

Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois

*Revisiting “the democratic issue in the health sector”:
almost 30 years later*

Sonia Fleury ¹

¹ Doutora em Ciência Política pelo Instituto
Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro
(IUPERJ); presidente do Centro Brasileiro de
Estudos de Saúde (CEBES).
sonia.fleury@fgv.br

Em outubro de 1979, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) apresentou, no 1º *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal*, o documento intitulado *A questão democrática na área da saúde*¹, identificado, a partir de então, como uma proposta coletiva do Movimento pela Reforma Sanitária naquela conjuntura.

Desde a sua criação, o CEBES defendeu a idéia da Reforma Sanitária, como aparece no editorial do segundo número da *Revista Saúde em Debate* de 1977, no qual é afirmado o princípio de que “a saúde é um direito de cada e de todos os brasileiros” como recupera Paim (2008, p. 80) e se assume a “necessidade de organizar a prestação de serviços de saúde em uma nova perspectiva”. Nesse editorial é atribuído ao CEBES o seguinte papel:

preconizar a democratização do setor saúde, recebendo todas as contribuições que atendam aos objetivos de uma Reforma Sanitária, que deve ter como um dos marcos a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade.(CEBES, 1977, p. 3-4).

A questão política que se coloca a partir desta análise é relativa às condições necessárias ao processo de politização e democratização da saúde. A relação entre democracia e saúde é proposta por Berlinguer (1979) ao postular que ambos são conceitos abstratos e, mais do que isso, orientações ético-normativas. Se há necessidade de se reconhecerem os conflitos de interesse e a oposição entre as forças conservadoras e reformadoras tanto no caso da democracia quanto no caso da saúde, tais conflitos não podem ser reduzidos a uma polarização classista. Por

¹ Publicado originalmente em 1980 pela revista *Saúde em Debate* n. 9, p. 11-14. Republicado na coletânea “Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária” Organizada por: Sonia Fleury, Ligia Bahia e Paulo Amarante, p. 149-151, Cebes: Rio de Janeiro, 2007

outro lado, do ponto de vista estratégico, a luta pela universalização da saúde aparece com parte intrínseca à luta pela democracia, assim como a institucionalização da democracia aparece como condição para garantia da saúde como direito de cidadania.

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

- reconhecimento político e institucional do Movimento Sanitário como sujeito e dirigente do processo reformador;
- ampliação da consciência sanitária de forma a possibilitar o consenso ativo dos cidadãos (usuários e profissionais) em relação ao processo transformador no setor, bem como a natureza social das determinações que incidem sobre o processo saúde/doença e sobre a organização do cuidado médico;
- resgate da saúde como um bem de caráter público, embora contraditoriamente limitado aos interesses gerados pela acumulação de capital. Por conseguinte, trata-se de expressar o caráter de bem público da saúde consubstanciando-o na definição de uma norma legal e do aparato institucional que visa à garantia da sua universalização e equidade (FLEURY, 1992, p. 31).

A apresentação do documento *A Questão Democrática na Área da Saúde* na Câmara tornou-se um marco na trajetória da reforma sanitária por diferentes razões:

- a demonstração da capacidade de organização de diferentes formulações anteriores para consolidar um projeto comum;
- a formulação, pela primeira vez, da proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- a ocupação de um espaço estratégico pelo Movimento pela Reforma Sanitária, no que diz respeito à construção de alianças estratégicas com os parlamentares.

Além de denunciar a deterioração progressiva das condições de vida e saúde da população brasileira, o documento assinala a crescente mobilização popular e direciona essas tendências à construção do conceito de crise da medicina brasileira, decorrente de uma política socioeconômica privatizante, empresarial e concentradora de renda. Tal política tanto reduzira os gastos em saúde pública quanto privilegiara a assistência hospitalar, curativa e de alta sofisticação, incapaz de suprir as necessidades sanitárias da população brasileira.

Denunciando as condições precárias de trabalho dos profissionais de saúde e a ausência de mecanismos de participação dos usuários, assume-se a necessidade de uma resposta democrática à questão, o que implica em:

- reconhecer o direito universal e inalienável à saúde;

- reconhecer a determinação social da saúde;
- reconhecer a responsabilidade parcial, porém intransferível das ações médicas na promoção ativa da saúde;
- reconhecer o caráter social do direito à saúde, tanto no que tange à responsabilidade da comunidade quanto do Estado.

