; a análise da proposta da saúde como um direito de todos e dever do Estado sob a ótica do direito elaborado por DIAS (1986); e as análises crítico-reflexivas entre cidadania e Estado, sob o viés dos direitos sociais (TEIXEIRA, 1986) ou do direito à saúde (PAIM, 1986)¹⁰⁵.

Alguns dos pontos analisados por PAIM neste texto foram a natureza do Estado, que “estruturado em uma sociedade de classe, não é neutro”, atuando para a preservação da ordem capitalista, tendo como função-mor assegurar o livre desenvolvimento das trocas sob este modo operativo; que na ótica da saúde, o Estado atua, costumeiramente, regulando e intervindo para facilitar o acesso aos bens/serviços de saúde; e que era fundamental trazer a “ideia do direito à saúde como noção básica para a formulação de políticas públicas” (PAIM, 1986, p. 45-49), diferenciando-a da ideia de direito aos serviços de saúde ou a assistência médica.

Em seguida traz a emergência dos movimentos sociais no século XIX em favor do direito à saúde, quando foram estabelecidos os princípios básicos da medicina social, que “se confundiam com um projeto mais amplo de reforma social”, e logo em seguida traçou o movimento de redução do programa de reforma sanitária feito nas décadas seguintes em Alemanha e França, com o desdobramento também da ideia de seguro social, que no caso específico da Saúde, com a redefinição das políticas sociais e a “presença das organizações operárias no processo político” (PAIM, 1986, p. 45-49), vai culminar na Inglaterra

¹⁰⁵ Todas as referências são dos Anais da Oitava Conferência (BRASIL, 1986).

com a construção do Serviço Nacional de Saúde, em 1948, muito além do seguro social.

Continua com o desenvolvimento da cidadania e dos direitos nos países ditos subdesenvolvidos, especialmente América Latina, que, no caso do Brasil, por exemplo, houve paradoxos e contradições, com a “deterioração das condições de vida da população no período do ‘milagre econômico’”. O agravamento das condições de saúde desse período desencadeou um amplo processo de denúncia, inicialmente ligado aos meios acadêmicos e estendido, posteriormente, a associações científicas e entidades sindicais e comunitárias. Foram sendo constituídos movimentos sociais na área da saúde, quer dos trabalhadores do setor, quer de segmentos populares, delineando-se um projeto de ‘democratização da saúde’, vinculado às propostas políticas mais amplas das forças democráticas e populares” (PAIM, 1986, p. 45-49).

Neste sentido, para os países em desenvolvimento, ou de desenvolvimento econômico tardio, “a questão do direito à saúde permanece em aberto como campo de luta política e ideológica”. No caso do Brasil, em que pese ter subscrito a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a emergência de Alma-Ata, “a realidade continuou distante da efetivação” do direito a saúde no país. Em seguida Paim vai apresentar o triste panorama no acesso extremamente desigual aos serviços de saúde no país naquela época (da Conferência)¹⁰⁶, considerando as relações sociais estruturais entre as condições de vida da população e seu respectivo grau de saúde¹⁰⁷; e a redução das desigualdades¹⁰⁸. Na sequência ele

¹⁰⁶ Por exemplo, “Ainda que se admita, de modo otimista, uma taxa de mortalidade infantil de 70 por 1000 nascidos vivos no Brasil em 1980, constata-se que tal coeficiente foi alcançado no Japão em 1947, no Canadá em 1937, na Inglaterra em 1929, nos EUA em 1926 e na Suécia em 1915. Para que não sejam citados exemplos exclusivos de países desenvolvidos, lembre-se que em 1980 Cuba apresentava uma taxa de 18,3, a Costa Rica de 19,1, o Chile de 31,8 e Argentina de 40,8. Somente o Paraguai apresentou um coeficiente superior ao Brasil, entre os países das Américas” (PAIM, 1986, p. 51)

¹⁰⁷ “Face à consistente vinculação entre a situação de saúde e as condições de vida da população, o quadro sanitário do Brasil de hoje reproduz a distribuição desigual da renda entre as regiões, entre as Unidades da Federação, entre capital e interior, entre as áreas urbanas e rurais, entre os bairros centrais e periféricos. Mesmo levando-se em conta as deficiências das estatísticas de saúde, as informações disponíveis são suficientemente reveladoras dessas disparidades regionais e sociais” (PAIM, 1986, p. 52).

¹⁰⁸ “Apesar da intensa presença do Estado no setor saúde, a oferta de serviços é determinada pelas características sociais da clientela. Assim, as classes proprietárias e os segmentos superiores da classe média podem comprar os serviços médico-hospitalares a preços do mercado, exercer a livre escolha de profissionais prestigiados consumindo a tecnologia de ponta ou recorrer a planos especiais e ao padrão ‘executivo’ de seguro saúde privado. Já os trabalhadores urbanos e o restante da classe média utilizam os serviços financiados pela previdência social, cujas modalidades assistenciais apresentam lógicas distintas de funcionamento. Por último, os trabalhadores rurais e

passa a tratar do processo de desenvolvimento das políticas sociais e de saúde no Brasil que começava a se redemocratizar, a partir da “abertura social”, quando realizou um programa de emergência que, “entre outras medidas, deveria privilegiar a suplementação alimentar para crianças e nutrizes e a expansão, para todo o território nacional, da estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS)”. No médio prazo esse programa originaria, bem como a partir de outras experiências, o Sistema Único de Saúde. Com a redemocratização a sociedade passou a exigir um Estado Moderno, autônomo e que implementasse medidas “econômico-sociais consistentes e articuladas”. O fato de tais medidas estarem sob um processo constituinte estimulou a sistematização das ideias que poderiam vir a dar “materialidade ao direito à saúde, que precisa ser reconhecido e inscrito na nova Constituição” (PAIM, 1986).

Era mesmo um momento histórico e significativo para o país, que poderia estabelecer um novo relacionamento com a sociedade civil, capaz de levar adiante o processo de democratização. No Campo Saúde, a democratização exigia “a mobilização de forças sociais e a definição de compromissos e alianças com vistas à Assembléia Nacional Constituinte e a nova composição do Congresso Nacional, a partir de 1987”, isto é, para que a RSB fosse efetiva precisava passar pelos políticos e seus partidos, ainda que quanto à eficácia, precisasse do “avanço dos movimentos sociais” e da organização e controle dos cidadãos. Ao final o autor se questionou sobre a quem caberia o dever de assegurar a saúde, se ao indivíduo, à família, ao Estado ou à sociedade, prevalecendo a tese de ser este um dever do Estado, fazendo frente à mercantilização, sendo certo, ainda, que os serviços de saúde deveriam ser um serviço público, cuja concessão se daria de acordo com as circunstâncias.

Do texto de Paim, em resumo, infere-se que a “garantia dos direitos sociais não deveria reduzir os cidadãos a meros peticionários da administração” (PAIM, 2007, p. 96-97), ficando a mercê das oscilações de uma tecnoburocracia e que a transparência dos aparelhos de Estado deve ser defendida, tais como o controle público dos serviços estatais e a gestão pública das instituições, em contraposição

os outros grupos sociais inseridos irregularmente no mercado de trabalho ou são atendidos através de convênios do FUNRURAL com instituições filantrópicas e hospitalares privados de pequeno porte ou são assistidos precariamente pelos serviços públicos de saúde dos estados e municípios. Mesmo as iniciativas mais progressistas de universalização do atendimento e de unificação dos serviços, como é o caso das Ações Integradas de Saúde (AIS), não conseguiram reduzir essa estratificação na estrutura de prestação de serviços de saúde” (PAIM, 1986, p. 52).

ao “estatismo autoritário” e a relação histórica do direito à saúde com o advento do “Welfare State” (Estado de bem-estar social).

Disso resulta a pertinência de se analisar a natureza do Estado capitalista, assim como o alerta de que o Estado não era “mero instrumento capaz de ser manipulado livremente pelos grupos que exercem o poder” e que dispunha de certa autonomia em face dos interesses imediatos das classes hegemônicas (PAIM, 2007, p. 96-97).

Quanto à análise operada por SOUSA JÚNIOR, o desenvolvimento da cidadania se daria por três elementos constitutivos, com base em Marshall: o civil, o político e o social, sendo cada um composto a seu turno por: “direitos necessários à liberdade individual, liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça” (SOUSA JÚNIOR, 1986, p. 61-67); pelo “direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo” (idem, *ibidem*); pela “referência a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade” (idem, *ibidem*).

Prossegue na análise afirmando que nas quatro constituintes anteriores à que viria, a definição de cidadania era dada pelo critério da representação e que era necessário “atualizar a noção de cidadania para a configuração do quadro jurídico que lhe conforme o trânsito conceitual no plano de sua relevância político-jurídica. Trata-se de verificar o ‘lugar’ que cada classe ou grupo ocupa na estrutura econômico-social, para definir a dimensão relevante de suas reivindicações por novos direitos e por espaços de efetiva participação” (idem, *ibidem*). Assim, cidadania se expressaria no “espaço civil” (conceito de Maria Célia Paoli), algo que se situa entre a noção de cidadania estrita (igualmente jurídica) e a ação política propriamente dita, “enquanto estratégias organizadas de reivindicações coletivas” (idem, *ibidem*).

Em seguida, ele traz Marilena Chauí que situa “três níveis simultâneos e diferentes de lutas para conquista da cidadania”: primeiro é a “exigência do estabelecimento de uma ordem legal de tipo democrático na qual os cidadãos participam da vida política através dos partidos políticos, da voz e do voto,

implicando uma diminuição do raio de ação do Poder Executivo em benefício do Poder Legislativo ou dos parlamentares” (idem, ibidem) (direitos políticos); segundo, “como exigência do estabelecimento de garantias individuais, sociais, econômicas, políticas e culturais, cujas linhas gerais definem o estado de direito onde vigorem pactos a serem conservados e respeitados e o direito à oposição” (idem, ibidem) (direitos e liberdades civis); e terceiro, “como exigência do estabelecimento de um novo modelo econômico destinado à redistribuição mais justa da renda nacional, de tal modo que não só se desfça a excessiva concentração da riqueza e seja modificada a política social do Estado, mas, sobretudo, na exigência de que as classes trabalhadoras possam defender seus interesses e direitos tanto através dos movimentos sociais, sindicais e de opinião pública, quanto pela participação direta nas decisões concernentes as condições de vida e de trabalho” (idem, ibidem) (emergência sócio-política dos trabalhadores e como questão de justiça).

Assim, os elementos “representação, liberdade e participação têm sido a tônica das reivindicações democráticas” ampliadoras da cidadania, passando do plano político ao social, segundo o autor; e que no país as lutas não eram pela tomada de poder (âmbito político), mas uma luta pelo direito de organização e de participação nas decisões. No âmbito social o problema não era apenas defesa/conservação de certos direitos, mas o da conquista do próprio direito à cidadania e a instituição do sujeito social desse direito.

Por fim, que naquela conjuntura brasileira a noção de democracia se conjugava com a de cidadania, esclarecendo “o seu sentido de criação permanente, como ampliação de espaços de emergência de novas liberdades e de novos direitos. O processo que assim se dinamiza é mediador das transformações reais das relações de produção e instaura uma ordem econômica ajustada às prioridades sociais, possibilitando a definição de certos princípios fundamentais e meios para garantir, num momento constituinte, a participação organizada do povo, a concretização de seus direitos historicamente atualizados, a liberdade e o pluralismo de expressão e de organização democráticas”, terminando por oferecer uma lista dos direitos que deveriam ser conquistados pelos cidadãos (SOUZA JÚNIOR, 1986, p. 61-67).

Quanto à ótica jurídica da análise do tema “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, o texto foi o de Hélio Pereira Dias, no qual discutiu o

significado do termo “saúde para todos”, muito plural, abrangente e que envolve a obtenção de uma melhor qualidade de vida. Em seguida passou-se à discussão a respeito do direito subjetivo e dos serviços públicos, explicitando não ser consenso a aproximação do direito à saúde à cidadania; como também sobre o significado de cidadão e cidadania, concluindo que se o bem juridicamente protegido pelo Estado é a vida humana, “a saúde dos habitantes deveria constituir, também, matéria de tutela estatal como direito subjetivo daqueles que seriam seus legítimos titulares” (DIAS, 1986, p. 69-90), sendo a vida resguardada pelas garantias individuais da constituição em vigor no momento, mas não a saúde explicitamente, sendo importante colocar na próxima Constituição o direito à saúde como uma garantia dos direitos subjetivos das pessoas.

Defendeu também a saúde como um dever do Estado, haja vista as necessidades coletivas, que transcendem as barreiras do individual, o que deve ser feito pelo estado a partir dos serviços públicos, sendo a saúde coletiva um “objetivo fundamental dos Estados contemporâneos, como um dever” (idem, *ibidem*). Posteriormente traça a forma como a saúde foi tratada nas Constituições brasileiras (federais e estaduais), para tratar, após isso, da seguridade social, que envolve as prestações dos serviços de saúde, que foi tratada historicamente na fala, a partir das legislações pertinentes, concluindo, além do já exposto, que as ciências da saúde estão em estrita interação com as ciências sociais; que o direito à saúde depende do direito de saúde (conjunto de regras jurídicas aplicáveis às ações de saúde, apresenta uma dimensão considerável, isto é, depende da lei); que a saúde é, indubitavelmente, um bem jurídico a ser tutelado; e apresentando enunciados para “possível inclusão na nova Constituição do Brasil”, como: “as pessoas carentes, conforme as disposições legais e regulamentares, poderão receber medicamentos, alimentos, elementos de uso médico e outros meios que sejam considerados indispensáveis ao tratamento de sua doença e para reabilitação pessoal ou para os seus dependentes” (DIAS, 1986, p. 69-90).

Por fim, ocorreu o Painel apresentado por Sônia Fleury Teixeira, sob o título “Cidadania, Direitos Sociais e Estado”, inicialmente tratando da “Reposição da Consciência do Cidadão na Transição Democrática”, abordando “a negação da cidadania” (a Ditadura fraturou a relação Estado/sociedade); a “valorização da democracia” (emergência de diversos projetos de redemocratização provenientes de múltiplos setores da sociedade, tratando das convergências e contradições entre

os projetos emergentes em torno da valorização da democracia); a democracia, questionando-se se esta seria o “governo dos cidadãos” (entende, é a tese dela, que a “conquista da cidadania através da implementação das políticas sociais é sempre o resultado concreto e específico de uma relação de forças das classes em luta pela hegemonia, de sorte que a resultante deste processo é a corporificação legal e institucional das relações de força estabelecidas historicamente entre as classes e mediatizadas pelo Estado, na busca da preservação da hegemonia dominante ou na consolidação de um projeto alternativo de contra-hegemonia”) – falar de cidadania na transição democrática era buscar o conteúdo real da existência, consequência das relações de poder em voga e em disputa (TEIXEIRA, 1986, p. 91-112).

Em seguida vai falar do “desenvolvimento dos direitos sociais no Estado moderno”, entendendo que estas conquistas “não pode ser tributada à burguesia revolucionária, mas sim às duras lutas travadas pela classe trabalhadora em torno da ampliação da noção de igualdade: de uma igualdade formal a uma igualdade na apropriação da riqueza social” (idem, ibidem), traçando em seguida os dois padrões clássicos de cidadania (caso da Inglaterra e da Alemanha). Seguidamente trata das “limitações impostas à cidadania na sociedade moderna”, quais sejam: “pedir mais democracia em condições objetivas sempre mais desfavoráveis”; “crescimento das dimensões e funções do Estado”, que levou ao crescimento burocrático-hierárquico; a tecnocracia gerada pelo “desenvolvimento técnico característico das sociedades industriais”; e o quarto, o “conformismo generalizado” fruto do contraste entre processo democrático e sociedade de massa (idem, ibidem)

Ato contínuo aborda o “desenvolvimento dos direitos sociais no Brasil”, de padrão autoritário, como visto na Previdência Social, agregando distintas cidadanias no período autoritário e não universalizando a cidadania (extensão da cobertura previdenciária, modernização do aparelho estatal para lidar com políticas sociais, privatização da assistência médica previdenciária, ampliação das funções assistenciais da Previdência). O projeto democrático, portanto, passaria pelo “rompimento das concepções tradicionais, restabelecendo, inclusive, o papel do Estado, que é o garantidor dos direitos sociais” (idem, ibidem); e poderia se desenvolver possivelmente em duas vias: “liberal-burguês” ou “democrático-popular”.

Por fim, a cidadania era um debate crucial no momento, imprescindível para que se consolidasse uma transformação democrática e “neste sentido, a luta pela cidadania não será o resultado deste processo, mas sim o seu pré-requisito, já que a condição de articulação dos movimentos sociais urbanos e rurais com as reivindicações dos trabalhadores sindicalizados é que definirá as possibilidades da classe trabalhadora integrar ou não um pacto democrático” (TEIXEIRA, 1986, p. 91-112).

Do exposto por Fleury Teixeira apreende-se a democracia como um valor universal como estratégia na luta, e de que no Brasil o “desenvolvimento industrial esteve assentado em uma coalizão” da burguesia com a oligarquia agrária, “resultando na preservação de uma cultura política elitista”.

No geral, como já dito, foram levados para a Conferência uma série de conceitos manipulados pela Saúde Coletiva¹⁰⁹, como a “determinação do processo saúde-doença e organização dos serviços de saúde, com matriz teórica marxista”, além da “promoção da saúde, consciência sanitária, políticas públicas intersectoriais e a noção de sistema de saúde”. Portanto, o conceito ampliado de saúde, assumido no Relatório Final da Oitava, seria incorporado pela Constituição da República e pela legislação infra-constitucional (PAIM, 2007, p. 100), sendo fruto do movimento teórico-prático-crítico de saúde.

3.3.6.3.2

Reformulação do Sistema Nacional de Saúde

Este tema foi trabalhado no Painel de João Yunes, Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, que entre outros pontos, abordou que a partir do momento em que a saúde passou a ser vista como direito básico, essa questão se fez presente nos discursos de “todos os partidos políticos e movimentos sociais”, acabando por demonstrar também que o “antigo ‘poder técnico’ dos especialistas

¹⁰⁹ “A Saúde Coletiva pode ser definida como um campo de produção de conhecimentos voltado para a compreensão da saúde e a explicação de seus determinantes sociais, bem como o âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para sua promoção, além de voltadas para a prevenção e o cuidado a agravos e doenças, tomando por objeto não apenas os indivíduos mas, sobretudo, os grupos sociais, portanto a coletividade (Paim, 1982;Donnangelo, 1983)”. Dois movimentos de reforma da medicina estão entre as raízes históricas da Saúde Coletiva, ambos buscando a reorientação da prática médica através da mudança da formação dos médicos, são eles: “o movimento em prol de uma Medicina Integral, que resultou na criação de uma disciplina nova no currículo médico, a Medicina Preventiva, e o movimento pela Medicina Comunitária” (VIEIRA-SILVA & PAIM & SCHRAIBER, 2014, p. 3 e 5).

passa por uma profunda reformulação” (YUNES, 1986, p. 139), reunindo ambos os polos e corroborando a tese de que “a participação ativa é um dos principais, senão o principal, fatores de êxito dos programas de saúde”. Aquele era o momento de “aprendizado democrático”. A política não mais era vista como a luta dos “pequenos interesses locais para se transformar numa verdadeira ferramenta pedagógica da população, um meio efetivo, a partir do qual os vários segmentos sociais conseguem fazer valer os seus interesses” (idem, ibidem).

Portanto, a “participação social em saúde”, título do seu painel, em que pese a situação estrutural da teia social nacional, não apenas era possível como “também se constitui no principal instrumento de avanço para conquistas verdadeiras das populações carentes”. A participação só é plena quando o Estado e a sociedade civil não são antagônicas, com os aparelhos estatais não mais tutelando a sociedade e com as individualidades cidadãs, de posse dos seus direitos, “passam a militar ativamente em todos os setores que afetam direta ou indiretamente suas vidas” (idem, ibidem).

O então Secretário-Geral do MS, José Alberto Hermógenes de Souza, outros dos expositores, iniciou sua fala com um diagnóstico do país, repleto de contrastes, chegando a formar “dois brasis”¹¹⁰.

Até 1964, segundo o Ministro, “a assistência médica era formada basicamente por serviços próprios dos IAPs; a compra de serviços a terceiros apareceu antes daquele ano, mas era pouco expressiva”. A Ditadura que modificou substancialmente a Política Nacional de Saúde: “de um lado os recursos destinados ao Ministério da Saúde, responsável pelas ações de caráter coletivo, decrescem significativamente. Se em 1968 representavam, proporcionalmente, 12,6% dos gastos públicos com a função saúde, a assistência médica, em 1971, já correspondia a 50% dos recursos” (SOUZA, 1986, p. 142). No mesmo período a Previdência Social “eleva o seu percentual de participação,

¹¹⁰ “Os dados mais recentes sobre as condições de vida e saúde da população brasileira apresentam, de saída, um contraste fundamental: somos a oitava potência econômica do mundo capitalista; exportamos material bélico, fabricamos aviões, temos usina nuclear e dominamos as técnicas mais modernas no campo da medicina, como, por exemplo, os transplantes de órgãos. Ao mesmo tempo, exibimos um coeficiente de mortalidade infantil semelhante, e muitas vezes superior, a países cujas economias ainda estão em estágio de desenvolvimento significativamente inferiores aos nossos. De outra parte, é cada vez mais presente a constatação da existência dos dois brasis; são flagrantes as disparidades regionais, sobretudo quando se correlacionam os níveis de renda, as condições de trabalho, de moradia, a estrutura etária da população” (SOUZA, 1986, p. 141).

de 42,7 para 54%, certo de que os trabalhadores já tinham sido afastados dos processos de decisão dos institutos, ocorrendo em 1966 o processo de fusão e surgimento do INPS” (idem, *ibidem*). Assim, tal como se deu em outros setores, o Estado passa a priorizar a contratação de serviços privados, que exibia “vigoroso crescimento e expansão”, com o INPS sendo o “grande comprador de serviços ao setor privado”, que incluía os negócios das indústrias transnacionais, fabricantes de medicamentos e equipamentos (idem, *ibidem*).

Em resumo, “as características do sistema de saúde, organizado com base em premissas distorcidas pela lógica da lucratividade, nos seguintes pontos: ações dicotomizadas em função da fase da história natural da doença; predominância da assistência médico-hospitalar e de tecnologias de alto custo” (idem, *ibidem*) – já em 1984, por exemplo, os recursos federais para atenção médico-hospitalar corresponderam a 84% dos gastos com saúde, e apenas 2,36% foram destinados aos serviços básicos.

O sistema então vigente ainda apresentava como características: “multiplicidades de órgãos nas diversas esferas de governo, com insatisfatório grau de integração programática e operacional; excessiva centralização política e financeira no nível federal de governo; dependência externa quanto à produção de insumos básicos, vacinas, medicamentos e equipamentos; questões referentes ao saneamento básico conduzidas sob a ótica empresarial e bancária. Assim, o sistema de saúde no país era “antidemocrático, antipopular e antinacional” (SOUZA, 1986, p. 143).

Assim, o compromisso era com uma “ampla reforma sanitária, cuja meta-síntese é o Sistema Unificado de Saúde”, mas para que este fosse efetivado como uma garantia à saúde de todos, universalizado e com equidade, sendo um dever do Estado, eram fundamentais algumas condições (onze): (i) comando único para o sistema unificado, com representação da sociedade civil; (ii) assegurar aos estados e municípios autonomia política, administrativa e financeira, com definição de responsabilidades por níveis de governo; (iii) organização com base epidemiológica e em função das necessidades locais e regionais; (iv) valer-se de suporte financeiro estável, formado por impostos e integrados em fundo único; (v) reforma fiscal e tributária nacional; (vi) coerência com a integralidade da atenção à saúde; (vii) inserção no sistema de questões relativas aos agravos à saúde devido às condições de trabalho, com política de meio ambiente e saneamento básico;

(viii) estruturação com base nos conceitos de descentralização, regionalização e hierarquia, o que leva à municipalização dos serviços e do saneamento (tema debatido na III CNS); (ix) formação de novos mecanismos com o setor privado, situando as relações sob a gestão pública; (x) nova política de recursos humanos, com tempo integral e estímulo à dedicação exclusiva; e (xi) criação mecanismos de participação popular organizada “na definição das prioridades, no acompanhamento da execução das ações programadas e na aplicação dos recursos alocados em todos os níveis” (SOUZA, 1986, p. 144).

Neste caminho, ele entendeu que as AIS cumpriram um papel fundamental. Por parte do INAMPS, as AIS ganharam dimensão significativa, sendo alocado mais de 10 trilhões de cruzeiros para elas. E encerra assim:

O processo de transição para o Sistema Unificado de Saúde, porém, se já vinha crescendo com as Ações Integradas de Saúde, sem dúvida nenhuma ganha outra dimensão com esta 8ª Conferência Nacional de Saúde. As teses que aqui forem referendadas iniciarão sua caminhada segura no rumo da efetiva decisão política, a materializar-se na Assembléia Nacional Constituinte a instalar-se em 1987. Aqui renova-se a esperança; nova aurora em cada dia, mas há que se cuidar do broto para que a vida nos dê flor e fruto.

3.3.6.3.3

Financiamento do Setor Saúde

PAIM (2007, p. 101-102) lembra que a questão do financiamento¹¹¹, ao contrário das demais, não dispôs de análises mais exaustivas, e nem “foi contemplada com proposições bem estruturadas e fundamentadas. Ainda assim, foi realizada uma crítica ao discurso da universalização”, a partir da fala de Adolpho Chorny (“Correção do Financiamento do Setor Saúde”), que, como sempre, ressaltava a necessidade de o sistema ter mais verbas, entretanto, “não ficou claro quem deve pagar, para que deve pagar, a quem deve pagar e quem vai

¹¹¹ José Gomes Temporão sinalizou um dos embates da VIII, enfatizando os seus desdobramentos seguintes (BRASIL, 2006, p. 83): “A 8ª CNS sai com a participação forte do Inamps no financiamento, mas claramente expressando esse conflito: Arouca de um lado e Hésio do outro, cada um defendendo uma estratégia diferente. A 8ª CNS sai com aquele ideário fantástico de reforma e esses conflitos, na realidade, vão desaguar na Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Mas, na prática, o que reafirma o que pensávamos acerca do Inamps, o que se tem de concreto é o Suds, e 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. Na realidade, esse conflito só se resolve com a Constituição Federal de 1988, e a unificação finalmente ocorre com a incorporação do Inamps pelo Ministério da Saúde, já no início dos anos 1990. Inclusive, Arouca é o relator da lei que extingue o Inamps e o incorpora definitivamente ao Ministério da Saúde”.

se beneficiar com toda essa proposta de reforma financeira” (CHORNY, 1986, p. 169).

Três seriam as fontes primárias dos recursos: a população, as empresas, inclusive as do Estado, e o setor interno – empréstimos, subsídios, etc. Na análise do modo de aporte, percebe-se que “a população aporta através de tributos, contribuições – por exemplo, a contribuição previdenciária – e isto vai formar os tesouros, os fundos que, em geral, o próprio Estado, mediante diversos mecanismos, realoca nas instituições estaduais ou privadas” (idem, *ibidem*). Todavia, são dois modos distintos de aporte, contribuições retiradas do salário do trabalhador e na compra de qualquer produto, pelo repasse que as empresas fazem. Ou seja, o trabalhador aporta duas vezes (CHORNY, 1986, p. 169).

As empresas são tributadas “sobre o capital, sobre a folha de pagamento, sobre faturamento, e, em geral, este tipo de imposto é repassado ao preço do produto. Se a linha de crédito é externa não merece maior discussão. Os recursos são canalizados pelo Tesouro, quer seja federal, estadual ou municipal, ou são encaminhados diretamente às instituições – no caso de saúde, o IAPAS –, que se encarregam dos benefícios a que a população trabalhadora tem direito” (idem, *ibidem*).

Quanto aos gastos dos recursos são também de dois modos: para a manutenção do próprio sistema e para a compra de bens/serviços do setor privado. Nos gastos do setor, há os relativos a salários, e a insumos, investimentos e construções, que novamente significa “transferência de recursos ao setor privado, que é basicamente quem produz insumos” (idem, *ibidem*), bem como quem constrói e equipa prédios para a saúde. Certo é que “toda esta imensa circulação se faz à custa de alguma dissipação do próprio dinheiro arrecadado, que não chega a seu destino final. Uma dissipação provocada pelo funcionamento da própria máquina do Estado” (idem, *ibidem*). Ou seja, quanto mais repasses nos organismos e instâncias do Estado, menos dinheiro sobra para ser alocado em atividades finais, alimentando o serviço de saúde em sua atual configuração (CHORNY, 1986, p. 169-170).

Eis que surge a primeira questão: precisava-se de mais recursos para o setor, “porque o setor público, em grande medida, é ineficiente”, além de insuficiente quanto aos recursos e ser a produtividade baixa. “As diferenças salariais são enormes”, e assim são desiguais os deveres que elas implicam:

“quem menos ganha, dentro do sistema de saúde, mais trabalha; quem mais ganha, como não é pago de acordo com o que se considera justo, tem a faculdade de trabalhar menos do que o convencionado no contrato” (CHORNY, 1986, p. 170). Trocando em miúdos, “o médico contratado por vinte horas semanais trabalha dez, seis, quatro horas. A atendente, contratada por trinta horas, trabalha trinta e cinco, quarenta horas, senão o sistema pára. Então, já temos uma base de desigualdade, dentro do próprio sistema, que não se corrige só por medida financeira” (idem, ibidem).

A segunda questão diz respeito a gratuidade aparente do sistema a que todo o povo teria direito, porque isso “implica, para se fazer uso desta gratuidade, em que tenhamos possibilidade de gastar alguma coisa – gastar comprando medicamentos, gastar locomovendo até o local de atendimento e, em muitos casos, pagando por fora o serviço recebido, no todo ou em parte” (idem, ibidem). Assim, quem mais tem recursos, “tem maiores possibilidades de utilizar gratuitamente os serviços”; e quem menos tem, contribui e não os recebe, levando a conclusão de que “se são necessários mais fundos para a manutenção do sistema, tem que se usar esse sistema, tem que se colocar quais as perspectivas desejadas e depois começar a discutir quais os recursos financeiros necessários” (idem, ibidem).

Nesta discussão, o Campo Saúde se coloca como peticionário permanente de recursos, mas não se discutem as “possibilidades de reordenação da estrutura de benefícios sociais e a estrutura do próprio sistema de serviços, que teriam uma política tributária diferenciada” (idem, ibidem). E ainda, quando se fala que a saúde é direito de todos, a universalização e a equidade, toma, segundo ele, a ideia de que a população é um conjunto unitário, “como se fossem todos iguais”, o que não é verdade e revela uma profunda injustiça. “Há quem tem e há quem não tem, e o Estado deve ser desigual no tratamento dos desiguais”.

Para isto, era preciso buscar modos de financiamento que considerassem “diferencialmente a população, de modo que quem menos tem, menos contribua e quem mais tem, mais contribua” – fácil de falar, mas de difícil implementação, em que pese fossem possíveis “algumas medidas no âmbito tributário”, o que exigiria pensar o tributo não apenas como fonte de recursos, mas como “elemento de intervenção e disciplinador do sistema social” (idem, ibidem). Deveríamos concluir pela necessidade de “existir formas diferentes de tributo em relação ao

risco que o trabalho significa para a saúde do trabalhador, de modo que fosse proporcional ao risco a que o trabalhador é submetido no processo de trabalho. Referir-se-ia mais a empresas de maior risco e induziria de algum modo a que o risco diminuísse” (idem, *ibidem*).

Há ainda as propostas de taxar o lucro do capital ou taxar empreendimentos de tecnologia e capital intensivo. É aceitável, mas na prática, além de ser difícil, tem certa injustiça, pois ninguém diz que o “capital para substituição de mão-de-obra é ruim. No fim, trabalhamos para trabalhar menos. Ruim é quando o capital substitui a mão-de-obra, porém, a jornada de trabalho não é reduzida. Então, isto tem que ser penalizado – o capital, substituindo mão-de-obra e não reduzindo a jornada de trabalho” (CHORNY, 1986, p. 170-171).

Todas as medidas implicam uma visão mais global de economia, não sendo possíveis conceder receitas pontuais para o setor saúde que não considerem “o total dos recursos da economia e sua distribuição. Em particular, sua distribuição para os setores Sociais” (idem, *ibidem*); e assim, todas as propostas são conjunturais e não tocam a “reformulação do sistema”. Estava lá pensando uma reforma do sistema, mas as “medidas financeiras estariam aquém das propostas e estão mais pensadas na operação passada do sistema. Inclusive agora, com o novo ordenamento econômico, não conseguem acompanhar essa velocidade para saber qual a nova formulação da economia do País” (idem, *ibidem*).

Em resumo, a questão-problema do financiamento requer algumas indagações prévias:

o que se quer pagar; para quem se quer pagar; o que será obtido com esse financiamento; quais os modos mais justos ou equitativos para a obtenção de recursos a partir da população e das empresas e qual o compromisso, no caso setorial, em relação à aplicação desses fundos e à participação da população no controle, tanto da origem dos fundos, quanto de sua destinação final (CHORNY, 1986, p. 171).

Somente quando se indagassem quanto a isso é que poderiam atacar o elemento do financiamento, “não à base de verbalizações, e sim à base de propostas concretas que modifiquem ou ajudem a modificar a atual situação de injustiça de que participa o sistema de saúde” (CHORNY, 1986, p. 171).

Mais dois foram os documentos sobre o financiamento, “Alternativas do Financiamento da Atenção à Saúde”, de André César Médici e Pedro Luiz Barros

Silva; e “Novas Diretrizes para o Financiamento do Setor Saúde”, de Humberto Gomes de Melo, representante do CONASS.

O primeiro apontou para a necessidade de mecanismos de financiamento que possibilitassem:

a) uma maior estabilidade das receitas frente aos ciclos econômicos; b) uma maior justiça na distribuição do ônus das contribuições; c) uma maior descentralização e autonomia financeira para a aplicação de recursos a nível regional e local; d) um aumento das receitas, visando interromper e reverter o processo de deterioração dos recursos humanos, materiais, equipamentos e instalações alocados à política de atenção à saúde; e) criação de mecanismos de participação e controle público das ações estatais; f) o desenvolvimento de novas formas de relacionamento do setor público com os prestadores privados de serviços de atenção à saúde (MÉDICI & SILVA, 1986, p. 197).

Cada um dos pontos foi brevemente analisado, em seguida, e propostas alternativas foram elencadas, de forma a se harmonizarem com estes princípios (MÉDICI & SILVA, 1986, p. 197).

O segundo apresentou, em resumo, a título de conclusões e propostas, que “o interesse do poder público pelo setor saúde não vem sendo uma constante, pois as mais das vezes aparece apenas em épocas eleitorais” (MELO, 1986, p. 224-225); que o MS, “com verbas cada vez menores, vem sendo desprezado por todos os governantes, que agora encontram no FINSOCIAL uma fórmula para esconder o irrisório percentual que o orçamento nacional destina ao Ministério” (idem, ibidem); que era necessária uma regulamentação do FINSOCIAL, “para que se defina quanto caberá ao setor saúde, sem que se considerem tais recursos uma esmola que vem substituir a obrigação do governo federal atribuir maiores recursos no seu orçamento para a saúde dos brasileiros” (idem, ibidem); que os “estados do Norte e Nordeste estão procurando destinar maiores recursos para a saúde, tornando-se necessário que o mesmo aconteça com o governo federal e com os estados do Sul e Sudeste” (idem, ibidem); que é “preciso definir o percentual a ser gasto com saúde de seus segurados e dependentes”, haja vista a queda acentuada em “sua receita em valores corrigidos a partir de 1979, fazendo com que os recursos arrecadados em 1984 tenham sido menores do que os de 1975” (idem, ibidem); que era preciso uma distribuição dos recursos aos vários estados e regiões com base em critérios definidos, “a fim de que se evite o aumento do fosso existente entre o Norte e Nordeste, Sul e Sudeste” (idem, ibidem); que “houve uma queda acentuada no custo de uma internação paga aos

hospitais contratados, enquanto os custos dos hospitais próprios apresentaram certo aumento; que “os gastos efetuados com saúde por moradores de domicílios particulares são bem superiores a tudo o que se imaginava até então” (idem, *ibidem*), revelado pela PNAD/1981; que “os gastos com medicamentos, que representam 1,28% do nosso PIB chegam a 372,3 milhões de ORTN's que, em moeda atual, corresponde a 39,6 bilhões de cruzados e que as despesas com hospitalização, que atingem 61,3 milhões de ORTN's, representam cerca de 77,8% do total que o INAMPS vem gastando anualmente nas internações em hospitais contratados” (idem, *ibidem*); que a “representatividade do setor público nos gastos com saúde tem sido muito pequena e mesmo a Previdência Social não vem destinando para a assistência médica e sanitária recursos necessários”, sendo fundamental definir novas formas de custeio para o Campo Saúde e que os percentuais a serem estabelecidos sejam compatíveis com os “orçamentos da União, dos estados e dos municípios” (MELO, 1986, p. 224-225).

O documento encerra com as propostas do CONASS, que concluiu pela necessidade de destinação de 8% (oito por cento) do PIB para o sistema de saúde, sendo as recomendações dos Secretários de Saúde as seguintes: (i) destinação de pelo menos 10% (dez por cento) do orçamento de cada ente federativo para o setor saúde, independente dos recursos alocados para saneamento básico; (ii) aplicação de, no mínimo, 25% (vinte e cinco por cento) dos recursos do FINSOCIAL; (iii) revisão dos critérios de contribuição do MPAS, para que alcançasse, futuramente, a contribuição previdenciária sobre o faturamento das empresas; (iv) destinação de ao menos 25% (vinte e cinco por cento) da receita previdenciária para a Saúde, e para as correções regionais deveriam ser distribuídos recursos na proporção de 70% em relação à população dos estados e 20% quanto à arrecadação de cada ente federativo, restando 10% para os ajustes regionais. As esperanças eram de que da Oitava saíssem as diretrizes para o financiamento do Setor Saúde (MELO, 1986, p. 224).

3.3.6.4

As mobilizações e a Conferência de Abertura

Um copiosíssimo fluxo de mobilização, que já estava em curso, acabou articulando a representação de diversos segmentos, estimulando a execução das

chamadas pré-conferências¹¹² de âmbito estadual¹¹³, e assim alcançou-se a quantia memorável de cerca de quatro mil pessoas em Brasília para a reunião da Oitava CNS¹¹⁴, dos quais mil eram delegados com direito a voz e ao voto, gozando do status oficial nas discussões dos rumos do Campo Saúde no país. Como era grande o desejo por liberdade, milhares compareceram, presos que estavam, sem possibilidades de dialogar com o Estado, de se associarem livremente.

¹¹² “A reunião de Brasília foi precedida pela realização de Pré-Conferências Estaduais de Saúde, etapa que permitiu a ampliação do debate e possibilitou que em todas as regiões do país fossem discutidos os temas que seriam abordados no evento nacional. Vale ressaltar que esses eventos foram estrategicamente utilizados para garantir a representação de todos os segmentos da sociedade na etapa nacional. O expressivo número de participantes presentes na Conferência realizada em Brasília confirmou a importância das pré-conferências enquanto espaços de mobilização e de difusão do ideário da Reforma Sanitária” (CASTRO, 2008, p. 41).

¹¹³ Arouca esclarece em sua conferência o modo como se deu o nascimento das pré-conferências estaduais: “Ao mesmo tempo, tínhamos absoluta certeza de que esta Conferência deveria representar a voz da sociedade brasileira e não ser simplesmente um encontro de funcionários. Assim, iniciou-se todo um movimento de discussão a nível dos estados, para que a Conferência pudesse representar os mais variados segmentos da sociedade. E, de repente, apareceu uma idéia que inicialmente não havia sido pensada: as Pré-Conferências Estaduais de Saúde. Elas nasceram num movimento quase que próprio, quando os estados começaram a ter interesse em se preparar para a Conferência. E as Pré-Conferências estaduais aconteceram, quase superando a própria Conferência Nacional, porque o que estamos fazendo hoje é um plenário de uma Conferência já iniciada. A Conferência teve seu começo nos encontros municipais de São Paulo, nos debates no Pará e em Alagoas, no interior do Paraná. Todo esse debate se iniciou na CONCLAT, nas instituições sindicais, nos conselhos regionais de profissionais de saúde que, durante os três últimos meses, de uma forma ou de outra, discutiram a situação de saúde. Talvez não tanto como queríamos, mas, de certa forma, este debate superou todas as nossas expectativas, resultando em uma primeira conquista de grande importância na reorganização do Sistema Nacional de Saúde, com a criação de uma figura até hoje não existente: a das Conferências Estaduais de Saúde. Em alguns lugares aconteceram de uma maneira mais fácil, em outras, as forças políticas existentes não criaram nenhuma condição de diálogo. Mas elas acabaram ocorrendo praticamente em todos os lugares deste País, ou convocadas pelas comissões de saúde das assembleias legislativas, por plenários de entidades ou pelas secretarias estaduais, junto com superintendências e com as delegacias de saúde” (AROUCÁ, 1986, p. 40).

¹¹⁴ O discurso de abertura de Raphael de Almeida Magalhães, Ministro do Estado da Previdência e Assistência Social, ilustra a dimensão: “A Conferência convocada pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República e pelo Senhor Ministro da Saúde proporcionou, de logo, no seu próprio processo de organização, a percepção de quanto são úteis a aproximação, a cooperação e a integração entre pessoas e instituições com responsabilidades no setor de saúde, conforme ficou evidente nas ações preparatórias e nas pré-conferências que se estenderam à maioria dos estados e grande número de municípios. Esta é uma forma democrática de fazer política. Ao longo dos 45 anos de história deste evento, pela primeira vez conta-se aqui com a representação maciça da sociedade civil, através dos seus sindicatos e associações, partidos políticos e entidades de representação de moradores. Isto é um avanço significativo, em relação às conferências anteriores, quando havia predominância quase absoluta dos próprios formuladores da política oficial, sustentando discussões fechadas, cuja eficácia se podia aferir no precário quadro institucional de assistência que herdamos e nas deprimentes condições de saúde da população, traduzidas em indicadores sociais que não condizem com o estágio de crescimento econômico de modernização tecnológica do País, mas, que, sobretudo, nos atinge, atinge a nós na nossa consciência e na nossa ética profissional. Esta 8ª Conferência Nacional de Saúde tende, pois, tornar-se um marco histórico. Ela, creio, será o divisor de águas entre a precariedade da assistência ou quase completa desassistência, e uma nova situação, já atingida pela maioria dos países de nível de desenvolvimento econômico equivalente ao nosso, onde um sistema de saúde de abrangência universal, sem discriminantes, acabara reconhecendo à cidadania brasileira, também, o direito inalienável à saúde, um direito fundamental da pessoa humana” (MAGALHÃES, 1986, p. 19).