A construção do projeto da reforma sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde (FLEURY, 1988). A constituição da Saúde Coletiva como campo do saber e espaço da prática social, foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito que articula teoria e prática social a organização da prática médica, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta.

Partindo da análise dos processos de trabalho e do conceito-chave de organização social da prática médica, tal movimento faz uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada, bem como de sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento (FLEURY, 1988, p. 196).

A resposta a essa situação de crise é formulada com clareza no documento do CEBES, a partir de uma proposta de criação de um SUS de responsabilidade estatal, obstaculizando a mercantilização da saúde. Garantia-se, pois, um financiamento adequado a esse sistema, organizado de forma descentralizada e com base em unidades hierarquizadas que permitem a participação da população em todos os seus níveis e instâncias. Em seguida, traçam-se diferentes diretrizes de condução da estratégia do SUS e da transição para a sua implementação (FLEURY; BAHIA; AMARANTE, 2007, p. 149-151).

Relendo esse documento hoje, pode-se perceber que sua fortaleza reside na confluência e organização de um conjunto de análises e proposições críticas que englobam o diagnóstico da crise na condição de saúde e a crítica da organização dos serviços em prol de uma proposta alternativa de organização do SUS que pudesse concretizar os princípios democráticos do direito universal à saúde.

A grande potência de tal proposta é decorrente da facilidade em identificar a incapacidade do modelo vigente de organização dos serviços, subordinados crescentemente à lógica da mercantilização da saúde; decorre, ainda, do fato de deter condições de responder à situação de crise e à demanda neste campo.

A principal idéia da proposta alternativa se dá pela inclusão da saúde no campo dos direitos humanos, e pelo acesso aos serviços de saúde no campo dos direitos sociais, a serem garantidos por um Estado democrático a partir da organização de um sistema público e participativo, afirma-se “não é estatizante, é popular”.

Para essa proposta confluem as soluções dos problemas identificados no sistema de saúde relativos a financiamento e organização, relação público-privada, recursos humanos, modelo de atenção, insumos e medicamentos, relação da saúde com o ambiente e, também, uso político da rede de serviços.

Nesse sentido, podemos dizer que a proposta do SUS cumpria os requisitos do que Marx (2003) denominou ‘categoria simples’ ao tratar do método da economia política. O pensador afirma que as categorias simples são a expressão das

relações nas quais o concreto menos desenvolvido já pode ter se desenvolvido. O percurso do pensamento abstrato, que vai do simples ao complexo, deve considerar que “o concreto é concreto porque é a síntese de múltiplas determinações e, por isso, é a unidade do diverso”. (MARX, 2003). Aparece no pensamento como processo de síntese, como resultado, e não como o ponto de partida, embora o seja. Passa a ser, também, o ponto de partida da intuição e da representação.

No entanto, se a concretização da Reforma Sanitária na proposta do SUS correspondia à necessidade estratégica de convergir para um processo simplificado de síntese, a construção desse campo de conhecimento já apontava a saúde como um objeto concreto e complexo, síntese de múltiplas determinações, que na definição de Arouca (1982) compreende:

- um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde/enfermidade;
- a produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material, seus agentes e instituições organizados para satisfazer necessidade;
- um espaço específico de circulação de mercadorias e de sua produção (empresas, equipamentos e medicamentos);
- um espaço de densidade ideológica;
- um espaço de hegemonia de classe através das políticas sociais, que têm a ver com a produção social;
- inserção de uma potência tecnológica específica que permita solucionar problemas tanto no âmbito individual como no coletivo.

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

Os princípios que orientaram esse processo foram:

- ético-normativo: insere a saúde como parte dos direitos humanos;
- científico: compreende a determinação social do processo saúde doença;
- político: entende a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática;
- sanitário: defende a proteção integral à saúde, desde a promoção e ação curativa até a reabilitação.

É preciso levar em consideração esse jogo de idas e vindas entre o concreto multideterminado e a simplificação da abstração proposta pelo SUS como o processo de síntese necessário à construção de um projeto político.

No entanto, para compreender o processo da Reforma Sanitária, levantaram-se as seguintes hipóteses (FLEURY, 1990):

- a adoção de uma concepção ampliada de saúde como resultado das formas de organização social da produção, mas também como fruto das lutas populares cotidianas, ambas atuando em prol de sua concretização histórica e singular;
- a democracia é o processo de reconhecimento dos trabalhadores como sujeitos políticos a partir de sua luta, em um processo mútuo de (auto) reconhecimento de identidades sociopolíticas entre os sujeitos;
- a incorporação das demandas sanitárias por meio de um conjunto de dispositivos legais e institucionais, configurando distintas cidadanias, é resultante da correlação de forças existentes e um elemento ativo na conformação de identidades políticas e sociais;
- as Reformas Sanitárias quase sempre emergem em um contexto de democratização e estão associadas à emergência das classes populares como sujeitos políticos, geralmente em aliança com setores da classe média;

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

O caráter político da Reforma Sanitária será dado pela natureza da transição democrática experimentada em cada contexto nacional, sejam elas transições pactuadas ou transições por colapso do autoritarismo.

Seu formato e conteúdo políticos serão provenientes da junção de pelo menos alguns fatores tais como: os embates do caráter político e ideológico da coalizão que impulsiona o processo de democratização com a coalizão conservadora, a articulação do processo da Reforma Sanitária com as estratégias de transição à democracia, o *timing* da Reforma em relação ao processo de democratização, a capacidade de alteração da cultura política prevalente em direção à universalização dos direitos e à garantia de práticas administrativas participativas.

A sustentabilidade desse processo de reforma dependerá da promoção de mudanças efetivas no controle institucional, da qualidade e eficácia dos serviços, o que garantirá a preservação do apoio social à reforma. Além disso, dependerá da redução das restrições, de ordem financeira e política, à construção de um sistema amplo de proteção social, bem como da capacidade de transacionar os conflitos gerados pelo próprio processo reformador. Isso sem mencionar a flexibilidade da burocracia e dos profissionais de saúde em relação a tais mudanças que deverá existir.

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

Em síntese, a Reforma Sanitária brasileira tomou como ponto de partida o caráter dual da saúde, entendida como a possibilidade de ser vista como valor universal e núcleo subversivo da estrutura social. Como valor universal,

torna-se um campo especialmente privilegiado para a construção de alianças suprapartidárias e policlasistas. Como núcleo subversivo da estrutura social, indica uma possibilidade sempre inacabada em um processo de construção social de uma utopia democrática.

A permanente tensão entre um projeto de radicalização da democracia implícito na Reforma Sanitária e sua concretização possível através de uma reforma do sistema de saúde é parte da opção de uma via de transição, já apontada por Poulantzas (1980).

Na medida em que se considera o fato de a luta estratégica pelo poder atravessar o Estado, será necessário realizá-la nesse espaço, mas há sempre uma necessidade de diferenciá-la da ocupação de posições nas cúpulas governamentais e também do reformismo progressivo, que não passa de transformação estatal. O que identifica a luta pelo Socialismo, mesmo no interior do Estado, é a sua capacidade de causar rupturas reais na relação de poder de forma tendenciosa às massas populares. Isso requer sua permanente articulação com as lutas de um amplo movimento social pela transformação da democracia representativa.

A efetivação desta via e dos próprios objetivos que ela comporta, a articulação desses dois movimentos que visa a evitar o estatismo e o impasse da social-democracia, supõem o suporte decisivo e contínuo de um movimento de massa baseado em amplas alianças populares. Se esse movimento desenvolvido e ativo – opondo-se à revolução passiva – não existe, se a esquerda não consegue incitá-lo, nada poderá impedir a social-democratização desta experiência: os diversos programas, por mais radicais que sejam, não modificam quase nada o problema. Esse amplo movimento popular constitui uma garantia diante da reação do adversário, mesmo que não seja suficiente e deva sempre estar aliado a transformações radicais do Estado. (POULANTZAS, 1980, p. 299).

Revisitando A Questão Democrática da Saúde quase 30 anos depois podemos dizer que as opções feitas foram corretas, mas insuficientes para enfrentar as forças contra-reformistas e alterar efetivamente as relações de poder.

Com a reforma democrática do Estado e criação do SUS fomos capazes de deslocar o poder para os níveis subnacionais, inaugurando um modelo de federalismo pactuado altamente inovador sem, contudo, assegurar o estabelecimento de transparência e responsabilidade necessárias ao um estado republicano.

Foi possível, ainda, institucionalizar e constituir os princípios e diretrizes que operacionalizam o direito e a organização do sistema de saúde, sem que se evitassem a desmontagem do aparelho administrativo e prestacional do Estado, a deterioração das condições de trabalho, a politização e patrimonialização dos recursos públicos ou a corrupção na saúde.