AROUCA, então Presidente da FIOCRUZ, em sua Conferência “Democracia é Saúde”, destaca como “convidado especial do evento a “sociedade civil brasileira organizada”:

Em segundo lugar, gostaria também de pedir licença aos sanitaristas, aos médicos, aos profissionais da área, aos pesquisadores, aos funcionários do Ministério da Saúde, para destacar um convidado especial, um participante que conseguiu um lugar nesta Conferência com bastante sacrifício: a sociedade civil brasileira organizada. É para ela que gostaria, hoje, de dedicar estas palavras. Creio ser bastante significativa a presença, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de representantes de confederações nacionais de trabalhadores, de associações de bairro e outras entidades da sociedade brasileira, como a CNBB, a ABI, a OAB; de estarem aqui reivindicando direito a voz e voto, membros do movimento popular pela saúde do Recife; enfim, o conjunto de entidades representativas, que conseguimos identificar num mapeamento quase que exaustivo da sociedade brasileira. A eles, que considero membros privilegiados deste encontro, quero dedicar a discussão sobre a questão “Democracia é Saúde” (AROUCA, 1986, p. 35).

É de ressaltar-se, ainda, um aspecto relacionado aos movimentos populares, que, em realidade, desde o início da década de 1970 já tinham iniciado as suas relações com atores individuais, e depois coletivos, do futuro movimento sanitário como aponta Francisco de Assis Machado (o “Chicão”) ao falar da equipe do Vale do Jequitinhonha e as articulações que se desenvolviam a partir destas experimentações sócio-políticas:

Em 1972, um agente da Opas chamado Eduardo Soler promoveu um encontro em Brasília de várias experiências que não eram só de saúde, mas experiências onde havia participação popular e o Soler entendeu que a preocupação da equipe do Vale do Jequitinhonha em incorporar saberes populares era importante. Foi aí nesse encontro que eu fiquei conhecendo o Sergio Arouca. Inclusive, o Soler me induziu a escrever uma nota sobre a nossa experiência, publicada no boletim da Opas, alguns anos depois (BRASIL, 2006, p. 63).

SCOREL também discorre a respeito deste momento de encontro entre o “movimento popular” e o “movimento sanitário”, que efetivamente só se encontraram de forma mais orgânica quando da realização da Oitava CNS, pois antes disso ocorria, segundo ela, o fenômeno de “fantasma da classe ausente”, isto é, o fato de que “o movimento sanitário sempre falou pelas classes populares, e elas não estavam presentes”, provavelmente pelo aparato repressivo da Ditadura Militar que “restringia a mobilização dos movimentos sociais, ainda muito frágeis” (BRASIL, 2006, p. 64).

Em 1979 alguns movimentos já existiam, como “o movimento contra a carestia”¹¹⁵, com uma certa força, as Comunidades Eclesiais de Base [que] tinham organização e uma certa força, mas não eram movimentos específicos da área da saúde”; eram, portanto, movimentos gerais de reivindicação da sociedade, inseridos no contexto das lutas em prol da democratização e da anistia¹¹⁶. E o CEBES, representando uma das suas principais funções, qual seja, de aglutinador das forças dos agentes dos movimentos, “participava de algumas manifestações desses movimentos” (BRASIL, 2006, p. 64).

Um dos seus núcleos mais potentes e “militantes” das proposições da VIII foi a Resolução de número 13, do Tema 1, que propunha, dentre outras, medida contra a mercantilização da medicina, pauta do MSB, aliada ao “Conceito Ampliado de Saúde”, à responsabilidade do Estado para com a saúde dos cidadãos, e à tópica de resistência cotidiana para que se conquiste algo, no caso, saúde pública, gratuita, de qualidade e universal:

1 – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 – A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território

¹¹⁵ Em complemento, Vladimir Ricardo Alves Dantas aponta: “Com o processo da resistência no país, que é marcante, vem a mobilização em torno de algumas bandeiras nacionais. A bandeira maior foi a da carestia, ainda na década de 1970, que me levou no início da década de 1980 a ser um dos coordenadores do Movimento contra a Carestia na Paraíba. O movimento começou a fazer grandes mobilizações, com muitas atividades, e o núcleo contra a carestia fez surgir o núcleo da associação dos moradores que, por sua vez, foi o embrião do controle social da saúde, pois exigia o funcionamento do sistema de saúde. A saúde era a coisa mais marcante para a população. Essa participação no movimento contra a carestia, nos fóruns de saúde, foi o embrião da luta pela Constituinte, pela anistia, do movimento político para vencer a ditadura” (BRASIL, 2006, p. 97). É também por fatores desta ordem que não se pode desvincular o MSB de sua face mais popular, ainda que pequena, pois o Movimento Popular de Saúde é fruto também das associações de moradores e de bairros, bem como dos movimentos eclesiais da Igreja Católica, mas não somente.

¹¹⁶ Conquanto o exposto, já no início da década de 1980, no Rio de Janeiro, como apresenta pela própria Sarah Escorel, aproximações mais específicas (por lutas de saúde) começaram a ocorrer, como, por exemplo, com a realização do “1º Encontro Popular de Saúde, em 1980, na Cidade de Deus, no Rio de Janeiro, promovido pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro fez essa aproximação com o movimento popular. Quem estava envolvido nessa organização era o Vivaldo [de Lima Sobrinho]”. Em São Paulo nesta mesma dinâmica havia os fluxos na Zona Leste, bem como em outras regiões do país.

nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. [...]

13 – É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com este objetivo, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscrevam na futura Constituição:

- a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;

- a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional;

- a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais (BRASIL, 1986, pp. 382 e 384).

3.3.6.5

Relatório Final

A ANC foi sempre mencionada, como no tópico 12, do Tema 1 do Relatório Final, deixando claro para o MSB que ali haveria de ser mais um espaço de intensa luta, como de fato foi. Também se percebe a diversidade de lutas e demandas, como o acesso ao emprego, à propriedade da terra aos que nela trabalham, a suspensão do pagamento da dívida externa, a implantação de uma reforma agrária, o controle social feito pela população¹¹⁷, a reforma fiscal e tributária, que era e é tão importante para o fortalecimento dos entes estatais e municipais.

12 – Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível: – garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva; – assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso a emprego, educação, alimentação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela trabalham, assim como o direito à organização e o direito de greve; – suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa e submeter à decisão da nação, via Assembléia Nacional Constituinte, a proposta de não pagamento da dívida externa; – implantar uma reforma agrária que responda às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais e que seja realizada sob o

¹¹⁷ Quanto ao controle, efetiva conquista da democrática da população, havia especificamente os itens 24 a 26, prevendo a Criação de um novo Conselho Nacional de Saúde, cujo “principal papel seria o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho” do SUS, definindo políticas, orçamento e ações. Os Conselhos também seriam replicados em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços), “que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde”, sendo ainda “indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços”, a fim de se obter maior transparência e a adoção de políticas que efetivamente correspondam a complexidade do perfil sócio-sanitário da população (BRASIL, 1987, p. 388).

controle destes; – estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado; – fortalecer os estados e municípios, através de uma ampla reforma fiscal e tributária; – estabelecer compromissos orçamentários ao nível da União, estados e municípios para o adequado financiamento das ações de saúde.

Na Oitava CNS parte dos objetivos políticos quanto à Constituinte foram alcançados, e inseridos no texto Constitucional, com redação bastante semelhante¹¹⁸. E segundo BATISTA JÚNIOR (2008), como já se pontuou algumas vezes, o Relatório Final desta Conferência foi a substância norteadora na ANC de 1987/1988 para o tema da saúde, sendo reconhecido e louvado até hoje como um documento de relevante expressão social, estruturante da maior conquista social em políticas públicas do país na Nova República. Segue o texto original da Constituição¹¹⁹:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

A influência da ABRASCO, pontua muito bem PAIM (2007, p. 92 e ss.) na Oitava CNS é fato a ser registrado, pois significativo, utilizado inclusive para “fundamentar as discussões desde a etapa das conferências estaduais, não só por representar a posição de um sujeito coletivo”, integrante do MSB, que, mesmo nascido no final da década de 1970, quase início da próxima, gradativamente foi ampliando a sua importância no Movimento pela RSB; “mas também por ter servido de referência para os textos e intervenções apresentados” na Oitava, a partir do seu texto coletivo e de qualidade ímpar, “Pelo Direito Universal à Saúde – Contribuição da ABRASCO para os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde”¹²⁰.

¹¹⁸ No Boletim Abrasco, nº 18, 1986, assevera PAIM (2007, p. 92-93), foi divulgado um encarte com as “propostas da Abrasco para a VIII Conferência Nacional de Saúde”, tendo como título: “Pela Reforma Sanitária. Saúde: direito de todos, dever do Estado”. Esta frase iniciaria, logo mais, o art. 196 da Constituição Cidadã.

¹¹⁹ O título “Da Saúde”, tal como foi promulgado, segue na seção “Anexos” da Dissertação, a fim de facilitar a leitura, sobretudo para aqueles que não são do Campo Jurídico.

¹²⁰ Uma multiplicidade de outros textos foram elaborados e distribuídos durante a Oitava, inclusive do CEBES, entretanto, certamente, não gozaram da mesma influência obtida pelo contributo da ABRASCO.

Neste sentido se orientou a fala de Sônia FLEURY (BRASIL, 2006, p. 84), assinalando que durante todo o ano de 1985 (período pré-Oitava CNS) a ABRASCO trabalhou no preparo da Conferência, cujo resultado-mor foi o documento supracitado, elaborado por uma “comissão de política” da Associação, e que “foi uma bibliazinha discutida nacionalmente”. Ela ainda complementa, no mesmo sentido de outras falas trazidas, que no transcurso desta Conferência

a gente realmente encontra os movimentos populares, fala sobre coisas complexas na questão de cidadania, direito e tal [...] esse encontro da intelectualidade com o movimento social se dá na preparação da 8ª CNS, depois continua na própria 8ª CNS e, em seguida, na Constituinte, até chegar na Plenária... (BRASIL, 2006, p. 84).

Iniciava-se a partir do diagnóstico da conjuntura de crise econômica aliado às mudanças político-institucionais, “resultando numa dada configuração do Estado e direcionalidade de suas políticas de onde emergiria um projeto de sociedade a ser desenvolvido nos anos seguintes”, revisando as questões teórico-políticas e recuperando os princípios do MSB pela democratização da saúde. Sublinhou que a saúde deveria ser “‘fruto de um conjunto de condições de vida que vai além do setor dito de saúde’ (ABRASCO, 1985, p. 8)” e questionou, tal como estava sendo feito, a noção de desenvolvimento apartada da dimensão social (era a centralizadora); da mesma forma que fez a defesa da participação popular na política, do controle da sociedade sobre o Estado e ligava a crise econômica mundial ao surgimento, na segunda metade da década de 1970, do neoliberalismo (ou doutrina do “arrocho”, entre outras concepções), que começava a surgir no país, ligados aos movimentos contrários à noção de saúde como “função pública”. Definiu, por fim, após a análise do temário, uma estratégia de atuação política e algumas diretrizes de conjuntura, ofertando

elementos teóricos, e científicos e técnicos, ‘às Entidades de saúde, sindicatos, igreja, organizações civis e partidos políticos [...] como preliminar ao desencadeamento do debate nacional em torno de uma REFORMA SANITÁRIA a ser desenvolvida a partir de 1987 (ABRASCO, 1985, p.34)’ (PAIM, 2007, p. 94).

Aos poucos, a consciência sanitária se alastrava, permanentemente divulgada, qualitativamente, motivando a população a cobrar os seus direitos (pois a saúde passou a ser percebida como tal) e a melhorias dos serviços/produtos de saúde.

Como medida de urgência para garantir a universalização, era preciso desvincular-se da previdência, pois agora todo e qualquer cidadão teria acesso a um sistema de saúde, sem que isto fosse vinculado ao seu ganho, à sua carteira de trabalho assinada, revelando uma preocupação humanitária e de respeito ao ser humano sem precedentes na história da saúde pública do país, como se vê no ponto 1 do Tema 2 do Relatório Final:

1 – A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária (BRASIL, 1986, p. 384).

As linhas básicas ou diretrizes principiológicas que orientariam a operacionalização, organização e gestão do futuro sistema de saúde também foram marcados no Relatório Final da Oitava, especificamente no item “Tema 2 – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, especificamente o ponto 3; e que deveria ser unificado em um só Ministério, apesar de descentralizado (estados e municípios), mas que nestes entes também teriam comandos unificados:

2 – No nível federal, este novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para esse fim. Com este objetivo, o poder executivo deve encaminhar, a curto prazo, mensagem ao Congresso, garantindo-se, entretanto, que a reformulação proposta seja prévia e amplamente debatida por todos os setores da sociedade civil. A unicidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal.

3 – O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

a) referente à organização dos serviços

- descentralização na gestão dos serviços;
- integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
- unidade na condução das políticas setoriais;
- regionalização é hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
- participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;
- fortalecimento do papel do município;
- introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida.

b) atinentes às condições de acesso e qualidade

- universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas;
- equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção;
- atendimento oportuno segundo as necessidades;
- respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública;

- atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis;
- direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças;
- direito à assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente.
- c) relacionados com a política de recursos humanos
 - remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente e imediato de plano de cargos e salários;
 - capacitação e reciclagem permanentes;
 - admissão através de concurso público;
 - estabilidade no emprego;
 - composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;
 - compromissos dos servidores com os usuários;
 - cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;
 - direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde;
 - formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado;
 - inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas;
 - incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários (BRASIL, 1986, pp. 384 e 385).

Ainda neste mesmo tema as proposições do Relatório envolvia o principal objetivo a ser alcançado pelo SUS, qual seja, a “progressiva estatização do setor saúde”, a partir da potencialização dos setores estaduais e municipais, tendo como meta esta “progressiva estatização”¹²¹. Os prestadores privados passariam a ser rigorosamente controlados pelo poder estatal, com efetividade, coibindo lucros abusivos, tudo com a finalidade-mor de garantir uma prestação de saúde de qualidade à população, universalmente considerada¹²².

¹²¹ Neste sentido, José Carvalho de Noronha (BRASIL, 2006, p. 85) aponta que isso não ocorreu, pois “ninguém saiu dali estatizando todos os serviços de saúde como ela determinava”. E prossegue: “É bom lembrar que o grande debate da 8ª CNS era a questão da estatização imediata. Então, houve um movimento importante de capacidade de gestão desse impulso democrático de constituições débeis como, de certa forma, ainda é até hoje, mas que naquela época eram mais débeis porque estávamos saindo de um regime autoritário com fragilidades institucionais dos partidos políticos, em que a sociedade, pela mobilização e o exercício da vontade política, opta por reformas da sociedade de maneira muito intensa. [...] E havia também um grande sonho. A Nova República, na sua fase inicial. [...] foi a possibilidade de construção do sonho social-democrático”.

¹²² Ainda quanto a isto, havia os itens 13 e 14: “13 – O relacionamento do poder público com a rede privada prestadora de serviços deve fundamentar-se no controle efetivo sobre essa rede. 14 – A implantação imediata de um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado deverá ser implementada nos seguintes moldes: – para os estabelecimentos privados que já se relacionam com o INAMPS, estabelecer um novo contrato-padrão regido pelos princípios do DIREITO PÚBLICO, passando o serviço privado a ser concessionário do Serviço Público; – esses contratos devem ser reavaliados sob critérios de adequação ao perfil epidemiológico da população a ser coberta e de parâmetros de desempenho e qualidade; – não devem ser celebrados novos contratos/credenciamentos a partir de 30 de março; – as novas relações devem possibilitar a intervenção governamental, que pode chegar à expropriação, sempre que caracterizada a existência

4 – O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público (BRASIL, 1986, p. 385).

Como se percebe, esta foi uma das propostas do MSB não alcançadas, mesmo com a implantação do SUS, vez que afeta sobremaneira toda uma ampla estrutura de poder, inclusive internacional, que ainda hoje lucra exorbitantemente.

As definições de responsabilidades de competências de cada ente federativo também já estavam no Relatório da Oitava Conferência, em respeito aos graus de força de cada um deles, quanto ao uso dos recursos e margem de liberdade para atuação que receberia da Constituição.

Estabeleceu-se, portanto, com base em límpida direção, a de romper com a centralização, oferecendo, por consequência, mais possibilidades de manejo e gestão para os estados federados e, principalmente para as municipalidades, com a contrapartida de garantir o poder político, administrativo e financeiro dos entes que ganhariam mais atribuições e responsabilidades, permanecendo com o novo ente federal a competência quanto aos serviços de “referência nacional e os serviços considerados estratégicos para o desenvolvimento do sistema de saúde, tais como: órgãos de pesquisa, de produção de imunobiológicos, de medicamentos e de equipamentos”; e quanto aos hospitais universitários e das Forças Armadas, estes deveriam estar plenamente integrados ao SUS, “sem prejuízo das funções de ensino, pesquisa e prestação de serviços dos primeiros” (BRASIL, 1986, p. 386).

As responsabilidades básicas de cada nível deveriam respeitar o federalismo republicano, rompendo com a hipercentralização das décadas recém-vividas, e assim conseguir recuperar os poderes (político-administrativo-financeiro) e as funções dos estados e municípios (BRASIL, 1986, p. 386).

de fraude ou conduta dolosa. Trata-se, por conseguinte, de aplicar no campo da saúde instrumentos de proteção da sociedade similares àqueles já adotados nas relações do governo com outros setores; – Os incentivos concedidos à chamada medicina de grupo deverão ser revistos” (BRASIL, 1986, p. 387).

No Sistema Único, a estrutura federal deveria ter como principais tarefas a criação e gerência da política nacional de saúde; a regulamentação das normas e operações entre o setor público e o setor privado; a formulação das normativas, “acompanhamentos e avaliações das ações de cobertura assistencial”; a execução e direção de programas emergenciais, especialmente quando as outras unidades federativas não pudessem intervir; delimitação das políticas setoriais de “tecnologia, saneamento, recursos humanos, insumos básicos, financiamento e informações”; estabelecimento dos padrões homogêneos para os setores público e privado; dentre outras ações (BRASIL, 1986, pp. 385 e 386).

A previsão era de que todos os serviços federais locais que guardassem relação direta com o atendimento à população, com exceção dos demais supramencionados, seriam redirecionados aos estados e municípios, juntamente com os recursos humanos, materiais e financeiros respectivos, conforme planejamentos e programas que seriam conjuntamente confeccionados pelas instituições envolvidas e as representações da sociedade organizada, considerando, ainda, a “viabilidade política e a factibilidade técnico-financeira da transferência” (BRASIL, 1986, pp. 385 e 386).

Nos âmbitos estaduais e municipais:

9 – No Nível Estadual, destacam-se as seguintes funções:

– gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação da política nacional de saúde na Unidade Federativa (UF); responsabilidade pela elaboração do plano diretor de saúde da UF que deverá orientar a integração das atividades do subsistema estadual de saúde, incluindo as atividades do setor privado; prestação de serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica¹²³ e outros de responsabilidade do sistema, em coordenação com os sistemas municipais; gerência do sistema estadual de informação de saúde; compatibilização das normas e diretrizes federais com o quadro jurídico-legal da UF e as peculiaridades dos sistemas de saúde estaduais e regionais; responsabilidade pelos serviços de abrangência estadual e regional, especialmente os de caráter secundário e terciário, e por aqueles outros programas, projetos ou atividades que não possam, por seu custo, especialização ou grau de complexidade, serem executados pelos municípios.

10 – O Nível municipal terá seu papel definido de acordo com as características e peculiaridades de cada caso, exercendo esse papel em estreita coordenação com o nível estadual. Como diretriz básica, o município terá a seu cargo, como responsabilidade mínima, a gestão dos serviços básicos de saúde.

11 – Os municípios de grande porte terão a seu cargo a gestão integral do Sistema Municipal de Saúde. Naqueles municípios em que não haja condições imediatas

¹²³ Em BRASIL (1986) ainda há “normativas” quanto à vigilância: “22 – Controlar e fiscalizar rigorosamente a qualidade dos insumos de uso setorial e a comercialização dos medicamentos e alimentos, através de uma adequada vigilância sanitária”.

para assumir a gestão do sistema municipal, esta será realizada conjuntamente pelo município e secretaria estadual de saúde da unidade federada. [...] (BRASIL, 1986, pp. 385 e 386).

Ainda neste segundo tema, que contou com 27 proposições ao total, tendo em vista o reconhecimento da frágil organização da sociedade civil e “a existência de um modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor (PAIM, 2007, p. 112), é possível destacar que:

13 – O relacionamento do poder público com a rede privada prestadora de serviços deve fundamentar-se no controle efetivo sobre essa rede. 14 – A implantação imediata de um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado deverá ser implementada nos seguintes moldes: (BRASIL, 1986, p. 387)

Os moldes eram os seguintes: no relacionamento do privado com o público, o contrato padrão seria “regido pelos princípios do DIREITO PÚBLICO, passando o serviço provado a ser um concessionário” do Público; que estes contratos sejam reavaliados com base no perfil epidemiológico da população a ser atendida; novos contratos não deveriam ser celebrados a partir de 30 de março; a intervenção governamental poderia chegar ao nível da expropriação, toda que vez que restasse provada a existência de fraude ou conduta dolosa; e a revisão dos incentivos à medicina de grupo (BRASIL, 1986, p. 387).

Nas regiões onde houver escassez do setor público na prestação, com ampliação da cobertura assistencial, o “redirecionamento dos fundos públicos, tais como FAS/Caixa Econômica Federal e FINSOCIAL/Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social” (BRASIL, 1986, p. 387), e a suspensão imediata de financiamento para “ampliação, reforma e construção de estabelecimentos privados ou para compra de equipamentos”. Ainda nesta linha a maior participação do setor público foi vista como “viável, justa e socialmente desejável”, sendo necessário o “aprimoramento de seus procedimentos gerenciais, de forma que possa operar com maior eficiência e aumente seu grau de resolubilidade, de modo a satisfazer as necessidades da população” (BRASIL, 1986, p. 387); e quanto ao aparelho setorial e produtor de bens foi proposto:

– fortalecimentos dos laboratórios e das indústrias de equipamentos de saúde estatais; – estatização de setores estratégicos na área de produção de imunobiológicos e na de produção e comercialização de sangue e hemoderivados; – estatização da indústria farmacêutica. 18 – Proibir a propaganda comercial de medicamentos e produtos nocivos à saúde. 19 – É necessária a formulação de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde,

contemplando particularmente a produção de insumos, equipamentos, medicamentos e materiais biomédicos, segundo as prioridades a serem estabelecidas na Política Nacional de Saúde¹²⁴ (BRASIL, 1986, p. 387).

No “item 23” foi apontada a necessidade de reformulação imediata das AISs, mas que em nenhum momento isso pode ser utilizado como motivo de protelação do SUS. A partir do item 24 trata-se especificamente das representações dos usuários/cidadãos, demonstrando a necessidade de criação de um novo Conselho Nacional de Saúde, cuja composição era:

representantes dos ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional, como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, cujo papel principal será o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamento e ações. 25 – Deverão também ser formados conselhos de saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida. 26 – É indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços, assegurando, a partir da constituição de um Sistema Nacional de Informação a: – maior transparência às atividades desenvolvidas pelo setor; – adoção de políticas de saúde que respondem efetivamente à complexidade do perfil sócio-sanitário da população brasileira” (BRASIL, 1986, p. 388).

Encerrando o Tema 2, havia a previsão de continuidade dos estudos e debates como meio de subsidiar a ANC e criar as bases para a RSB, sendo proposto pelos partícipes da Oitava CNS a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária composto pela sociedade civil organizada e órgãos governamentais, de forma paritária, cabendo, por fim, ao MS a convocação e constituição do referido Grupo, consoante os critérios expostos¹²⁵ (BRASIL, 1986, p. 388).

¹²⁴ Prossegue o Relatório Final: “20 – Neste sentido, é necessário ampliar o espaço de atuação e de investimento público nesses setores estratégicos, especialmente no referente à pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas e soros para uso humano, assim como aprofundar o conhecimento e utilização de formas alternativas de atenção à saúde. 21 – Para garantir este processo é preciso uma ampla revisão das formas de relacionamento entre o setor público e as empresas nacionais e internacionais, de maneira que as relações contratuais preservem a soberania nacional e protejam as inovações geradas internamente” (BRASIL, 1986, p. 387).

¹²⁵ “27 – A efetivação das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a continuidade do processo de discussão sobre a questão da saúde devem ser asseguradas através do aprofundamento das teses debatidas e do estudo dos temas específicos, como forma de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte e criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional. Os participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde propõem, com esta finalidade, a criação do Grupo Executivo da

No que concerne ao Tema 3, “Financiamento do Setor”, deveria ser constituído um “orçamento social” que envolvesse os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos, com a formação de um Fundo Único de Saúde Federal, bem como os respectivos fundos estaduais e municipais do mesmo modo. Os fundos ainda seriam geridos conjuntamente por um colegiado formado de órgãos públicos e da sociedade organizada. Havia a previsão de destinar um percentual mínimo sobre as receitas públicas para a Saúde, mas houve substituição no plenário, prevendo, contraditoriamente, que o percentual mínimo fosse elaborado por uma comissão criada na Conferência para debater no parlamento e na sociedade civil, antes mesmo da ANC, para que já influísse no orçamento de 1987; e que o percentual mínimo fosse de 15%. O financiamento da saúde seria de responsabilidade do Estado, com base na descentralização¹²⁶, “articulando a participação efetiva dos estados e municípios com uma ampla e profunda reforma tributária”¹²⁷ (BRASIL, 1986, p. 388).

E ainda, por fim, os recursos da Previdência seriam gradualmente retirados do financiamento das ações de saúde, sendo substituídos por fontes alternativas.

Reforma Sanitária composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária. Cabe ao Ministério da Saúde a convocação e constituição do referido Grupo, segundo os critérios aqui propostos” (BRASIL, 1986, p. 388).

¹²⁶ “9 – A descentralização, um dos princípios propostos para a reorganização do sistema de saúde, só se concretizará mediante uma reforma tributária que: – elimine a atual regressividade das formas de financiamento da política de saúde; – estabeleça fontes estáveis de receita para que os programas de atenção à saúde não fiquem comprometidos nas conjunturas recessivas; – garanta maiores recursos aos estados e municípios para que estes desenvolvam seus programas; – assegure ao governo federal a capacidade de reduzir as desigualdades regionais; – elimine as deduções do imposto de renda das pessoas jurídicas relativas ao gasto com assistência à saúde e à alimentação; – reveja critérios de dedução do imposto de renda das pessoas físicas com o pagamento dos serviços de saúde; – crie instrumentos de taxaço de bens de consumo nocivos à saúde como fonte adicional de receita para o setor; – acrescente como fontes adicionais a taxaço de indústrias poluentes, empresas de desmatamento e jogos de azar; – elimine a isenção de tributação sobre os ganhos totais de categorias “privilegiadas” (militares, magistrados e parlamentares); – destine obrigatoriamente para os Fundos de Saúde um percentual fixo sobre os seguros obrigatórios de veículos; – tribute as empresas proporcionalmente ao número de acidentes de trabalho, como mecanismo financeiro coercitivo de estímulo à sua prevenção” (BRASIL, 1986, p. 389).

¹²⁷ Sônia Fleury (in BRASIL, 1986, p. 94) aponta outro ponto de enfrentamento intenso na Constituinte, que foi o do financiamento, que o MSB perdeu também, provavelmente influenciado, como pode se depreender, inclusive das três comunicações na VIII a respeito do tema, pelo fato de não estar tão organizado e coeso assim, como estavam outros pontos (não houve discussão suficiente para amadurecer as proposições), levando a não vinculação de parte da receita, como foi obtido pela educação: “A parte de financiamento também foi uma tensão porque nós queríamos o recurso definido para a área de saúde e acabamos colocando alguma coisa nas disposições transitórias. Essa era a posição fechada da área de saúde e aí o enfrentamento foi com o José Serra e toda a área tributária, que dizia que era impossível vincular todas as receitas, pois não se daria margem nenhuma para o gestor e para o governo. E ele nos impediu, passou só a vinculação da educação porque esse era um movimento que já tinha força social suficiente. Nós perdemos essa também. Foram as áreas que a gente perdeu mais, os grandes pontos de tensão com forças que estavam além da nossa capacidade”.

Os recursos da Previdência deveriam custear apenas o seguro social dos trabalhadores da cidade e do campo, sendo o orçamento administrado pelos trabalhadores e utilizado “somente para a concessão de benefícios e aposentadorias igualitárias para trabalhadores rurais e urbanos”. Os recursos provenientes das contribuições compulsórias da Previdência Social não deveriam mais incidir sobre a folha de salários, mas sobre os ganhos de capital, o que implicaria em maior estabilidade das receitas previdenciárias e impediria o repasse ao consumidor. O percentual de desconto dos salários dos trabalhadores deveriam ser reduzidos e adequados à nova realidade, sendo suprimido o desconto dos aposentados; e a distribuição de recursos financeiros não levaria mais em consideração somente a demografia de cada região e a sua arrecadação fiscal, mas também “considerar as condições de vida e de saúde da região, promovendo, assim, uma distribuição mais justa dos recursos” (BRASIL, 1986, p. 389).

Como anunciado acima, esse conjunto de recomendações, exaradas no Relatório Final, orientaram o trabalho da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS)¹²⁸, que reuniu pelo Estado representantes de sete ministérios: “Saúde (MS), Previdência e Assistência Social (MPAS/Inamps), Trabalho (MTb), Desenvolvimento Urbano (MDU), Planejamento (Seplan), Ciência e Tecnologia (MCT), Educação e Cultura (MEC/SESU); além dos Conselhos Nacionais de

¹²⁸ A Declaração Final do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado meses depois da VIII CNS, é enfática neste sentido da contribuição com a CNRS e na continuidade das lutas pela Reforma Sanitária: “A ABRASCO se alia a todos aqueles que almejam a democratização da saúde e acredita que só através da nossa organização coletiva alcançaremos legitimar as medidas que avançam na direção da Reforma Sanitária e impedir, com a nossa vigilância constante, qualquer retrocesso no curso desse processo. Nesse sentido, reafirmamos: — a necessidade da continuidade no processo de mobilização social em torno da Reforma, iniciado com a VIII CNS; — o apoio à Comissão Nacional da Reforma Sanitária para que esta se legitime e ganhe força, para propor as transformações que se fazem necessárias; — o apoio estratégico aos avanços representados pelas AIS enquanto um passo na valorização do setor público e o decidido repúdio a medidas privatizantes como o Cheque Consulta, que representam um retrocesso inaceitável no processo democrático na saúde; — a necessidade de construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária, capaz de organizar a base social e política que viabilizará as mudanças requeridas; — e o nosso engajamento decisivo no processo constitucional, estabelecendo um projeto para a área de saúde a ser inscrito na Nova Constituição e comprometendo desde agora os candidatos com as propostas da Reforma Sanitária. O 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva não se encerra em si mesmo. Continuaremos mobilizados e organizados na difusão da nossa proposta para os constituintes, para os profissionais, para toda a sociedade. Utilizaremos todos os instrumentos que dispomos para aumentar nossas forças e preservar nossa vigilância crítica. Nesse sentido, recomendamos que sejam organizados fóruns de debate e mobilização em todos os cantos do país, articulando, assim, as representações dos trabalhadores, comunidade, instituições, partidos políticos, universidades, etc, a nível local, municipal e estadual. Desta forma, concretizaremos ainda mais a discussão sobre a Reforma Sanitária, conquistando o necessário respaldo organizativo da sociedade para a sua definitiva implantação (1º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 1986).

Secretários de Saúde (CONASS); e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e de representantes das comissões de saúde do Senado e da Câmara. A Comissão Nacional reuniu ainda pela Sociedade as seguintes representações: “confederações de trabalhadores da indústria, de serviços e da agricultura (CUT, CGT e Contag); de federações sindicais e associações de profissionais de saúde, especialmente a Federação Nacional dos Médicos (FNM) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); de movimentos sociais (Conam); de confederações patronais, como as Confederações Nacionais da Indústria (CNI), da Agricultura (CNA) e do Comércio (CNC); de associações de classe de provedores do setor privado, como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Confederação da Santas Casas de Misericórdia do Brasil (CMB)” (BRASIL, 2009, p. 18).

O objetivo da Comissão Nacional era o de formular propostas para dois momentos ou dispositivos: a Constituição e a legislação posterior de regulamentação. A ampla legitimidade adquirida em todo o curso do MSB aliado à capacidade de elaborar propostas e planos concretos, bem sedimentados, foram dois dos fatores essenciais para que o texto constitucional aprovado em 1988, assim como a Lei Orgânica da Saúde, abrangessem a maior parte das proposições da VIII CNS e da CNRS, o que não significou que todas as demandas foram contempladas, pois não foi o caso¹²⁹ (PAIM, 2007).

Enfim, a leitura deste Relatório Final indica alguns dos principais elementos constitutivos do projeto da RSB traçado coletivamente pela Oitava CNS: (i) o conceito ampliado de saúde; (ii) o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado; (iii) a criação do Sistema Único de Saúde; (iv) a participação popular e o controle cidadão; (v) a constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 2007, p. 113).

3.3.6.6 **Objetivos da Conferência**

¹²⁹ É preciso trazer à memória que os debates na ANC foram acirrados, revelando resistências variadas, como a dos prestadores de serviços privados de saúde e dos autônomos, e também entre os reformistas da previdência social. Todavia, as tensões não foram suficientes para entrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para a concretização da Reforma, como o financiamento aos moldes da VIII CNS, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, entre outras (FARIA, 1997; BAPTISTA, 2007, p. 50-51).

Como se apreende do discurso de Arouca (BRASIL, 1986, p. 40-41), o “objetivo da Conferência Nacional de Saúde era o de colocar a questão da saúde na esfera da Constituição”, e, para que isso acontecesse, não seria razoável limitar os debates a poucos dias, como inicialmente previsto. Para além das pré-conferências e dos dias da plenária nacional, “ela deveria ser expandida para que, de março até outubro desse ano, todos estes temas fossem discutidos” (BRASIL, 1986, p. 40-41), quais sejam, os que estavam previstos, como grandes endemias, saúde da mulher e da criança; mas que foram retirados da pauta porque poderiam prejudicar os três temas principais elencados.

Assim, a Oitava CNS “deixou de ser um acontecimento de poucos dias para se tornar um grande processo que, mobilizando durante todo o ano a sociedade brasileira, efetivamente possa caminhar para a construção de um grande projeto nacional na área da saúde” (BRASIL, 1986, p. 40-41), um projeto que estivesse de tal modo imbuído de consciência, com “grande gesto de desejo e força” pudesse ser irreversível, que pudesse ser formulado como uma verdadeira e autêntica reforma sanitária.

E o pacto com o social, aprendendo a lidar com a população, ouvindo-a, e fazendo com que as discussões de âmbito mais técnico se tornassem mais palatáveis a todas as mentes, essa espécie de aliança, é o que Arouca estava chamando de “profunda reforma sanitária” (BRASIL, 1986, p. 40-41), que supõe uma reformulação do sistema de saúde, via inserção na Constituição da ideia de que a saúde é um direito do brasileiro e um dever do Estado, sendo este entendido não como governo, mas como uma tríplice aliança entre povo-território-nação, cabendo ao Estado, portanto, a garantia deste direito fundamental da individualidade humana.

Fica claro ao longo do discurso que o MSB estava muito consciente dos seus propósitos, do modo como gostaria de fazer que eles fossem realizados, até mesmo das temporalidades que permeavam toda a culminância institucional de duas décadas de lutas e construções; e, óbvio, estava construindo planos muito concretos, não apenas ideias abstratas, englobando os vários aspectos que precisam ser analisados na construção de um sistema único e universal de saúde, o que revela a maturidade do próprio MSB, que durante todos estes anos, nas disputas, embates, discussões e conflitos no geral, conseguiu construir um

planejamento comum, alcançar um mínimo denominador compartilhado, refletido nas proposições da VIII CNS, e, em menor grau, nas disposições constitucionais.

Outra “grande questão” já colocada, mas que deveria ser sempre lembrada, a fim de não cair no esquecimento e de iluminar as ideias para todo o MSB é de que a RSB deveria ser ampla, não sendo “confundida com reforma administrativa nem apenas com transferência burocrática de instituições ou com a simples mudança da direção dessas instituições”. A RSB pressupunha a “criação de um organismo que, reunindo tudo o que existe a nível da União, possa, a partir de um grande fundo nacional de saúde, promover uma política de distribuição desses recursos mais justa e igualitária” (BRASIL, 1986, p. 41), contemplando, desta forma, a universalização, sem distinção de pessoa quanto aos direitos reais aos serviços básicos de saúde.

É nítida a grandeza de intenções, propostas e trabalhos. No entanto, foi fundamental a organicidade do MSB, pois se as transformações da Reforma Sanitária fossem apenas desejo e uma invenção dos técnicos e profissionais, provavelmente estaria fadada ao fracasso. O MSB arregimentou a sociedade brasileira para a participação no processo da reforma, a fim de que os resultados refletissem os desejos e as vontades da população nacional.

Neste sentido de universalização (ou nacionalização) do MSB, o que se buscava era que, “ao mesmo tempo, se modernize, se lute contra a fraude e se melhore o desempenho institucional, mas sem perder de vista o projeto. E este só aponta para um sentido: a melhoria das condições de vida da população. Se não alcançarmos tais condições, o projeto terá falhado” (BRASIL, 1986, p. 42)¹³⁰.

¹³⁰ Aqui se torna muito útil a leitura de PAIM (2007, p. 245-247), que analisando o pós-constituente, tratou das promessas não cumpridas da RSB, tais como: a “não implementação do preceito constitucional de Seguridade Social; o subfinanciamento, precarização das relações, remunerações e condições de trabalho; insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema; marketing de valores de mercado ‘em detrimento das soluções que ataquem os determinantes estruturais das necessidades de saúde’ (FÓRUM DA RSB, 2006, p. 5). Assim, o SUS e o Ministério da Saúde seguem a lógica do Inamps – hospitalar e medicalizante, além de se tornarem reféns do clientelismo e do partidarismo”. Pouco se avançou no cumprimento efetivo da integralidade e da igualdade, na institucionalização da carreira de gestor ou mesmo na influência da sociedade civil e dos conselhos de saúde sobre a formação de políticas e de estratégias do SUS. Era preciso enfrentar criticamente os insucessos, com consciência das vitórias e conquistas, para o enfrentamento adequado da “operação descrédito, tal como ocorrera com a reforma italiana vinte anos atrás”. Apesar disso, no país, o descrédito do SUS advinha não apenas dos oponentes, “mas da desmobilização dos seus aliados e do uso de cargos públicos como moeda de troca entre partido, além da descontinuidade administrativa e das limitações estruturais da sociedade brasileira”. E finaliza o tópico de forma pontual e certa, afirmando que “Não obstante os desejos de coesão social e de cultura da paz numa sociedade em que a luta de classes é transfigurada em violência estrutural, interpessoal e delinquência no

Percebe-se, também, portanto, pelo breve retrospecto, como que os sujeitos, organizados coletivamente, em suas entidades e instituições, acabaram por ocupar este espaço outrora reservado aos técnicos e aos “convidados” do governo, o que limitava sobremaneira o alcance das discussões e a apreensão da realidade básica dos cidadãos, desvinculados que estavam, portanto, do poder constituinte, da força multitudinária, daqueles que detém a Soberania, a define, delimita, performa, caracteriza.

É a multidão que dá vida institucional e mesmo pré-institucional, em razão da existência das tensões e disputas dos sujeitos para e na comunidade à Soberania. É Spinoza ainda, como lembra (BOVE, 1996, p. 300; GUIMARENS & ROCHA, 2014, p. 187-189) que vai pensar a autoridade do Estado, mas não em termos de diferenciação de um Poder Estatal em face do Social, pois o processo de constituição de um Estado se faz nesta relação imanente, certos de que a resistência, que não difere da obediência (haja vista que a obediência é a antítese da servidão na política, o que leva ao imperativo de criar ou possibilitar a obediência a partir da resistência, ou seja, a obediência política se mostra quando a resistência, ínsita em cada individualidade-cidadã, encontra caminhos de institucionalização, que, à medida que devém hábito, rotina, a partir dos processos contínuos de seu exercício, obstaculiza a mutação triste do cidadão para a

cotidiano, e onde transparece, cada vez mais, o caráter patogênico do capital, permanecem grandes desafios para o SUS universal, humanizado e de qualidade. O usuário-cidadão encontra-se bastante distante de ser reconhecido como “centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde” (FÓRUM DA RSB, 2006, p.7)”. Parece-nos que, de fato, há muitas promessas não cumpridas, e que o projeto, de certa forma, falhou, haja vista as “condições de vida da população” não terem melhorado o quanto deseja o MSB, não obstante é claro, as muitas conquistas registradas no pós-Constituinte, especialmente a partir de 2002 e sobretudo, para os mais pobres, questões que demandam novas pesquisas. Para fins de esclarecimento, o Fórum da Reforma Sanitária foi gestado em um momento de “retomada da defesa da Reforma Sanitária” em meados de 2005, no curso do primeiro mandato do Presidente Lula, quando “as forças políticas e sociais que passaram a ocupar espaços nessa conjuntura possibilitaram, ainda que no plano discursivo, uma retomada do tema da Reforma Sanitária na agenda política”, certo ainda de que a expressão não esteve presente nos Relatórios Finais da Nova, Décima e Décima Primeira CNS, só voltando em 2003 com a Décima Segunda. E como a equipe dirigente do MS até julho de 2005 era composta por integrantes do MSB, em sua maioria, buscando criar e concretizar políticas em prol do SUS, a criação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira possibilitou a concretização de várias “reuniões com lideranças e militantes do movimento sanitário na passagem de 2005 para 2006 produzindo textos de natureza técnica e sócio-político-institucional” (PAIM, 2007, p. 219), como o “Manifesto: Reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros”, lançado em Brasília no dia 23 de novembro de 2005 em ato público na Câmara dos Deputados, em prol da aprovação da EC nº 29 e da destinação de mais recursos para o orçamento da saúde em 2006 (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2005).

condição de servo, pois, ainda, o cidadão que resiste em verdade obedece e o servo que não resiste, submete-se.

Se direito é potência para o holandês, pois, resumidamente, tudo está em a Natureza, e potência é direito, percebe-se como o MSB, de posse atual das suas energias, à época, empregou os seus esforços, tanto quanto pôde, para que eles se transmutassem em enunciados normativos na Carta Constitucional, fazendo valer os ideais da Reforma Sanitária, tanto quanto pôde.

Em sendo toda potência sempre atual, e não um potencial a ser instituído, isso também ajuda a explicar porque, dois anos mais tarde, no momento de regulamentação da Constituição, no processo legislativo de confecção da Lei Orgânica da Saúde, outros vetos apareceram, emparedando, contra-argumentando, empregando forças em sentido contrário aos objetivos da RSB.

Está também aqui uma boa explicação filosófica para a inexistência ontológica do direito adquirido, vez que quem poderia garantir que as Leis de hoje valham amanhã, se não a própria Lei, fruto dos interesses contraditados dos sujeitos e instituições, mas que podem, a depender das suas potências, extinguirem-na também. Parece que agora está mais claro.

4

PRELÚDIOS DA CONSTITUINTE E A VOZ DA RESISTÊNCIA: COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA E A PLENÁRIA DA SAÚDE

Há quem ache inevitável a destruição do meio ambiente no planeta. Para fazer frente às atividades destrutivas na biosfera, uma indústria japonesa produziu recipientes com cinco litros de oxigênio e um empresário abriu um ‘bar de oxigênio’. São reflexos de uma filosofia de vida e da saúde que considera necessário comprar um produto para ter saúde e que pode ser transformado em mercadoria o bem mais comum que tem a humanidade. Sem ver que a busca de saídas individuais não é a solução (BERLINGUER, 1988, p. 4).

Analizadas as Conferências Nacionais, especialmente a Oitava CNS, também conhecida como a “pré-constituente da Saúde”, e que não deixa de ser um clímax da resistência do MSB, também anterior à ANC de 1987-1988, passa-se ao estudo da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e em seguida da Plenária Nacional da Saúde, já no seio da Constituinte, sem que esta seja especificamente estudada.

4.1

O Trânsito da Conferência à Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS)

Ao contrário, em Política nada é dado ou pré-determinado, nada ocorre sem uma ação concreta dos setores sociais em defesa de seus interesses (OLIVEIRA, 1981, p. 18).

Uma vez concluída a VIII CNS o MSB deparar-se-ia com novas exigências – era necessário, sobretudo, institucionalizar as deliberações desta Conferência, que representou mais uma etapa do movimento, produzindo diferentes fatos e fenômenos.

Dois depoimentos são esclarecedores a respeito deste momento, imediatamente após a Oitava CNS, que “ocupou o imaginário [coletivo] do movimento sanitário, representando-o simbolicamente como sua grande conquista. O primeiro deles é de José Carvalho de Noronha, apontando (i) o “porre democrático” no qual a sociedade se viu envolvida, “que criou as

condições políticas de adesão, de publicidade e de mobilização societária, mas que tinha uma burocracia institucionalizada disposta a absorver as sentenças e filtrá-las”; (ii) a não consecução do desejo de “estatização imediata”, que foi um dos grandes debates do MSB, e que pode ser considerada como uma das promessas não cumpridas (ou não realizadas) da Reforma Sanitária; e (iii) o impulso democrático que foi se expressando no tecido social e nas instâncias da pólis, no sentido de se operacionalizar reformas a partir da própria sociedade (BRASIL, 2006, p. 85).

O segundo depoimento (entrevista) é o de Jandira Feghali, que analisa a Oitava CNS, tal como muitos outros participantes e estudiosos, como tendo se constituído em um “marco”, no qual “a gente pôde falar com mais liberdade, mais democracia, muito importante porque mudou conceitualmente a luta pela saúde, a Reforma Sanitária e a defesa do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006, p. 85).

Após a Conferência destacam-se: “sob o prisma do governo, a criação e a atuação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária¹³¹; pelo lado do processo participativo e sua relação com a sociedade, a constituição da Plenária Nacional de Saúde; e, do ponto de vista político-formal, a instalação da Assembléia Nacional Constituinte” (BRASIL, 2006, p. 85).

Além da Plenária Nacional de Saúde, da qual participaram “partidos políticos, sindicatos, movimentos populares, universidades, pessoas, personalidades” (BRASIL, 2006, p. 88), sob a coordenação de várias entidades; da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e da ANC¹³², deve-se

¹³¹ Os dados dos nomes que compunham a Comissão, mais as disposições nominais do Presidente e dos três Ministros que a compuseram: “Presidente da República JOSÉ SARNEY; Ministro da Saúde ROBERTO FIGUEIRA SANTOS; Ministro da Previdência e Assistência Social RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES; Ministro da Educação JORGE KONDER BORNHAUSEN. COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA José Alberto Hermógenes de Souza; Antonio Sérgio da Silva Arouca; José Saraiva Felipe; Hésio de Albuquerque Cordeiro Paulo Elpidio; Antonio Alves de Souza; Carlos Henrique Abreu Mendes; José Eduardo Cassiolato; Solon Magalhães Viana; Roney Edmar Ribeiro; João Yunes; Nelson Rodrigues dos Santos; Representante da Comissão de Saúde do Senado; Representante da Comissão de Saúde da Câmara; André Montalvão da Silva; Roberto Assis Ferreira; Maria Luiza Jaeger; Maria de Fátima Cantídio Motta; Francisco Ubiratan Dellape; Luiz Vieira de Carvalho; Geraldo Justo; Sílio Andrade; Carlos Saraiva; Maria Aladilce de Souza; Flávio de Andrade Goulart; Maria José Rossi; Secretária Técnica Arlindo Pablo Gómez de Sousa – Coordenador Geral; Cristina de Albuquerque Possas – Coordenadora Técnica” (BRASIL, CNRS, I, s.d).

¹³² Com o retrocesso político notório logo no primeiro ano de governo da “Nova República”, o processo de reformulação do Campo Saúde sofreria considerável estagnação, em âmbito governamental, quando comparado com os “avanços notáveis conseguidos na definição da reforma do sistema na VIII” CNS. A partir da aprovação do projeto da RSB na VIII, dar-se-ia seguimento às resoluções emanadas por meio da formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que teria o controle do processo de implantação do Projeto no âmbito

acrescentar “dois conjuntos de iniciativas”: o aprofundamento e a expansão das AIS, que transformar-se-iam nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e as “ações sócio-comunitárias visando a mobilização de atores sociais em torno da RSB e à sua legitimação” (PAIM, 2007, p. 114).

Enquanto o MS que convocara a VIII CNS voltava às suas campanhas de combate à dengue, “muitas entidades ficaram perplexas diante do imobilismo do governo e da falta de compromisso para com o projeto” da RSB. Como o “Grupo Executivo da Reforma Sanitária” não foi instalado e como houve uma retração no agenciamento entre MS e INAMPS/MPAS, “acusações mútuas” entre partícipes do MSB vinculadas às referidas instituições foram feitas, o que foi mediado habilidosamente pela ABRASCO para impedir rupturas e fortificar a agenda¹³³ (PAIM, 2007, p. 114), tal como aponta Eleutério Rodriguez:

A Abrasco, desempenhando o papel de 'superego' do movimento, realizou uma histórica reunião em 5 de julho de 1986 em que se firmou um acordo entre os representantes das duas instituições para que os respectivos ministros fossem convencidos a convocar a referida Comissão (RODRIGUEZ NETO, 2003, p.50).

Em face da paralisia do MS e do INAMPS, o MSB pressionou o governo Sarney para a efetivação da RSB; e a ABRASCO obteve êxito na articulação de lideranças com as entidades quanto aos “pontos básicos do projeto”, elaborando um documento no qual admitia “a importância das AIS na conjuntura e cobrava compromissos” de ambos os Ministérios (MS e MPAS) para prosseguirem com a Reforma Sanitária¹³⁴, o que levou à instalação da CNRS, ainda que não tenha sido

institucional/governamental. Em paralelo, criou-se a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, cujo fim era prosseguir com a articulação dos atores/agentes da Sociedade Civil, partícipes da VIII e aí eles formulariam um Projeto Constitucional para ser apresentado na ANC 1987/1988 (GERSCHMAN, 1994, p. 51-52).

¹³³ Comprovando a articulação da ABRASCO há um quadro do Jornal PROPOSTA (n. 01, 1987, p. 4) explicitando a posição da entidade quanto a isto e em apoio à CNRS: “A Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) identifica como de necessidade imediata a construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária, capaz de organizar a base social e política que viabilizará as mudanças requeridas. Em documento aprovado pela Plenária do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado no Rio em setembro de 86 com a participação de dois mil profissionais da área de saúde coletiva, a Abrasco – promotora do evento – manifestou seu total apoio à Comissão Nacional da Reforma Sanitária para que ela se legitime e ganhe força para propor as transformações que se fazem necessárias. Defende ainda a necessidade da continuidade do processo de mobilização e organização das forças sociais comprometidas com a luta pela implantação de uma Reforma Sanitária e pela garantia constitucional do direito à saúde como dever do Estado”.

¹³⁴ Neste sentido, ver também o PROPOSTA (1987, p. 4): “A Associação, que expressa o pensamento da comunidade acadêmica da saúde pública, aprovou também o apoio estratégico aos avanços representados pelas AIS enquanto um passo na valorização do setor público e propôs ‘um engajamento decisivo’ das entidades e profissionais de saúde no processo de elaboração da nova

possível dar vida à “Comissão Executiva da Reforma Sanitária” nos moldes da VIII CNS, configurando-se, portanto, como mais um marco do processo da RSB (PAIM, 2007, p. 114; BRASIL, 2006, p. 50).

Ainda que a CNRS tenha “cumprido um papel estratégico, especialmente no processo constituinte, com a elaboração dos relatórios e documentos técnicos”, Escorel ratifica o enunciado acima, de que a ideia original da VIII CNS era diversa, e logo a expectativa também: “A ideia do relatório da 8ª CNS era que fosse criado um Grupo Executivo da Reforma Sanitária para implementá-la”, pois era para que este referido Grupo estivesse dotado de maior “poder deliberativo, executivo e maior perenidade”, bem ao contrário do papel que fora atribuído à CNRS (BRASIL, 2006, p. 87).

4.2 A CNRS

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária foi criada por uma Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/1986, publicada no D.O.U. de 22 de agosto de 1986, cuja finalidade era de

1.1 – analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde, e sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema; 1.2 – examinar os instrumentos de articulação entre os setores de Governo que atuam na área de saúde, e propor o seu aperfeiçoamento; 1.3 – apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida (BRASIL, s.d, Documentos I, p. 25).

A composição, nominada em nota retro, envolveria órgãos governamentais, o Congresso Nacional (CN) e a Sociedade Civil, conforme discrimina o ponto 2 da Portaria:

– Ministério da Saúde – Secretário Geral e Presidente da FIOCRUZ – Ministério da Previdência e Assistência Social – Secretário de Serviços Médicos e Presidente do INAMPS – Ministério da Educação e Cultura – Secretário de Educação Superior – Ministério do Trabalho – 1 representante – Ministério do Desenvolvimento Urbano – 1 representante – Ministério da Ciência e Tecnologia – 1 representante – Secretaria de Planejamento da Previdência da República – 1 representante – Secretarias Estaduais de Saúde – 2 representantes do CONASS, sendo um o Presidente do Conselho – Secretarias Municipais de Saúde – 1

Carta Constitucional, estabelecendo um projeto para a área de saúde a ser inscrito na Constituição, comprometendo desde já os Deputados Constituintes com as propostas da Reforma Sanitária”.

representante – Senado Federal – Comissão de Saúde – Câmara dos Deputados – Comissão de Saúde – Centrais Sindicais – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); Central Geral dos Trabalhadores (CGT); Central Única dos Trabalhadores (CUT) – Centrais Patronais – Confederação Nacional da Indústria (CNI); Confederação Nacional do Comércio (CNC); Confederação Nacional da Agricultura (CNA) - Prestadores Privados de Serviços de Saúde – Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB); Federação Brasileira de Hospitais (FBH) - Profissionais de Saúde – Federação Nacional dos Médicos (FNM) - Associação de Moradores – Conselho Nacional das Associações de Moradores (CONAM) (BRASIL, s.d., Documentos I, p. 25-26).

A Comissão teria a coordenação do Secretário-Geral do Ministério da Saúde, contando com uma Secretaria Técnica, que proveria o apoio e o assessoramento necessários ao seu funcionamento, que seria constituída em seguida por atos específicos do Coordenador. Os órgãos técnicos dos três Ministérios prestariam o apoio e as informações quando solicitadas pela Comissão, que, por fim, teria o prazo de 180 dias para apresentar suas conclusões, a contar da data de sua instalação¹³⁵ (BRASIL, s.d., Documentos I, p. 26).

O fato é que a CNRS, fruto de resistências inseridas no próprio governo que obstaculizaram o Grupo Executivo (aos moldes da VIII), possibilitando o seu surgimento, detinha apenas “natureza consultiva” (e não com capacidades decisórias), com meras atribuições de sugerir reordenamentos institucionais e jurídicos do sistema, e propor aperfeiçoamentos dos vínculos entre os setores do governo que trabalham no Campo da Saúde e dos planejamentos plurianuais do setor. E sua composição era paritária, como visto acima, com doze representantes do Governo e doze representantes da Sociedade Civil, incluindo centrais sindicais, confederações empresariais, federações profissionais e entidades de prestadores privados, funcionando de agosto de 1986 a maio de 1987, e neste espaço-tempo “dedicou-se ao aprofundamento do Relatório Final” da Oitava CNS, “à sistematização de propostas e à articulação nacional do movimento sanitário, com atenção para o poder legislativo, pois estava se iniciando o processo constituinte” (BRASIL, 2006, p. 49).

¹³⁵ “Dos 558 constituintes, 46 são médicos, 6 são farmacêuticos, 3 são veterinários e 3 são dentistas. Desses 58 profissionais da área da saúde, apenas 8 manifestaram a favor de uma Reforma Sanitária”. A CNRS tinha recebido, até o momento, correspondência de 270 constituintes de apoio as proposições, como Lula, Mário Covas, Ulysses Guimarães, Nelson Carneiro, Sandra Cavalcanti, Albano Franco, FHC, Francisco Dornelles, Carlos Chiarelli, César Maia e Humberto Lucena; e desses apenas 8 são ligadas à saúde.

Nelson Rodrigues dos Santos (BRASIL, 2006, p. 85-86), por exemplo, assevera a relevância da CNRS, não obstante o seu caráter meramente “consultivo” e bem distante do ideal de “grupo executivo” aos moldes da Oitava CNS, que implicaria também em outro modo de composição, ao dizer que

Na 8ª CNS foi aprovado que os ministérios implicados criassem a CNRS para dar encaminhamento ao relatório final da conferência, o que de mostra cuidado e competência política, porque um relatório final, por melhor que fosse, poderia se tornar um documento a mais, guardado. Então, a 8ª CNS teve a sabedoria política muito grande de conseguir o compromisso das autoridades políticas da época, do próprio Presidente da República e dos ministros envolvidos na nomeação da CNRS, que daria um tratamento ao relatório da 8ª CNS, no sentido de criar governabilidade para aqueles pleitos. Felizmente foi o que ocorreu, potencializado pela Assembléia Nacional Constituinte, a quem a CNRS entregou o seu relatório final no início de 1988, após ter trabalhado todo o ano de 1987. O relatório final da Comissão Nacional da Reforma Sanitária é quase cópia carbônica do que viria a ser a seção de saúde na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2006, p. 85-86).

Como, em tese, ao menos, a Comissão foi criada para conseguir estabelecer canais de relacionamentos efetivos, imanentes, com os pleitos e desejos da Oitava Conferência e a ANC 1987/1988 havia sido convocada quando a CNRS já estava em atividade, acabou que ela conseguiu fornecer “subsídios para a Constituinte”, quanto ao conteúdo, embora não tenha apresentado nenhuma proposta legislativo-constitucional, tal como fez a Plenária Nacional de Saúde, conforme pontua Arlindo Fábio Gómez de Sousa (BRASIL, 2006, p. 86):

[...] a CNRS é um espaço político onde o setor público vai se reencontrar com o setor privado, onde o Ministério da Educação, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde vão voltar a dialogar com algum tipo de objetivo, e a comissão sai com uma portaria assinada pelos três ministros, como uma comissão nacional para dar andamento às resoluções da 8ª CNS. Então, na verdade, não é uma instância burocrática, mas marcadamente política, com a discussão de três áreas governamentais que, de alguma forma, estavam disputando espaço, disputando poder no que diz respeito às questões da saúde.

Então já se pode dizer que a CNRS não era meramente burocrática, mas também não chegava a ser propositiva, combatente e popular, como desejava grande parcela do MSB, configurando-se como uma instância política para discussão e deliberação de três setores governamentais ligadas à “questão saúde”.

São dois os documentos que concentram as atividades da CNRS: (i) “Proposta do conteúdo Saúde para a Constituição”, no qual se reafirmava o “direito de controle”, que seria manejado com a participação de representantes da

Sociedade Civil organizada em entidades, quanto à formulação do controle da política e das práticas de saúde em todos os níveis; (ii) “Proposta de conteúdo Saúde para a nova Lei do Sistema Nacional de Saúde”, no qual se configura o “formato institucional da participação”, estruturados em sete pontos básicos:

(a) o princípio da gestão participativa; (b) a expectativa de que a participação resulte em efetivo poder de controle das ações e serviços da rede nacional; (c) o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, vinculado a um novo Ministério da Saúde, com atribuições de formulação e controle da Política Nacional de Saúde, propondo-se conselhos estaduais e municipais com atribuições correspondentes; (d) a instalação de um conselho comunitário, em cada unidade de prestação de serviços de saúde, com atribuição de controle e fiscalização; (e) o funcionamento de um conselho de administração em cada unidade de prestação de serviço de saúde, integrado por dirigentes e funcionários da unidade; (f) a subordinação dos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente, a um novo Ministério, às Secretarias Estaduais e Municipais, com administração colegiada e designada pelos conselhos de saúde correspondentes; e (g) a participação do governo federal nos conselhos estaduais e municipais de saúde e do governo estadual nos conselhos municipais, bem como a representação dos governos estaduais e municipais no Conselho Nacional de Saúde e dos governos municipais nos conselhos estaduais de saúde (CNRS, 1987) (BRASIL, 2006, p. 49-50; BRASIL, 2009b, p. 157).

Todavia, a CNRS, por não estar aos moldes da VIII CNS, “haja vista a própria perda de aderência das propostas do Governo que está aí, presente, com as propostas da democratização” (RODRIGUEZ NETO, 1988, p. 35) é verticalizada, feita como um “conjunto de anéis burocráticos que se articulam de alto a baixo e de baixo para o alto para garantir o fluxo do controle da gestão” (idem, *ibidem*), em que pese ser algo avançada para a época, com a pretensão de contribuir na relação Sociedade – Estado e na burocracia do Estado; mas ainda sofrendo fortes críticas pelo primeiro ponto anotado, pois teria perdido a “aderência às deliberações da Oitava”, teria “aplainado por baixo alguns pontos polêmicos e despolitizando-se, ao mesmo tempo que buscava viabilizar as “posições majoritárias, conforme aponta Eleutério RODRIGUEZ NETO¹³⁶ (1988, p. 35).

Na realidade, as conclusões da 8ª Conferência acabaram por serem recolocadas na Comissão da Reforma Sanitária. E é justa a acusação, que em muitos momentos se faz, de que as propostas que saíram da CNRS perderam a organicidade com o que estava proposto no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Isso porque, num impasse, para não se colocar questões de votação, acabou-se tendo que aplinar por baixo e chegar nos pontos que, embora fossem

¹³⁶ Estas palavras são do discurso, publicado na íntegra, de Eleutério, quando esteve na Reunião da ABRASCO, em Cachoeira, Bahia, em 1987, no qual analisa o processo da Reforma Sanitária desde o início do MSB até a VIII CNS.

insuficientes, poderiam ser identificados mais ou menos como consensuais (RODRIGUEZ NETO, 1988, p. 35).

A CNRS estava tão complicada que a sua proposta quanto à Constituição, seria, mais a frente, “mais atrasada do que a proposta que se consegue aprovar mais à frente na própria Subcomissão de Saúde, já dentro da Assembleia Nacional de Constituinte”, o que será visto em breve. Naquela época, tal como hoje, já deixava entrever os possíveis entraves burocráticos que seriam enfrentados pelas proposições reformistas, haja vista a “cultura política patrimonialista, clientelista, partidarizada e particularista”, que fazia às investidas democratizantes, universalizantes, comunitárias propostas pelo MSB (BRASIL, 2006, p. 50).

Neste ano também aconteceu o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, o I “Abrascão”, cuja declaração final, como já vista, “defendia a continuidade da mobilização social, o apoio à Comissão Nacional da Reforma Sanitária e aos avanços das AIS, a construção de uma frente popular pela Reforma”, e claro, a participação ativa no trâmite constitucional, entre outros pontos. E o INAMPS, enquanto isso, sob a direção do professor Hésio Cordeiro, “produzia documentos para discussão (escritos, possivelmente, no ano de 1986), capazes de mobilizar vontades e fundamentar opções técnicas e político-institucionais em torno de mudanças no setor” (PAIM, 2007, p. 115).

O primeiro destes documentos sugeria a criação dos “distritos sanitários”¹³⁷, espécie de unidade territorial básica, que aglomeraria cerca de cinquenta mil pessoas, “onde deveria ocorrer a integralidade das ações de saúde e clientela adstrita (adesão de 1.500 a 3.000 pessoas por médico de policlínicas

¹³⁷ Vide uma espécie de definição do próprio documento: “Cada distrito sanitário corresponde a um espaço geográfico (bairro, município ou grupo de municípios) onde habitam pessoas e famílias. Neste distrito existem serviços funcionando, profissionais atendendo aos usuários, programas de saúde coletiva sendo desenvolvidos com responsabilidades de cobertura plenamente definidas. A um determinado grupo de distritos deve estar articulado um hospital geral, conformando a rede de serviços identificada pela população como sua. A organização de novo tipo de serviços de saúde, objetivo inalienável da Reforma Sanitária, busca resgatar a relação população-local de moradia ou trabalho – organização social e política de base – serviços de saúde, tão enfática e profundamente destruída ao longo dos 20 anos de autoritarismo. A democratização da saúde coincide, em muito, com a exigência de descentralização político-administrativa do país. O distrito sanitário nada mais é que o resgate do município, do bairro, da comunidade como local prioritário de intervenção” (BRASIL, s.d, Documentos I, p. 41)

pago por capitação), bem como a acessibilidade, continuidade e resolutividade”¹³⁸.

O segundo destes documentos, “Estratégia de mudanças na saúde e na assistência médica: Bases para a Reforma Sanitária Brasileira (À consideração dos Exmos. Srs. Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social)”, se valia do conceito ampliado de saúde para reestruturar o sistema de saúde com ênfase na “descentralização e na organização do processo de trabalho dos profissionais, a partir da gestão do distrito sanitário”, já que era no distrito que estariam concentradas as responsabilidades de cobertura, de administração dos meios e de resolutividade das ações.

E o terceiro documento fora assinado pelo próprio Presidente do INAMPS, onde Hésio apresentava “diretrizes para um Serviço Nacional de Saúde, contemplando a questão institucional (unificação descentralizada), quadro de pessoal, financiamento, estruturas gestoras e fluxo de recursos”, indicando para a gestão municipal a responsabilidade das unidades básicas e ambulatoriais e para a gestão estadual as tarefas mais complexas, servindo de espaço de “integração ensino-serviço”; e que, em realidade, tratava-se de um aprofundamento das AIS e a sistematização das ideias iniciais do que viria a ser o SUDS (PAIM, 2007, p. 116).

Estes passos foram “severamente criticados” pelo corpo diretor da ABRASCO em um editorial duro e polêmico publicado no boletim da Associação: “O MPAS/INAMPS, ao mesmo tempo que não valoriza a Reforma Sanitária, investe na tentativa de cooptação de governos estaduais e prefeituras, propondo uma 'descentralização' de recursos com repasse direto a essas instâncias, proposta essa que tem por objetivo preservar o poder do setor nas mãos da Previdência Social (EDITORIAL, 1987, p.1 apud PAIM, 2007).

Entretanto, prossegue o autor, não obstante a insuficiência de recursos para refutar a intenção dos ministros da saúde e da previdência, que estavam sendo acusados de tentarem se perpetuar no poder, tal acusação parecia esquecer toda a luta dos militantes do MSB inseridos na referida autarquia – um excelente argumento; bem como a acusação de estarem sendo cooptados os governos estaduais e municipais, eleitos legitimamente, e possuindo em seus quadros

¹³⁸ Ver o texto (não analisado aqui): “Saúde e Cidadania. Proposta de reorganização do sistema de cuidados à saúde, 27 páginas”.

“dirigentes e técnicos historicamente comprometidos com a democratização de saúde”, parecia ser compreensível tão somente do ponto de vista das paixões políticas intensificadas da conjuntura, “quando se confundiam aliados com oponentes” (PAIM, 2007, p. 117).

No curso destas confusões e disputas, a FIOCRUZ lançava a publicação “Proposta – Jornal da Reforma Sanitária”¹³⁹ em março de 1987, cujo primeiro editorial foi assinado por Sérgio Arouca, sob o título atraente “Reforma Sanitária é irreversível”, ele apontou:

Como resultado da 8ª Conferência, de todos os Temas Específicos que se sucederam até o final de dezembro de 1986, surgiu a necessidade urgente e inadiável da implantação de uma verdadeira Reforma Sanitária neste país. A Reforma Sanitária passou a ser a síntese de todas as recomendações, propostas e conclusões desse amplo debate nacional. A necessidade da transformação do sistema de saúde, da municipalização, da sua democratização interna, de uma nova política de recursos humanos e de ciência e tecnologia, enfim, aliando-se a todas as outras reformas sociais que é o compromisso da Nova República, surgiu como uma idéia forte, suprapartidária, praticamente de consenso nacional, a necessidade da Reforma Sanitária.

E na seção “Apresentação” do primeiro documento divulgado pela CNRS, o Secretário Técnico da Comissão, Arlindo Fábio Gómez de Sousa explicitou:

Falar em Reforma Sanitária, não é só falar em Reforma Administrativa, não é só falar em um momento, em um tempo determinado, mas sim falar de um processo que viabilize, no prazo mais curto possível, a superação do quadro sanitário de nosso país, processo que começa pelo reconhecido direito do cidadão a saúde e o dever do Estado em prover os meios para isso, o que implica na construção de um novo modelo institucional de serviços, descentralizado, hierarquizado e sob comando único, sustentado por novos mecanismos de financiamento (BRASIL, s.d, Documentos I, p. 3).

¹³⁹ Quanto ao Jornal da Reforma Sanitária (“Proposta”), que estava inserido no Projeto RADIS, é preciso ressaltar que se tratou de mais uma atividade institucionalizada, pela FIOCRUZ, de divulgação das ideias do MSB, ao lado, por exemplo, da Revista Saúde em Debate do CEBES, já bem mais antiga, como visto. Ainda nas palavras de AROUCA, no mesmo editorial: “A Fundação Oswaldo Cruz vem desenvolvendo uma linha editorial de informação aos profissionais de saúde, através do projeto RADIS. E nessa linha entendemos que a divulgação de opiniões, de estudos, de experiências nacionais ou internacionais sobre projetos de transformação no sistema de saúde é da maior importância. Assim está nascendo o PROPOSTA, o novo veículo de divulgação da Fundação Oswaldo Cruz, com o objetivo de ampliar ainda mais a discussão sobre as questões da Reforma Sanitária Nacional. Acreditamos que 1987 deva ser o ano da Reforma Sanitária. Em primeiro lugar pela aprovação ao nível da Assembleia Nacional Constituinte, de que a saúde é um direito do brasileiro e um dever do Estado. Em segundo lugar, pela abertura do debate de uma nova legislação sanitária para o nosso país a partir do Poder Legislativo. E também pelo início da implantação de programas de Reforma Sanitária ao nível dos novos governos estaduais” (PROPOSTA, n. 1, março de 1987, p. 02).

Ambos os fragmentos, segundo PAIM (2007, p. 118) aponta para duas observações a respeito da RSB, vista agora “enquanto processo e não mais como proposta ou projeto” (entendimento que é parte da sua brilhante tese e que já foi resumida, neste ponto, no segundo capítulo); e quanto à segunda, explicita sutilmente um sinal de “revolução passiva”¹⁴⁰ que se aproximava do MSB, pois, ao contrário do que foi manifestado durante a VIII CNS, inclusive no Relatório Final, de que a Reforma Sanitária não era uma Reforma Administrativa, passou a ser aceita como tal, ainda que com a ressalva do “não é só”.

Na publicação “Documentos I” da CNRS há um documento de referência, fruto da “articulação liderada pela ABRASCO” onde se encontra a proposta de implantação dos chamados Distritos Sanitários, aparecendo a expressão ‘controle social’ como modo de atuação pelos usuários, tanto diretamente (relações com o prestador de saúde), quanto indiretamente (pelos mecanismos de representação, como associações de moradores e conselhos comunitários).

O Documento inicia-se com o conceito ampliado de saúde, demonstrando a necessidade de melhoria da qualidade de vida da população, e sendo evidente e constatada a “insatisfação dos usuários das corporações profissionais e da burocracia estatal”. O quadro desolador seria consequência básica de:

1. Abandono do setor social pelos governos anteriores, nele incluído a saúde; 2. Falta de transparência na aplicação dos recursos públicos, o que contribui para seu uso dispersivo, sem atender as reais necessidades da população; 3. Vigência de uma política de saúde implícita, que se efetiva ao sabor de interesses (em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços), acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde [a cooptação dos interesses em detrimento do bem comum, como já apontado]; (BRASIL, s.d, Documentos I, p. 39-40).

Prossegue o documento apontando mais consequências, numeradas conforme o texto: 4. Um modelo assistencial caracterizado pela ausência de mecanismos que assegure um fluxo de pacientes em todo o transcurso da eventual complexidade do caso e falta de definição quando da entrada do sistema; falta de

¹⁴⁰ Segundo PAIM (2007, p. 248), “os resultados apresentados no presente estudo indicam que as condições concretas em que a RSB foi implantada reduziram a sua práxis a uma *reforma parcial* setorial, ilustrando algumas das possibilidades da *revolução passiva*”. Revolução Passiva é um conceito gramsciano, que, em uma imensa síntese, sob pena de reduzi-lo, significa o processos dialético do “conservar-mudando” ou de mudar-conservando, já que o processo da Reforma, até 2006, não indicou “a realização de uma reforma social geral, muito menos uma revolução no modo de vida, como anunciado ou insinuado no seu projeto” (PAIM, 2007, p. 250).

capacidade de resolver os problemas de saúde; dificuldade de articulação da prestação dos diversos tipos de medicina; ausência de planejamento participativo com base local; centralização do processo decisório; 5. Ausência de clareza quanto à definição das responsabilidades; “6. Ausência de controle social efetivo por parte dos usuários, seja diretamente através da relação com o prestador, seja indiretamente através de mecanismos de representação (conselhos comunitários, associações de moradores)” (BRASIL, s.d, Documentos I, p. 39-40).

Em que pese as restrições às AIS no curso da VIII CNS, ratificado no Relatório Final, “o realismo da análise da conjuntura levava a uma revalorização da estratégia”, sendo assumida, em seguida, pelo Presidente da ABRASCO, que reconheceria as “ações” como uma estratégia de avanço em direção à RSB, lembrando que ele também fez restrições à criação da CNRS, tanto pela natureza apenas “consultiva”, quanto pela distância quanto às propostas da Oitava¹⁴¹ (PAIM, 2007, p. 118).

Não pode se negar, no entanto, **avanços significativos que ocorreram a partir da Nova República com a implementação da estratégia de Ações Integradas de Saúde**, que se caracteriza por: 1. Início sistemático e formal da discussão e deliberação conjunta e integrada, na direção de superar a organização plural e descoordenada do setor saúde. 2. Início da gestão pública integrada, tanto dos recursos como das atividades. 3. Início da sistematização de respostas institucionais, de acordo com critérios epidemiológico-sociais. 4. Repasse do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde e Prefeituras Municipais, significativos e crescentes, e não impedidos pelo setor privado, tradicional vendedor exclusivo. 5. Identificação realista e correta dos fatores que promovem a resolutividade dos serviços básicos de saúde. [...] **A experiência concreta das Ações Integradas de Saúde na reorganização dos serviços constitui o eixo estratégico das mudanças, baseado no direito universal de acesso igualitário aos serviços, na descentralização acelerada para as instâncias estaduais e municipais através, principalmente, da programação-orçamentação integradas das ações de saúde, e na ampla participação da população na gestão dos serviços.** A reforma sanitária brasileira enfrenta o desafio da integração das ações de saúde, **aprofundando as relações de integração entre as Instituições de saúde (conquistadas pelas AIS) e avançando na plena identificação de responsabilidades**, no que diz respeito à de cobertura assistencial à população e a

¹⁴¹ O Presidente na época era Sebastião Loureiro, que no PROPOSTA (n. 01, 1987, p. 12) apontou: “Preferíamos um Grupo Executivo da Reforma Sanitária, de conotação mais objetiva, mais ágil, mais ligado à execução, para viabilizar a Reforma. Comissão, pelo seu próprio nome, é uma coisa meio esvaziada, num sentido de agilização. Se diz mesmo que quando o governo não quer fazer nada, cria uma comissão. Nós propusemos um Grupo Executivo e só a mudança de nome já é um sinal de advertência para nós do Movimento Sanitário. Nós queremos estar informados de todo o andamento desta Comissão, saber quais [são] seus objetivos. E não só isso: achamos que esta Comissão deve manter contato permanente com o Movimento Sanitário. Deve propor reuniões, seminários e até mesmo a discussão política do andamento de seus trabalhos. O nosso papel como comunidade acadêmica do Movimento é estarmos vigilantes para que não se desvirtue a nossa proposta”.

resolutividade das práticas concretas, desenvolvidas pelos profissionais de saúde (BRASIL, s.d, Documentos I, p. 40, grifos nossos).

Ou seja, para o presidente desta Associação, as Ações Integradas de Saúde (AIS) foi o alicerce das transformações (não o único, conforme falado), a partir da reorganização dos serviços de saúde promovida, pautado em uma filosofia de atuação que considerava o (i) o direito universal no acesso igualitário, não diferenciado, aos serviços; (ii) na descentralização das ações e serviços, tanto para os estados quanto para os municípios; e (iii) na participação social/popular/cidadã junto à gestão dos serviços.

Teria sido ainda as AIS uma das responsáveis por integrar, articular e aproximar as instituições de saúde espalhadas pelo país, divididas entre muitos órgãos, o que dificultava um trabalho conjunto. Deriva desta falta de organização e diálogo a estruturação do SUS como um sistema, e, além disso, unificado.

Outro excerto dos “Documentos I” corrobora a ideia das AIS como, nesta época, a estratégia operacional mais importante para a concretização da RSB, tanto pela relação criada e paulatinamente ampliada com os entes federativos, quanto pela integração a partir do orçamento, com ação específica para isso.

Em realidade, a Reforma Sanitária Brasileira é um processo em andamento e, as Ações Integradas de Saúde, o principal instrumento estratégico que garante sua viabilidade e factibilidade. As AIS, em seu atual estágio, já incorporam as redes de serviços de cerca de 1300 Prefeituras e a totalidade de capacidade instalada (pública federal e estadual), que nos dois últimos anos vem sendo recuperada e ampliada. O aprofundamento da integração ao nível da programação e execução das ações e da compatibilização orçamentária, a partir de Programação e Orçamentação Integradas; a universalização do atendimento e a equalização das ações oferecidas à populações rurais e urbanas; o início de um processo que permite à população o controle social dos serviços, confirmam de maneira inequívoca o acerto das Ações Integradas de Saúde enquanto política de Governo. A perspectiva próxima de amplo debate sobre a Reforma Sanitária exige, do conjunto das instituições envolvidas, todo o empenho no aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde na direção da plena consecução dos seus objetivos (BRASIL, s.d, Documentos I, p. 41-42).

Outras críticas à CNRS foram feitas pelos Conselhos Federais de Enfermagem, Farmácia, Medicina e Odontologia, que igualmente defendiam a Reforma Sanitária. Segue um trecho do COFEN, que centraliza sua crítica na falta de diálogo com as bases, e assim, estas estariam alijadas de todas as discussões, de todo o projeto de mudança, o que causava revoltas, ansiedades e uma proposição saneadora, qual seja, passar as propostas finais da referida Comissão

por um referendo, no qual votaria as entidades representativas dos profissionais de saúde.

Para a Presidente do Conselho Federal de Enfermagem, Ivanete Alves do Nascimento, as informações sobre o processo da Reforma Sanitária não estão chegando às bases, o que está provocando, segundo ela, ‘uma certa ansiedade e até revolta entre os funcionários do Inamps e os profissionais da área em geral que precisam ter um **feed-back** de tudo o que está ocorrendo’. [...] A Presidente do Cofen deseja que as propostas finais da Comissão passem por um referendo das entidades representativas dos profissionais de saúde presentes à 8ª Conferência, ‘que são, em última análise, os mais envolvidos e os mais atingidos pela Reforma e em sua grande parte estão aliçados da discussão (PROPOSTA, n. 02, 1987, p. 7).

Para o presidente do CFF, a crítica direcionada também se dava no sentido da falta de maior participação dos segmentos profissionais nas discussões e definições dos projetos, o que afastava os ideais efetivamente democráticos, para os quais deveria haver equipes multi-setoriais, constituídas também de assistentes farmacêuticos, cujo papel seria fundamental.

As modificações necessárias ao setor transcendem os limites de uma reforma administrativa e institucional, passando necessariamente pela consolidação do processo democrático, envolvendo uma equipe multi-setorial em que a assistência farmacêutica representará um papel fundamental. Segundo o Presidente do CFF, a Reforma, como um processo deve proporcionar uma discussão abrangente e questionadora, em que todos os profissionais estejam encorajados a participar, por intermédio de suas entidades representativas, identificando suas necessidades, decidindo suas prioridades e, principalmente, programando uma sequência em que todos os segmentos profissionais sejam ouvidos (PROPOSTA, n. 02, 1987, p. 7).

Para o presidente do CFM, a CNRS deveria ter sido o “braço normatizador” da VIII CNS, o que não ocorreu devido a falta de transparência dos critérios utilizados para a definição das entidades participantes. Isso desaguiou no mesmo problema apontado pelos demais Conselhos: a falta de comunicação com a sociedade, que estaria forçadamente afastada de todo o processo da Comissão. Finalizou apontando a necessidade de re-articulação da RSB, a partir do MSB, para que não perdessem a substância política proveniente do “popular”, isto é, dos cidadãos.

Na 8ª Conferência tudo foi discutido e esperava-se que a Comissão Nacional da Reforma Sanitária fosse seu braço normatizador. O que se viu, no entanto, foi uma coisa atrapalhada desde a sua composição, onde não houve transparência de critérios para a escolha ou a não escolha das entidades participantes. A verdade é que a CNRS está funcionando no vácuo, sem nenhuma comunicação com a

sociedade. Não se conhece sua dinâmica, seus prazos e nem mesmo o que se pretende fazer com o documento. [...] Para Oselka, é indispensável que a Reforma Sanitária volte a ser articulada, daqui para a frente, em nível de ampla representação popular para que venha recuperar sua substância política (PROPOSTA, n. 02, 1987, p. 7).

A CNRS não tinha como tarefa uma atividade “executiva ou normatizadora com vistas à Reforma Sanitária”, mas ainda assim produziria um “segundo documento para subsidiar o capítulo saúde do projeto constitucional”; e finalmente um terceiro, lançado em maio de 1987¹⁴², que integrou os “Estudos dos Grupos de Trabalho que subsidiaram suas proposições constitucionais”, como mencionado.

Apresentaram, ainda, no terceiro documento, um tópico, especificamente de número IV, intitulado “O que é a Reforma Sanitária”, assim que finalizaram a parte denominada “Síntese da coordenação dos grupos técnicos como contribuição ao documento final a ser elaborado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária”¹⁴³.

No referido tópico IV a Comissão explicitou os “princípios organizativos: “integração institucional”, “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”, “distritalização, como forma de caracterizar a unidade operacional básica” do SUS, “gestão colegiada” (BRASIL, CNRS, Documentos III, 1987, p. 12). Este conjunto de proposições detalhadas pela CNRS seria encaminhado à ANC, que o acolheria na Sub-comissão de Saúde, Seguridade Social e Ambiente, na Comissão da Ordem Social e na Comissão de Sistematização; e não obstante as críticas à

¹⁴² A Seção “Apresentação” diz assim (BRASIL, Documentos III, 1987): “Este DOCUMENTOS III é composto pelo conjunto de estudos que subsidiaram os trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, os quais tomaram como base o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, quando existente, os relatórios dos Temas Específicos que deram continuidade aquela Conferência. Para elaborá-los, foram constituídos Grupos de Trabalho cujos componentes foram escolhidos exclusivamente pela competência técnica e experiência na área temática e que, ao longo do trabalho, representaram seu próprio pensamento e não o da instituição a qual eventualmente estiveram vinculados”.

¹⁴³ A “introdução” da referida Síntese é esclarecedora e simples: “O documento aqui apresentado constitui versão modificada e ampliada a partir das várias contribuições recebidas como resposta às questões formuladas pelo texto “Reforma Sanitária: A Hora da Ação”, elaborado como documento-síntese das principais conclusões dos Grupos Técnicos de Arcabouço Institucional, Financiamento e Recursos Humanos. A este documento original, além das modificações e acréscimos necessários, acrescentou-se agora uma proposta para o texto da Constituição e recomendações para um projeto de lei do Sistema Nacional de Saúde, aos quais deverão ser agregadas as principais recomendações de cada Grupo Técnico.

Concluindo neste momento sua principal tarefa, a Coordenação dos Grupos Técnico de Assessoramento à CNRS coloca-se a disposição dos membros desta Comissão para a contribuição que se fizer necessária”.

CNRS, o balanço final seria positivo (PAIM, 2007, p. 120), como aponta Sônia Fleury Teixeira, uma das lideranças do MSB:

Há todo um contexto político e social no qual a CNRS é um momento e uma forma de encaminhar a questão. Houve críticas de diversas entidades na época da CNRS porque algumas temiam que a discussão da Reforma ficasse ali. No entanto não havia risco. O trabalho da CNRS foi importante para o avanço e o movimento social continua já recolhendo assinaturas, além de realizar outros eventos, com a representatividade garantida. Não se trata de um movimento somente de profissionais com reivindicações específicas. Há toda uma convergência de interesses mais amplos e gerais, como associações de bairros, profissionais e partidos políticos buscando um consenso. [...] O relatório final da CNRS explicita alguns pontos que, antes, eram apenas diretrizes. [...] No Ministério da Previdência houve um avanço. Já estão ocorrendo integrações entre as Ações Integradas de Saúde e os governos estaduais, com a assinatura de convênios entre as secretarias e as superintendências, concretizando a unificação da política. Hoje há uma busca de pontos estratégicos no Executivo onde as organizações convocam a burocracia a assumir compromissos (PROPOSTA, n. 03, 1987, p. 06).

Esta análise de conjuntura indicava para o progresso das AIS nos SUDS, sendo um dos aspectos relevantes deste crescimento o “apoio conquistado entre os secretários estaduais de saúde” para a efetivação da RSB¹⁴⁴. Mas como avançar, após traçadas algumas linhas quanto à CNRS, sem falar um pouco da “Plenária de Saúde” ou “Plenária Nacional de Saúde”, que era a expressão da sociedade, após a VIII CNS, na Constituinte?

Antes de passar à Plenária, todavia, é interessante traçar brevemente o desenvolvimento das AIS no SUDS, sendo um dos elementos mais interessantes deste processo o apoio (a formação e ampliação das bases) conquistado entre os Secretários Estaduais de Saúde para a Reforma Sanitária (PAIM, 2007, p. 120).

Consoante o Encarte Especial nº 2 do PROPOSTA,

a maioria esmagadora dos 26 secretários de Saúde dos estados, territórios e do Distrito Federal quer mudanças profundas no atual sistema de saúde no Brasil e apoia os principais pontos do projeto de Reforma Sanitária, que inclui o acesso

¹⁴⁴ No Encarte Especial 2 do Jornal PROPOSTA (n. 3, 1987, p. 1987), intitulado “Secretários de Saúde de todo país apoiam a Reforma Sanitária”, corrobora o ponto. “A maioria esmagadora dos 26 secretários de saúde dos estados. Territórios e do Distrito Federal quer mudanças profundas no atual sistema de saúde no Brasil e apoia os principais pontos do projeto de Reforma Sanitária, que inclui o acesso igualitário de toda a população à rede de serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação de saúde; a reorganização e redimensionamento do setor com base num processo de regionalização e hierarquização da rede; a criação de um Sistema Único de Saúde e a gestão colegiada na formulação e controle da política e práticas institucionais, abrindo o futuro sistema para que a sociedade organizada dele participe”. Eles foram ouvidos pelo PROPOSTA, quando a maioria demonstrou preocupação em tratar a saúde “como a resultante da melhoria das condições de vida da população”.

igualitário de toda a população à rede de serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação de saúde; a reorganização e redimensionamento do setor com base num processo de regionalização e hierarquização da rede; a criação de um Sistema Único de Saúde e a gestão colegiada na formulação e controle da política e práticas institucionais, abrindo o futuro sistema para que a sociedade organizada dele participe (PROPOSTA, n. 3, 1987, E.E n. 2, p. 01).

A maioria dos secretários ouvidos pelo Jornal “demonstrou preocupação em tratar a questão saúde não apenas nos estreitos limites da atenção da rede de serviços, mas como a resultante da melhoria das condições de vida da população”.

No estado da Bahia, por exemplo, o Secretário Luiz Humberto Pinheiro era médico da UFBA, sócio fundador do CEBES – núcleo Bahia, além de ter sido um dos membros da equipe que confeccionou o Programa de Ação do Governo Tancredo Neves para o Campo Saúde, representou esse trespasse dos limites de uma preocupação com apenas o complexo de serviços em direção à melhoria efetiva das condições de vida do povo. Em seu programa de governo, no qual podem ser vistas estes avanços, constavam algumas propostas, por exemplo:

[...] Descentralização dos serviços de urgência e emergência; Implantação de serviços de saúde em 50 municípios que não dispõem de assistência à saúde; [...] Implantação das resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde com relação à Reforma Sanitária, abrangendo a municipalização e democratização da saúde; atuar segundo a concepção de que a saúde ‘é direito de todos e dever do estado’; Criação de Conselhos Comunitários e Conselhos Técnicos (de trabalhadores de Saúde), para participarem das várias etapas de implantação desse plano de Saúde em todo o estado; O Programa será desenvolvido em íntima ligação com a Previdência Social (INAMPS), com o Ministério da Saúde e com as Prefeituras do estado (PROPOSTA, n. 3, 1987, E.E n. 2, p. 01).

No Estado do Rio de Janeiro o Secretário era Sérgio Arouca, presidente da FIOCRUZ desde 1985, e cujo Programa de Governo abordava uma série de pontos, dentre os quais:

Implantar a Reforma Sanitária no Rio de Janeiro, alcançando a melhoria das condições de saúde da população; [...] Implementar o processo de estadualização e municipalização das ações de saúde, promovendo uma verdadeira reforma administrativa no setor; Descentralizar as decisões e atenuar a atual superposição de órgãos (Ministério da Saúde, INAMPS, PAMs, etc.); [...] Dinamizar as atividades do Departamento Geral de Vigilância Sanitária do Estado (PROPOSTA, n. 3, 1987, E.E, n. 2, p. 03).

No estado do Ceará, por fim, o Secretário Estadual era Antônio Carlile H. Lavor e o Programa de Governo englobava, resumidamente,

As metas da Secretaria seguirão os princípios da Reforma Sanitária, com a priorização da criação de um sistema único de saúde; Adequação regional das ações de saúde; Avaliação social das Ações Integradas de Saúde [AISs], seus resultados e falhas; Discutir com a sociedade as ações de saúde, formando a consciência sanitária da população; Prioridade para os Programas de Saúde da Criança e Saúde da Gestante; Integração de serviços entre a Secretaria de Saúde e Fundação de Saúde do estado do Ceará (PROPOSTA, n. 3, 1987, E.E, n. 2, p. 04).

4.2.1

Documento “Reforma Sanitária Já!”

Ainda nesta temática da influência dos Secretários Estaduais de Saúde foi lançado o Documento “Reforma Sanitária Já!”¹⁴⁵, fruto de reunião entre sanitaristas, profissionais de saúde com o então governador do Rio Grande do Sul, Pedro Simon dentre os quais estavam: José Alberto Hermógenes (Secretário Geral do Ministério da Saúde), Sérgio Arouca, José Maria Borges (SES-MG), João Yunes (SES-SP); Eleutério Rodriguez Neto (NESP/UNB), Rooney (CONASS) e outros mais.

Aí foram discutidas a RSB e as propostas de Políticas de Saúde para aquele Estado. Os partícipes, em consenso, apontaram para a estrutura de um novo sistema de saúde que expressasse as determinações da VIII CNS, quando foi definido “que a manutenção dos serviços de saúde necessários ao atendimento de toda a população brasileira constitui uma responsabilidade do Estado”. Os integrantes do evento destacaram ainda “a importância da sociedade organizada na elaboração, execução e avaliação de programas de saúde, que devem ser viabilizados para permitir o exercício do direito de controle sobre os serviços que lhe são prestados” (REFORMA SANITÁRIA JÁ, 1987, p. 111).

As experiências de alterações bem sucedidas demonstram cristalinamente quais os caminhos a serem trilhados na reformulação do sistema de saúde, que já estavam definidos.

O documento (carta-compromisso) iniciava-se com uma mini contextualização que levou os signatários a firmarem o compromisso pela “Reforma Sanitária Já”. São elas: o nível crítico de atenção à saúde e convivência com enfermidades próprias do não crescimento econômico; o alcance do consenso, entre trabalhadores da saúde e a população quanto à ineficiência do

¹⁴⁵ O documento está, integralmente, na seção Anexos da Dissertação.

sistema atual de saúde; as lutas do povo brasileiro por justiça social, reconhecido pela autoridade Governamental; a condução de novas lideranças políticas aos cargos e atuações institucionais; e o depósito de esperanças e de interesses do povo em favor de uma Constituição que garanta uma sociedade mais justa, soberana e democrática.

4.3

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)

Concomitante à execução da Nacional Constituinte o INAMPS divulgou uma série de documentos (folhetos) para sustentar e contribuir com o debate em questão. Em sua primeira publicação, “A Reforma Sanitária. Bases estratégicas e operacionais para a descentralização e unificação do Sistema de Saúde¹⁴⁶”, o presidente à época Hésio Cordeiro trouxe à lume algumas “Diretrizes para um Serviço Nacional de Saúde”, ratificando a ideia dos “distritos sanitários”, com as atribuições e competências próprias, incluindo ainda um “componente tático operacional” (PAIM, 2007, p. 120), limitador das estruturas e atribuições funcionais das “Superintendências Regionais” quanto ao acompanhamento, controle e avaliação”.

No segundo folheto, “A Reforma Sanitária II. Propostas do Presidente do INAMPS”¹⁴⁷, de 1987, houve a aglutinação de três documentos, quais sejam: (i) o primeiro que sistematizou as ideias apresentadas por Hésio (presidente do INAMPS) na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente e alguns comentários a respeito do relatório da Comissão de Ordem Social da Constituinte; (ii) o segundo buscava a recuperação do agenciamento “reforma sanitária” – “democratização da saúde” como um dos componentes do processo contínuo de democratização da sociedade; e (iii) o terceiro dizia respeito ao distrito sanitário, com fins a alcançar novos conteúdos para as práticas e ações de saúde (PAIM, 2007, p. 121).

¹⁴⁶ A quem interessar a referência completa: “Cordeiro, H. A Reforma Sanitária - Bases estratégicas e operacionais para a descentralização e unificação do sistema de saúde. [S.l.: S.d.], 17p.”.

¹⁴⁷ Novamente, a quem interessar: “A Reforma Sanitária II. Propostas do Presidente do INAMPS. [S.l.], jul. 1987. 26p.”.

No terceiro folheto “Distrito Sanitário. Contribuição para um novo tipo de atendimento dos serviços de saúde”¹⁴⁸, foi dada ênfase ao distrito sanitário, trazendo ainda o relatório do Grupo de Trabalho “Aperfeiçoamento e Humanização das Ações Assistenciais”, no qual se detalhavam “aspectos técnicos relativos à organização da rede, atividades, perfil dos recursos humanos, sistema de informações, vinculação da população a serviços, custeio e gerenciamento”. No quarto folheto, de status oficial¹⁴⁹, se fez constar a Exposição de Motivos e o Decreto Presidencial, além do Decreto presidencial sobre a formulação de “Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde” (SUDS) nas unidades federativas, datado de 20 de fevereiro de 1987 (PAIM, 2007, p. 121).

Estas proposições do INAMPS, para além dos contributos ao aperfeiçoamento “técnico-institucionais para a integralidade da atenção”, como era o caso dos “distritos sanitários”, que contribuía para o controle social e descentralização dos serviços; era também uma “estratégia-ponte” para a construção do SUS e concomitantemente uma ação tácita para implosão programada do INAMPS. Neste sentido que o SUDS foi considerado “um enorme avanço no processo de Reforma Sanitário Brasileiro, desencadeando pela base, a reformulação do atual Sistema Nacional de Saúde”, como anunciado no Jornal Proposta, que, por sua vez, em seu quarto número, anunciou a vitória da Primeira, com a mensagem-manchete (“Já começou”). Segue trecho na reportagem:

A Reforma Sanitária já começou. Os Ministros da Previdência, Raphael de Almeida Magalhaes e da Saúde, Roberto Santos encaminharam ao Presidente da República projeto de decreto e uma exposição de motivos, já aprovados por ele e publicados no Diário Oficial, criando o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos estados (Suds), com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde (AIS). Na exposição de motivos, os Ministros reconhecem que a iniciativa voltada para a unificação do setor ‘têm o seu foto próprio e legítimo, que é o Congresso’, mas justificam a proposta de criação do programa ‘com os compromissos públicos da Nova República de resgate da dívida social’, sendo necessário para isso ‘estabelecer as bases de uma política comum, de curto prazo, que seja coerente com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e que procure implementar medidas factíveis e viáveis que expressem os elementos de consenso já obtidos na sociedade brasileira e aprofundem as experiências alcançadas nas Ações Integradas de Saúde”

¹⁴⁸ Segue a referência do terceiro: “Distrito Sanitário. Contribuição para um novo tipo de atendimento dos serviços de saúde. [S.l.: S.d.], 38p.”.

¹⁴⁹ Segue a do quarto: “BRASIL. MPAS. INAMPS. SUDS. Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados. Decreto Nº 94.657 - 20 de julho de 1987. [S.l.: S.d.], 12p.”.

(PROPOSTA, nº 4, 1987, p. 01), devendo resultar daí uma “imprescindível vontade política” quanto à consolidação das AISs como o “elemento tático mais significativo, neste momento, dentro da estratégia da reforma” (PROPOSTA, n. 4, 1987, E.E, n. 02, p. 02).

Ainda na exposição de motivos, assinada pelos dois Ministros e aprovada pelo então Presidente, há algumas disposições de interesse, dentre os 25 pontos trabalhados:

(2) A Reforma Sanitária propugna a reformulação do atual Sistema Nacional de Saúde através da institucionalização de um Sistema Unificado de Saúde; [...] (6) As Ações Integradas de Saúde devem passar a significar um movimento de reorganização setorial, no sentido da Reforma Sanitária que permita caminhar, gradativamente, para a superação da atual organização sanitária, centralizada e desordenada, em busca de novas formas de organização descentralizada, integrada e democratizada, com uma gestão colegiada, que atinja todas as instituições, direta ou indiretamente, relacionadas com o setor público [...]; (7) Em consequência, essa reconcepção teórica e operativa das AIS deverá induzir a uma unificação com descentralização, o que conduzirá à recolocação de um novo entendimento da Federação, fundado na cooperação e na integração e não na competição, na dispersão e na compartimentação das responsabilidades. Pretende-se que as AIS expressem, nos seus conteúdos, essa visão de uma federação solidarista e de complementariedade (PROPOSTA, n. 4, 1987, E.E, n. 02, p. 02).

Para que isso fosse efetivado havia a proposta de “Redefinição” das atribuições de cada um dos três níveis federativos a operar na lógica dos princípios da solidariedade, da complementariedade e da necessária redistribuição regional da renda no país, o que exigiria “uma precisa delimitação dos papéis da União, paralelamente a um processo de estadualização e, através deste, de municipalização das ações de saúde” (PROPOSTA, n. 4, 1987, E.E, n. 02, p. 02).

Entretanto, nem todos partilhavam da opinião de que de o SUDS representava um avanço no processo da RSB, havendo, por exemplo, parte do MSB que tachava negativamente o MS/INAMPS de esvaziamento da RSB, pois o SUDS representaria apenas uma “dimensão administrativa”, reduzindo-a, portanto¹⁵⁰ (PAIM, 2007, p. 122; RSD, nº 20, 1988, p. 75-78).

O documento publicado na RSB é consequência dos debates realizados por militantes do PCB e convidados no curso do 2º Encontro Nacional de Profissionais de Saúde Comunistas, realizado entre os dias 21 e 22 de novembro de 1987 no Rio de Janeiro; e nele encontra-se a diferença de opinião por parte do PCB:

¹⁵⁰ PCB, 1998.

No trato da questão há que se registrar inicialmente, um equívoco que vem sendo cometido por muitos dos que buscam apoio às iniciativas do INAMPS e por muitos dos que a ela se opõem: o de reduzir a Reforma Sanitária unicamente as formulações indispensáveis ao setor saúde, para torna-lo adequado a uma sociedade democrática e moderna. E ainda, dentro do setor, absolutizam o significado do SUDSs, tornando-o sinônimo de Reforma. [...] Os SUDSs assentam-se, basicamente, nas ideias de Descentralização e Unificação de Comando e dirigem-se assim, em princípio, apenas à realização de objetivos eficientizadores do Sistema de Saúde. Perseguem, na verdade, parte dos vários objetivos colocados na proposta de reorganização dos serviços de saúde que por sua vez é parte da Reforma Sanitária. [...] Gestado em gabinetes fechados por honestos, mas auto-suficientes aliados dos grupos populares, incrustados na tecnoburocracia, o plano de implantação do SUDS, careceu de um planejamento estratégico mais cuidadoso e de medidas preparatórias consequentes. [...] Nem a população organizada, nem os trabalhadores do setor foram informados e esclarecidos suficientemente dos acordos feitos e dos compromissos assumidos pelas partes. Disso vem resultando apatia e desconfiança dos usuários e oposição dos previdenciários aos SUDSs (PCB, 1988, p. 75-76).

E ainda, finalizando a crítica, há outro excerto significativo e que bem expressa o ponto central da crítica realizada ao SUDS:

Os comunistas entendem que o SUDS, no seu componente central, a estadualização de maior parte da estrutura do INAMPS, obedece aos princípios de descentralização da máquina pública federal e aos propósitos de unificação dos comandos nos diversos níveis. Vai ao encontro portanto, de propostas da 8ª CNS. Constitui o SUDS uma estratégia no processo de Reforma Sanitária. Esta não se resume àquela. O SUDS está longe de ser a Reforma Sanitária. Por outro lado, realização, oposição sistemática e ‘a priori’ ao SUDSs não contribui para a Reforma. No momento atual, o SUDS já foi apropriado por quase todos os Estados da Federação, fato que lhe dá um caráter de irreversibilidade. Importa-nos, portanto, enquanto comunistas e militantes pela Reforma Sanitária, procurar organizar e mobilizar as forças sociais interessadas para que as iniciativas tomadas caminhem no sentido de fazer avançar nossos propósitos e não ao contrário (PCB, 1988, p. 76-77).

Já outro bloco defendia a relevância do SUDS como uma medida¹⁵¹, um espaço, um plano técnico-institucional para a edificação da RSB e como uma

¹⁵¹ Jairnilson Paim vinha defendendo desde 1985 a criação e implementação de estratégia-ponte “para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolvessem os trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária específica do setor saúde”. A ideia era evitar descontinuidades na prestação dos serviços à população e de aperfeiçoar, tanto quanto possível, o sistema, pois as alterações previstas na reformulação da Lei nº 6.229/1975 requisitavam tempo. Tanto que na Oitava ele propôs que as alternativas concretas de continuidade “têm que ser progressivamente postas em prática e simultaneamente pensadas numa articulação com as propostas das forças sociais e políticas que se organizam para a eleição dos representantes na Assembleia Nacional Constituinte, dos governadores e dos deputados estaduais, em novembro de 1986”. E a estratégia-ponte que deveria ser concretizada naquele momento conjuntural eram as AIS, devido aos seguintes motivos: “princípios e objetivos consistentes com

eficiente estratégia de implantação do SUS (PAIM, 1988, SARAIVA FELIPE, 1988). PAIM (1988, p. 40), por exemplo, pontua:

A outra trincheira de luta, não menos importante, é a técnico-institucional, que, presentemente, é ocupada pela organização, implantação e desenvolvimento do SUDS, permitindo a definição e experimentação de modelos assistenciais, de organização de serviços e de gestão visando a construção, de forma ascendente e participativa, do novo sistema de saúde. [...] Evidentemente que nenhuma força progressista seria contrária a tais bandeiras de luta nem negaria a sua vinculação ao conceito ampliado da saúde, e dos seus determinantes, proclamado pela VIII CNS. Seria ótimo que a Reforma Sanitária fosse efetivamente a grande síntese das reformas que apressassem o socialismo. As coisas, porém, não se passam bem assim. Mesmo com todo o esforço concentrado sobre a Constituinte pelos militantes da saúde, as vitórias conseguidas apontam mais para mudanças setoriais, possivelmente redutíveis a uma Reforma Administrativa. Por que então cobrar do SUDS a grande reforma da sociedade brasileira que nem mesmo a Constituinte possibilitaria de imediato? Outro equívoco do PCB é considerar que o SUDS dirige-se ‘apenas à realização de objetivos eficientizadores do sistema de saúde’ (28). Ora, mesmo as AIS, surgidas numa política de contenção de gastos da Previdência em assistência médica que privilegiava a utilização de mecanismos racionalizadores, dispunham de espaços democráticos de reservas que, numa conjuntura mais oxigenada, permitiram conquistas não desprezíveis na reorientação da política de saúde no Brasil.

E SARAIVA FELIPE (1988, p. 70) no mesmo sentido aponta:

É bom ressaltar que a unificação resultante da criação dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde – SUDS (18) faz parte de todas as propostas, como elemento estratégico, para a consecução da reforma sanitária, que tem passagem pela unificação do sistema de saúde do país.

A ABRASCO, quando da realização do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado no Rio de Janeiro em 1986¹⁵², especificamente no documento

os do movimento de democratização da saúde; planejamento e administração descentralizados; instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; possibilidade concreta da participação popular organizada; percurso para o estabelecimento do sistema unificado e saúde; respeito ao princípio federativo; respaldo das forças sociais atuantes no setor; perspectivas mais concretas de viabilidade; incorporação do planejamento à prática institucional; e responsabilidade das universidades na formulação e na implementação das políticas de saúde” (PAIM, 1988).

¹⁵² O Congresso foi realizado no Rio de Janeiro e reuniu cerca de 2.500 pessoas das diversas profissões de saúde para debater o tema central: “Reforma Sanitária e Constituinte, Garantia do Direito Universal à Saúde”. Na Declaração Final, elaborado pela Plenária, do 1º Congresso restou caro que o congresso representou “avanço significativo” para a RSB por três motivos: “— porque assumimos, na prática, a concepção ampla de saúde referendada na VIII Conferência Nacional de Saúde e alcançamos incorporar, ao campo da Saúde Coletiva, áreas do conhecimento imprescindíveis à plena realização do direito à saúde; — porque fomos capazes de criar propostas técnicas que representam estratégias concretas da implementação das transformações necessárias à criação de um sistema único de saúde, de caráter estatal, descentralizado e controlado pela sociedade, equânime e universalizado no atendimento integral às reais necessidades da população; — e porque, neste evento, foi reafirmada a unidade de todas as forças progressistas em torno das propostas aprovadas na VIII CNS e foram construídas e fortalecidas estratégias políticas necessárias à condução correta de nossa luta pela transformação do alarmante quadro sanitário e

aprovado pela Plenária, também se manifestou a favor dos avanços estratégicos representados pelas AIS:

A Associação, que expressa o pensamento da comunidade acadêmica da Saúde Pública, aprovou também o apoio estratégico aos avanços representados pelas AIS enquanto um passo na valorização do setor público e propôs ‘um engajamento decisivo’ das entidades e profissionais de saúde no processo de elaboração da nova Carta Constitucional, estabelecendo um projeto para a área de saúde a ser inscrito na Constituição, comprometendo desde já os Deputados Constituintes com as propostas da Reforma Sanitária (PROPOSTA, n. 1, p. 04).

O Professor RODRIGUEZ NETO (1994, in Brasil, 1994, p. 10) também aponta as AIS como um avanço na Política de Saúde, o que possibilitou uma troca mútua de conhecimentos interinstitucionais, bem como um processo de integração e articulação da rede de atenção à saúde, sendo desta época também, e em decorrência das AIS, a criação das Comissões Inter-institucionais de Saúde (CIS) e Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS), que podem ser vistos como embriões dos futuros Conselhos de Saúde.

As AIS, por seu lado, representaram, pela primeira vez, a possibilidade de que as instituições públicas de saúde se conhecessem mutuamente e comesçassem a fazer um planejamento mais articulado e até mesmo integrado. Propiciaram também a criação das Comissões Inter-institucionais de Saúde - CIS e CIMS que acabaram por se constituírem na semente dos atuais Conselhos de Saúde, assim como foram a base para a implantação, mais à frente, dos SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, fase anterior à implantação do SUS - Sistema Único de Saúde.

Já o presidente da FIOCRUZ, Sérgio AROUCA (1987c) apontou que o SUDS era “um grande avanço”, embora não pudesse ser confundido com a Reforma Sanitária, devendo ser apreendido “como uma estratégia parcial, um passo dentro do que é possível na inexistência, ainda, da nova Constituição e do Sistema Unificado de Saúde”. Quanto à mudança do Ministro da Saúde, ele afirmou que isso não deveria gerar nenhuma limitação à implantação do SUDS, pois o discurso de posse do Ministro Renato Archer foi no sentido da “continuidade das diretrizes que vinha seguindo o Ministério da Previdência”; e o do Ministro Borges da Silveira “foi de apoio à montagem do sistema unificado”.

do caótico sistema de saúde com que convivemos nos dias atuais” (1º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 1986, p. 382-384).

Quanto à possibilidade de o SUDS favorecer o clientelismo (conforme já apontado e defendido por alguns), ele considerou que este não seria um “fator de desestímulo à implantação do sistema”, já que

O clientelismo existe independente independentemente do SUDS. Ele só vai acabar com o amadurecimento dos partidos políticos, quando entenderem que não é a distribuição de cargos que leva a uma realização de um partido, mas sim a efetivação competente de um projeto (AROUCA, 1987c).

No que diz respeito à participação da população no controle da prestação dos serviços sanitários, Arouca defendeu que a operacionalização do SUDS no Estado do Rio, por exemplo, fosse acompanhado da criação de “Conselhos Comunitários” em cada uma das unidades, além do Conselho Estadual, que deveria ter representação das entidades comunitárias e profissionais, “conforme aconteceu na 8ª Conferência Nacional de Saúde”. Em seu verbo:

Na ausência de definições maiores do caminho da saúde no País, o processo pode apresentar distorções, dependendo das forças políticas ao nível de cada Estado, podendo ser mais autoritário ou mais participativo, fortalecer o setor público ou abrir canais de fortalecimento do setor privado. Dentro da nossa proposta estamos preparando nosso pessoal para facilitar a unificação e mudar o conceito de atendimento ao público. Já demos um curso sobre os conceitos básicos da Reforma Sanitária para 8.000 pessoas, atingindo, principalmente, o pessoal de nível auxiliar e administrativo, até agora os que me menos tiveram acesso às discussões sobre essa questão (AROUCA, 1987c).

Era, portanto, necessário implantar o SUDS, mesmo reconhecendo as suas limitações de ordem conjuntural, e reconhecendo ainda que a RSB nele não se esgotava. Todavia, o SUDS trazia em seu seio “a negação do sistema então vigente, carregando o embrião do novo sistema proposto pela RSB”, sendo parte de uma “longa luta organicamente vinculada à democratização da sociedade, do Estado e das instituições”. Tanto as AIS quanto o SUDS, não obstante as suas limitações “enquanto estratégias-ponte” para o SUS, significaram iniciativas relevantes de inversão das tonalidades¹⁵³ nas “políticas privatizantes do autoritarismo” (PAIM, 2007, p. 123).

¹⁵³ Neste sentido, ver o discurso de SCALCO (1988, p. 48): “A estratégia de Ações Integradas de Saúde, é incontestável que foi um grande passo para a reorganização do Setor Saúde. Muito embora esta estratégia tenha representado uma significativa inversão de recursos no setor, o impacto desta estratégia não foi o esperado, a nível de satisfação da população e mudança no perfil da rede. As propostas da Reforma Sanitária constituem-se num aprofundamento das AIS, sem o qual o Setor Público, não encontrará o seu destaque e a credibilidade perante a opinião pública”.

E o MSB é o conjunto de forças articuladas que vinha lutando, ao lado de muitos outros movimentos, pela democratização da sociedade, abertamente contrário ao autoritarismo, e da saúde, sendo mesmo um dos movimentos mais bem coerentes, de qualidade e com ações práticas frutíferas do país, consoante aponta SCALCO¹⁵⁴ (1988, p. 47-48):

O I Simpósio de Política Nacional de Saúde colocou claramente essa questão. Da mesma forma que, numa posição consequente, também formulou a proposta alternativa ao modelo vigente, de maneira a que a luta setorial e a da sociedade em geral fossem convergentes e uma potencializasse a outra. O movimento social pela democratização da saúde tem sido um dos mais consequentes e coerentes que a sociedade brasileira já viu. De forma regular, discutida e cada vez mais ampla, envolvendo todos os segmentos sociais, vem propondo um sistema de saúde universal e igualitário; que seja sinérgico com o próprio processo de democratização, assegurando a todos o direito a um atendimento digno e resolutivo; que ajude a enfrentar os efeitos indesejados mas presentes da má distribuição da renda, que signifique um compromisso governamental efetivo na diminuição das desigualdades sociais.

A estratégia de rearranjo do Campo Saúde, já bem conhecida e que tinha alcançado uma espécie de “consenso nacional”, era a criação do logo vindouro SUS, sendo que deste o 1º Simpósio esta era “palavra de ordem”. Prossegue SCALCO (1988):

Pois bem, conquistamos a Nova República, e um dos seus compromissos básicos, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a criação do Sistema Único ainda está por se efetivar. Esse titubeio institucional e político levou à convocação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o fórum mais representativo de que se tem notícia, e que referendou e legitimou, com a adesão de todos os segmentos sociais, as teses da democratização da saúde, inaugurando uma nova fase do movimento – a luta pela Reforma Sanitária. [...] A Reforma Sanitária preconiza basicamente um amplo movimento social, político e institucional pela conquista de melhores condições de vida, de forma a contribuir para elevar os níveis de saúde da população. A par da criação do Sistema Único de Saúde, universal, igualitário e sob a responsabilidade do Estado. Quando estamos discutindo e elaborando a nova Constituição para o país, é impossível que desconheçamos e desconsideremos a proposta da Reforma Sanitária.

Um dos desafios postos para o conjunto social (amplo e geral) e para os trabalhadores do Campo Saúde estava em fabricar um novo sistema de saúde, que pudesse garantir a participação de todas as partes (individuais e coletivas) interessadas e/ou comprometidas com o aperfeiçoamento constante dos serviços

¹⁵⁴ O Deputado Euclides Scalco, então do PMDB do Paraná esteve entre os constituintes alinhados às teses da Oitava CNS. O trecho citado em seguida foi um excerto de um discurso proferido por ele no dia 20 de agosto daquele ano, em sessão da ANC, no qual enfatizou a importância da RSB e a necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde (SCALCO, 1988, p. 47).

sanitários para atendimento de toda a amplitude demográfica. Neste sentido se dá a manifestação de outro setor da saúde, o das instituições filantrópicas, especificamente o de Geraldo Justo, Superintendente da Confederação das Misericórdias do Brasil e que representa o setor na CNRS:

Toda a capacidade instalada das Santas Casas de Misericórdia no Brasil vai estar em disponibilidade para a Reforma Sanitária. [...] Com esta medida nós estamos universalizando, equalizando, levando esse movimento para o interior. Na medida em que você tenha uma comunidade bem atendida por um hospital de filantropia, que em muitos locais é único, este processo se torna irreversível (JUSTO, 1987, p. 08).

O próprio “renascimento” das Santas Casas já era em si um sinal do aparecimento de um novo sistema de saúde no país, que pudesse oferecer um atendimento amplo e “universalizado”, pois, nos últimos vinte anos de Ditadura, essas instituições foram “relegadas a um plano secundário no sistema de saúde, chegando a um sucateamento praticamente total”, do qual estavam se recuperando:

Foi um tempo de centralização tributária no Brasil, onde se tirou tudo das pequenas comunidades. As comunidades, então, até por necessidade, deixaram de contribuir com a instituição filantrópica. A Previdência Social, em contrapartida, deveria ter trabalhado um projeto como o que nós estamos trabalhando agora, mas na realidade privilegiou a privatização da assistência médica e hospitalar, abrindo canais para que a iniciativa privada lucrativa entrasse violentamente na construção de hospitais subsidiados, inclusive pelo governo. Com isso as Santas Casas foram perdendo terreno e até sua identidade social, chegando ao ponto de uma série delas serem exploradas por grupos lucrativos (JUSTO, 1987, p. 08).

O novo convênio das Santas Casas com a Previdência era outro dos sinais de mudança, pois reativaria o setor da assistência médica, “que representa 60% da capacidade instalada de leitos, serviços de pronto socorro e de ambulatórios no Brasil” (das Casas de Misericórdia):

Este novo contrato com a Previdência Social, para mim, já faz parte da Reformulação do sistema de saúde. Há mudanças muito grande envolvidas: o atendimento é universalizado, desaparece esta excrescência do ‘indigente’, desaparece a diferença entre o rural e o urbano e todo mundo é tratado como gente. E gente tem que ter um tratamento digno em relação à saúde (JUSTO, 1987, p. 08).

Sempre é útil lembrar que foi a estratégia das AIS que operou o “redirecionamento dos recursos do INAMPS para o setor público”; que ampliou “as bases sociais para as mudanças na saúde”, o que envolvia prefeitos,

associações de moradores, lideranças sindicais, entre outros; que edificou de modo ascendente e participativo, “tijolo por tijolo em desenho lógico”, o novo sistema de saúde dentro do velho; que se articulou com as campanhas dos governadores, deputados estaduais e constituintes; e simultaneamente elaborou a Programação Orçamentação Integrada (POI – 87) para que não faltasse recursos aos novos governantes (PAIM, 1988, p. 39-40).

Tudo isso aliado à inclinação da Direção do INAMPS e do MPAS “em aperfeiçoar as AIS, enxugar as estruturas e descentralizar as ações do INAMPS bem como transferir recursos e atribuições para estados e municípios” que possibilitou a materialização (a partir das condições objetivas e subjetivas) do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (PAIM, 1988, p. 39-40).

Desta forma, reconhecia-se, por evidência, que o SUDS poderia despertar a sistemática no sentido de transformações imediatas, e/ou bem rápidas, nos serviços de saúde, na mesma frequência dos princípios e ideais de democratização da saúde, “assegurando melhoras progressivas na assistência aos cidadãos e nas condições de trabalho e de remuneração dos que prestavam serviços de saúde” (PAIM, 2007, p. 123).

A base teórico-sustentadora desta estratégia dava a entender que a RSB somente avançaria com o uso assíduo, constante e permanente “das instituições para garantir os espaços conquistados e fortalecer a ‘guerra de posição’” no construto da prevalência dos setores democráticos, populares, cidadãos (PAIM, 1988; PAIM, 2007).

Esta disputa hegemônica, por sua vez, voltava-se para contornos gráficos estratégicos nos quais a RSB viesse a ser implementada a partir de três trincheiras de combate (ou pontos de resistência, ou ainda “loci” de resistências), quais sejam, a “técnico-institucional”; a “sócio-comunitária”; e a “legislativo-parlamentar”; todas constituintes, sinérgicas, coesas, em regime de complementariedade em prol de objetivos e metas comuns, cuja geratriz modelar-matriz estava disposta no Relatório Final da Oitava CNS, e cuja armação instituinte de âmbito formal radicava-se na série de documentos elaborados pela CNRS (PAIM, 2007, p. 123-124).

Antes de partir para uma breve explanação acerca de cada trincheira, é interessante, ainda, que se tenha em mente um aspecto do SUDS e das AIS, qual seja, que estas em 1986 estavam no cerne da polêmica a respeito da sua

contribuição ou atrapalhação na Reforma Sanitária¹⁵⁵; e que em 1987 foi a vez do SUDS pelos motivos já expostos. Então o SUDS não teria nada a ver com a RSB, que seria “velada e defendida exclusivamente pelo trabalho que se desenvolvesse, junto aos constituintes, no sentido de garantir o espaço da saúde na Nova Constituição”, em conformidade com as recomendações propositivas da Oitava CNS? (PAIM, 1988, p. 40)

Ora, por mais transcendente que seja o trabalho da Constituinte e por mais significativo o sentido que as forças progressistas conseguiram imprimir na questão saúde na Constituição e, provavelmente na lei ordinária que substituirá a 6229/75, não é defensável, politicamente, ignorar outros espaços de luta para o avanço do processo de democratização da saúde (PAIM, 1988, p. 40).

Assim, vislumbrando e apreendendo a RSB para além dos seus aspectos jurídicos-organizativos, é que se justifica as chamadas “três trincheiras básicas de luta” delineadas e teorizadas por Paim.

A primeira trincheira, chamada de “legislativo-parlamentar”, possui como campo prático efetivo a Assembleia Nacional Constituinte (ANC) e o Congresso Nacional (CN), em um primeiro momento; e as constituintes estaduais e os espaços assembleano-legislativos (nos estados), em seguida. Por exemplo, foi a ação política exercida por muitos “companheiros e entidades, junto aos constituintes”, que viabilizou a conquista de extensões sócio-políticas nos relatórios das “Comissões de Saúde, Ambiente e Seguridade Social, da Ordem Social e da Sistematização”, que, inobstante os retrocessos impostos pelo “Centrão”, converteu-se no capítulo aprovado pelo Plenário em 17 de maio de 1988, mantendo alguns princípios da Reforma Sanitária (PAIM, 1988, p. 40).

¹⁵⁵ Ainda neste exato sentido é o artigo de PAIM (1986, p. 179-180): “Conseqüentemente, o debate ocorrido na Velha República entre o Presidente do INAMPS e Secretários de Saúde foi na Nova República como se existisse realmente um dilema entre a proposta das AIS, assumida integralmente pelo MPAS/INAMPS, e a do “Sistema Unificado de Saúde (SUS),já”. Não se trata, portanto, de apostar no falso dilema Ações Integradas de Saúde versus Sistema Único de Saúde (AIS x SUS) que atravessou o ano de 1985. Trata-se, na realidade, de defender os princípios democráticos que devem orientar as modificações estruturais do setor e apostar na estratégia capaz de viabilizá-las sem comprometer a eficácia da política social do novo governo e sem excluir as forças sociais relevantes dessa definição. Esta parece ser a perspectiva de ação dos que lutaram e continuam lutando pela melhoria das condições de saúde do povo brasileiro e pela construção de um Sistema Único de Saúde regionalizado, descentralizado e democrático. Desse modo, será possível reconhecer, mesmo com atraso, que as AIS não foram dois passos atrás, mas a redefinição democratizante de uma estratégia racionalizados com vistas a uma política de saúde radicalmente distinta daquela que deu origem ao plano CONASP. O entendimento desse avanço pela VIII Conferência Nacional de Saúde poderá balizar a mudança qualitativa do setor saúde. Esta será construída, necessariamente, pela população através da direção que conseguir imprimir à Assembléia Nacional Constituinte, livremente eleita, e executada mediante a reformulação substantiva pelo Congresso Nacional, da Lei do Sistema Nacional de Saúde”.

A segunda trincheira foi a “sócio-política ou comunitária”, que reporta-se à edificação de um feixe de “alianças com setores organizados da sociedade civil para superar os obstáculos estabelecidos pelas forças contrárias às mudanças no setor saúde, antes, durante e depois dos trabalhos da Constituinte” (PAIM, 1988, p. 40). No curso da Constituinte estes agenciamentos se manifestaram a partir das entidades da Plenária Nacional da Saúde (com destaque para a ABRASCO), da emenda popular defendida por Sérgio Arouca e da mobilização dos múltiplos setores engajados na luta político-ideológica para a democratização do Campo Saúde (AROUCA, 1987d).

Segundo PAIM (1988, p. 40), este ponto de resistência é também ocupado por aquelas individualidades que na prática institucional “contribuem para o alargamento dos canais de participação popular no controle democrático dos aparelhos de Estado”, e assim influenciando na construção e implementação de “mecanismos permanentes de exercício democrático no planejamento, fiscalização, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde”.

Conquanto estes avanços, que não podem ser vistos de outra forma, tanto Paim quanto RODRIGUEZ NETO (1988) estão despertos para uma questão de fundo importante, qual seja, a de que “uma Constituição, por mais avançada que seja, e uma nova lei que instituirá o Sistema Único de Saúde, descentralizado e democrático, são condições necessárias, porém insuficientes para efetivação da Reforma Sanitária”. Como se vêm tratando à exaustão, o processo de democratização da saúde “exige a utilização permanente desta trincheira de luta para garantir os espaços conquistados e fortalecer a ‘guerra de posição’ para a hegemonia dos setores democráticos” (PAIM, 1988, p. 40).

A terceira trincheira de luta, ou ponto de resistência, é a “técnico-institucional” que então, naquela conjuntura, era preenchida pela “organização, implantação e desenvolvimento do SUDS”, o que viabiliza a definição e o uso de “modelos assistenciais, de organização de serviços e de gestão”, objetivando a criação do novo sistema de saúde, de modo participativo, plural e democrático.

Por fim, já em 1988, mas antes da promulgação da Carta, dois obstáculos se faziam presentes embaraçando o pleno desenvolvimento do SUDS: (i) “o retrocesso de transição, cujos efeitos de produziram no MPAS, especialmente através da demissão de Hésio Cordeiro da Presidência do INAMPS”; e a (ii) “inexistência de fontes estáveis de financiamento para o SUDS e para a

concretização da Reforma Sanitária”. Se o desenho do SUS já estava pronto, as normas de sua construção não eram suficientes, era preciso “saber construí-lo” e neste particular, o SUDS foi uma contribuição significativa.

A Diretoria Nacional do CEBES reconheceu também que no transcurso da gestão de Hésio Cordeiro na Presidência do INAMPS,

As Ações Integradas de Saúde (AIS) tomaram impulso, contribuindo para uma reversão da tendência, imprimida durante os governos autoritários do ciclo pós-64, de sucateamento do setor público no campo da saúde e da assistência médico-sanitária e hospitalar. Mais recentemente (1987), e no rumo das conclusões aprovadas durante a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, Hésio elaborou e institucionalizou politicamente, a nível da própria Presidência da República, o SUDS. Iniciativa polêmica e controvertida, discutida inclusive em muitas páginas desta Revista, mas sem dúvida um passo importante no caminho/descaminho da Reforma Sanitária Brasileira (CEBES, 1988a, p. 05).

Como afirma PAIM (1988, p. 43), o avanço do SUDS estava na “superação da relação de compra e venda de serviços entre o INAMPS e os estados e municípios”, tornando possível a delimitação de mecanismos gerais de acompanhamento e avaliação, bem como de um aporte mais contundente de recursos a serem aplicados nos mais variados serviços e produtos da atenção sanitária. Quando possibilitou “a equiparação da remuneração de servidores e ao promover a elaboração de planos de carreiras, cargos e salários”, instituiu as “bases preliminares” para a transformação da política de tratamento de recursos humanos das instituições públicas, além de, por óbvio, fomentar a adesão e o apoio dos trabalhadores do Campo Saúde às propostas do SUDS e da RSB.

E foi, finalmente, um aperfeiçoamento das AIS tendo em mente o propiciamento “de estruturação de instâncias mais permanentes de participação popular organizada (Conselho Estadual de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Diretores de Unidades, etc.) e a experimentação imediata de formas organizadas e gerenciais propostas para a Reforma Sanitária”, vistas, por exemplo, na fusão de disposições administrativas; na execução dos distritos sanitários; e no monitoramento e fiscalização dos contratos, convênios e credenciamentos do INAMPS de ordem estadual (PAIM, 1988, p. 43).

4.4

A Plenária Nacional de Saúde

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. **A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.** A assembleia constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor (ANDRADE ET AL., 2013, p. 266, grifos nossos)

Quando se fala nestes termos, o leitor menos atento (como houve críticas neste sentido à época) poderia pensar que a Plenária seria uma “negação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária”, o que não é o caso, haja vista ser a Comissão “apenas um momento de todo o processo”¹⁵⁶, e não toda a cadeia processual, que nela se processaria, como aponta Sônia Fleury Teixeira. É ela que vem defender a tese no Jornal PROPOSTA de que todas as outras reformas na ANC que estavam sendo elaboradas eram frutos do Poder Executivo, e somente a RSB teria surgido a partir da sociedade.

Isto se deu por uma série de razões, mas uma de ordem mais geral, não específica ao Campo Saúde, foram os fracassos políticos dos governos da época e o sentimento de descrédito quanto à legitimidade dos órgãos dirigentes, o que incluía o Executivo e os partidos políticos; somados ao chamamento do Executivo, um ano antes (1985-1986), para que fossem fiscais, “guardiães da

¹⁵⁶ Thereza Christina de Aguiar Tavares ressalta vários pontos mencionados e outros ainda que serão, como a confluência de sujeitos e suas respectivas instituições e movimentos na Plenária Nacional, além da clareza e concretude do Projeto de Sistema de Saúde levado para a discussão, chegando a apresentá-la como o espaço de gestação do embrião da proposta sistematizada pela CNRS, posteriormente levada à Constituinte. Em suas palavras: “Na Plenária, com todo mundo impregnado pela ideologia da saúde, incorporam-se outros atores e os parlamentares entram para encaminhar tudo com vistas à Constituinte. [...] a Plenária começa a juntar forças: ‘agora vamos começar a organizar aqui porque esse trem vai para a Constituinte e nós vamos ter que ganhar isso’. A Plenária me chamava a atenção, porque você tinha grandes lideranças da saúde sufocadas pelos anos da ditadura, mas com o projeto muito claro de saúde e muito tempo perdido, e aí eu ratifico a palavra companheiro. Ela foi absolutamente fundamental para essa organização, foi o embrião da proposta que a Comissão Nacional da Reforma Sanitária sistematizou para ir para a Constituinte” (BRASIL, 2006, p. 97).

política estatal”, sem o intermédio de corpos partidários ou institucionais, reforçando, portanto, “uma consciência de cidadania”, que também já vinha da Campanha “Diretas Já!” e das associações de moradores, levando toda a população a uma postura de cobrar políticas, participando do processo e buscando legitimidade (TEIXEIRA, 1987b, p. 6).

Jorge Nascimento Pereira (BRASIL, 2006, p. 98) parece apreender bem o espírito da Plenária, que era revolucionário, calcado no forte desejo compartilhado de liberdade, em sentido afirmativo, muito além de representar uma luta antiautoritária:

Naquele momento, uma coisa que pesava bastante na participação era que a gente tinha que enfrentar a ditadura. A questão cultural já estava implícita, pelas nossas características, nossas raízes, por nós mesmos, mas a gente, como jovem, procurava algo novo como o sentimento da necessidade de enfrentamento da ditadura, na época, o aspecto revolucionário da coisa, nós queríamos ter uma participação revolucionária.

O depoimento de Jacinta de Fátima Senna da Silva faz recordar essa ideia de que o Movimento da Saúde nasceu da sociedade, o que não significa dizer popular, porque o Campo Saúde já vinha de alguns anos de organização, fazendo com que Plenária tenha sido, tal como já se colocou, uma continuidade do MSB, isto é, dando seguimento às articulações e embates da pré-conferência, da Oitava CNS em si e dos eventos que ocorreram no pós-conferência, fazendo com que Plenária Nacional tenha se tornado “uma das instâncias de lideranças daquele momento para se pensar e para se articular a proposta de emenda popular de saúde na Constituinte” (BRASIL, 2006, p. 88).

Tanto Jacinta de Fátima Senna quanto Sônia Fleury apontam neste mesmo sentido, respectivamente (BRASIL, 2006, p. 97-98):

Com a Constituição de 1988, o movimento foi vitorioso, mas não foi apenas pelo ocorrido no ano de 1987, e sim pelo acúmulo do período anterior, pelo esforço de todos que, nos trinta anos anteriores, foram construindo o caminho para se chegar ao Sistema Único de Saúde, com os princípios que nós temos consagrados na Constituição Federal.

A saúde inovou porque nós tínhamos um projeto, que tinha sido construído durante um longo período de anos, e um projeto consolidado e pronto, através de várias frentes de discussão e de luta, e a direita e o centro não tinham. [...] nós tínhamos um projeto que foi negociado, melhorado, reformulado, perdemos algumas coisas, mas o cerne estava pronto há muito tempo.

Assim, pelos problemas apontados quanto à CNRS, que, todavia, não obstaculizou a sua existência, no Campo da Saúde foi realizado uma Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, em Brasília, aglutinando 44 entidades nacionais e estaduais, e daí sendo aprovado um “manifesto e uma proposta de texto constitucional para a área da saúde” (TEIXEIRA, 1987b, p. 6).

A Plenária teve sua gênese em São Paulo, em uma Plenária estadual que fora realizada em 21 de abril, exatamente no dia de aniversário da VIII CNS. Ora, continua Teixeira, “as entidades sentiram que está ocorrendo um retardamento da implementação da política determinada na 8ª Conferência e criaram a Plenária para cobrar dos constituintes um real compromisso com a área social, e um texto constitucional coerente com os anseios da população”, o que acabou levando ao MSB a “noção de que a Reforma Sanitária é um projeto mais amplo que as medidas de reforma governamental para a área social” (TEIXEIRA, 1987b, p. 6).

Jacinta Senna da Silva também tratou da composição da Plenária Nacional de Saúde, que, segundo ela, sofreu forte afetação do movimento sindical (comprovado pela quantidade de sindicatos e de agremiações do setor que a compuseram) e da Academia (que é, sem dúvidas, um dos atores do MSB mais fortes, atuantes e estruturadores das propostas teóricas em prol da RS no Brasil); e que na qualidade de um movimento de articulação,

congregava representantes do movimento popular de saúde, da pastoral da saúde, das associações de moradores e de vários outros movimentos, de mulheres, as entidades médicas, de enfermagem e de outros profissionais de saúde – associações e sindicatos, da academia, do movimento sindical. Eu, particularmente, era dirigente do sindicato dos enfermeiros na época, e considero que o movimento sindical teve um peso muito forte na Plenária, assim como a academia (BRASIL, 2006, p. 89).

Outro dos motivos de aceitação da CNRS pela Plenária, além do visto acima, estava no fato de que havia uma “articulação” entre ambos os corpos complexos, o que reafirmava o caráter associativo-político-intencional do MSB, nestes momentos que foram cruciais, verdadeiro “divisor de águas”, para o MSB, qual seja, a ANC 1987/1988. E o agenciamento político-oficial (não institucional, haja vista a Plenária não gozar desta qualidade) se dava justamente porque parte dos membros da Comissão participavam da Plenária, fazendo com o que o que fosse discutido no âmbito da Plenária ecoasse na Comissão, que, aí sim, era o efetivo espaço “institucional-oficial” das deliberações, certo de que muito do que

então se teve na Constituição, quando da sua aprovação, decorreu do CNRS, o que não significa dizer que a Comissão abarcou todas as ideias e proposições da Plenária e muito menos da Oitava Conferência. Neste sentido geral pontua Arlindo Fábio, coordenador da CNRS e que se tornaria, em 1992, presidente da ABRASCO:

A CNRS participava da Plenária, por meio de alguns de seus membros, o José Alberto Hermógenes, eu e outros, mas não era uma representação formal, porque o espaço da Plenária não era um espaço de representação formal. Agora, o que se discutia na Plenária tinha eco na CNRS, que era um espaço formal e político de deliberações. E o que sai da CNRS é, praticamente, o que está hoje na Constituição Federal. A proposta de Emenda Popular veio cobrindo o que a CNRS propunha. O que hoje está na Constituição deve-se muito à comissão, mas havia uma fertilização, pois o pensamento consolidado do conjunto das entidades, concentrado na Plenária, evidentemente chegava na Comissão Nacional (BRASIL, 2006, p. 86).

Quanto aos aspectos mais organizacionais da Plenária, Jacinta Senna aponta a participação fundamental de algumas entidades específicas, como o CEBES e a ABRASCO, além, é claro, dos sujeitos que “secretariavam a plenária”, quais sejam, o “o Eleutério [Rodríguez Neto], a Samara Nitão, o Thiers Ferreira, do Conselho Federal de Farmácia” e ela própria. Inicialmente, as reuniões da plenária aconteciam em uma frequência mensal de até quatro reuniões, sendo que no âmbito da secretaria-executiva e da coordenação da plenária ocorria três ou mais reuniões semanais, pois,

[...] o momento era propício, havia uma grande efervescência política no país. [...] A primeira reunião, mais formal, foi realizada no Conselho Federal de Medicina. Foi uma grande reunião com várias pessoas de pé e, a partir daí, a gente teve uma discussão não só do setor saúde, mas com outros setores que também estavam se reunindo, sabendo que era preciso se articular para se ter uma intervenção durante o período pré-Constituinte. [...] a partir daí foi surgindo essa conformação com uma articulação ampla, democrática, em que se criou o máximo de força possível (BRASIL, 2006, p. 89).

Quanto à coordenação da Plenária, ainda segundo ela, Jacinta, era também bastante ampla, até pela sua própria composição heterogênea, envolvendo partidos, “sindicatos, movimentos populares, universidades, pessoas, personalidades”. Da “diretoria” participavam a ANDES, o CFM, a CUT e uma série de representantes de muitos e variados movimentos, como da “Federação Nacional dos Médicos, da Associação Brasileira de Enfermagem, da Federação Nacional dos Enfermeiros, da Conan”. No curso dos anos que seguiram, acabaram

permanecendo ela, Jacinta e Elizabeth Barros, como as responsáveis pela secretaria executiva, sendo isto uma “escolha das forças políticas que compunham a coordenação da Plenária, por morarmos em Brasília e pela nossa inserção no movimento social” (BRASIL, 2006, p. 89).

Roberto Chabo¹⁵⁷, que à época da Constituinte era o Presidente da Federação Nacional dos Médicos, eleito em 1985, demonstrando a intensa participação dos diversos setores do Movimento Sanitário no embate Constituinte, bem como o “compromisso de estar presente em cada embate”, lembra que: “Como presidente da federação, naquele período eu fui 86 vezes a Brasília. Me diziam: ‘olha, fulano piscou o olho diferente, venha para cá, vai ter uma Plenária’. Então nessa fase da Constituinte eu ia tanto lá que teve um cara que pensou que eu era deputado” (BRASIL, 2006, p. 93).

Samara Rachel Vieira Nitão¹⁵⁸ ainda pontuou em sua entrevista que o “núcleo organizador” da Plenária contava com o apoio financeiro do CFM, cujo presidente era o Dr. Francisco Álvaro Barbosa Costa (gestão 1987-1989), sendo que o Conselho chegou a gravar vídeos e realizar a documentação de toda a movimentação para fins de registro e memória. Segundo ela, nos trâmites da Constituinte, trabalhadores de outros setores e de outros movimentos passaram a se agregar na Plenária da Saúde, em virtude, também, de o capítulo da Reforma Agrária ser anterior ao da Saúde, acarretando interessantes trocas de informações, propostas e de agenciamentos gerais; e assim incrementando potência e riqueza em todo o processo, além de ter dado “peso às reivindicações” (BRASIL, 2006, p. 89-90).

Todavia, como será visto mais a frente, mesmo assim, com todo este apoio de outros movimentos e de sujeitos mais atrelados a outros campos, o quantitativo de pessoas foi ainda muito baixo, proporcionalmente falando, o que por si só não faria com que a proposta do SUS tivesse relativo êxito na Constituinte, bem como

¹⁵⁷ Ele é “Médico; Especialista em Nefrologia; Presidente do Sindicato dos Médicos/RJ (1981-1984); Presidente da Federação Nacional dos Médicos (1985-1989); Membro da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1986-1987); Secretário Nacional da Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde (1992-1993); [...] [entrevistado em 18/3/2005]” (BRASIL, 2006, p. 15).

¹⁵⁸ Ela é “médica; Mestre em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz); Sanitarista da Secretaria de Saúde/DF; Assessora do Núcleo de Saúde Pública da UnB” no Projeto de Acompanhamento da ANC para o setor de saúde e acompanhamento legislativo no Congresso Nacional quando da elaboração e aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (1987-1991); uma das Coordenadoras da Plenária (1987-1991); “Chefe de Gabinete da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Ministério da Saúde [entrevistada em 6/4/2005]” (BRASIL, 2006, p. 15).

é revelador de que o MSB não era tão popular assim, tal como se pensava, não significando que foi elitista, exclusivista ou meramente acadêmico – a questão é que a sua base popular não era tão grande quando comparada a outras bases, como a de apoio à Reforma Agrária¹⁵⁹.

4.4.1

O Manifesto da Plenária

Lembro-me das idas e vindas [...] é impressionante olhando para trás que, naquele momento, estava muito claro o que a gente queria e se você ler hoje, o que está na Constituição que significa avanço. Poucos países do mundo têm de maneira tão articulada, na perspectiva da Reforma Sanitária, ou seja, na integração entre saúde, ciência social, ciência política, estrutura, o que está ali. [...] está tudo ali, tudo aquilo de que a gente não abriu mão – aquela coisa do direito de cidadania e do papel do Estado, no sentido de implementar políticas econômicas e sociais. No fundo, de maneira singela, em três linhas estão expressos, ali, 30 anos de luta política. A plenária das entidades foi absolutamente estratégica e nós todos, de certa forma, alguns ainda no governo e outros já fora, estávamos ali construindo o processo (José Gomes Temporão in BRASIL, 2006, p. 99).

A Plenária Nacional de Saúde lançou um Manifesto, exposto em PROPOSTA (n. 3, 1987, p. 06)¹⁶⁰, confeccionado “aos treze dias do mês de maio de um mil novecentos e oitenta e sete”:

As entidades e movimentos populares que compõem a Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, ‘comprometidos com a superação das péssimas condições de vida e saúde da maioria da população brasileira’ assumem, em seu manifesto, ‘a luta unitária pela inclusão das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde no texto da futura Constituição, como condição mínima e indispensável para assegurar o pleno exercício do direito à saúde’”. [...] Conclamam constituintes, outras entidades e movimentos populares a se unirem na luta pela renovação dos seguintes princípios:

1. “A saúde é um direito de todos os indivíduos”, independente das suas características, portanto, sem nenhuma forma de discriminação, sendo dever do Estado assegurá-lo;
2. “O direito à saúde significa a garantia pelo Estado de condições dignas de vida, de trabalho e acesso universal aos insumos, ações e serviços de promoção, proteção e recuperação em todos os níveis” (decorrente do conceito ampliado de saúde);

¹⁵⁹ Segundo registrado em PILATTI (2016, p. 158) esta emenda contou com 1 milhão e 300 mil assinaturas.

¹⁶⁰ Também aí se encontra a lista completa de entidades que assinaram o Manifesto, dentre as quais: CUT, CGT, Partidos Políticos, Conselhos Profissionais, entre outros.

3. “Formação de um Sistema Único de Saúde, estatal, gratuito e descentralizado, com comando administrativo único em cada um dos níveis”;
4. “Será garantida neste sistema a participação, em nível decisório, dos setores organizados da Sociedade Civil, quanto à formulação, gestão, controle e avaliação das políticas de saúde”;
5. Os recursos para o Sistema Nacional de Saúde virão da receita tributária da União, Estados e Municípios, nunca inferiores a dez por cento do PIB, constituindo um Fundo Único de Saúde, administrado de forma colegiada pelos órgãos públicos e entidades representativas da sociedade”;
6. “A indústria farmacêutica será estatizada, sendo monopólio do Estado a importação de matéria-prima químico-farmacêutica, a produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados e outros insumos essenciais para o setor”.
7. “O Poder Público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos do SNS”;
8. “O SUS contará com uma política de recursos humanos¹⁶¹ que preveja concursos públicos, carreiras multiprofissionais, isonomia salarial e direito à sindicalização e greve para os trabalhadores de saúde”;
9. “As ações de proteção, segurança e higiene do trabalho passam a fazer parte do SUS”.

No mundo ideal, ou talvez, de culto ao menor esforço, não haveria oposição e nem divergência de interesses. É possível que somente assim todas as propostas da Oitava Conferência viessem a ser aprovadas da forma como foram lá estipuladas, mas nos jogos entrelaçados de poder no plano sensível sempre há entendimentos e desejos diversos, não necessariamente antagônicos, e logo, que não possam ser articulados até um mínimo denominador comum, uma espécie de convergência, respeitando as circunscrições das conjunturas e da estrutura. Fato é

¹⁶¹ Quanto a este ponto durante as audiências públicas, há uma fala de Arouca e outra do Eduardo Jorge: “O SR. ANTÔNIO SÉRGIO AROUCA – ‘Nunca vamos conseguir fazer uma reforma sanitária se não caminharmos, de forma também corajosa, para a implantação de um plano de cargos e salários na área pública que leve à isonomia salarial, que leve à promoção por mérito, em que só se entre através de concurso, e que, entrando, só entre pela periferia, nunca por Ipanema. Isto é fundamental (Danc – Suplemento, 19/7/1987, p. 140)’. Em reunião reservada aos sindicatos patronais e de trabalhadores, confederações e outras entidades classistas, o debate girou em torno da necessidade de uma política de recursos humanos para a área da saúde. Tal política instituiria um plano de carreira multiprofissional, pisos salariais por categorias profissionais, remuneração condigna, vínculo único, isonomia salarial, jornada de trabalho única para os profissionais da saúde, entre outros assuntos. A questão do emprego único no setor público e a defesa da ‘supressão dos privilégios, que são dados a algumas profissões, especialmente à categoria médica’, conforme se posicionou o representante da Abrasco, ocupou parte significativa dos debates”. E “o Cebes recomendou a ‘redefinição da política de formação de recursos humanos nas universidades, tentando adequá-la às necessidades sociais’. Em geral, os constituintes se posicionaram favoravelmente à inclusão de um artigo na Constituição que tratasse especificamente da questão dos recursos humanos na área da saúde. O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE – ‘E apesar de essa questão do funcionário público e do trabalhador ser tratada em outros capítulos, como disse muito bem o deputado Raimundo Rezende, talvez, na área da saúde, seja importante constar um artigo que trate da questão de recursos humanos com mais detalhes, pela especificidade que ele tem no setor saúde (Danc – Suplemento, 19/7/1987, p. 101)’. Apesar das manifestações para que nossa Carta Magna incorporasse essa questão, o tema foi tratado apenas de maneira ampla no inciso III do art. 200” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2009, p. 469-470).

que mesmo estando “do mesmo lado”, os atores da Reforma não concordavam em todas as posições, e parece bom que seja assim, porque permite às individualidades o exercício do diálogo, da argumentação, do embate, de um aprendizado mútuo, explicitando uma das características mais fundamentais da política, ou de um fazer-viver político.

É preciso ainda mencionar que o Governo Sarney era formado por um conjunto heterogêneo de forças políticas, “conservadores e progressistas”, sem haver necessariamente uma hegemonia por parte de nenhuma delas. Pela dificuldade de implementação da Reforma Sanitária, uma crise de hegemonia havia se instalado, mas a movimentação de tantos anos começava a mostrar a potência do MSB, a partir de uma vitória importante, já assinalada: o Decreto nº 94.657/1987, que criou o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

O ato normativo e sua implementação direcionava o Estado em seu caminho de “descentralização” quanto à gestão das políticas públicas de saúde, “já posta desde o início da década e, então, com possibilidade de viabilizar-se, em decorrência dos resultados eleitorais de 1986 para os executivos estaduais” (BRASIL, 2006, p. 50-51); além de prever, novamente, em seu corpo jurídico, “o princípio da participação”, tornando-a obrigatória no âmbito das comissões interinstitucionais, e com a “recomendação de que fossem criados conselhos de saúde” (BRASIL, 2006, p. 50-51), mas a composição e as atribuições não foram estipuladas.

4.4.2 Breve Trajetória dos Conflitos

Somos cidadãos, somos brasileiros. Precisamos aprender a defender o que é nosso a começar pelo bem mais precioso. Nossos corpos e nossas mentes. Enfim, nossa saúde (ROZENFELD, 1987, p. 55).

Conquanto essas “vitórias” e estas lutas, a mais importante arena de conflitos estava circunscrita à esfera da Assembleia Nacional Constituinte (ANC). Em uma via, “o bloco conservador se aglutina no centro, contrário à expressão dos direitos sociais”. Em outra via, os atores defensores da RSB “se aglutinam numa plenária nacional de entidades de saúde – a Plenária Nacional de Saúde”,

com vistas a inserir as teses e propostas do MSB, em particular as deliberações da Oitava CNS, na gramática constitucional. A Plenária Nacional de Saúde agenciou em seu eixo parlamentares, entidades sociais, centrais sindicais, sindicatos, entidades profissionais, partidos políticos, secretários de saúde e de assistência social, desenvolvendo um amplo trabalho de “mobilização, interlocução e pactuação com o Congresso Nacional para fazer avançar a linha reformista” (BRASIL, 2006, p. 51).

Uma vez instalada a ANC, uma série de parlamentares do PMDB, do PT e do PPS foram gradativamente sistematizando as propostas reformistas¹⁶², como, por exemplo, os deputados federais Raimundo Bezerra – PMDB/CE, Abigail Feitosa – PMDB/ PSB/BA, Euclides Scalco – PMDB/PSDB/PR e Eduardo Jorge – PT/SP.

Como já mencionado, concomitantemente aos debates, a ABRASCO realiza uma reunião em Cachoeira, na Bahia, em setembro de 1987, quando Eleutério Rodriguez Neto monta o traçado da Reforma Sanitária ao longo do tempo até a Oitava Conferência, bem como a conjuntura constituinte, avaliando que o MSB necessitava de “formulação estratégica para a complementação da lei do SUS que, segundo o seu entendimento, realizara uma unificação por baixo, sendo necessária uma efetiva autonomia dos estados e municípios no tocante ao repasse de recursos” (RODRIGUEZ NETO, 1988).

Ademais, caracterizou o “processo de tramitação dos debates na Assembleia Nacional Constituinte” e apontou que foram realizadas cerca de 15 a 17 audiências na Subcomissão de Saúde, de Seguridade e do Meio Ambiente, ocasião em que apontou a “falta de posições definidas da maior parte dos integrantes da referida subcomissão”. Elencou os pontos polêmicos dos trabalhos, quanto aos financiamentos do SUS e as manobras do campo conservador para não provarem o projeto da “Comissão da Ordem Social”, deixando a possibilidade da retomada da discussão da “ordem social” (BRASIL, 2006, p. 52; RODRIGUEZ NETO, 1988).

¹⁶² A tensão reformista era algo que vinha sendo enfrentado durante toda a trajetória da Reforma Sanitária, e segundo FLEURY (1997, p. 28) “estava dado a partir da interpelação cidadã e da luta pelo direito à saúde, o que implicava necessariamente tomar o Estado - em seu aparato jurídico e administrativo - como locus privilegiado das práticas reformadoras. Para isto, o que se requeria era a ampliação de alianças e a construção de um novo consenso e de uma nova institucionalidade, enquanto a transformação social das práticas sanitárias e a construção de sujeitos políticos e suas estratégias de enfrentamento do conflito provocava tensões, fragmentações e dissensos”.

4.4.2.1

A Proposta de Emenda Popular

Em 28 de agosto de 1987, a Proposta de Emenda Popular¹⁶³ foi apresentada no Plenário da Constituinte, sendo assinada por 54.133 eleitores, representando 168 entidades, reunidas na Plenária Nacional de Saúde, das quais 52 eram Movimentos Populares e Plenárias; 74 eram Centrais Sindicais, Federações, Sindicatos, Associações de Trabalhadores de Saúde; 15 eram Conselhos; e 27 eram Entidades Científicas e outros, inclusive os Partidos Políticos (CEBES, RSD, n. 20, 1988, p. 42-46)¹⁶⁴.

Para a apresentação desta Emenda Popular junto à Comissão de Sistematização da Assembleia, foram indicados o Dr. Sérgio Arouca (Presidente da FIOCRUZ e Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro); o Dr. Guilherme Rodrigues dos Santos (integrante do Ministério da Saúde e professor catedrático da FM/USP); e Eduardo Jorge (Deputado Constituinte do PT/SP) (AROUCA, 1988).

Em sua fala, Arouca produziu uma retrospectiva do MSB e da Oitava Conferência, fundamental para a construção de um pensamento sobre um novo sistema de saúde “tropical, nacional, próprio”, sendo a proposta apresentada uma resultante das teses da Oitava CNS e “aprofundada pela convenção nacional do

¹⁶³ A Emenda se encontra originalmente publicada no volume 258 dos Documentos Avulsos. ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE, Volume 258, 1988, p. 47). Segue a sua justificativa: “Politicamente comprometidos com a superação das péssimas condições de vida e saúde da maioria da população brasileira, as entidades e movimentos populares que compõem a PLENÁRIA NACIONAL PELA SAÚDE NA CONSTITUINTE assumem neste momento histórico a luta unitária pela inclusão das propostas da 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE no texto da futura Constituição, como condição mínima e indispensável para assegurar o pleno exercício do direito à Saúde. O direito à Saúde implica na garantia pelo Estado de condições dignas de trabalho, alimentação, moradia, educação, transporte, meio ambiente, repouso, lazer e segurança, além do direito à liberdade, à livre organização e expressão, ao conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho, bem como o acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis. Plenamente consciente das dificuldades que se levantarão aos nossos objetivos, conclamamos constituintes e outras entidades e movimentos populares a se unirem à nossa luta pela aprovação desta proposta de emenda ao texto constitucional”.

¹⁶⁴ A lista completa das entidades está em (CEBES, 1988b, p. 43-45), logo em seguida do “Ofício de Encaminhamento da Emenda Popular da Saúde. “Nos termos do artigo 24 do Regimento Interno da Assembléia Nacional Constituinte, apresentamos como emenda, onde couber ao Projeto de Constituição a proposta que vai anexa subscrita por 54.133 eleitores. As entidades associativas, legalmente constituídas, que se responsabilizam pela idoneidade das assinaturas e que abaixo assinam, trazem como tema da emenda popular a questão da saúde na forma de Reforma Sanitária. Na coleta das assinaturas foi distribuído o seguinte manifesto [...]”. O Manifesto distribuído foi o já apresentado acima, e publicado no Jornal Proposta, em seu terceiro número.

PMDB, pelos partidos comunistas, pelo PT, fundamentada na CUT, CGT, Confederação Nacional das Associações dos Moradores, sindicatos de médicos, enfermeiros, psicólogos, arquitetos e nutricionistas” (BRASIL, 2006, p. 52-53).

Portanto, tratava-se, aqui então, de um movimento suprapartidário, como ele próprio já tinha anotado em alguns momentos¹⁶⁵, que, em primeiro momento concluíra pela desnecessidade de apresentar uma emenda popular por terem se considerado contemplado na Comissão da Ordem de Saúde, de relatoria do Senador Almir Gabriel; mas, em tempo seguinte, decidiram que “era preciso ir além no processo”, com base nas conclusões da VIII CNS e, posteriormente, “nas discussões de mais de 12 Encontros Nacionais de Saúde – da mulher, do trabalhador, de ciência e tecnologia, de formação em recursos humanos, dentre outros, sendo um dos enfoque a questão do “efetivo controle social” como uma das medidas de democratização do Campo Saúde neste área institucional (BRASIL, 2006, p. 52-53).

A Proposta de Emenda (Dispositivo de Saúde do Projeto de Constituição) está disponibiliza na íntegra na RSD (v. 20, 1988, p. 45-46), composta de sete artigos e cinco disposições transitórias; e seguem alguns excertos:

Art. 1º A saúde é um direito inalienável da pessoa humana, sem qualquer fator de discriminação, sendo assegurado pelo poder público constituído à toda população do país.

§1º. – O direito à saúde implica nos seguintes direitos fundamentais:

I – acesso à terra e aos meios de produção;

II – condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;

III – respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;

IV – desenvolvimento do saneamento básico domiciliar, inclusive no caso de habitações subnormais até que seja realizada a sua total erradicação através da reforma urbana;

V – informações sobre os riscos de adoecer e morrer incluindo condições individuais e coletivas de saúde;

VI – dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito à escolha e à recusa;

VII – recusa ao trabalho em ambientes insalubres, perigosos ou que representem risco grave ou iminente, enquanto não forem adotadas medidas para sua eliminação sendo vedada qualquer punição ou redução de remuneração;

VIII – opção quanto ao tamanho da prole.

§2º. – Todas as pessoas, independentemente na natureza de sua deficiência ou doença gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados nesta constituição.

Art. 2º. – É dever do Estado:

¹⁶⁵ Em sua Conferência na Oitava; no Editorial de abertura do número 1 do Jornal Proposta.

- I – Implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir os riscos de doenças e de outros agravos à saúde;
- II – Normatizar, executar e controlar o conjunto das ações e serviços destinados à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde como uma função da natureza pública;
- III – Garantir o acesso universal, gratuito e igualitário às ações e serviços da saúde em todos os níveis;
- IV – Assegurar a formulação, execução e controle da Política Nacional de Saúde constituindo o Sistema Único de Saúde, segundo as seguintes diretrizes:
 - a) integração das ações e serviços com comando político-administrativo único em cada nível de governo;
 - b) integralidade e unidade na prestação das ações de saúde adequados às realidades epidemiológicas;
 - c) descentralização político-administrativa que respeite a autonomia dos estados e municípios;
 - d) participação em nível de decisão de entidades representativas de usuários e profissionais de saúde na formulação, gestão e controle das políticas e das ações de saúde em todos os níveis. [...]

Art. 7º. – O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será promovido com recursos fiscais e parafiscais com destinação específica para a saúde, cujos valores estabelecidos em lei e submetidos à gestão única através do Fundo Único de Saúde nos vários níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde¹⁶⁶.

Parágrafo único – O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela União, Estados e Municípios e Distrito Federal, corresponderá anualmente a 13 por cento das respectivas receitas.

Disposições Transitórias:

I – As instituições sem fins lucrativos poderão ser chamadas a colaborar na cobertura assistencial à população sob as condições estabelecidas em contrato de Direito Público. A Lei Complementar definirá os parâmetros para que uma entidade sem fins lucrativos possa ser enquadrada neste item.

II – A Previdência Social alocará o mínimo de 45 por cento da contribuição patronal ao Fundo Nacional de Saúde.

III – Os recursos da Previdência Social, destinados ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde, serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance o equivalente a 10 por cento de Produto Interno Bruto.

IV – Fica vedada a transferência dos recursos públicos para investimento e custeio às instituições privadas com fins lucrativos na assistência à saúde. A compra transitória de serviços a estas instituições se dará mediante contrato de direito público.

V – Dentro de 10 anos fica vedada a transferência, sob qualquer título, de recursos públicos às Instituições com fins lucrativos na assistência à saúde¹⁶⁷.

¹⁶⁶ CÂMARA DOS DEPUTADOS (2009, p. 466) apontam: “A Comissão de Sistema Tributário, Orçamento e Finanças se posicionou contrariamente às vinculações orçamentárias de receitas, com exceção das transferências a estados e municípios, a vinculação de contribuições sociais ao Orçamento da Seguridade Social e o aumento do percentual de vinculação à educação. Assim é que a proposta de vinculação de recursos à saúde não prosperou no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte”. Por óbvio, há também, provavelmente, os efeitos dos outros elementos já apontados, como a falta de maior discussão neste sentido.

¹⁶⁷ Sempre útil lembrar que aqui se deu mais uma derrota do MSB, pois as instituições privadas com fins lucrativos continuaram exercendo as suas atividades e com subsídios do Estado. Por exemplo, os planos privados de saúde, que não mantidos apenas com os pagamentos dos beneficiários, pois há a dedução do imposto de renda, somado às deduções das consultas avulsas e procedimentos diversos; aos abatimentos concedidos aos empregadores; e às desonerações fiscais

Dentre as muitas opiniões, estudos e defesas a respeito do caráter da Constituição de 1988, e das suas possíveis linhas mestras, parece ser consenso que ela pode ser vista como democrática (tanto do ponto de vista formal – eleições, quanto pela questão da participação da população) e universalista, acabando por expressar as muitas “contradições da sociedade brasileira”. Nas áreas da saúde, da previdência e assistência social, “foi assegurada a coexistência de políticas estatais com políticas de mercado”, o que aos poucos se tornou uma “derrota” do MSB, que, no relatório final da Oitava CNS, almejava uma “progressiva estatização do setor”; mas ainda assim o texto da Carta Cidadã absorveu muitas das diretrizes da Oitava na Seção II, sendo que a regulamentação destas diretrizes foram remetidas para a Legislação Complementar (BRASIL, 2006, p. 53), que apareceria sob a forma da Lei Orgânica da Saúde, ficando no texto, portanto, apenas as diretrizes mais amplas e de ordem mais geral.

Como consequência disso, do já estabelecido na Constituição, as mobilizações da Plenária Nacional de Saúde reorientaram-se para as atividades e trabalhos da legislação infraconstitucional de regulamentação dos amplos preceitos expostos. Assim, os enfrentamentos de interesses diversos, por vezes díspares, já há muito relatados e presentes no capítulo anterior, foram materializados na ANC e no período pós-Constituinte, na atuação da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, entre uma multiplicidade de representantes do MS, do MPAS, dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, do setor privado, das universidades, das entidades profissionais e de usuários, e outras instituições.

Em resumo, os debates mais polarizados ocorreram nos “pontos mais polêmicos da regulamentação – a descentralização da gestão, a relação público-privado¹⁶⁸ e o controle social – em dois grandes blocos”, basicamente, o dos

à indústria farmacêutica e aos hospitais filantrópicos. Em 2018, a título de exemplo, os subsídios estatais chegaram a R\$ 32,5 bilhões – o que representa ajuda financeira ao setor privado, sendo o orçamento do MS daquele ano na casa dos R\$ 100 bilhões. Os valores foram mapeados em um estudo do IPEA. Para mais, conferir: entrevista com o economista Carlos Ôcke-Reis à Raquel Torres, publicada por “Outra Saúde” em 06 de agosto de 2018. Em 2015 a renúncia alcançou 12,5 bilhões (OCKE-REIS, 2018).

¹⁶⁸ “No decorrer das audiências públicas, as divergências entre os depoentes se materializaram no debate público versus privado, que foi marcado por posições fortemente ideológicas. Em sua maioria, os depoentes posicionavam-se contra um sistema de saúde “privatizante”, em que a saúde é tratada como simples mercadoria sujeita às leis de mercado. Eram, portanto, favoráveis a um modelo público, estatal e gratuito, em que a prioridade seria a saúde da população em oposição ao

militantes do MSB, com uma base já mais larga, no espírito da Oitava CNS, organizados na Plenária Nacional de Saúde e claro, defendendo o máximo de regulação dos dispositivos constitucionais, aos moldes das propostas trabalhadas no curso das duas décadas; e a oposição, unidos e congregados na Federação Brasileira de Hospitais – FBH e em outras entidades do setor privado, que defendiam uma regulamentação mínima e contrária aos interesses dos primeiros, certo de que ambos os grupos se articulavam junto às bancadas dos parlamentares de diversos partidos (BRASIL, 2006, p. 54).

Arlindo Fábio, coordenador da CNRS, como visto, apreendeu a Plenária como uma “confluência de um processo de lutas”, isto é, foi na Plenária que o MSB (ou movimentos) encontraram a possibilidade de operacionalizar uma maior organicidade no debate, uma resistência no campo institucional, ainda que de maneira não oficial (devido as características da Plenária), revelando-se, ou melhor, configurando-se como um momento-espço de manifestação plural sob o constructo contínuo da Reforma Sanitária Brasileira, que já vinha há muito sendo pensada pelo MSB (no processo de articulação, que não foi tratado especificamente no estudo), não sendo, portanto, uma obra da Plenária, mas sim uma expressão do que foi elaborado na Oitava CNS, que, a seu turno, é a publicização de longos anos de debate e construção. Em seus termos:

Chega um determinado momento em que as questões vão se estruturando acerca da Reforma Sanitária e se começa a sentir a necessidade de uma organicidade maior nesse debate. Então, o que pensa o pessoal da enfermagem, o que pensam os médicos, as santas casas de misericórdia, os sindicatos rurais, os sindicatos dos trabalhadores da indústria e comércio? Todos os que pensam querem se manifestar. A plenária de entidades vem exatamente dentro disso, numa perspectiva plural, numa base da necessidade da Reforma que já vinha sendo pensada. A gente não formulou a proposta da Reforma Sanitária que sai da 8ª CNS e que vai para a Constituição. Ela não é gerada, gestada nesse período de 1986 a 1988. É todo um processo de fermentação de instituições de ensino e de pesquisa, de entidades que já vinham formulando [...] (BRASIL, 2006, p. 90).

Quanto à eficácia da Plenária, é interessante apontar, tal como visto por ANDRADE ET AL (2013, p. 266), que esta se deu especialmente pelo “uso adequado de três instrumentos” de resistência: (i) a elevada capacidade técnico-teórica de formular um projeto de texto constitucional objetivo, de fácil leitura e

lucro. Nesse sentido, vários participantes, entre eles a CUT e a Coordenação Nacional de Associações de Moradores (Conam), posicionaram-se contrariamente à participação do setor privado na prestação de serviços de saúde à população, assumindo uma postura claramente favorável à estatização do setor” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2009, p. 467).

consistente; (ii) a pressão que exerceram de modo continuado sobre os constituintes; e (iii) e a mobilização da sociedade civil organizada, não tão quantitativamente considerável assim, o que não exclui este elemento como um dos determinantes do seu relativo sucesso, bem como da própria Constituinte em si quanto à Saúde.

Por fim, a Plenária Nacional de Saúde foi uma tentativa de resposta frente o caráter meramente “consultivo” da CNRS, que, de certa forma, desencantou os atores do MSB, já mais antigos e os que tinham se aglomerado mais recentemente, como que refletindo o desejo de liberdade, de autonormatização/autorregulação da vida, de estar junto dos procedimentos para a confecção das “Instituições e das Leis”. E esta “resposta” fica explícita quando da edição do Manifesto de 1987 e também com a Emenda Popular, como uma forma de dar vazão aos desejos de participação, de resistência pública, que, ao longo das duas décadas analisadas, indicava que havia se tornado um hábito, tanto dos espaços institucionalizados, vistas, por exemplo, com as “ocupações das estruturas estatais”, que, por sua vez, iam desde os postos mais “baixos”, isto é, com menor poder decisório, aos mais elevados, com maior poder, conseqüentemente; tanto dos espaços mais livres, mais fluidos, por onde normalmente correm os rios dos movimentos populares, por onde costumeiramente as ondas dos movimentos se propagam.

Mais uma vez, com a Plenária, em maior grau, haja vista a maior organicidade e proximidade com a população, e com seu caráter forçadamente “não consultivo”, apesar de não vinculante; e também com a Comissão Nacional, em menor grau, devido aos fatores já apontados, que tinha em seu quadro figuras que transitavam também nos ambientes da Plenária, foi possível perceber como os cidadãos e os corpos coletivos aos quais eles estavam vinculados conseguiram atravessar as barreiras, os sulcos, impostos por Governos abertamente autoritários.

Como também, prosseguindo, muitas vezes, só que de forma mais velada, para conter as influências da população, em tentativas de cortarem os fios que ligam o “demos” com a “pólis”, como se possível fosse, àquela altura, pelo menos, obstruir a força da vontade e do desejo dos cidadãos mobilizados, exercendo as suas potências constituintes, em manifesto exercício de resistência imanente, que havia encontrado, isto é, conquistado, nestes espaços-tempos, incluindo, é claro, a histórica Oitava CNS, oportunidades de se tornarem hábito,

costume, atividade corriqueira do comum, da vida cotidiana, sendo mesmo oportunidades singulares de o Estado possibilitar um maior grau de liberdade aos cidadãos, e não súditos, pois puderam, ali, especialmente, manifestarem-se em favor das políticas e das posturas existenciais no mundo, em caráter afirmativo e não de negação, vez que os trabalhos que foram realizados baseavam-se em planos, traçados, esculturas, que vinham há muito sendo construídas coletivamente pelo MSB, e era chegado o momento de implementá-los, na qualidade de um política de Estado e em benefício de todos, sem nenhuma distinção ou preconceito. Ou seja, construir um comum.

Eram, portanto, instantes, circunstâncias, conjunturas em que as individualidades micropolíticas/moleculares, reunidas em seus corpos macropolíticos/moleculares, atuariam em macropolíticas, definindo rumos do Estado, conceituando, porque não dizer, a própria Soberania, oferecendo-lhe os elementos nutritivos necessários, ou mesmo precedendo-a, pois que lhe dá vida, ânimo, espírito e vitalidade.

Eram, neste sentido, ocasiões “especiais” para as relações de composições entre as individualidades, havendo condições materiais para o exercício de constituição do comum, do coletivo, da potência soberana, que, daria ao lugar ao texto Constitucional prevendo o SUS, e logo em seguida, dois anos depois, a Lei Orgânica da Saúde, regulamentando esta conquista histórica, fruto da sociedade, ainda que nesta definição de sociedade não esteja implicada todo o tecido social nacional, como será visto, já que, como a própria emenda popular da saúde demonstrou, os números não foram tão altos assim (55.117 subscritores, frente à emenda da Reforma Agrária, por exemplo, que teve mais de 1,3 milhão de assinaturas e a da Educação, na faixa de 1 milhão).

Fato também claramente observado é que, a nosso ver, dotada de um grau de organização política, mas que não atuava, pelo menos ali, com base no medo ou na opressão, o que impossibilitaria a constituição de um comum, mas, pelo contrário, pois se poderiam encontrar os afetos de sociabilidade que permitem a construção de um corpo social e político (STERN, 2008, p. 98), expressando a potência coletiva.

No verbo de SPINOZA (2009, V, § 4º, p. 44):

se numa cidade os súditos não tomam as armas porque estão dominados pelo terror, deve-se dizer, não que aí reina a paz, mas, antes, que a guerra aí não reina. A paz, com efeito, não é a simples ausência de guerra, é uma virtude que tem sua origem na força da alma, pois que a obediência (...) é uma vontade constante de fazer o que, segundo o direito comum da cidade, deve ser feito. Uma cidade, é preciso dizê-lo ainda, em que a paz é efeito da inércia dos súditos conduzidos como um rebanho e formados unicamente na servidão, merece mais o nome de solidão que o de cidade.

Ora, em sendo a obediência a “vontade constante de fazer o que, segundo o direito comum da cidade, deve ser feito”, parece que estes momentos, especialmente eles, somados às lutas na Constituinte, é claro, são manifestações claras dos sujeitos de atuarem consoante as leis da cidade, vez que havia previsão para todos estes eventos, e então elas, na qualidade de cidadãs, “empenharam as suas armas” e foram para os campos de batalhas, a Oitava CNS, a Plenária, de alguma forma a Comissão Nacional, e a Constituinte.

E como não reconhecer que estes eventos são, tal como preceitua para a expressão do Direito Civil, a expressão das relações de composição entre as individualidades, estando as suas atuações baseadas em leis comuns constituídas, mas, acima de tudo, sendo aquelas atuações ali, da década de 1980 do MSB um exemplo de configuração das leis, e não de qualquer lei do país, mas a Lei Maior, a Constituição, que acabou por expressar os conflitos da sociedade justamente porque foi a expressão máxima das relações de composição dos que lá estavam fisicamente, e dos que lá estavam sendo representados (sem entrar no problema da representação aqui agora).

Quanto ao *imperium*, o poder político, o mesmo parece se aplicar, sendo este especificamente o poder de gerir a coisa pública. Ora, uma das lutas, ou das frentes de lutas do MSB, era de estabelecer, permanentemente, o poder de gerência e de criação à população, à sociedade civil, o que ficou conhecido como “controle social” na legislação.

CONCLUSÕES

Não se pode conseguir um conhecimento
Da natureza, nem a conquista de uma verdade,
Se não houver liberdade para todos, no exercício
Da manifestação do pensamento.
Samuel Pessoa, em Ensaio Médico-Sociais (edição-
homenagem póstuma ao cientista, professor, sanitarista e
político).

Síntese do Trabalho

Especificamente foram observados no Capítulo 1 os aspectos referentes ao Direito de Resistência em Spinoza, começando por diferenciá-lo de outras óticas, para em seguida tecer as “fibras introdutórias” do conceito em Benedictus e do contexto á época, marcado por guerras e com discussões a respeito da Soberania, cuja síntese ocorre com unicidade (ou não diferenciação) de um Poder do Estado e um suposto “outro” social, pois o processo de constituição/permanência do Estado e da Sociedade se dá simultaneamente e de modo correlato.

Decorre daí a indistinção entre obediência e resistência, tensão posta como constitutiva e como capaz de trazer uma “solução” ao problema da liberdade da multidão, isto é, como fazer que as tensões da cidade não se degridem em guerra; e desta não distinção que também deriva o trabalho de Spinoza de realizar uma ampla defesa da liberdade e da resistência (e não de legitimar a obediência). Todavia, isto se dá de modo específico: justamente quando a obediência política “encontra caminhos de institucionalização, que, à medida que se torna um hábito – em um processo contínuo de exercício – veda a mutação negativa do cidadão para a condição de servo”, pois a singularidade que resiste está, em realidade, obedecendo.

A partir da resistência é que se apreende com nitidez e profundidade o “jogo conflitante de desejos, interesses, tendências”, de contínuos enfrentamentos em todo o Plano Político (em suas mais diversas faces, sobrepostas, em verdade – micro, médio e macropolíticas), como se deu no processo de disputas institucionais do Movimento Sanitarista, desde a articulação do Movimento (não analisado), como também, e, sobretudo, na Oitava Conferência, na CNRS, na Plenária e na Constituinte de 1987-1988.

Pela recusa do individualismo e do “contratualismo” político, o conceito da multidão advém, já com um problema, o da sua liberdade, e como elemento central no pensamento político do holandês, pois é com a constituição do comum (potência coletiva) que surgirão as “Leis e o Império, “*conatus*” de ordem coletiva que, dada a imanência do social e do político, fazem com que as leis sejam resultados das relações de composições entre as singularidades, em constantes processos de resistências (institucionalizadas ou não), bem como Império (poder de gerir a coisa pública), que não se afasta da sua causa imanente.

Como o *Conatus* é sempre atual (e não um potencial), e dada a identidade entre direito e potência, o primeiro é sempre indissociável do seu exercício, e não obstante esse caráter mais singularizado, pela construção supra, é fundamental que haja as relações de composição entre os sujeitos (não desaguando em estado de natureza), tal como se deu nos processos institucionais analisados, nitidamente em concretude de ações políticas de resistência (afirmativas), possibilitando a constituição do comum de modo livre, e não com base no medo recíproco e na opressão, inibidores dos afetos de sociabilidade.

O Movimento Sanitário, como pode ser compreendido da leitura do trabalho, foi um grande fluxo (de ordem micro, médio e macro) gerado por uma multiplicidade de atores sociais, com bandeiras mais ou menos semelhantes, mas que na luta política souberam lutar pela constituição de um comum, em nítidas relações de composições, que se uniram em favor da criação de um grande projeto compartilhado entre todos, o SUS, principal bandeira da RSB neste período, em que pese os desejos extrapolassem a emergência do sistema unificado em si.

Devido a indiferenciação entre resistência e obediência, o Poder Constituinte da multidão (das singularidades, inseridos ou não em corpos mais coletivo-complexos) pode se expressar de forma direta, sem ser compreendida como uma ameaça à continuidade do Poder Constituído, que não é visto como imutável, mas radicalmente inserido em dinâmicas “de forças, de fluxos materiais, energéticos, espirituais, emocionais”, isto é, processos flutuantes de permanente instabilidade (consolidação/desconsolidação), a variar consoante os fluxos envolvidos e articulados no tabuleiro do Poder, expressados nas singularidades e nas próprias instituições.

E como a resistência não se restringe a “insurreições esporádicas” (contra abusos de poder, por exemplo), ela se dá sempre, de modo continuado, na

existência, que é sempre política, considerando ainda, e, sobretudo, que, ontologicamente falando, o ato de existir em si já é uma resistência, pois estamos sempre em perseveração. A resistência, longe de ser ameaça, é ato constitutivo de cada singularidade, é a própria potência de cada ser em seu exercício infinito de contínua criação, por meio dos “encontros e reencontros”, intersingulares ou com as instituições.

Neste sentido é que se põe o MSB como já em constituição quando foram inaugurados no país os Departamentos de Medicina Preventiva e Social nas Universidades, ocasião em que as potências criativas e geradoras das transformações do pensamento médico (e da saúde pública em geral) passaram a ser canalizadas, tanto por meio dos membros quanto das instituições em si (sem homogeneizações e totalizações de qualquer natureza, é claro).

E com BOVE se percebe que o direito de resistência “é o próprio conatus da multidão, potência sempre atual e produtiva do campo político”, criador das leis e do Império, bem como da própria comunidade, pois a multidão é a “força geradora imanente das cidades, seus regulamentos institucionais e para-institucionais”. A participação (popular) da multidão no exercício do Poder Político resguarda, ainda a Cidade, e isso ficou nítido na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988, das ambições dos fortes e das dominações de ordem particular (os interesses privatísticos), que costumeiramente tentam afrontar os “direitos comuns multitudinários” com a normatização (jurídico-política) das posições (ideologias, doutrinas, pensamentos, filosofias, desejos) de pequenos grupos poderosos, na manutenção dos seus privilégios, por exemplo, a tentativa de obstaculizar o sistema público, gratuito, universal e sob controle cidadão que foi alcançado pelo SUS na Constituição, ou na manutenção de determinadas formas de financiamento para o setor saúde.

E para que a resistência se efetive, na constituição de um regime democrático, é fundamental que ela seja institucionalizada, tal como se dá, por exemplo, com o controle e fiscalização popular do SUS, como ocorre com as Conferências Nacionais de Saúde, e como aconteceu no seio da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988, especialmente na Plenária da Saúde e em menor grau na CNRS. Ou seja, para que haja a democracia efetiva é preciso considerar a criação de instituições permanentes que na prática assegurem “as condições materiais do exercício deste direito de resistir”.

Procurou-se, então, responder ao duplo questionamento articulado: se o MSB, em suas lutas institucionais, em favor de uma saúde pública, gratuita e de qualidade, que se materializou com o SUS (mas não somente, haja vista os demais programas anteriores, como o SUDS) significou a defesa do Império frente aos interesses particularistas, isto é, se o Movimento foi uma resistência política (sim), que se institucionalizou (sim), e que acabou por, nestas lutas, criar as condições de implantação de mecanismos fluentes, permanentes da resistência multitudinária, com o controle social-cidadão (sim); e ainda uma representação simbólica do povo em armas (sim) e o alargamento da concretude da Soberania, a partir do oferecimento das condições materiais de expressão do Poder Constituinte junto ao Constituído.

Da união afetiva entre os atores do MSB advieram estas alterações e a normatização do SUS, sendo certo que as Conferências Nacionais não são novidades, mas de que o Princípio da Participação Social foi sim, significando uma afirmação de permanência da democracia e a partir daí uma proliferação de modos e instâncias de participação em todos os níveis federativos, autênticas arenas públicas de constituição do comum, especialmente as etapas preparatórias das Conferências, que exprimiram de forma mais direta e clara essa defesa da Cidade e suas instituições e leis, em face dos interesses particularistas.

Passou-se a compreender que o MSB, em exercício das suas potências criadoras, criativas, inovadoras e engajadas, criaram espaços de trabalho, ação e intervenção a partir dos diálogos institucionais, resultando em ganhos formidáveis à democracia, que se fazia retornar a partir do enfraquecimento da Ditadura; bem como SUS passa a ser visto como a expressão do estabelecimento das leis comuns, em nítida confecção do Império e da própria comunidade, como se depreende dos estudos sobre as afecções.

A ideia era verificar a plausibilidade de enxergar o SUS, tecido social e politicamente pela multidão, como obra do constructo coletivo articulado e como assegurado, em sua engenharia (com a Lei Orgânica da Saúde e os princípios constitucionais que lhe dirigem) das condições materiais da prática da resistência da multidão, sendo mesmo uma forma de expressão do Poder Constituinte em convivência democrática e simultânea com o Constituído.

No segundo capítulo da dissertação falou-se da “Gênese” do MSB, isto é, da sua origem, radicada principalmente nos DMPs das Faculdades de Medicina e que acabou se tornando a liderança na reformulação do Campo Saúde, a partir da atuação em projetos de extensão, das secretarias municipais e posteriormente também nas estaduais de saúde, implementando políticas alternativas de saúde às postas pelo Regime Autoritário; bem como dos próprios Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, a partir do fenômeno da ocupação dos cargos técnico-administrativos por singularidades constituintes do MSB.

A abordagem a partir da gênese (capítulo 2) e das lutas institucionais (capítulos 3 e 4), com menções a respeito da conjuntura de cada momento, reconhecidamente não abordando a articulação em si do Movimento, foi necessária para que pudesse ficar nítido que a materialização do SUS, pelo menos até a sua positivação na Carta Cidadã, só foi possível pela atuação do MSB, sobretudo em suas lutas institucionais, quando abertamente os seus atores fizeram a aposta de transformação a partir do próprio Estado (nesse processo de institucionalização), caminhando lado a lado das instâncias político-jurídicas oficiais (Legislativo e Executivo). E assim, com este processo formado, fosse possível verificar por meio desta análise histórica e do MSB, se todas estas ações em conjunto, configurando este fenômeno complexo, poderiam ser apreendidas como um contínuo de resistência, aos moldes do que foi trabalhado no primeiro capítulo.

Foi, portanto, prosseguindo, na Academia que se deu, a partir de fins dos anos 1960 e primórdios da década de 1970, o pensamento médico-social no país, com profundas distinções e operando críticas radicais à medicina preventiva então praticada, de cunho positivista, passando a operar sob alicerces teórico-metodológicos novos, como a abordagem histórico-estrutural, com o apoio de algumas organizações como a OPAS. Nestes espaços acadêmicos que foram construídas as bases do Movimento Sanitário no país, conjugando esforços de estudantes, professores e profissionais atuantes do Campo Saúde, muito motivados pela luta transformadora da realidade ditatorial e das condições de saúde da população em geral.

O segundo ciclo deste primeiro momento de gênese foi a institucionalização progressiva dos projetos de medicina comunitária dos DMPs nas Prefeituras de Campinas, Niterói e Londrina, com a participação dos docentes

acadêmicos vinculados à esses Departamentos na gestão efetiva da saúde em alguns municípios, o que inicialmente só era feito em determinados bairros, facilitada pela eleição de prefeitos da oposição em 1976. E aos poucos foi gestado um encontro das Secretarias Municipais de Saúde em 1978, com a participação destes secretários, além do de Montes Claros, fundamental, que também passou a operar transformações na saúde; e todo o processo conjunto foi ganhando divulgação, como a partir da Revista Saúde em Debate do CEBES, e promoção por parte do Movimento em geral.

Dentro dos DMPs operavam-se então mudanças nas práticas médicas, de todos os profissionais de saúde, a partir de uma tomada de consciência deste pessoal, e assim pudesse ser efetivamente reformulada a conduta profissional em geral, influenciada pelo enxerto de novos conhecimentos ligados às ciências humanas e sociais, como o conceito ecológico (ampliado) de saúde-doença, radicalmente dinâmico. E neste sentido trata-se dos conceitos estratégicos de uma medicina preventiva enquanto prática interventiva social, com base em Arouca, sendo certo que a “consolidação” dos DMPs não se deu sem intensas discussões e disputas, como para a introdução de Marx e da determinação social das enfermidades.

Aliado aos Departamentos citados havia a Medicina Comunitária e seus programas, que também operavam com base nesta multicausalidade e interdisciplinariedade nos diagnósticos e estudos sócio-biológicos, sendo que ambas as mudanças chegaram à América Latina após o processo de reformulação da matriz curricular, reação direta à hiperespecialização e à desumanização no tratamento. Todavia, é preciso dizer que os programas nacionais de Medicina Comunitária saltavam aos olhos dos governos latino-americanos por serem substancialmente mais baratos economicamente, conectando-se assim aos ideais de racionalização do período. Com toda esta análise de contexto, de meio ambiente, de forma quase “natural”, ou melhor, como decorrência lógica, esse ímpeto de transformação e higienização (ampla) dos espaços externos (além da individualidade) passava a ser objetivo dos profissionais desta área.

Interessante é também mencionar a movimentação estudantil, que formou um dos atores coletivos da Reforma, que não satisfeitos com os horizontes da profissão e por serem politizados, inquietaram-se com o método das atividades médicas e com o governo ditatorial, procurando alcançar a população mais

necessitada, quando passaram a oferecer consultas e a participar de campanhas e dos movimentos dos bairros e comunitários, levando estes elementos para os ambientes acadêmicos, como pode ser visto no Movimento da Zona Leste de São Paulo.

Aponta Escorel que os projetos de Medicina Comunitária tiveram, basicamente, duas grandes fases, com metas delimitadas: a primeira a fim de oferecer ao estudante uma visão extra-acadêmica e hospitalar, para que pudesse alcançar as reais demandas da população, tornando-se locais de resistência e enfrentamentos; e a segunda com vistas à produção de inflexões no Campo Saúde, buscando reajustes nos programas e projetos em prol da inclusão da participação ativa da população, “tanto na constituição quanto na administração” dos serviços sanitários, bem como da simplificação e racionalização das ações para uma melhor distribuição dos serviços. Em ambas as fases também houve a atuação ímpar do residentes e internos dos DMPs, que acabariam por constituir projetos alternativos que logo mais serviriam como modelos experimentais aos futuros projetos institucionais, como os do Vale do Jequitinhonha (MG), o de Paulínia (Campinas – SP) e o programa integracional (docência e assistência) criado pela UnB juntamente com a OPAS/Kellogg e implantado em Sobradinho e Planaltina (DF).

Tratou-se ainda das três visões distintas no campo sanitário, à época, a preventivista, a racionalizadora e a médico-social, sendo exemplos desta última o IMS/UERJ, os DMPs da UNICAMP e da USP, e posteriormente a ENSP, sendo que é nesta última, sobretudo, que o elemento social ganha contornos determinantes mais incisivos e põe o sanitarista como uma singularidade transformadora do seu contexto; e claro, as correntes passam a disputar a hegemonia entre si. Assim, os DMPs passam a incorporar novos cientistas, novos objetos de estudos (via estudantes), novas bibliografias, e o uso das ciências sócias tornam-se cada vez mais frequentes.

Em seguida, ainda no capítulo 2, tratou-se da “Abertura Política” e da “Ampliação dos Espaços Institucionais”, a partir da promessa de Geisel de “abertura lenta, gradual e segura”, extremamente estrategista para os militares, já desgastados, mencionado as razões para tal e as sucessivas violações de direitos humanos perpetradas pela Ditadura, e claro, o “pseudo-milagre” econômico, que nesta perspectiva mais ampla, deu azo também as históricas greves na região do

ABC paulista. Durante este Governo Ditatorial, portanto, pelos grandes e sucessivos descontentamentos, uma multiplicidade de setores da sociedade começaram a se articular contra a Ditadura e a favor da democratização, como foi o caso do Movimento Sanitário. Do crescimento das resistências, tratou-se da estudantil, da Igreja Católica (CEBs, Movimento Custo de Vida), da classe média e alta (AB, ABI, SBPC e Movimento pela Anistia), do sindicalismo (Novo Sindicalismo).

Mesmo com os paradoxos do Governo Geisel, foi o II PND, cujo maior objetivo econômico era o estímulo da produção e em favor do crescimento do país (resposta ao “milagre”, à crise e à falta de legitimidade social), que permitiu o início da consolidação do projeto do MSB, justamente por ter alargado os espaços institucionais disponíveis para a ocupação por parte dos atores sanitários dos cargos e programas que seriam lançados, penetrando, assim, o campo oficial-legal das instituições e, por consequência, a transformação do pensamento sanitário no Brasil nos *loci* governamentais. E como não dispunham de quadros suficientes para lotação em todos os espaços abertos, acabou criando “regiões extensionais institucionais para sujeitos de pensamentos contrários ao do regime, ou mesmo antagônicos”, o que foi uma das grandes brechas do MSB, enquanto movimento que se institucionalizava (atuando no e com o aparelho de Estado), que mais tarde desaguaria no SUS.

Estes espaços foram, nestes tempos de gênese, conforme Escorel e outros, basicamente três, decorrentes da preocupação social do II PND, formando “verdadeiros sustentáculos institucionais para a articulação e ao mesmo tempo estruturação, dentro da leitura processualista do fluxo” do MSB, quais sejam: o (i) o setor Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/IPEA), (ii) a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e (iii) o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS (PPREPS/OPAS). Estas três extensões espaciais gradualmente foram se articulando para a confecção de uma malha de apoio de projetos e de indivíduos, com o financiamento de pesquisas, contratação de pessoal, agenciamento com secretarias estaduais de saúde e a formulação e defesa de propostas distintas das padronizadas para a organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento dos recursos humanos, cruciais para a consolidação do MSB.

Foi a partir destes espaços, por exemplo, que foi possível incrementar os recursos direcionados à Academia, tornando possível o avanço do IMS/UERJ e a criação do PESES e PEPPE na FIOCRUZ; bem como, já vinculado à SEPLAN e ao IPEA que nasceram o PRONAN e o PIASS (assessorias de Mário e de Gentile de Mello) e o PLUS (convênio entre o IPEA e o INPS), sendo que o IPEA era visto nesta época, como um exemplo de modernização e racionalização, além de um espaço de liberdade quanto ao tratamento dos assuntos governamentais que não se tinha em outros órgãos. Assim, ainda que o II PND fosse autoritário, como os demais planejamentos, continha em si um diferencial, a abertura para a entrada das questões sociais.

O IPEA, ainda, caracterizou-se como multiprofissional (raro), interdisciplinar, com abordagem econômica dos elementos sociais, e discutindo as relações entre economia e saúde, nas quais trazia as ideias do “sanitarismo desenvolvimentista” e as propostas de descentralização, municipalização e necessidade de elaboração de um Plano Nacional de Saúde (Mário Magalhães)

A OPAS, visando a consecução dos planos do II PND, por sua vez, esteve mais vinculada à preparação e distribuição de pessoal em Saúde, estimulando a criação no MS de um grupo de trabalho interministerial para difusão das propostas da OPAS (racionalização, extensão da cobertura, instrumentos de planejamento), finalizado em 1975, ocasião em que o MS e o MEC formaliza um convênio com a OPAS/OMS para implementação da área de apoio à preparação e distribuição de pessoal, gerando o PPREPS, sendo que um dos principais programas com o qual o PPREPS contribuiu foi o PIASS.

Este, por sua vez, pautou-se em dois grandes propósitos: aumento do alcance da cobertura dos serviços médicos, sobretudo em áreas rurais; e a regionalização da atenção e da assistência médica, descentralizada, hierarquizada e com foco nos cuidados primários – princípios defendidos pela OPAS, e como era necessário capacitar pessoal técnico e auxiliar, o PPREPS foi a resposta a esta demanda, certo de que o PPREPS/OPAS foi também um espaço acolhedor de sujeitos cuja ficha era recusada pelo SNI, impedindo-as de trabalharem nas instituições pátrias.

Ainda no capítulo segundo tratou-se do Sistema Nacional de Saúde, operador do “Tratado de Tordesilhas” marcado pela mercantilização da medicina e sob o comando da Previdência Social, pontos que o MSB nascente desejava

mudar, com a estatização da saúde e denunciado a aliança entre “uma burocracia estatizada e os interesses privados” para a obtenção de lucros, ainda que houvesse a corrente dos publicistas no setor público, como Gentile de Mello, Nildo Aguiar e Murilo Villela Bastos. A partir de 1974 foi que as consequências da contradição decorrente da expansão da cobertura via compra de serviços do setor privado passaram a ser mais caracterizadas, e assim as necessidades de mudança, o que todavia não alterou o regime de privilégios gozados pela linha médico-empresarial, mas alterando a arena política, que passou a questionar publicamente a política hegemonicamente adotada para o Campo Saúde.

Como o II PND pontuou as dificuldades do setor como de ordem gerencial e administrativa, talvez aí tenha-se a justificação da alocação de recursos para o Campo e as propostas de orientação tenham se caracterizado pelo modo institucional de remodelação. Dentre as medidas destacaram-se a criação do MPAS, o convênio MEC/MPAS, o PPA, a criação do CDS, do FAS e do DATAPREV, e a institucionalização do complexo previdenciário com a formação do SINPAS, subordinado ao MPAS.

Houve também as disputas nos Hospitais Universitários (os interesses publicistas do INPS e os interesses privatizantes dos próprios hospitais), estando em jogo a sobrevivência destes hospitais, dependentes do INPS, passando a operar uma série de medidas e planos para que estes continuassem operantes, por exemplo, a partir do FAS (fundo de financiamento à iniciativa privada que contribuiu no processo de tornar a saúde um negócio altamente lucrativo).

Outra importante medida foi a criação do DATAPREV, cujo fim era a modernização da administração previdenciária, e que possibilitou evidenciar os mecanismos de fraude utilizados até então, que foram substituídos por outros); e fechando o ciclo de institucionalização da Previdência Social teve-se a criação do SINPAS, composto de três institutos: INAMPS (assistência médica), INPS (benefícios) e IAPAS (controle financeiro), de duas fundações: LBA e FUNABEM; uma empresa: DATAPREV; e uma autarquia, a CEME. Não obstante as mudanças, os interesses lucrativos continuaram se sobrepondo aos objetivos sociais; e pelos mecanismos de financiamento e de repasse de recursos, o MS era fraco, ao passo que o MPAS hipercentralizava os recursos e os poderes decisórios, deixando a saúde em segundo plano; e a formulação da política de

saúde, que seria do MS acabava sendo assumida pelo MPAS, certo de que nesta época, o MS representava um visão diferente, racionalizadora.

E ainda que a conjuntura não estivesse favorável pela conservação dos interesses privatistas e mercantis no seio do SNS, na saúde pública em geral dois fatores se mostraram favoráveis: a renovação dos quadros (por exemplo, a ocupação da secretaria-geral pelo Dr. José Carlos Seixas e o recrutamento por ele operado de sanitaristas atuantes no movimento estudantil da década de 1960, influenciados pela OPAS também, que mesmo não se alinhando ao pensamento médico-social a este se aliaram para combater o pensamento “sanitarista campanhista”, bem como se aliaram ao “sanitarista desenvolvimentista” do CNRH/IPEA) e o aumento relativo de recursos financeiros destinados (via crescimento orçamentário e de programas interministeriais).

E na luta pela recuperação da função de coordenador geral da política de saúde, o MS adotaria algumas estratégias de atuação voltadas às áreas de conflito não conflagrado com os interesses hegemônicos, a partir de três instrumentos: a recuperação das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), a implementação de programas inovadores e a tentativa de estabelecer mecanismos de coordenação política para o Campo Saúde.

Assim, em 1975, como instrumento político do MS, realizou-se a V CNS, sendo o tema de maior destaque o próprio SNS, e cujo caráter participativo ficou restrito aos técnicos, profissionais e funcionários das instituições. Conquanto esta característica, foi nesta V CNS que se legitimaram propostas de atenção à saúde voltadas às populações mais marginalizadas a partir do mecanismo de participação destas populações (medicina simplificada e participação popular), para que as próprias ações integradas tivessem maiores chances de êxito, influenciados também pela OPAS/OMS, cujas experiências exitosas relatadas em livros apontavam para a necessidade de a população participar de modo mais ativo, mais direto nos programas locais. Também a partir da V CNS que o MS buscou executar os programas de cobertura estendida, conforme os temas trabalhados na Conferência, sendo o PIASS um exemplo.

A Sexta CNS, ocorrida dois anos após a Quinta, buscou uma discussão mais técnica, pois a dificuldade de regulamentação da SNS vedava avanços da formulação e reformulação das políticas. Na Conferência, o grupo mais progressista enfrentou não somente as tradicionais oposições, como também o

próprio MS em alguns temas, como a falta de alteração mais significativa no âmbito político e operacional que eles buscavam; e foi aí que o MSB passou a delimitar melhor a sua identidade, “passando de reações pontuais contra as medidas conservadoras e autoritárias do Regime, como um Movimento de e por saúde, com atores sendo definidos”, institucionalizados ou não, de certo modo de preparando para a segunda metade da década de 1980 quando no encontro “mais forte” com o Estado, permitindo a análise de um movimento que busca resistir dentro das vias legais, ocupando os espaços de poder do aparelho estatal, e assim, a partir das suas individualidades, construtores das propostas e práticas das entidades às quais elas se vinculavam, levavam estes arcabouços para os *loci* públicos onde atuavam, contribuindo nas transformações de pensamento necessárias à conscientização sanitária, movimento fundamental da RSB, além de possibilitar ações concretas oficiais pelo fato de elas estarem inseridas nestes espaços privilegiados.

Por fim, o último tema tratado neste capítulo foi um pouco das propostas do MSB (que ficaram mais nítidas à medida que as lutas foram aparecendo), que, conforme vários, por exemplo, Sérgio Arouca, tratava-se de um projeto civilizatório, com ideais de uma sociedade mais justa, mais pacífica, menos desigual, com projetos culturais e educativos, todos voltados para a construção do bem comum (do comum) e não voltados a particularismos que ferem a ética pública. Só por esta característica já se pode apreender, intuitivamente, que a RSB, enquanto proposta total, não se efetivou completamente.

E como qualquer organização ao longo do tempo, é claro que as suas propostas não ficaram restritas às da sua gênese, isto é, se transformaram ao longo do tempo, até mesmo por conta da correlação de forças, quando se vai para o tabuleiro político institucional, sofrendo modificações quanto às propostas de atuação no enfrentamento das cooptações e individualismos muito presentes no Campo Saúde, a partir de uma visão efetivamente democrática.

Foi aí, ainda, que se colocou alguns dos problemas encontrados no modelo de saúde do país, como a “dupla determinação” (a colocação de quase todo o ônus do crescimento econômico nos assalariados e quanto à política de saúde, a ênfase no empresariamento, cujo fim é o lucro); a perda de dignidade dos trabalhadores do campo saúde; o modo autocrático da política de saúde; a compra de serviços de empresas privadas que suga os recursos da Previdência; o lucro das empresas

médicas que se baseiam no salário da população trabalhadora; o financiamento da expansão dos serviços privados coordenado pelo Governo, mas a partir da poupança da população; a ineficiência das políticas de saúde pública; a formação de recursos humanos opera na mesma lógica concentradora e privatizante; a produção de medicamentos desnacionaliza-se cada vez mais, causando dependência externa igualmente crescente; e a dependência externa também quanto aos equipamentos médicos.

Dado os problemas e suas especificidades, era necessário ser propositivo, e assim, de modo geral, a luta por uma saúde democrática passava pelo reconhecimento de quatro pontos: de que a saúde é um direito universal e inalienável da singularidade humana; de que as condições de ordem socioeconômica são as viabilizadoras da preservação da saúde; de que as ações médicas possuem responsabilidade parcial, mas na intransferível na promoção da saúde; e de que, dado o caráter social deste direito, é responsabilidade da coletividade e do Estado a sua efetiva implementação.

E para alcançar este nível de saúde, o MSB traçou algumas medidas fundamentais: deter o empresariamento da medicina e transformar os atos médicos em bem social gratuito; a criação de um Sistema Único de Saúde, sob total responsabilidade (de todos os tipos) do Estado; a delegação ao Estado da tarefa de planejamento e execução da política de saúde; o estabelecimento dos mecanismos de financiamento deste sistema, que deveria ser descentralizado, permitindo uma autêntica participação democrática dos sujeitos cidadãos, buscando ainda maior eficácia. Seria ainda importante a formulação de um estatuto de convivência entre a prática assalariada vinculada ao SUS e a prática nos consultórios particulares; e a definição de estratégias específicas de controle e fiscalização sobre a produção e distribuição de medicamentos e sobre a produção/importação/consumo de equipamentos médicos (CEBES). Qualquer semelhança com o relatório final da Oitava CNS não seria mera coincidência, como será melhor entendido a partir das lutas institucionais.

No Terceiro Capítulo, já na Parte II (Lutas Institucionais do MSB), serão tratadas as Conferências Nacionais de Saúde, em especial à Oitava CNS, também conhecida como “Pré-constituente” da Saúde, que representou um momento de

clímax da resistência sanitária no país, a partir, é claro, de uma longa trajetória que lhe é anterior.

De antemão é preciso pontuar que a trajetória dos atores do MSB não foi independente de encontros, envolvimento e implicações, que foram fundamentais para o relativo sucesso do Movimento, mas que também demonstram a não homogeneidade entre os corpos coletivo-complexos. Na primeira parte do capítulo resgatou-se o percurso das Conferências, sendo a Oitava CNS o “marco na história” das Conferências e da Saúde Pública em geral, pois foi a primeira aberta à sociedade, o que facilitou a ação “político-institucional da resistência”, já institucionalizado enquanto Movimento (não em bloco único, mas cada ator), certo, todavia, de que nem todas as figuras estavam nos *loci* estatais (como o segmento popular da luta pela Reforma Sanitária, que é discutível para muitos se formam ou não o MSB), representando a Conferência uma oportunidade de ampliação aos planos oficiais; e por que o seu relatório final foi a base para o capítulo sobre saúde na Carta Constitucional de 1988, quando positivou-se o Sistema Único de Saúde.

E já na introdução deste capítulo trouxe uma ideia básica que perpassasse toda a dissertação, e sem a qual ela se torna algo incompreensível, de que os direitos não são dádivas, mas conquistas, a partir das resistências cidadãs; e como são elas que fazem os cidadãos, sobretudo na dimensão positiva, as CNS (bem como o MSB enquanto agregação de múltiplos corpos unitários e coletivos) são esforços de instituição permanente, contínuos, do poder político dos reais constituintes, ainda que tenha se efetivado uma reorganização institucional (da Cidade – leis e império), pelo caimento da Ditadura, a efetivação das eleições diretas, a transformação dos sistemas de saúde, que, de abertamente fragmentado foi paulatinamente, de experiência em experiência, sendo unificado, descentralizado e garantido universalmente.

A presença do Sistema Único na Carta Constitucional representou o ocaso de mais um ciclo (de duas décadas), a partir da qual se pode verificar faticamente a potência criadora e coletiva, que acabou construindo também, ou primeiro, um regime democrático, que, por sua vez, exige um esforço permanente das singularidades na manutenção dos fluxos de resistências em suas existências, para que hábitos se tornem, a serem vividos e perpetuados no cotidiano. De toda a história também se depreende que, sem exageros, se não fossem os

tensionamentos dos corpos do MSB é possível que o país ainda estivesse sob a égide de um ‘Tratado de Tordesilhas da Saúde’, que, contemporaneamente tentasse implementar novamente.

A positivação no texto constitucional e sua regulamentação legal, anos depois, representam as relações constituintes do direito, levando em consideração a composição das forças, interesses e desejos dos demais atores políticos contrários à política nacional de saúde que estava sendo gestada, extinguidora de muitos privilégios, instituidora de um patrimônio comum, que, pela força que detinham, acabaram conquistando vetos e retiradas à proposta original.

A Constituição Cidadã, embora não abordada, significou (e ainda significa) um marco em termos de reconhecimento dos direitos sociais, sendo a Saúde um dos Campos de maior potência e visibilidade na Constituinte (o que não significa dizer que sua base social era ampla), agregando múltiplos atores moleculares e molares, que juntos, ao longo de duas décadas, construíram uma proposta consistente para a gramática constitucional e legal, conseguindo sustentar propostas várias, como as de integralidade da atenção, unificação do sistema, descentralização e participação social, a partir de muitas negociações nos espaços de poder com os gestores e as influências dos três níveis federativos, mas fortalecidos pela organicidade e imanência do MSB.

Em seguida falou-se brevemente sobre os “anos dourados” da década de 1980, pois foram neles que as lutas baseadas em utopias “possíveis” foram travadas; onde se tinha utopias e projetos e onde foi possível articular diversos segmentos sociais em torno dos ideais de uma sociedade nova, que foi capaz de mobilizar multidões, sem precedentes pelo que se tem registro no país (e pelo que se conhece), ainda que não tenha produzido o estado democrático desejável por uns e outros. Foram anos cruciais e históricos para a Saúde Pública Brasileira, bem como para o MSB, tanto pelas conquistas institucionais quanto pelas lutas que as produziram, formando e aperfeiçoando singularidades cidadãs ativas, resistentes, que edificaram, tijolo por tijolo, o SUS, sem romantizações, mas antes o contrário, como uma dura e bonita mostra da realidade, e de que é possível sim, construir projetos, resistindo, e de que não há morte que resista à vida (à pujança de movimento articulado, que extrapola especialmente o Estado).

Resgatou-se a trajetória das CNSs para que fosse possível perceber que nem sempre elas foram dotadas de participação e ação social-cidadã, desde logo

ressaltando que, no geral, as CNS estiveram sempre coadunadas com os aspectos da sua conjuntura. A Sétima propôs a reestruturação e a ampliação dos serviços de saúde à população, a partir de uma rede cuja cobertura deveria ser universal; além de parecer apontar para a necessidade de articulação com a população, mesmo os mais desfavorecidos, para que se efetivasse um sistema nacional de saúde que fosse capaz de atender os seus objetivos mais amplos, o que pôde ser visto em diversas ocasiões, mas, sobretudo no Relatório Final, que ainda dispôs sobre a necessidade de participação dos usuários (destinatários finais).

Aliado à Sétima, pela proximidade temporal, foi trazido, brevemente, o 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde (1979), marco expressivo do MSB, pois foi onde o CEBES debateu a sua tão conhecida proposta de reformulação do sistema sanitário no documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, aceito por todos os grupos e partícipe do relatório final do evento; e também foi onde se pode começar a verificar a aproximação do MSB com as instâncias legal-oficiais, sobretudo o Legislativo. No documento ainda é possível perceber o porquê do lema “Saúde é Democracia”, porque desta tudo dependia.

Ainda a respeito da importância deste Simpósio e do Documento em questão, estudiosos do Movimento apontam que foram aí os primeiros tempos-espacos em que se começou a falar na ideia do Sistema Único de Saúde (em 1979), fundamental, portanto, destacá-los, sem significar preciosismos ou excessos.

O CEBES trouxe às vistas o documento que tornou público em maior escala o lançamento das sementes do MSB (fruto de muitas experiências e de multiplicidades singulares), dele podendo se extrair o projeto sólido já naquele momento, e que se vai aperfeiçoando no transcurso do tempo, defendida organicamente por um “pessoal da esquerda”, cujo instrumento-mor de divulgação do trabalho do Movimento era a Revista Saúde em Debate.

No documento já se tinha a saúde como direito universal e inalienável; a importâncias das condições ambientais na construção da saúde e da democracia; o reconhecimento da responsabilidade médica parcial, mas intransferível; o caráter social do direito à saúde, a responsabilidade dupla (sociedade e Estado) na efetiva implantação das condições ambientais.

Para isso era necessário deter o empresariamento da Medicina; transformar o ato médico em bem social gratuito; criar um Sistema Único de Saúde;

determinar que a administração do sistema cabe ao Estado; a delegação ao Sistema Único das tarefas de planificação e execução da política nacional de saúde, que incluísse: pesquisa básica, formação de recursos humanos, atenção médica individual e coletiva (curativa e preventiva), o controle ambiental, o saneamento e a nutrição mínima; o estabelecimento de mecanismos efetivos de financiamento (sem novos gravames fiscais ou impostos específicos, maior participação proporcional da saúde no orçamento federal, estaduais e municipais e alteração do sistema tributário); organização descentralizada do sistema, em três níveis federativos, estabelecendo unidades básicas (que poderiam ou não coincidir com os municípios) a fim de viabilizar a participação democrática da população em todos os níveis e instâncias do sistema, com voz e voto (não sendo apenas uma solução administrativa ou estatizante e evitando participação centralizadora corporativista e facilmente manipulável), bem como visando a uma maior eficácia, permitindo uma melhor visualização, planificação e alocação dos recursos conforme as necessidades locais; criação de um estatuto de convivência entre a prática assalariada vinculada ao Sistema Único e a prática de consultórios particulares; e a definição de uma estratégia específica de controle sobre a produção e distribuição de medicamentos, bem como da produção, importação e consumo de equipamentos médicos, atendendo às reais necessidades, majoritárias e regionalizadas da população, reduzindo ao mínimo os gastos e a sofisticação desnecessária.

Essa articulação do Movimento Social com o Legislativo, segundo o “Nelsão”, por exemplo, não foi intencional, mas aprendido na prática, o que foi fatal para os conservadores, pois teve a competência de “respeitar e entender” a dinâmica do Poder Legislativo.

A Oitava CNS gozou de uma amplitude participativa jamais vista, com técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e populares, além de dirigentes institucionais, produzindo, ao final, um Relatório tão pujante que passou a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (com fortes ecos em A Questão Democrática da Saúde), legitimado pelos segmentos sociais e levado à ANC 1987/1988 para contribuir com o debate, certo de que houve intensa mobilização de bastidores para que a Oitava CNS acontecesse do modo como se deu, sendo a ideia de Arouca e a força política de Carlos Sant’anna.

A conferência foi um momento de pensar quais eram as possibilidades reais de montar um sistema de saúde “hoje” no país – era preciso uma mobilização intensa dos atores partícipes, muito além de uma reforma administrativa e burocrática, tendo como temas: (i) saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade; (ii) reformulação do sistema nacional de saúde; e (iii) financiamento do setor saúde; e ainda contando com o acréscimo de textos-base para subsidiar os debates, de especialistas, muitos do próprio MSB.

Em seguida os textos a respeito dos três temas foram apresentados, brevemente; para, ato subsequente, tratar, do mesmo modo, os fluxos prévios à Oitava CNS, a partir das pré-conferências de âmbito estadual, que possibilitou alcançar a quantia memorável de quatro mil pessoas, sendo mil delegados com direito à voz e voto; e uma análise da Conferência de Abertura feita por Arouca, então presidente da FIOCRUZ, que destacou o convidado especial: a “sociedade civil brasileira organizada”, certo de que, por exemplo, a equipe do Vale do Jequitinhonha já tinha experiências interessantes de articulação com o social (popular), e de que até então, ocorria o fantasma da classe ausente (com o MSB falando pelas classes populares). Destacou-se ainda o conceito ampliado de saúde e a mercantilização da medicina como sendo dois pontos de extrema relevância e debate na Conferência.

O Relatório Final da Conferência foi o penúltimo tópico abordado da Conferência, no qual foi possível destrinchá-lo em todos os temas, destacando a diversidade das lutas que o MSB sugeria a partir do conceito ampliado de saúde, sem perder de vista a ideia chave de que este Relatório foi a substância norteadora das discussões na ANC de 1987/1988 para o tema saúde.

Importante foi ainda a participação influente da ABRASCO na Oitava Conferência e nas lutas institucionais seguintes, pois criou textos que fundamentaram as discussões desde as etapas das conferências estaduais, como também para a própria Oitava CNS, a partir do texto coletivo “Pelo Direito Universal à Saúde – Contribuição da ABRASCO para os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde”, que se tornou uma “bibliazinha discutida nacionalmente”.

Foi mesmo a partir da Oitava CNS que o Movimento Sanitário passou a se encontrar mais efetivamente com o movimento social (não que antes jamais tivessem se visto), situação que perdurou até o final da Constituinte de 1987/1988,

marco da pesquisa e aos poucos a consciência sanitária ia sendo alastrada, divulgada e motivando a população a exigir os seus direitos.

No Relatório foi possível encontrar o principal objetivo a ser alcançado pelo SUS, a “progressiva estatização do setor saúde”, a partir da potencialização dos setores estaduais e municipais, sendo que os prestadores privados de saúde passariam a ser rigorosamente controlados pelo Poder Público, coibindo lucros abusivos, garantindo uma prestação de qualidade à população, universalmente considerada. Fato é que essa foi uma das propostas do MSB não alcançadas, o que não se conseguiu até hoje, e não se está em vias de concretização também, antes muito distante.

Também já constavam as competências de cada ente federativo, levando em consideração os campos de força de cada um, rompendo com a centralização; no relacionamento do público com o privado, o contrato padrão deveria ser regido pelos princípios do Direito Público, ou seja, a prestação de saúde privada seria feita mediante concessão pública; e continha a previsão de criação de um novo Conselho Nacional de Saúde cuja composição deveria ser amplamente plural e democrática (com representantes dos governos, partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares), cujo principal papel seria o de orientar o desenvolvimento e promover a avaliação de desempenho do Sistema Único, além, é claro, da previsão de Conselhos de Saúde no âmbito estadual e municipal; e o acesso da população a todas as informações necessárias à realização do controle social dos serviços de saúde.

Houve a previsão de criação de um grupo de estudos e debates para subsidiar a ANC e formular as bases para a RSB, sendo que este Grupo Executivo da Reforma Sanitária seria composto pela sociedade civil organizada e pelos órgãos governamentais, de modo paritário, cuja convocação e constituição seria de competência do MS.

Quanto ao Financiamento do Setor, deveria ser formado um “orçamento social”, abrangendo os recursos voltados às políticas sociais de todos os Ministérios e aos diversos fundos, e assim configurando o Fundo Único de Saúde Federal, Estadual e Municipal, em identidade de aspectos, que deveriam ser geridos por um colegiado composto de representantes dos órgãos públicos e da sociedade civil. Quanto aos recursos da Previdência, deveriam ser paulatinamente retirados no financiamento das ações de saúde, com a suas substituições por

fontes alternativas e os recursos de contribuições compulsórias da Previdência deveriam incidir sobre os ganhos de capital e não sobre folha de salários; e o desconto dos trabalhadores deveria diminuir e não incidir sobre o recebimento dos aposentados.

Esse conjunto de orientações do Relatório Final que nortearam o trabalho da CNRS, composta de sete ministérios, além do CONASS, CONASEMS e representantes das Comissões de Saúde da Câmara e do Senado (quanto ao Estado). No circuito da Sociedade, envolveu uma série de confederações, associações, movimentos sociais, associações patronais diversas. O objetivo da Comissão era a formulação de propostas tanto para a Constituinte quanto para a legislação posterior de regulamentação; e de certa maneira, nos pontos fundamentais, a Constituição e a Lei Orgânica incorporaram muitas das proposições da VIII CNS e da CNRS, como: “(i) o conceito ampliado de saúde; (ii) o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado; (iii) a criação do Sistema Único de Saúde; (iv) a participação popular e o controle cidadão; (v) a constituição e a ampliação do orçamento social”.

Quanto aos objetivos (estratégicos) da Oitava CNS, foi posto que visava “colocar a questão da saúde na esfera da Constituição”, e para isso, deveria se expandir no tempo-espaço, não apenas delineando-se nas pré-conferências, na Conferência em si e na Plenária, para que de março até outubro todos os temas fossem discutidos, mesmo os que foram retirados de pauta, tornando-se assim (a Oitava CNS) um processo, mais que um ato, em busca de um projeto nacional para a Saúde, uma “verdadeira reforma sanitária”, com a inclusão do pacto com a sociedade.

Assim é que cada vez mais se percebe a consciência e a determinação do MSB a respeito dos seus propósitos, dos modos de realizá-los, e mesmo das temporalidades envolvidas, para além de ideias abstratas, revelando a sua relativa maturidade e indo muito além de um mero reformismo burocrático-institucional, em observância aos seus princípios. Estes termos reforçava a ideia de que não se tratava de desejos dos técnicos e profissionais de saúde, mas muito além disso (a construção do comum), além do fato de que a RSB só seria efetivamente e completamente implementada com a melhoria das condições de vida da população, sem o qual o projeto não se sustenta. Nestes retrospectos verifica-se, cada vez mais, o poder constituinte dos sujeitos e da força

multitudinária – é a multidão que confere vida institucional e comunitária à Soberania.

O capítulo 4, “Prelúdios da Constituinte e a Voz da Resistência”, tratou-se da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e da Plenária Nacional da Saúde.

Inicialmente abordou-se o “trânsito” da Conferência à CNRS, tendo em mente o “porre democrático” do contexto nacional; a não consecução do desejo de “estatização imediata”; e o impulso democrático em expansão, tanto na Sociedade quanto nas instâncias da Polis, destacando-se a atuação da ABRASCO em vários momentos, até mesmo de “unificação” e verificou-se que, na prática, a CNRS não detinha poder deliberativo, executivo e de maior perenidade (apenas natureza consultiva), tal como proposto anteriormente, o que não agradou o Movimento. Todavia, não obstante isso, foi uma sabedoria do Movimento não deixar guardado o Relatório Final, mas dar a ele um tratamento político, que fora potencializado pela ANC 1987/1988, ao qual a CNRS entregou o seu Relatório Final nas primícias de 1988, sendo “quase cópia carbônica do que viria a ser a seção de saúde na Constituição”.

A partir daí que se iniciou a investigação a respeito da CNRS propriamente, cujas finalidades eram de: analisar as dificuldades da rede de saúde e sugerir novas estruturas; examinar os instrumentos de articulação entre os setores do Campo Saúde e propor melhorias; e apontar os aspectos do planejamento plurianual, ajustando-os às necessidades da população. Sua composição foi paritária (doze representantes do Estado e doze da sociedade civil) e eles se dedicaram, até maio de 1987 ao aprofundamento do Relatório Final da Oitava, com ênfase no Poder Legislativo.

Em virtude destas características, acabou conseguindo fornecer subsídios para a Constituinte, embora não tenha apresentado proposta legislativo-constitucional, tal como faria a Plenária. São dois os documentos concentradores das atividades da CNRS, “Proposta do conteúdo Saúde para a Constituição”, reafirmando o controle e a participação da sociedade em todos os níveis; e “Proposta de Conteúdo Saúde para a Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde”, configurando o formato da participação, que se baseou em sete pontos básicos: gestão participativa; poder de controle das ações e serviços da rede;

funcionamento do Conselho Nacional de Saúde para formular e controlar a Política Nacional de Saúde, nos três níveis federativos; instalação do controle comunitário; o funcionamento do conselho de administração (dirigentes e funcionários da unidade); subordinação dos Fundos de Saúde à um novo Ministério com administração colegiada; e a participação do governo federal nos conselhos estaduais e municipais, do governador nos municipais, e a representação dos estaduais e municipais no Conselho Nacional, e dos municipais nos estaduais.

Foi também neste ano (1986) que ocorreu o I Abrascão, cuja declaração defendia a continuidade das ações sociais de mobilização, o apoio à CNRS e, de modo geral uma frente popular pela Reforma; e o INAMPS produzia, concomitantemente, documentos (três) para fundamentar e mobilizar as discussões e vontades em prol da transformação no setor. O primeiro sugerindo a criação dos distritos sanitários; o segundo com ênfase na descentralização e organização do trabalho da saúde a partir do conceito ampliado de saúde; e o terceiro apresentava as diretrizes para o Serviço Nacional de Saúde, em ordem hierárquica conforme as possibilidades de cada ente federativo. A ABRASCO acabou criticando alguns dos elementos expostos nos documentos, que objetivavam a perpetuação do poder na Previdência Social, que parecia esquecer as muitas lutas dos militantes do MSB inseridos na autarquia.

Neste ínterim a FIOCRUZ lançava também o PROPOSTA (o Jornal da Reforma Sanitária) e os documentos do CNRS pareciam apontar também uma Reforma Sanitária mais como projeto, mas enquanto um processo, passando a aceitar a visão da Reforma como “não só” reforma administrativa, mas também como uma mais profunda, acabando por ir abandonando, ao que parece, as ideias propostas de reformulação de toda a sociedade, ainda que constassem propostas de implantação do controle social como modo de atuação dos usuários. Os documentos, não obstante as restrições às AIS durante a Oitava CNS, a facticidade da conjuntura levou a uma revalorização da estratégia, passando a ser reconhecida, pelo presidente da ABRASCO, por exemplo, como uma estratégia de avanço em direção à RSB.

Mesmo não tendo uma função “executiva ou normatizadora” a CNRS apresentou em seu Terceiro Documento uma síntese da coordenação dos grupos técnicos, explicitando os princípios organizativos (integração institucional,

regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, distritalização e gestão colegiada), que foram encaminhados à ANC (ponto não estudado especificamente) e acolhidos na Subcomissão de Saúde, Seguridade Social e Ambiente, e posteriormente na Comissão da Ordem Social e na Comissão de Sistematização.

Em que pese as críticas à CNRS, seu trabalho foi importante para o avanço do movimento (movimentaria as Plenárias); para o recolhimento das assinaturas para a emenda; e para a realização de eventos sobre o tema, convergindo interesses e articulando-se com associações de bairros, profissionais e partidos políticos, embora o movimento deste tipo tenha sido maior na Plenária. O relatório final da CNRS explicitou pontos que outrora eram apenas diretrizes, o que também foi importante.

Não seria possível passar adiante, portanto, sem falar da Plenária, mas antes discutiu-se o desenvolvimento das AIS no seio do SUDS, processo que tornou-se importante por ter oferecido uma ampliação no processo de apoio junto aos Secretários Estaduais de Saúde, que, ainda neste processo de articulação entre eles e os respectivos governos, lançaram o Documento “Reforma Sanitária Já!”, no qual tratou-se das propostas de Políticas de Saúde para o Estado do Rio Grande do Sul, destacando a importância da participação da sociedade na elaboração, execução e avaliação dos programas de saúde.

Considerando os documentos (os folhetos) produzidos pelo INAMPS para subsidiar a ANC 1987/1988, o SUDS (cuja uma das finalidades foi o desenvolvimento das AIS), precedente do futuro Sistema Único de Saúde, foi considerado como enorme avanço no processo da RSB, sendo visto como “estratégia-ponte” as descentralizações e apresentando, ainda, a Exposição de Motivos do ato normativo que criou o Sistema. Entretanto, nem todos partilhavam da ideia do SUDS como um avanço no processo da RSB, pois ele representaria apenas uma “dimensão administrativa”, como foi o caso do PCB, que ainda alegava que a sua criação se deu em gabinetes fechados e não com participação popular.

Paim, por exemplo, defendia o SUDS como estratégia positiva da RSB, já que uma das trincheiras de luta da Reforma era a “técnico-institucional” (então ocupada pelo SUDS), imprescindível para o sucesso, ainda que não fosse a única, ficando ainda a pergunta: porque cobrar todo este sucesso do SUDS se nem

mesmo na Constituinte foi possível avançar tanto, apontando muito mais para mudanças setoriais? Rodriguez Neto, por exemplo, traz que o SUDS possibilitou trocas mútuas de conhecimentos interinstitucionais, bem como um processo de integração e articulação da rede de saúde, decorrendo também das AIS a criação das CIS e CIMS, vistas como embriões dos futuros Conselhos de Saúde.

Era interessante, portanto, implantar o SUDS, mesmo reconhecendo as suas limitações, pois era, a seu modo, a negação do sistema então vigente de saúde; e sendo a criação do SUS a bandeira por todos compartilhada (entre os movimentos), conforme as disposições da Oitava CNS (mas já tratado desde 1979 com o Primeiro Simpósio).

Outras vozes de outros movimentos, se é possível assim chamá-los, foram trazidas, como as das instituições filantrópicas.

Ora, foi a estratégias das AIS que direcionou recursos do INAMPS para o Setor Público, ampliando as bases sociais para as mudanças em saúde, envolvendo prefeitos, associações de moradores, lideranças sindicais, que tijolo por tijolo, construía um novo sistema de saúde. A base teórica da estratégia das AIS dava a entender que a Reforma apenas avançaria com o uso assíduo e permanente das instituições, a fim de garantir os espaços conquistados, o que rememorou as demais trincheiras de resistência, além da técnico-institucional, havia a legislativo-parlamentar e a sócio-comunitária, todas sinérgicas entre si, cuja diretriz estava disposta no relatório Final da Oitava CNS, todos fundamentais para o crescimento do Movimento Sanitário.

A primeira trincheira, legislativo-parlamentar teve como campo fenomenológico a ANC e o Congresso Nacional (em primeiro momento); e as Constituintes estaduais e as assembleias estaduais em seguida, com importantes conquistas nas Comissões da Constituinte, por exemplo. A segunda trincheira, a sócio-política ou comunitária, representa o agenciamento com a sociedade civil, antes, durante e depois dos trabalhos da Constituinte. Dentro da ANC ela pode ser vista na Plenária, na emenda popular, e na mobilização dos setores engajados na luta por democratização da saúde; e a terceira já se falou sobre.

Por fim, dois foram os obstáculos ao desenvolvimento do SUDS: o retrocesso da transição, com a demissão de Hésio do INAMPS; e a inexistência de fontes estáveis de financiamento para o SUDS, além de ser preciso saber como construí-lo. O aperfeiçoamento das AIS foi um passo importante para que pudesse

ser efetivado o controle popular organizado e para que novidades gerenciais fossem postas à prova, como na fusão de disposições administrativas e na execução dos distritos sanitários.

No final deste capítulo a Plenária Nacional de Saúde foi tratada como um espaço-mor da participação popular (de liderança) e do MSB na ANC, sem que ela representasse uma negação à CNRS, e sendo interessante ressaltar que todas as reformas que estavam sendo feitas na ANC eram decorrentes do Executivo e apenas a RSB surgiu da sociedade (não necessariamente popular).

A Plenária representou um forte desejo compartilhado de liberdade, afirmativa, indo além de tão somente uma manifestação (processual) anti-autoritária e todos os depoimentos trazidos ressaltam o aspecto de que o que desaguou na Plenária (especificamente) e de modo mais geral na ANC foi decorrência de longos anos de construção de projetos de reformulação do Campo Saúde, cujo cerne já estava pronto há algum tempo.

A Plenária teve sua gênese em São Paulo, em uma plena estadual realizada em 21 de abril, e foi “replicada”, se se pode expressar desta forma, para que os constituintes fossem cobrados quanto a um real compromisso com o Social. Pela multiplicidade de atores na Plenária, ela sofreu diversas influências, como a do Movimento Sindical e da Academia, englobando representantes do Movimento Popular de Saúde, da Pastoral da Saúde, das Associações de Moradores, dos Movimentos de Mulheres, das entidades médicas, o CEBES, a ABRASCO, entre outras.

A ANC transformou-se em arena política na qual os interesses sobre o Campo Saúde estavam polarizados, com os grupos empresariais e privados (de um lado) e do outro, as forças da Reforma Sanitária (MSB e Movimentos Populares), representadas pela Plenária Nacional da Saúde, que passou a abarcar quase duzentas entidades ligadas ao Campo.

Corroborando a aceitação da CNRS pela Plenária, teve-se o fato de que houve uma “articulação” entre os corpos simples e complexos de ambos os fenômenos, isto é, membros da Comissão participaram da Plenária e vice-versa, o que contribuiu para o fortalecimento de ambos e do MSB em si, certo de que o agenciamento político-oficial (não institucional, pois a Plenária não era um “órgão positivado”) aconteceu exatamente porque parte dela compunha a Comissão, que então ecoava as demandas.

Em seguida tratou-se de aspectos mais organizacionais relativos à Plenária, como a quantidade extraordinária de vezes em que ela foi chamada, o apoio financeiro do CFM, o registro de toda a movimentação e a agregação de outros setores de outros movimentos na luta pela Saúde, como o da Reforma Agrária. E ainda assim o quantitativo ainda foi proporcionalmente muito baixo, sem dizer que ela foi elitista ou tão somente acadêmica, como percebido no número de signatários da Emenda Popular.

A Plenária também lançou um Manifesto, publicado no Proposta, resgatando um pouco da história, dos temas e das propostas para a Saúde, com ecos na Oitava CNS e claro, no Documento do CEBES, a “A Questão Democrática”.

Não foram épocas tão favoráveis à Saúde, havendo embates constantes entre conservadores e progressistas, sem que houvesse hegemonia de nenhum lado. Assim, a implementação da RSB sofria dificuldades, e neste sentido o próprio SUDS, com a descentralização, a participação e a recomendação para criação dos conselhos de saúde, representou também a potência do MSB.

Em seguida passou-se à “Breve Trajetória dos Conflitos”, sendo a mais importante arena de disputas a ANC, na qual alguns parlamentares foram sistematizando as propostas reformistas, como Eduardo Jorge e Abigail Feitosa e a ABRASCO realiza uma reunião em Cachoeira – BA, na qual Eleutério Rodriguez traça um resumo das lutas da Reforma até a Oitava CNS, avaliando ainda a conjuntura constituinte. Foram realizadas cerca de quinze a dezessete audiências públicas na Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente.

A Proposta de Emenda Popular, composta de sete artigos e cinco disposições transitórias, foi apresentada em agosto de 1987, sendo assinada por 54.133 eleitores, representando 168 entidades, sendo o próximo tema abordado, quando se tratou dos que foram eleitos para sua apresentação, como Arouca, que destacou o caráter suprapartidário do Movimento, que inicialmente pensara fosse desnecessário apresentá-la, pois contemplado com o texto da Comissão da Ordem de Saúde, mas acabaram decidindo que era preciso ir além.

As mobilizações seguintes da Plenária, já no pós-constituente, com a não efetivação da “progressiva estatização do setor”, se voltaram para as legislações infraconstitucionais, na Comissão de Seguridade Social e Família da câmara dos Deputados, sob vários representantes. Os debates mais polarizados ocorreram nos

pontos mais polêmicos (descentralização da gestão, relação público-privado e controle social), divididos em dois grandes blocos, militantes do MSB (organizados na Plenária), defendendo o máximo de regulação dos dispositivos constitucionais, aos moldes de toda a herança de décadas; e a oposição privatista, na defesa da regulamentação mínima, sendo que ambos estavam trabalhando com afinco junto aos parlamentares.

As Plenárias foram, sem dúvida, os momentos de maior organicidade no debate, uma resistência no campo institucional, ainda que não oficial.

A eficácia da Plenária se deu em função de três instrumentos de resistência: (i) a elevada capacidade técnico-teórica de formular um projeto de texto constitucional objetivo, de fácil leitura e consistente; (ii) a pressão que exerceram de modo continuado sobre os constituintes; e (iii) e a mobilização da sociedade civil organizada, que, não era tão considerável numericamente assim, o que não exclui este elemento como um dos determinantes do seu relativo sucesso, bem como da própria Constituinte em si quanto à Saúde.

A Plenária pareceu representar o desejo de liberdade, de autonormatização (das instituições e das leis), explícito no Manifesto de 1987 e na Emenda Popular, como formas de realização dos desejos de participação, de resistência pública, que havia se tornado um hábito ao longo de duas décadas, tanto dos espaços institucionalizados (por exemplo, ocupações das estruturas estatais, dos postos mais baixos aos mais elevados) tanto dos mais fluidos.

Com a Plenária e com a Comissão foi possível perceber como as singularidades e as entidades coletivo-complexas às quais elas se vinculam conseguiram atravessar os sulcos impostos pelo sistema, fortalecendo os vínculos “demos-pólis” a partir destas potências constituintes. Foram momentos de definição de políticas, dos rumos do Estado, de modo coletivo-participativo, histórico para a população, nos quais a vontade de fazer o que deve ser feito podem ser vistos como manifestações nítidas dos sujeitos atuarem conforme as Leis da Cidade, que puderam empunhar as suas armas e partirem para as batalhas (a Oitava CNS, a Plenária, a Comissão Nacional e a Constituinte). Ficou cada vez mais perceptível que estes eventos foram as expressões das relações de composições entre as singularidades, tanto para a tessitura das Leis quanto do Império (gerência).

Por fim, notou-se que a Constituição Federal de 1988, até mesmo por conta do modo como foi elaborada e da presença popular que lhe foi característica, introduziu avanços no sentido de equilibrar os pontos das históricas injustiças sociais acumuladas, que impediam a universalização de direitos e privatizando a coisa pública pelas classes dominantes.

Desfechos e as Teses esposadas

Spinoza prevê em seu Tratado Político a necessidade de instituições que assegurem a participação popular multitudinária no exercício do poder político. Mas com qual objetivo primeiro, se é que se pode expressar nestes termos? O resguardo do *imperium*, da cidade radicalmente pública, cujas manifestações são as Instituições e as Leis, das ambições, costumeiramente advinda dos “fortes”; da dominação e subjugação de particulares, que, de praxe também, buscam afrontar os “direitos comuns” multitudinários pela via da juridificação das posições políticas de pequenos grupos poderosos.

Estas instituições criadas são as institucionalizações das formas de resistência, considerando que democracia, em sentido espinosano, exige a criação de instituições que assegurem, na vida comum, “as condições materiais do exercício deste direito de resistência, como apontado por GUIMARAENS (2007, p. 172) “A perspectiva spinozana permite concluir que o direito de resistência é introduzido nas instituições políticas e, ao invés de evento extraordinário, se torna uma constante nas relações de poder existentes em uma organização política estável, onde a liberdade dos cidadãos seja uma realidade.”

Sendo assim, nesta ótica, é possível falar que o MSB encontrou, ou pressionou por, ou mesmo criou as chamadas condições do exercício do direito de resistência, ao longo da sua trajetória, no recorte feito, do início da década de 1970 até 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (ainda que o processo constituinte não tenha sido analisado)?

Quando se reflete a respeito da Gênese do Movimento Sanitário, tratado especialmente no Segundo Capítulo da Dissertação, percebe que houve sim a criação de novas Instituições no campo da Medicina, em âmbito acadêmico, representadas pelos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs), que

passaram a adotar posturas menos biológicas e mais sociais quando do diagnóstico e auscultação dos corpos dos sujeitos, em seus trabalhos, portanto.

Então a primeira coisa a considerar é que não foi o MSB o criador destas primeiras medidas, mas influenciadores significativos para a sua efetivação (em perspectiva mais ampla), e que aos poucos estes espaços foram sendo ocupados por sujeitos cujo pensamento médico-social lhes possibilitava pensar e considerar os estrangulamentos sociais como fatores impeditivos à conquista de uma saúde plena, o que, em momento seguinte, desembocou na percepção de que a realidade social precisava de ser alterada, de que os contextos (meios ambientais) necessitavam de interpelações a fim de que se operassem as transformações exigidas, tanto do ponto de vista médico quanto do ponto de vista mais sócio-político (ético), mesmo no curso de uma Ditadura Militar, que perseguia, torturava e matava todo aquele que ousasse enfrentá-la. Assim, neste contexto resistências foram surgindo e se articulando.

Com o advento do II PND as questões sociais, por motivos já considerados, passaram a ter um pouco mais de atenção, o que permitiu, a ampliação dos espaços legal-oficiais, que representaram verdadeiros estímulos “ao surgimento de equipes de pensamento oposicionista em algumas instituições setoriais”, sobretudo o CNRH/IPEA, a FINEP (junto com Juan Garcia e as fundações OPAS e Kellogg), e o PPREPS/OPAS, que, em dinâmica de preocupação com os recursos humanos e formação de pessoal em saúde, estariam diretamente associadas ao desenvolvimento da ENSP e de outras instituições, como os DMPs e os Institutos de Medicina Social.

Ou seja, também foram espaços criados pelo Estado, mas que, com todo o contexto envolvido, foi possível que mentes contrárias à Ditadura ocupassem estes espaços de poder, exercendo ali, institucionalmente, as suas resistências, unicamente em face da Ditadura, em primeiro momento, o que não deixou de representar as iniciais manifestações de criação das condições para o exercício da resistência, para o renascimento da democracia na ordem do Estado, mas que não significou, ao que tudo indica, uma abertura consciente para o exercício da resistência.

Neste sentido foi mais um espaço encontrado e preenchido pelos sujeitos de pensamentos diversos, que possibilitaram a fortificação e mesmo surgimento do MSB, que a partir dos seus atores iria fornecer uma das maiores lutas de

resistência contra o “empresariamento da medicina”, a falta de visão social (que foi intensamente discutido no MSB e assim pressionando o Estado), e a necessidade de se estabelecer um Sistema Único de Saúde, sob a total responsabilidade do Estado, descentralizado, universal e com participação social.

Se considerarmos as Conferências Nacionais de Saúde, até a que foi analisada, a Oitava, em 1986, vamos perceber que a criação delas se deu lá em 1937, no Governo Vargas (ainda que a primeira só tenha sido realizada em 1941), e, portanto uma primeira conclusão pode ser extraída: o instituto em si da CNS não foi criação do MSB.

O que parece ter ocorrido foi o encontro ou a percepção da existência deste espaço social “constituente” (criador) no aparelho de Estado, que ensaiava participações sociais até que fora instalada a Ditadura Militar, cessando esse movimento, até que na Oitava CNS, após aproximadamente 15 anos de luta (gênese e fluxos articulantes), aí sim o MSB pressionou o Governo, já enfraquecido, no sentido de fazer daquele espaço um ambiente-momento de participação social (atores do movimento), de democracia, o que não deixa de ser também a criação das possibilidades reais de uso daquele espaço para a materialização do direito de resistência, tanto na perspectiva ontológica quanto na política, o que propiciou lindas páginas para a história do Brasil contemporâneo, e ainda foi a chave de abertura para outro espaço-tempo que merece ser comentado, qual seja, a Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988.

Mas antes de passar a ela, é necessário apontar a normatização da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que, algo longe de representar os ideais dos partícipes da Oitava Conferência, vez que estes desejavam a constituição do “Grupo Executivo da Reforma Sanitária”, que seria dotado de poderes não apenas consultivos, mas sim performativo/criadores, aos moldes dos desejos da pequena multidão reunida nos dias da Oitava CNS, que, por sinal, além de ter sido um sucesso e de ter possibilitado o tracejo da linha extra oficial (estatal) para o âmbito do Estado, aí sim, criou, a partir mesmo do MSB, microinstitutos (ou médioinstitutos), de âmbito local e regional, as chamadas pré-conferências municipais e estaduais, que representaram autênticos e potentes ensaios para a Oitava CNS, a reunião nacional coroada da participação de toda a delimitação fisio-geográfica do país, vez que, conforme alguns depoimentos

trazidos, foram estas pré-conferências que possibilitaram o quantitativo tão considerável de pessoas na Conferência, outrora até então jamais vistos.

Ainda assim, a CNRS foi um espaço importante, notável, de movimentação criadora (e reveladora de pontos), tanto pelos estudos que produziu, e que foram levados aos espaços da Assembleia Constituinte, mas, sobretudo, ao nosso olhar, porque havia uma espécie de interpenetração entre alguns dos participantes da “Comissão” com uma linha de movimentação, esta sim também de criação do MSB, que se autointituiu “Plenária Nacional da Saúde” (ou Plenária da Saúde), que fora uma espaço-tempo de mobilização social algo intensa e criadora no seio da ANC, que além de lançar seu manifesto, divulgou mesmo uma proposta de texto constitucional para o Campo Saúde, mas sem ter sido institucionalizada oficialmente.

Todavia, como alguns dos integrantes da “Comissão” eram também frequentadores da Plenária, que se reuniu diversas e sucessivas, por justamente perceberem que a sociedade estava sendo deixada de lado, como se depois da Oitava CNS, toda aquela energia, toda aquela potência parecia ter se dissipado um pouco, estes fizeram o papel, provavelmente conscientes, até mesmo porque eram pessoas que ocupavam espaços oficiais no organograma do Poder Estatal, mas que no tempo do recorte, estiveram, ora mais ora menos, vinculados às bases do MSB, que também, por sua vez, não se mostraram com a pujança que talvez fosse esperada, sobretudo quando se comparada com outras movimentações sociais na Assembleia de apelo e participação muito maiores.

Ainda que a Plenária não tenha se demonstrado, como de fato não foi, um momento institucional, estava inserida em um espaço-tempo singularíssimo da história oficial do país, qual seja, a ANC de 1987/1988, que, consoante alguns críticos, como o José Afonso da Silva, tenha se tornado um “Congresso Nacional Constituinte” (PILATTI, 2016), mas ainda assim, não deixou de ser oficial, e nem de possibilitar, sem grau de vinculação e obediência, a participação da sociedade, formalmente falando por meio das audiências públicas e outros momentos depois em que a população foi efetivamente ouvida; mas também informalmente, no curso de todo o processo, e inclusive antes dele, ao menos para o MSB, haja vista a percepção das movimentações neste sentido – de preparação para a formação de uma Constituinte – muito antes da sua efetiva realização.

No âmbito da ANC, portanto, até cabem as ressalvas relacionadas ao baixo grau de institucionalização da resistência, mas é inegável que ela tenha ocorrido, e novamente, não por benesse estatal (bastando que se verifique os trâmites da Assembleia para que se perceba as estratégias que foram utilizadas para tentar solapar o grau de influência do *demos* naquele momento de constitucionalização-mor da política nacional, e que não foi tratado aqui), mas por mobilização da potência multitudinária, que pressionou para que estas condições materiais do exercício do direito de resistência se dessem, não a partir de uma forma pré-determinada, mas nos exatos termos em que se deu, porque reveladores são eles da verdadeira potência dos corpos unitários e coletivos que se aglutinaram em favor da “ocupação destes espaços”, sem os quais seria impossível tratar todo o período analisado como de uma constante institucionalização da resistência, não necessariamente sempre maior, haja vista, por exemplo, as demissões importantes que ocorreram no INAMPS, antes mesmo da Oitava Conferência.

Fato é que os desejos de liberdade, ainda que não plenamente alcançados, se é que isso seja possível, foram sim mobilizados e considerados quando da criação ou alteração dos institutos nos quais o MSB se imiscuiu, e aí, dentro destas esferas de poder, não somente de micropoderes, como também de macropoderes (quando se considera a capacidade de influência e de tomada de decisões para a constituição ou transformação de uma política pública, por exemplo) puderam operar de tal forma que lhes foi, consciente ou subconscientemente, possibilitados os meios de exercício do direito de resistência, não apenas contraditando políticas (chave negativa), mas propondo soluções e programas (chave positiva).

Por isso mais uma vez a filosofia de Spinoza foi um instrumento de compreensão válida, já que sua definição de resistência e de democracia, passa bem longe de meros negativismos ou de posturas de contra-reação, que se fazem sentido em determinados momentos (como a luta em face de algo, como se deu contra a Ditadura Militar), ainda que cruciais, não explicam a totalidade dos acontecimentos, múltiplos por excelência, quando não insólitos, como é o caso de fabricação das linhas constitutivas, ou mesmo do refazimento dos traçados fibrosos de algo já instituído, mas que precisava ser modificado, a fim de possibilitar o exercício de resistência do *demos*, “apoderando-se” de estruturas já existentes, postas no cenário das lutas, mas que não seguiam determinada

orientação, por exemplo de formação do bem comum, mas apenas de interesses radicalmente privatísticos, que não agregam ou agregam muito pouco às coletividades, e cuja concretude se vê no modo de organização da Oitava Conferência e em certa medida na Assembleia Nacional Constituinte, cujo coeficiente de institucionalização da resistência, a nosso olhar, foi inferior quando comparado à transformação que se deu nas Conferências Nacionais, o que também pode ter sido influenciado, muito provavelmente, pelo caráter chave de amplitude nacional e internacional que houve quando da edificação da Lei Maior de um país, na qual todos os atores se esforçarão (e se esforçaram) por participar e influenciar da forma mais plena e direta possível, no resguardado dos seus interesses.

E justamente por conta desta ambição, natural, ao que tudo indica, é que se deve garantir a participação popular multitudinária no exercício do poder político, preservando o *imperium*, a cidade de cooptações privatistas, que causam inúmeras dominações e submissões, que se expressam dos modos mais variegados possíveis, como quando não se queria instituir um sistema público de saúde que fosse universal, gratuito, descentralizado, regionalizado, de atenção à saúde, hierarquizado com base no grau de complexidade que o caso exige, financiado pelo Estado (e logo pela própria multidão, mantenedor deste), não sendo poucos os “lobbies” para que tal não acontecesse, mesmo tendo representado na Assembleia Nacional uma luta suprapartidária, o que não significa dizer que foi de toda a coletividade, nacionalmente considerada.

Por fim nascia a Carta Cidadã de 1988 (não abordada especificamente) que mesmo não compreendendo todas as demandas do MSB no Campo Saúde, representou uma bela conquista democrática do movimento, que se organizava desde a década de 1970, passando pela sucessiva cadeia de tramitação na Assembleia onde sofreu as mais variadas tentativas de golpes, inclusive com intenções de extermínio completo do Sistema Único, mas que as potências dos atores em conjunto conseguiram frear em partes a pressão dos fluxos contrários à formação do comum, de uma norma e de um sistema corporificado que seria regulado pelo Estado.

Assim, quanto aos questionamentos da Pesquisa e minimamente postos no Primeiro Capítulo, parece-nos que, após muitas páginas e investigações, que o Movimento Sanitário Brasileiro, considerando todos os seus atores individuais e

coletivos, na constituição de uma saúde pública, gratuita e de qualidade, materializado no Sistema Único de Saúde, representou a defesa do *imperium* (de uma gestão pública) em face aos interesses de ordem particular (particularistas, exclusivistas, privilegiadores e ainda hierarquizantes em sentido negativo).

Ou seja, pelo exposto pareceu que o MSB em si pode ser visto como uma institucionalização da resistência (ou de resistências institucionalizadas), que foram fluindo na direção do Poder Estatal, até culminar na Constituição Federal de 1988, o que foi também motivo de crítica, inclusive dentro do próprio movimento, por parte de alguns setores, pois essa preferência pela via de se institucionalizar, de estar cada vez mais perto do Estado, ocupando-o, e atuando nos estratos que ele, conforme as regras já postas por um sistema capitalista, dependente e colonial, defendido pelo Estado, de privilegiar a via do parlamento, do Direito, da Política Oficial, terminou por afastar o MSB das bases populares, que já não eram tão grandes assim, mas cuja importância é sem dúvida imensurável.

E mais, com o SUS constitucionalizado e dois anos depois com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, que foram e são conquistas ímpares, o MSB, além deste afastamento dos alicerces sociais, pareceu que, talvez por excesso de ânimo, por euforia, tivesse considerado ter ganhado “a guerra”, quando, em realidade, era apenas uma “batalha”, importante, mas apenas uma.

Inobstante isso, pareceu ser, ainda, uma representação simbólica do “povo em armas”, armado de desejos, disposições, energias, que, nos celeiros institucionais do Estado acabaram demonstrando a potência que detinham no momento, dando vazão à constitucionalização do Sistema Único de Saúde; um autêntico, mas não desmedido, haja vista a existência dos fortes contra-poderes, em defesa de interesses outros, alargamento da imanência demos-pólis, que performando e limitando a soberania, fruto da potência da multidão, ofereceu as condições materiais de expressão do Poder Constituinte, sobretudo na Oitava CNS e suas pré-conferências e na Plenária Nacional de Saúde no dorso da Assembleia Nacional Constituinte.

A participação

Com a previsão constitucional do Princípio da Participação Social (positivado no art. 198, III da CF 88), também observado e defendido como um direito (regra), em que pese a problemática da discussão a respeito da diferenciação entre ambos, o sistema parecia afirmar uma espécie de permanência democrática, fazendo com que, de forma institucional, ela se tornasse um hábito, uma prática rotineira de garantia da resistência cidadã, pois houve uma proliferação dos modos de participação em todos os níveis federativos, consagrando-os como espaços públicos para a constituição do comum, expressando os encontros e reencontros que “devem” existir entre o plano social e o estatal, que não se diferem, em realidade, pois em constante interpenetração (perceba-se que o tratamento conferido ao fato não é no sentido da eficácia ou da efetividade da medida, o que merece outro estudo).

As conferências e as pré-conferências parecem proporcionar às individualidades cidadãs “aberturas institucionais” para atuação destas junto ao *imperium*, permitindo a expressão das questões, dificuldades e mesmo conquistas que afetam os corpos singulares, e mesmo os corpos coletivos complexos, como os bairros, as cidades, os estados e o país.

As Conferências, em todas as suas etapas e em todos os níveis federativos, sobretudo a partir da Oitava CNS, parecem oferecer a “defesa da coisa pública” em face dos interesses particularistas, verdadeiramente institucionalizando as resistências, conferindo-lhes armas, recursos de ataque e defesa da democracia e da gestão pública, soberana, das “Cidades”, bem como uma forma de exercício político constitutivo-criativo, haja vista a própria perspectiva utilizada de resistência como uma força afirmativa (e não apenas reativa), do Poder Constituinte, a multidão, em face do Constituído, isto é, junto deste, na simbiose incessante que há entre eles, e que deve sempre haver, sob pena de restar caracterizada uma tirania ou um governo despótico.

As Conferências, a Plenária da Saúde, a CNRS e os movimentos de pressão na ANC de 1987-1988, bem como os movimentos de ocupação nos Departamentos Acadêmicos e de Política em Saúde e Previdência, somados às operações de constituição dos atores do Movimento, o estudantil com seus congressos e outras formas de resistência interna e externas; o CEBES com a sua amplitude nacional, exercendo primorosamente a tarefa de divulgação do que se passava no Movimento e na Saúde Pública do país, ao mesmo tempo em que foi

um ator bem ativo e articulador do Movimento, ora mais ou menos potente, sendo ainda o elemento de ligação com as bases sociais (incluindo populares, sindicatos, movimentos da Igreja Católica, entre outros, como associações de bairros e de moradores) e com os demais atores, quais sejam, o Movimento Médico (com os médicos residentes e o REME, onde se inclui os conselhos e as associações profissionais que tiveram papel fundamental na divulgação e ampliação da consciência sanitária – tema básico e fundamental), e a Academia, que se expressou sob as mais variadas formas, como a ABRASCO, a ENSP, os DPM e Institutos de Medicina Social, com ênfase na formação e preparo de recursos humanos e de criação das bases teóricas do MSB.

Todos eles juntos obtiveram seus espaços de exercício da resistência, que culminou, nesta fase do Movimento (até a Constituição) nos primeiros momentos citados no parágrafo (Oitava CNS, Plenária e ANC), onde puderam levar suas demandas, exercitando suas potências criadoras, as suas capacidades de inovação, cujo maior fruto, até então, e provavelmente até hoje, foi a Unificação do Sistema de Saúde, em legítimo e oportuno exercício de soberania.

Foram momentos, portanto, de proximidade considerável do social com a “Cidade”, representando decisões estratégicas do Governo, de quem estava no comando do Estado essa porosidade com a esfera pública civil, cedendo às suas pressões e abrindo-se aos atores políticos em geral, ao corpo multitudinário, que, possuindo o seu próprio *conatus* coletivo, sempre procura resistir, consoante as condições disponíveis em cada conjuntura, certo de que quando a multidão não encontra espaços suficientes para exercer a sua potência, valendo-se do seu poderio constituinte, ocorrem as irrupções e crises tantas vezes já vistas, assistidas e assinaladas pela história, deste e de outros países.

O Movimento Sanitário Brasileiro representou um ganho extraordinário para a incipiente democracia, ao menos, e com certeza, até a promulgação da Constituição de 1988, com conquistas que não foram obtidas, na mesma intensidade, por outros movimentos cuja base social era bem mais ampla, da ordem de milhões de pessoas, pela série de motivos que já foram diversas vezes apontados no estudo.

Como o maior dos seus frutos até então, o SUS representou o Movimento a arte de estabelecimento das leis comuns (da Cidade), em nítida fabricação de parte do *imperium*, afinal, a culminância deste ciclo do Projeto se deu com a

promulgação de uma Carta Constitucional, que inaugurou um novo ordenamento jurídico-político pátrio, que performou toda a estrutura sócio-comunitária-multitudinária (que igualmente a forma pela relação de imanência que há entre os “planos”, de caráter permanente, conforme os estudos sobre as afecções), e que vêm resistindo, heroicamente, ao longo destes anos, sem faltar tentativas e mais tentativas de desconstruí-la, não formal, mas substancialmente, em que pese as formalidades serem importantes também, mas o que se diz é da possibilidade de uma política pública ser destruída a partir da sua regulamentação e da sua gestão, sem que, normativamente falando, ela seja extinta.

Notas democráticas

Não há democracia que se exaure com uma Constituinte, uma Constituição, uma institucionalização. Ela requer, como parece deixar claro Spinoza, assim como vários teóricos políticos que dele tiveram alguma influência, um processo permanente, contínuo e provavelmente ilimitado de vitalidade, a partir da crítica, da participação, dos tensionamentos, dos movimentos, das movimentações teórico-práticas da multidão, esteja ela ou não nuclearizada em corpos menores, chegando aos níveis micropolíticos, ou partindo para as práxis macro, certo de que a pluralidade de pensamentos, sentimentos, desejos e ações é elemento indispensável nesta permanente instituição democrática, sob pena de fadar-se a cada dia que passa a desmontes totalitários e autoritários.

Não se pode, portanto, acreditar e viver de ilusões e esperanças de que as conquistas político-institucionais de hoje serão as de amanhã, e as de amanhã as de depois, sucessivamente, o que também se aplica às derrotas. Pela impermanência congênita da realidade fenomênica, acreditar em tais pressupostos é “dormir no ponto”, é achar e tão somente achar que edifícios, por mais bem feitos, úteis e belos, não podem ser destruídos, porque podem sim, e com uma celeridade que pode assustar alguns, tal como uma implosão realizada logo no cedo da manhã, com bombas que foram colocadas na madrugada.

Assim, a luta pelo SUS, por uma saúde pública, de qualidade, na qual o fator renda não seja um impeditivo ao acesso dos bens/serviços e nem que seja fator hierarquizante (ter acesso a melhores bem/serviços porque pode pagar mais),

e mesmo nenhum fator de ordem subjetiva, como gênero, raça, etnia, origem, religião seja determinante no acesso à saúde, a não ser aquele demandado pela própria enfermidade, que pode exigir mais ou menos cuidados, mais ou menos recursos, é uma atividade diária, pois, como apontado, a formação da consciência sanitária e o seu consequente aperfeiçoamento é labor da existência, que tal como a democracia, deve ser constante e ininterrupta.

Isso não significa dizer que cada segundo do existir será destinado a este labor, mas é o cuidado de, no dia a dia, estar sempre alerta e pronto para debater, respeitosamente, os temas que lhe são vinculados; é não deixar morrer, antes o contrário; fazer do tema uma presença constante no imaginário e nos horizontes mento-sentimentais de cada individualidade e dos corpos coletivos, pois apenas assim, nestes ofícios micros, é que se pode aglutinar, associar e reunir forças suficientes e preparadas para enfrentar quaisquer tentativas de aprisionamento dos bens públicos em favor de fins particulares, que, antes de beneficiar as populações, o coletivo em geral, estão apenas servindo a interesses outros, de pequenos agrupamentos, normalmente em troca de déficits na prestação a todo o corpo social comunitário, o que, analisando sob a ótica de uma ética política, não faz sentido algum, sobretudo quando os “maiores”, “os poderosos”, tentam incutir estas ideias nas massas sob a alegação de que seria de interesse público, de suposto beneficiamento da maioria.

Por fim, frisa-se, novamente, a imperiosidade de uma busca constante de organização, isto é, politização, pela sociedade, em exercício permanente da resistência, a fim de obstaculizar interesses outros, de ordem privativa, e primando, aí sim, pela construção de Políticas, em todas as áreas, não apenas no Campo Saúde, que se voltem para o bem comum, ou seja, pautadas em interesses gerais, definidos democraticamente. Em outras palavras, que atendam a todos, sem privilégios, mas considerando e respeitando as individualidades de cada sujeito, fundamental para que não se torne uma tirania, um autoritarismo.

Todavia, por fim, não basta que isso se dê de modo pontual; é preciso que sejam fundadas instituições que garantam e proporcionem a participação e o controle populares no exercício do poder político, resguardando a cidade (com suas leis e instituições) das ambições dos fortes, da dominação e submissão de particulares. Ou seja, que se institucionalize as formas de resistência; e assim

sejam efetivadas, o que exige um trabalho constante, as condições materiais do exercício da resistência, que é um direito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. **Declaração Final do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 382-384, Sept. 1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1986000300013>;

ABREU, Alzira Alves. **Verbete Plano Nacional de Desenvolvimento (PND)**. Sem Data (s/d). Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/plano-nacional-de-desenvolvimento-pnd>>;

ALEMANHA. **Lei Fundamental da República Federal da Alemanha** [Deutscher Bundestag]. 1949. Tradutor: Assis Mendonça, Aachen Revisor jurídico: Urbano Carvelli, Bonn;

ANANIAS, Ricardo Alex Ribeiro; NOLASCO, Loreci Gottschalk. **Análise da Emenda Constitucional n. 95, de 2016, sob a perspectiva de violação de direitos fundamentais**. Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça/RJDSJ, v. 6, n. 1, Mar.-Jun./2018, p.86-112. ISSN - 2318-7034 [On Line];

ANDRADE, Liliane Lopes; PINA, Andrecinda Rocha de Moraes; SILVA, Isabella Cristina Fernandes da; GOMES, Karina de Moraes; GONÇALVES, Thaiana Cirqueira. **As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v. 7, p. 263-279, 2013;

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JUNIOR, Tomaz. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Publica (Print), Estados Unidos, v. 8, p. 85-91, 2000;

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**, 1975. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade de Campinas;

_____. _____. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 268 p.;

_____. **Democracia é saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987a, p.35-42;

_____. Editorial: Reforma Sanitária é irreversível. Proposta - Jornal da Reforma Sanitária, n.1, p.2, mar. 1987b;

_____. "É um avanço". Proposta - Jornal da Reforma Sanitária, n.5, p.7, nov. 1987c;

_____. Em nome de 54 mil pessoas e 167 entidades Sérgio Arouca defende emenda popular. Proposta - Jornal da Reforma Sanitária, n.5, p.8, nov. 1987d;

_____. Saúde na Constituinte: a defesa da emenda popular. *Saúde Debate*, n. 20, p.39-46, abr. 1988;

ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE. **Emendas Populares**. Volume 258. Janeiro de 1988. Centro Gráfico do Senado Federal. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-258.pdf>>. Acesso em 04 de janeiro de 2019, p. 47;

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In: Gustavo Correa Matta; Ana Lucia de Moura Pontes. (Org.). *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, v. 3, p.;

BATISTA JÚNIOR, Francisco. **Entrevista concedida à equipe Web 2.0 da Federação Nacional dos Médicos durante a 185ª Reunião Ordinária do CNS, em Brasília**. 2008. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=PsONL5uw5eQ>>. Acesso em 29 de setembro de 2018;

BERLINGUER, Giovanni. **Política e Saúde**. Proposta - Jornal da Reforma Sanitária, n.11, p.4, jul.-ago. 1988;

_____. **“Saúde não se troca por dinheiro”**. In: *Revista Saúde em Debate*, nº 9, 1980, p. 41-46;

BOVE, Laurent. **La stratégie du conatus: affirmation et résistance chez Spinoza**. Paris: Vrin, 1996;

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992;

_____. **Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política**. São Paulo: Paz e Terra, 2003;

BRASIL. **3ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1963;

_____. **4ª Conferência Nacional de Saúde**, recursos humanos para as atividades de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1967;

_____. **7ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1980. *Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280 p.;

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde** Brasília, 1986. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p.;

_____. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil);

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.;

_____. **Anais da VI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977;

_____. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. **Documentos I**. Rio de Janeiro, s/d, 48p.;

_____. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. **Documentos III**. Rio de Janeiro, maio 1987. 163p.;

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18);

_____. **Constituição 20 anos: Estado, democracia e participação popular: caderno de textos.**– Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009b. 243 p. – (Série ação parlamentar; n. 393), p. 157;

_____. **Decreto nº 75.508 de 1975.** Regulamenta a Lei nº 6.168, de 9 de dezembro de 1974, que criou o Fundo de Apoio do Desenvolvimento Social - FAS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D75508.htm;

_____. **Decreto nº 84.016**, de 20 de setembro de 1979. Convoca a VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84016-20-setembro-1979-433344-publicacaooriginal-1-pe.html>;

_____. **Decreto nº 84.219**, de 14 de Novembro de 1979. Dispõe sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento, aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o período 1980-1985 e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84219-14-novembro-1979-433518-publicacaooriginal-1-pe.html>;

_____. **Decreto nº 94.657/1987.** Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências (SUDS). Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>;

_____. **II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND).** 1975-1979. Presidente Ernesto Geisel;

_____. **Lei nº 6.118 de 1974.** Dispõe sobre a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e dá outras providências. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=547994&id=14242050&idBinario=15644606&mime=application/rtf>;

_____. Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Educação e Saúde, 1941;

_____. **Movimento Sanitário Brasileiro na Década de 70: A Participação das Universidades e dos Municípios – Memórias.** Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Brasília: Conasems, 2007. 92 p.;

_____. Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde**. Museu Funasa. Sucam. 07/08/2017. Modificado em 09/11/2018. Disponível em: < <http://www.funasa.gov.br:8080/sucam>>. Acesso em 06 de janeiro de 2019;

_____. **Portaria Interministerial (MS e MPAS), nº 01** de 20 de julho de 1976;

_____. **Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/1986**. D.O.U. de 22 de agosto de 1986. Resolve constituir a Comissão Nacional da Reforma Sanitária;

_____. **Relatório Final da V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975;

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Pactos Políticos**: do populismo à redemocratização. São Paulo: Brasiliense, 1985;

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Audiências públicas na Assembleia Nacional Constituinte**: a sociedade na tribuna/organizadores: Ana Luiza Backes, Débora Bithiah de Azevedo, José Cordeiro de Araújo. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009. 653 p. (Série coleções especiais. Obras comemorativas; n. 3);

CARTACAPITAL. **Novo Decreto. Não há representação sem participação**. 2014. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/novo-decreto-nao-ha-representacao-sem-participacao-9169.html> . Acessado em: 01 de agosto de 2017;

CASTRO, Janete Lima de. **Protagonismo silencioso**: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Natal: Observatório RH NESC-UFRN; Ministério da Saúde; OPAS / OMS, 2008;

CEBES. **A questão democrática na área de Saúde**. Saúde em Debate, n. 9, p.11-13, jan.-mar. 1980a;

CEBES. **“Acontecimentos”**. Revista Saúde em Debate, n. 09, 1980b, p. 47-48;

CEBES. **Editorial da Revista Saúde em Debate (RSB)**, v. 20, abr. 1988a, p. 05;

CEBES. **Ofício de Encaminhamento da Emenda Popular da Saúde**. In: Revista Saúde e Debate (RSD), n. 20, 1988b, p. 42-46;

CHAUÍ, Marilena. **“A instituição do campo político”** em Política em Espinosa, ed. Companhia das Letras, São Paulo 2003;

CHORNY, Adolpho. **Correção do Financiamento do setor Saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. 1986, Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 169-171;

CINTRA, Rodrigo Suzuki. **Locke e o Direito de Resistência**. Revista da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo, v. 1, p. 59-72, 2008;

CORDEIRO, Hésio. **O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14 (2):343-362, 2004;

- COSTA, Nelson Nery. **Ciência Política**. Rio de Janeiro: Forense, 2006;
- COSTA, Taiz Marrão Batista da. **Direito de resistência: as concepções de Locke e de Spinoza**. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 13 jul. 2017. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.589472&seo=1>. Acesso em: 06 jan. 2019;
- DA SILVA, Hélio Alexandre. **As paixões humanas em Thomas Hobbes: entre a ciência e a moral, o medo e a esperança**. 2009;
- DANC – **Diários da Assembleia Nacional Constituinte**. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/publicacoes/diarios_anc. Vários acessos;
- DE GUIMARAENS, Francisco; ROCHA, Maurício. **Spinoza e o Direito de Resistência**. Sequencia, v. 35, p. 183-213, 2014;
- DEUTSCHE WELLE. 1572: **A Noite de São Bartolomeu**. Disponível em: <http://www.dw.com/pt-br/1572-a-noite-de-s%C3%A3o-bartolomeu/a-320214>. Acessado em 16 de Dezembro de 2017;
- DIAS, Hélio Pereira. **Saúde como direito de todos e dever do Estado**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 69-90;
- DINIZ, Maria Helena, Norma constitucional e seus efeitos. São Paulo: Saraiva, 1997;
- DURAO, Aylton Barbieri; MEDINA, Javier García. **Revolução Francesa Segundo Kant**. ISSN online 2178-4612, disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura>;
- SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 208 p.;
- FAGUNDES, Dorival (2018). **O Direito de Resistência em Spinoza e a Institucionalização do Decreto nº 8243/14**. Cadernos Espinosanos, (39), 287-315;
- FERNANDES, Cláudio. **Revolução Inglesa**. Sem data (s/d). Disponível em: <http://historiadomundo.uol.com.br/idade-moderna/revolucao-inglesa.htm>. Acesso em 16 de Dezembro de 2017;
- FERRIANI, Luciana de Paula Assis. **Direito de Resistência e Desobediência Civil**. Migalhas. Outubro de 2015. Disponível em: <http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI228832,81042-Direito+de+resistencia+e+desobediencia+civil>. Acessado em 15 de Dezembro de 2017;
- FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente; SILVA, Priscyla Freitas da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; SANTOS, Rafael Vitor Silva Gaioso dos. **O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIII, n. 76, maio 2010. Disponível em: <http://ambito->

juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=7781&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em set 2018;

FLEURY, Sônia Maria. **A Questão Democrática na Saúde**. In “Saúde e Democracia: a Luta do Cebes, editora Lemos, São Paulo, 1997;

FONSECA, Pedro Cezar Dutra; MONTEIRO, Sergio Marley Modesto. **O Estado e suas razões: o II PND**. Revista de Economia Política, vol. 28, nº 1 (109), pp. 28-46, janeiro-março/2007;

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **Manifesto: Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros**. Brasília, 23 nov. 2005. 4p;

GARCIA, Maria. **Desobediência civil – Direito fundamental**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004;

GENTILE DE MELLO, Carlos. **O Sistema de Saúde em Crise**. São Paulo: Cebes/ Hucitec, 1981;

GERSCHMAN, Silvia. **Democracia Social e Atores Políticos – Um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. São Paulo, UNICAMP, 1994. 285 f. Tese (Doutorado, Estado e Políticas Públicas) UNICAMP, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas;

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antônio Ivo de (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. v. 1. 1097p.;

GUATTARI, Félix. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1980;

GUIMARAENS, Francisco de. **Cartografia da imanência – Spinoza e as fundações ontológicas e éticas da política e do direito**, Tese de doutorado, PUC-Rio, departamento de direito, 2006;

GUIMARAENS, Francisco de. **“Direito de resistência e a receptividade de doutrinas jurídicas”** em Direito, estado e sociedade, ano XVI, nº 30, janeiro/junho de 2007;

IANNI, Aurea Maria Zöllner; SPADACIO, Cristiane; BARBOZA, Renato; ALVES, Olga Sofia Fabergé; VIANA, Sabrina Daniela Lopes; ROCHA, Ane Talita. **As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO: a construção de um pensamento social em saúde**. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), v. 30, p. 2298-2308, 2014;

JUSTO, Gealdo. **Santas Casas se incorporam ao projeto**. Proposta - Jornal da Reforma Sanitária, n.1, p.8, mar. 1987;

KUCINSKI, Bernardo. **Abertura: a história de uma crise**. São Paulo: Brasil Debates, 1982;

LAPREGA, Milton Roberto. **Os Hospitais de Ensino no Brasil: História e Situação Atual**. Ribeirão Preto 2015 Tese de Livre Docência apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo Departamento de Medicina Social. Disponível em: < https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4358306/mod_resource/content/2/

Os%20hospitais%20de%20ensino%20no%20Brasil%20hist%C3%B3ria%20e%20situa%C3%A7%C3%A3o%20atual.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2019;

LECHOPIER, Nicolas. **Quatro tensões na saúde pública**. Estudos Avançados, São Paulo, v. 29, n. 83, p. 209-231, Apr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142015000100209&lng=en&nrm=iso>;

LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Júlio Manuel (Organizadores). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, 502 p.;

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina Maria Oliveira; SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. (Orgs.). **Uma escola para a saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 268 p. ISBN 85-7541-047-4. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>;

LOCKE, John. **Dois Tratados Sobre o Governo** / John Locke; tradução Júlio Fischer. – São Paulo: Martins Fontes, 1998. – (Clássicos);

MACPHERSON, Crawford Brough. **A teoria política do individualismo possessivo – de Hobbes a Locke**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979, p. 236;

MAGALHÃES, Raphael de Almeida. **Discurso (Ministro do Estado da Previdência e Assistência Social)**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 19-24;

MAIA, Gustavo; AMARAL, Luciana. **Aprovação ao Governo Temer oscila de 3% para 6%, indica Ibope**. 20/12/2017. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2017/12/20/aprovacao-ao-governo-temer-sobe-para-6-indica-ibope.htm>>;

MANSUR, Marília Coser. **O Financiamento Federal da Saúde no Brasil: Tendências da Década de 1990**. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Orientador: Nilson do Rosário Costa. Agosto de 2001;

MANTEGA, Guido. Relatório de Pesquisa nº 3/1997. **O Governo Geisel, o II PND e os Economistas**. EAESP/FGV/NPP – Núcleo de Pesquisas e Publicações;

MAQUIAVEL, Nicolau. **Discursos Sobre a Primeira Década de Tito Lívio**. São Paulo: Martins Fontes, 2007;

MÉDICI, André César; SILVA, Pedro Luiz Barros. **Alternativas do Financiamento da Atenção à Saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. 1986, Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 173-202;

MELLO, Carlos Gentile de. **Planejamento de Saúde e desenvolvimento econômico**. In Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro. 11 (3): 81-96. Jul.set. 1977;

MELO, Humberto Gomes. **Novas Diretrizes Para o Financiamento do Setor Saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília.

1986, Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 221-225;

MENDES, Eugênio Vilaça. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. Estud. av., São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Jan. 2019;

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967)**. (Developmentalism and preventivism at the root of Collective Health:teaching reforms and the creation of Medical Schools and Departments of Preventive Medicine in Sao Paulo state, Brazil, 1948-1967). Interface (Botucatu). 2018; 22(65):337-48;

NEGRI, Antônio. **O Poder Constituinte: Ensaio Sobre as Alternativas da Modernidade**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Lamparina, 2015. Tradução de Adriano Pilatti;

NEGRI, Antônio. **Verbetes “Spinoza, Baruch – Tratado Político” em Dicionário de obras políticas**, org. François Châtelet; Olivier Duhamel, Evelyne Pisier, Ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1993;

NETO, Felipe Franklin de Lima. **Hipócrates do amanhã: as ligas acadêmicas de medicina e a educação médica na UFC**. 2016. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Ceará;

NUNES, Everardo Duarte. **A construção teórica na sociologia da saúde: uma reflexão sobre a sua trajetória**. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 19, p. 1007-1018, 2014;

OCKÉ-REIS, Carlos Otávio. **Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 23 (6): 2035-2042, 2018;

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo. **A Crise da Previdência e seu Impacto sobre a Política de Saúde**. In: Revista Saúde em Debate, nº 13, 1981, p. 4-19;

OLIVEIRA, Jaime de Araújo Oliveira; FLEURY, Sônia Maria. **(Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis, Vozes (Rio de Janeiro). Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985. 360p.;

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. **O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição**. Saúde e Sociedade (Online), v. 24, p. 205-218, 2015;

OUTRAS PALAVRAS. **O lobby e a força da indústria farmacêutica no Brasil**. Carta Capital. 22 de Agosto de 2016. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/blogs/outras-palavras/o-lobby-e-a-industria-farmaceutica-no-brasil>>.;

PAIM, Jairnilson Silva. **A democratização da saúde e o SUDS: o caso da Bahia**. Saúde Debate, n.21, p.39-44, jun. 1988;

_____. **A formação de recursos humanos em saúde coletiva: contribuição da residência em medicina preventiva e social.** Revista Brasileira de Educação Médica, 9 (2): 88-94, 1985;

_____. **“As Políticas de Saúde e a Conjuntura Atual”.** In: Revista Saúde em Debate, nº 15/16, fev. 1984, p. 08-15;

_____. **Bases conceituais da Reforma Sanitária.** In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997;

_____. **Direito à Saúde, cidadania e Estado.** In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. 1986. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 45-59;

_____. **Ebook O Que É o SUS.** 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. v. 1;

_____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** /Jairnilson Silva Paim. – Salvador: J.S. Paim, 2007. 300p. Orientadora: Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia;

PCB (Partido Comunista Brasileiro). **A Reforma Sanitária na perspectiva do socialismo: a proposta política do PCB.** Saúde Debate, n.20, p. 75-78, abr. 1988;

PENTEADO, Eliane Villas Bôas de Freitas. **Tuberculose no ambiente hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 124 p.;

PERRY, Elizabeth. [2002] (2002). **Challenging the Mandate of Heaven: Social Protest and State Power in China.** Sharpe;

PILATTI, Adriano. **A Constituinte de 1987- 1988: Progressistas, Conservadores, Ordem Econômica e Regras do Jogo.** / Adriano Pilatti. – 2. Ed. – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016. 356 p.;

PINA, Albano. **O Direito de Resistência em Espinosa.** Cadernos Espinosanos. Estudos Sobre o Século XVII. N 35, jul-dez. 2016, p. 433-457;

PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. **Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, mar./abr. 2005;

PIRES-ALVES, Fernando Antônio; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 204 p. ISBN 85-7541-102-0;

PLASTINO, Carlos Alberto. **A cidadania como pertencimento: uma reflexão a partir da psicanálise.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 4 n. 2, p. 385-394, 2006;

PLASTINO, Carlos Alberto. **Do paradigma da dominação ao paradigma do cuidado,** 2016. In Revista Divulgação Em Saúde Para Debate. Janeiro

de 2016. Disponível em: < http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/01/DIVULGA%C3%87%C3%83O_53-WEB-FINAL1.pdf>;

PORTUGAL. **Constituição da República Portuguesa** (1982) – VII Revisão Constitucional (2005). Versão online;

PROPOSTA - Jornal da Reforma Sanitária, n.1, p.3-5, mar. 1987;

PROPOSTA - Jornal da Reforma Sanitária, n.2, abril. 1987;

PROPOSTA – Jornal da Reforma Sanitária, n.3, junho. 1987;

PROPOSTA – Jornal da Reforma Sanitária, n.3, junho. 1987. Encarte Especial 2;

PROPOSTA – Jornal da Reforma Sanitária, n. 4, agosto. 1987;

PROPOSTA - Jornal da Reforma Sanitária, n.4, agosto. 1987. Encarte Especial 2;

PROPOSTA – Jornal da Reforma Sanitária, n. 11, julho/agosto. 1988;

QUADRA, Antônio Augusto Fernandes; CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. **Sistema Nacional de Saúde**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro 11 (3): 15-29, jul./set. 1977;

REALE, Miguel. **Lições Preliminares de Direito**. 25ª edição. 22ª tiragem. São Paulo: Editora Saraiva, 2001;

REFORMA SANITÁRIA JÁ!. In: Revista Saúde em Debate (RSD), n. 19, 1987, p. 111;

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. **O Serviço Especial de Saúde Pública e suas ações de Educação Sanitária nas Escolas Primárias (1942-1960)**. Educar em Revista (Impresso), v. Esp, p. 277-290, 2010;

RODRIGUES, Solange S. **Perspectivas para as CEBs no atual cenário socioeclesial**. In: Rodrigues, Solange S. (Organizadora). CEBs e Mundo Urbano: Perspectivas no pontificado de Francisco. Rio de Janeiro: GraVida, 2016;

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP. Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994;

_____. **Discurso apresentado na reunião da ABRASCO em Cachoeira – Bahia**. Saúde Debate, n. 20, p. 33-38, abr. 1988;

_____. **A via do Parlamento**. In Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Vários autores;

_____. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 260p.;

ROZENFELD, Suely. **“As atribuições da Vigilância Sanitária de Medicamentos”**. In Revista Saúde em Debate, nº 19, set./out. 1987, p. 54-55;

SANTANA, Marco Aurélio. **O novo e o velho sindicalismo: análise de um debate**. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, v. 1, n.10/11, p. 19-35, 1998;

SANTIAGO, Homero. **Um conceito de Classe**. Cadernos Espinosanos, 2014, v. 1, n. 30, 11;

SARAIVA FELIPE, José. **MPAS: o vilão da Reforma Sanitária?** Saúde Debate, n.20, p.65-73, abr. 1988;

SARNEY, José. **Discurso do Senhor José Sarney**, Presidente da República Federativa do Brasil. Pronunciado em Sessão Solene no dia 19 de março de 1986. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 29-31;

SCALCO, Euclides. **Sistema único de Saúde: compromisso a saldar**. Saúde Debate, n.20, p.47-48, abr. 1988;

SECRETARIA DE GOVERNO. **Conferências Nacionais**. 2017. Disponível em: <<http://www.secretariadegoverno.gov.br/participacao-social/conferencias>>. Acessado em 15 de Dezembro de 2017;

SILVA, Heliana Marinho da. **A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**; 1996; 0 f; Dissertação (Mestrado em Administração) - Fundação Getúlio Vargas;; Orientador: Sonia Maria Fleury Teixeira;

SOBREIRA, Nilza Rodrigues. **Marco conceitual de saúde comunitária**. Rev. Bras. Enf.: DF, 32: 369-374, 1979;

SOUSA JÚNIOR, José Geraldo. **A construção social da cidadania**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 61-67;

SOUZA, José Alberto Hermógenes de. **O Sistema Unificado de Saúde como Instrumento de Garantia de Universalização e Equidade**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. 1986, Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 141-144;

SPINOZA, Benedictus de. **Ética / Spinoza**; [tradução de Tomaz Tadeu]. – 2. Ed., 6. Reimp. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017;

_____. **Tratado Político**. Tradução, introdução e notas por Diogo Pires Aurélio; revisão da tradução por Homero Santiago. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009;

_____. **Tratado Teológico-Político**. Tradução, introdução e notas por Diogo Pires Aurélio. São Paulo: Martins Fontes, 2003;

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível

em:<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>;

STERN, Ana Luiza Saramago. **Resistir é obedecer? Resistência e Obediência na Filosofia de Baruch Spinoza**. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da PUC-Rio. Orientador: Adriano Pilatti Co-orientador: Maurício de Albuquerque Rocha. 2008;

STRONG, Maria Isabel; LEITE, Telma Alves de Almeida Fernandes . **A influência da visão holística no processo de humanização**. O Mundo da Saúde , v. 30, p. 35-54, 2006;

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Assistência Médica-Previdenciária – Evolução e Crise de uma Política Social**. Saúde em Debate, n. 9, p. 21-37, jan.-mar., 1980;

_____. **Cidadania, direitos sociais e Estado**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. 1986, Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 91-112;

_____. **Reforma Sanitária é o único projeto de mudanças nascido da sociedade**. Proposta - Jornal da Reforma Sanitária, n.3, jun. 1987b, p. 6;

TENÓRIO, Fernando Guilherme; KRONEMBERGER, Thais Soares (Org.). **Gestão Social e Conselhos Gestores**. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016. v. 3. 255p;

THOREAU, Henry David. **Desobediência Civil (1849)**. Publicado pela primeira vez em “Aesthetic Papers”. Coletânea Compilada por Elizabeth Peabody. Versão para eBook: eBooksBrasil. 2001;

TOLEDO, Luciano Medeiros de (Org.) **Movimentos sociais e saúde**. / organizado por Luciano Medeiros de Toledo e Paulo Chagastelles Sabroza - Rio de Janeiro, Ensp/FIOCRUZ, 2013 (Cadernos de Monitoramento Epidemiológico e Ambiental, 2013, nº 04);

TULLY, James. **A discourse on property – John Locke and his adversaries**. New York: Cambridge University Press, 1983;

VALENTE, Rubens. **Dono de Gestora de Plano de Saúde financiou Ministro que quer rever SUS**. Folha de São Paulo. 17 de maio de 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/05/1772087-ministro-que-defende-rever-sus-foi-financiado-por-dono-de-plano-de-saude.shtml>>. Acessado em 15 de Dezembro de 2017;

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; PAIM, Jairnilson Silva; SCHRAIBER, Lilia Blima. **O que é Saúde Coletiva?**. In: Jairnilson Silva Paim & Naomar de Almeida Filho. (Org.). Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1ª ed. Rio de Janeiro: MEDBOOKS, 2013, v. 1, p. 3-12;

WIKIPEDIA. **Guerra dos Camponenses**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Guerra_dos_Camponeses#CITEREFKlassen1979>. Acessado em 16 de Dezembro de 2017;

WIKIPEDIA. **Guerra dos 80 Anos**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Guerra_dos_Oitenta_Anos>. Acessado em: 16 de Dezembro de 2017;

YUNES, João. **Participação Social em Saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. 1986, Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 133-139;

ZOURABICHVILI, François. **L'énigme de la multitude libre**. In: JAQUET, Chantal; SÉVÉRAC, Pascal; SUHAMY, Ariel. (Org.). La multitude libre. Paris: Éditions Amsterdam, 2009.

ANEXOS

A QUESTÃO DEMOCRÁTICA NA ÁREA DA SAÚDE

Documento apresentado pelo CEBES – Nacional no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal – Outubro 1979.

É praticamente consensual entre os especialistas o diagnóstico de que, a partir da década de 60, vem piorando gradativamente o nível de vida da população. Aumentaram, significativamente, a mortalidade infantil, as doenças endêmicas, as taxas de acidentes do trabalho, o número de doentes mentais, etc. Pioraram, igualmente, as condições de saneamento, a poluição ambiental e os níveis de nutricionais chegaram ao ponto de preocupar as autoridades – hoje, um tanto pessimistas com relação ao que chamam de “miséria absoluta”.

Cresce a um só tempo a mobilização contra o desemprego, os baixos salários e suas péssimas condições de vida. Cresce também, e mais especificamente, a irritação da população contra as filas, a burocracia, a corrupção e os custos da má atenção médica que recebem. Crescem, finalmente, as reclamações e reivindicações sindicais contra os convênios e contratos com as empresas médicas.

Enquanto isso acontece, a medicina brasileira vive uma profunda crise. Exacerbam-se as críticas à sua qualidade. Questiona-se cada vez mais a sua eficiência. Acusam-se os médicos de desleixo e desnaturada avidez salarial. Os donos dos hospitais ameaçam fechá-los porque seus lucros estão baixos.

É neste contexto que se situa a maior parte do material que vem sendo veiculado pelos meios de comunicação de massa. Inúmeros elementos objetivos sustentam a parcial veracidade destas acusações. Entretanto, o que só recentemente está vindo à luz, em forma ainda um tanto encoberta, são as reais causas das distorções detectadas. As raízes últimas na anarquia instaurada na assistência médica e da insolvência sanitária da população: a mercantilização da medicina promovida em forma consciente e acelerada por uma política governamental privatizante, concentradora e antipopular.

Política que substitui a voz da população, pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais. Política de Saúde que acompanha em seu traçado as linhas gerais de posicionamento socioeconômico do governo: privatizante, empresarial e concentrador da renda, marginalizando cerca de 70% da população benefícios materiais e culturais do crescimento econômico. Política de Saúde, ainda, que reduziu ao mínimo os gastos em saúde pública, privilegiando a assistência médico-hospitalar curativa e de alta sofisticação, ainda quando o quadro sanitário do país indique a enorme importância dos “velhos” problemas: esquistossomose, chagas, malária, desnutrição, altos índices de mortalidade infantil, combinados com a emergência de novos padrões de mortalidade urbana (câncer, doenças cardiovasculares, acidentes, violência, etc.). Política de Saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral.

Exemplo recente desta forma de política elitista e antipopular e a tentativa da criação do cheque-consulta, cujo único objetivo é satisfazer os interesses dos produtores de serviços acenando à população com a ilusão de um melhor acesso aos serviços de saúde.

Face a esta política de caráter essencialmente antidemocrático, a grande maioria dos profissionais de saúde encontra-se, hoje, colocada na trincheira de uma batalha inglória a tentar remediar os males de um planejamento ineficaz para uma população carente e subnutrida, com técnicas às vezes tão ou mais perigosas que as próprias doenças que deseja eliminar.

Por outro lado, a população marginalizada das decisões sobre a política de Saúde da mesma forma que da maioria das decisões sobre a vida nacional, financia um sistema que muito pouco ou nada lhe oferece em troca.

Frente a este quadro é dever da população e dos profissionais de saúde, nos locais de trabalho e reunidos em torno de suas entidades representativas, apresentar seu diagnóstico da situação. Mais ainda, somando-se ao clima de debates que hoje caracteriza a conjuntura política nacional, avançar e propor plataformas de luta que busquem reunir suas aspirações na linha de constituição de uma medicina democrática.

É nesse sentido que o centro Brasileiro de Estudos de Saúde vem apresentar sua contribuição a este debate e a esta luta.

– O diagnóstico apresentado já indica as grandes linhas de uma proposta, limitando responsabilidades e definindo os principais obstáculos que se interpõem hoje, no Brasil, entre os ideais democráticos e as possibilidades de resposta e adequação real do nosso Sistema de Saúde àqueles ideais.

Por uma Saúde autenticamente democrática entende-se:

- 1- O reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde;
- 2- O reconhecimento do caráter socioeconômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis;
- 3- O reconhecimento da responsabilidade parcial, porém, intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população;
- 4- O reconhecimento, finalmente, do caráter social deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supra mencionadas;

Por isso, são necessárias medidas que:

- 1- Obstaculizem os efeitos mais nocivos das leis de mercado na área da Saúde, ou seja, detenham o empresariamento da medicina;
- 2- Transformem os atos médicos lucrativos em um bem social, gratuito, à disposição de toda a população;
- 3- Criem um Sistema Único de Saúde;
- 4- Atribuem ao Estado a responsabilidade total pela administração deste Sistema;
- 5- Deleguem ao Sistema Único de Saúde a tarefa de planificar e executar uma política nacional de saúde; que inclua: a pesquisa básica, a formação de recursos humanos, a atenção médica individual e coletiva, curativa e preventiva, o controle ambiental, o saneamento e a nutrição mínima à sobrevivência de uma população hígida;
- 6- Estabeleçam mecanismos eficazes de financiamento do sistema, que não sejam baseados em novos gravames fiscais sobre a maioria da população, nem em novos impostos específicos para a Saúde. O financiamento do Sistema Único deverá ser baseado numa maior participação proporcional do setor Saúde nos orçamentos

federal, estaduais e municipais, bem como no aumento da arrecadação decorrente de uma alteração fundamental no atual caráter regressivo do sistema tributário;

7- Organizem este sistema de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do país em seus níveis federal, estadual e municipal, estabelecendo unidades básicas, coincidentes ou não com os municípios, constituídas por aglomerações de população que eventualmente reuniriam mais de um município ou desdobrariam outros de maior densidade populacional. Esta descentralização tem por fim viabilizar uma autêntica participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do sistema, propondo e controlando as ações planejadas de suas organizações e partidos políticos representados nos governos, assembleias e instâncias próprias do Sistema Único de Saúde;

8- esta descentralização visa, por um lado, maior eficácia, permitindo uma maior visualização, planificação e alocação dos recursos segundo as necessidades locais. Mas, visa, sobretudo, ampliar e agilizar uma autêntica participação popular a todos os níveis e etapas na política de Saúde;

Este, talvez o ponto fundamental desta proposta, negador de uma solução meramente administrativa ou “estatizante”. Trata-se de canalizar as reivindicações e proposições dos beneficiários, transformando-os em voz e voto em todas as instâncias.

Evita-se, também, com isto, uma participação do tipo centralizador, tão cara ao espírito corporativista e tão apta às manipulações cooptativas de um estado fortemente centralizado e autoritário, como tem sido, tradicionalmente, o estado Brasileiro.

9- Estabeleçam um estatuto de convivência entre a prática assalariada vinculada ao Sistema Único de Saúde e a autêntica prática de consultórios particulares que tem tradição na medicina brasileira;

10- Definam uma estratégia específica de controle sobre a produção e distribuição de medicamentos, assim como de produção e/ou importação e consumo de equipamentos médicos. Que esta estratégia tenha presente as necessidades reais, majoritárias e regionalizadas da população, reduzindo ao mínimo os gastos e a sofisticação desnecessária.

Estas opções políticas conduzem a uma proposta de transformação profunda no atual sistema de saúde, cujas medidas iniciais sejam:

I- Criar o Sistema Único de saúde (SUS);

II – Outorgar ao Ministério da Saúde a direção do SUS, com a tarefa de planificar e implantar em conjunto com os governos estaduais e municipais a Política Nacional de Saúde. O Órgão deve ter poder normativo e executivo, inclusive sobre o setor privado e empresarial, sendo controlado permanentemente pela população, através de suas organizações representativas, via mecanismos claramente estabelecidos e institucionalizados;

III – Definir a Política de Assistência Médica, atualmente levado a cabo pelo INAMPS, já então enquadrado e disciplinado pelo órgão diretor do SUS, mediante a suspensão imediata dos convênios e contratos de pagamento por unidades de serviços para a compra de atos médicos ao setor privado empresarial; substituindo-os por subsídios globais; estabelecer mecanismos efetivos de controle destas unidades contratadas que impeçam consequências danosas como o aviltamento dos salários dos profissionais e a diminuição da qualidade do atendimento; controle a ser exercido em conjunto por um representante do Sistema Único de Saúde com assento permanente na direção destas unidades;

IV – Criar imediata, ainda que progressivamente, com os recursos antes dispendidos com os convênios e outros, uma rede nacional, devidamente regionalizada, de ambulatórios e postos de saúde próprios, voltados para a aplicação de medidas preventivas, articuladas com assistência médica primária, de casos de emergência e acidentes de trabalho. Para o funcionamento destes postos, deverão ser utilizados médicos funcionários do Sistema Único e, sobretudo, pessoal auxiliar, cuja formação deverá ser estimulada com veemência;

V – Definição de uma política para área rural, adequada às reais necessidades dessa população, descondicionando a prestação de assistência médica da satisfação de interesses eleitorais de grupos partidários;

VI – Redefinir a atual política do FAS para que passe a financiar a expansão da rede básica dos serviços de saúde;

VII – privilegiar as medidas de controle do meio ambiente, particularmente aquelas destinadas à redução de doenças endêmicas, como chagas, esquistossomose, malária, etc.;

VIII – Planejar a formação e distribuição de profissionais de saúde, definindo as prioridades para a formação de pessoal não especializado e especializado;

IX – Definir uma política de produção e distribuição de medicamentos e equipamentos médicos orientada pela simplificação e eficácia tecnológica e dirigida à redução da dependência ao capital estrangeiro através de:

- maior participação estatal na pesquisa, formação de pesquisadores e desenvolvimento de tecnologia nacional dirigida à produção de matérias-primas fundamentais à industrialização de medicamentos essenciais; de modo similar ao que originalmente propunha o próprio projeto ou central de Medicamentos;
- controle de remessas de lucros para o exterior;
- controle efetivo da qualidade e da quantidade dos medicamentos comercializados;
- importação apenas daqueles equipamentos e fármacos que tenham tido sua eficácia comprovada através da utilização por um período mínimo de 5 anos.

O conjunto destas reivindicações conforma uma primeira etapa na formulação de uma plataforma de luta em prol de uma autêntica democratização da medicina e da Saúde brasileira.

Não pretende ser executiva nem abranger detalhes administrativos de implementação. Não é seu objetivo. Define apenas as grandes linhas que deverão orientar, em nosso entender, as decisões políticas fundamentais.

Abre-se a partir deste momento um debate democrático, o mais amplo e fértil possível, com todas as entidades e instituições interessadas na solução da crise atual da medicina brasileira. Debate que aprofunde estes pontos indicados, levando à formulação mais acabada de uma plataforma que agrupe e mobilize médicos e não médicos na luta contra a atual política de governo para a saúde e a favor de uma medicina democrática.

O CEBES, dentro da perspectiva da democratização dos serviços de saúde, entende também que devam ser atendidas as justas reivindicações dos movimentos sociais no setor, no sentido de:

- 1- Desvincular os conselhos profissionais do Ministério do Trabalho, a exemplo da OAB;
- 2- Estabelecer salários justos que dignifiquem a atividade profissional, a estabilidade no emprego e melhores condições de trabalho;
- 3- Ser coibido o uso do saber e autoridade quando usada para praticar ou acobertar atos de violência física ou moral contra a pessoa humana;

- 4- Eliminar toda e qualquer discriminação social, religiosa, política e ideológica, na admissão de profissionais para cargos públicos ou privados;
- 5- Modificar os atuais currículos de formação de profissionais, adaptando-os às atuais necessidades sociais, enfatizando a área de saúde coletiva;
- 6- Regularizar a situação de diferentes profissionais, como por exemplo, assinando a carteira de trabalho para residentes e regulamento em todos os níveis, a carteira de sanitaristas;
- 7- Imediata readmissão de professores, médicos, cientistas, etc., atingidos pelos atos excepcionais;
- 8- Recusar na sua totalidade o atual projeto da CLT, unindo-se à luta de todos os trabalhadores brasileiros.

SEÇÃO II – DA SAÚDE (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988)

SEÇÃO II DA SAÚDE

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público **dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle**, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. **As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único**, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;

II - **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - **participação da comunidade**.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será **financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios**, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à **iniciativa privada**.

§ 1º As **instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio**, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º **É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.**

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, **sendo vedado todo tipo de comercialização.**

Art. 200. Ao **sistema único de saúde compete**, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - **controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias** de interesse para a saúde e **participar da produção** de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de **vigilância sanitária e epidemiológica**, bem como as de **saúde do trabalhador**;

III - ordenar a **formação de recursos humanos na área de saúde**;

IV - participar da formulação da política e da execução das **ações de saneamento básico**;

V - incrementar em sua área de atuação o **desenvolvimento científico e tecnológico**;

VI - **fiscalizar e inspecionar alimentos**, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como **bebidas e águas para consumo humano**;

VII - **participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos**;

VIII - colaborar na **proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.**

Art. 23. **É competência comum** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...]

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

Parágrafo único. Lei complementar fixará normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional.

REFORMA SANITÁRIA JÁ!

Quando a saúde da população brasileira chega a um dos seus mais baixos níveis, convivendo as doenças da pobreza com aquelas do crescimento econômico;

Quando o sistema de saúde atual consegue o consenso de trabalhadores da saúde e população quanto à sua ineficiência;

Quando experiências de mudanças bem sucedidas mostram o caminho a seguir;

Quando povo brasileiro, por meio de suas diferentes formas de organização clama por justiça social e o Governo, por meio de sua autoridade maior, reconhece a legitimidade desse pleito;

Quando se dá a condução de novas lideranças políticas ao executivo dos Estados, às Assembleias Legislativas, à Câmara e Senado Federais;

Quando se aproxima o fim dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, sobre a qual são depositadas as esperanças e interesses do povo em obter-se uma Constituição que garanta a organização e permanência de uma sociedade justa, soberana e democrática, nós, os signatários desta, reafirmamos o compromisso de implementar a REFORMA SANITÁRIA JÁ;

- que obedeça às bases político-organizacionais estabelecidas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que consagrou como conquista da cidadania o direito à saúde e responsabilidade do estado de manter os serviços necessários para atender a toda população em suas necessidades de recuperá-la e promove-la;

- que estabeleça um sistema único de saúde, descentralizado e hierarquizado, que privilegie a prestação de serviços pelos estados e municípios;
- que estabeleça a utilização dos recursos Governamentais, de todos os níveis, como fonte principal para atender ao novo sistema, geridos por fundos únicos, federal, estaduais e municipais;
- que viabilize a participação da população organizada e da sociedade política na elaboração, execução e avaliação da programação dos serviços de saúde, exercendo seu direito de controle sobre os serviços que lhe são prestados.

E, para que esta proposta seja exitosa, conclamam a que colegas e companheiros, identificados com a CAUSA DA REFORMA SANITÁRIA subscrevam esta carta-compromisso; engajando-se no trabalho que tem por objetivo único, o de contribuir para a melhoria das condições de vida do povo brasileiro.

José Alberto Hermegenes – Sec.-Geral/MS

José Maria Borges – SES/MG

Sérgio Arouca – Fiocruz

Eleutério Rodriguez Neto – NESP/UnB

Luiz Felipe Moreira Lima /SNVS/MS

Rooney – CONASS

José Fogaça – SEM/RS

João Yunes – SES/SP

e outros.

A INCESSANTE CONSTRUÇÃO

Não se nasce sanitaria,
Muito raro essa condição.
A cada dia torna-se,
Num devir consciente,
Ou subconsciente.

Importante é não perder de vista no horizonte,
Nem tão bonito quanto se esperaria,
Nestes tempos inomináveis,
Do pós-golpe de 2016,
Que a realidade está aí,
E que as condições sanitárias
Estão longe do aceitável,
Ou de um patamar mínimo de dignidade humana,
Para usar um termo da Valente e Resistente Constituição Federal de 1988.

Mais que nunca,
Após a queda da Ditadura Militar de 1964,
É imprescindível falar de Saúde,
E falar de Saúde é falar de Democracia.

Que as potências dos nossos corpos [substância] resistam,
Imersos em profundas alegrias,
Porque juntos na luta,
Em favor de singularidades e cidades mais sãs,
De governos sadios.

É sempre por um mundo melhor.

Fagundes Cotrim

Rio de Janeiro, 28 de dezembro de 2018