Criaram-se modelos de gestão pública que levariam em conta a participação da sociedade civil por meio de conferências e conselhos. Não haveria garantia, no entanto, que esses espaços gerassem processos comunicativos e deliberativos de construção de políticas.

A cobertura dos serviços para os setores mais excluídos foi ampliada, ainda que isso representasse a entronização do modelo de atenção curativo ou, quando ampliada a ação preventiva, a possibilidade de se estruturar um novo modelo de atenção com serviços de qualidade. O sistema de saúde público foi, então, unificado com uma única autoridade em cada nível de governo sem que se rompesse a lógica predominante de pagamento por serviços prestados e com as conseqüências deletérias dessa modalidade para o sistema.

Foram fortalecidos os atores políticos que se organizam ao redor das políticas e recursos da saúde, ainda que isso tenha resultado em fragmentação, cooptação e corporativização, reduzindo o potencial do movimento sanitário.

Foi possível resistir a todos os projetos liberais e defender a manutenção do SUS, mas não se pôde garantir uma fonte regular para o seu financiamento e patamares de gasto público necessários para o seu funcionamento.

A consciência sanitária em relação ao direito à saúde aumentou, mesmo que esta compreensão de saúde se reduza à atenção médica curativa e permita a crescente judicialização da saúde. Além disso, a saúde se fortaleceu como política pública sem que esse fato representasse uma articulação maior com as políticas de meio ambiente e da Seguridade Social ou mesmo um maior comprometimento dos governos com as políticas de saúde.

Ampliou-se dramaticamente a produção de consultas e intervenções em todos os tipos de procedimentos, dos mais simples aos mais complexos, sem que fosse possível definir uma porta única do sistema e uma rede de serviços hierarquizada e coordenada. Resistiu-se à privatização da saúde com a preservação do SUS, mas há, no fim das contas, uma incapacidade de romperem-se os fluxos, no interior do SUS, através dos quais os recursos públicos são canalizados em prol de benefícios privados e organizações lucrativas.

Por essas razões, está na hora de questionarmos qual é, hoje em dia, a questão democrática da saúde: aquela que nos permite a convergência dos diferentes discursos e propostas progressistas e encaminha um projeto de transformação, capaz de provocar rupturas estratégicas em direção à Reforma Sanitária.

Nesse sentido, reafirmamos a convicção de que apenas o Sistema Único, e público, de Saúde pode responder às demandas sanitárias e à necessidade de construção de uma sociedade democrática pautada nos direitos sociais de cidadania. Considera-se que, com todos os problemas apontados, o SUS construiu democracia em saúde e deve ser o caminho seguido para que esse processo seja radicalizar. No entanto, é preciso entender que a própria existência do SUS colocou os problemas identificados há 30 anos em um novo patamar de complexidade: financiamento, gestão, recursos humanos, insumos, acesso a e qualidade dos serviços, relação entre o público e o privado.

O que se observa na fase atual é que o modelo igualitário defendido pelo SUS não se completou e o sistema continua cheio de iniquidades, reproduzindo, como as demais políticas públicas no Brasil, as desigualdades que estruturam a sociedade brasileira. Mesmo tendo sido uma das políticas, junto às demais da Seguridade Social, que mais reduziu o quadro de desigualdades nos últimos anos, é necessário reconhecer, identificar e transformar as condições que as reproduzem no interior do SUS.

Devemos retomar os fundamentos metodológicos que nos permitiram a construção dessa trajetória política e institucional democrática, recorrendo ao conceito de crise para proceder ao diagnóstico da situação atual. A população vive a atenção à saúde como uma crise permanente, resultado, em grande parte, da insegurança em relação a suas expectativas sobre o direito à saúde. A crise é percebida nas condições materiais de atenção e na forma, muitas vezes humilhante e degradante tanto para pacientes quanto para profissionais, como se dá o processo de atenção à saúde. A população reconhece que existem, na sociedade brasileira, recursos técnicos, financeiros e humanos que não são direcionados a atender às suas necessidades de saúde. É preciso que nos solidarizemos com esse sentimento e essa parcela da população para que, dessa forma, possamos transformar o SUS, nas localidades onde apresente esse tipo de problemas, assegurar cuidados de qualidade, um acolhimento digno e a resolutibilidade ao usuário-cidadão.

Mas, é necessário que, nesse movimento de solidariedade e compreensão crítica, sejamos capazes de ir além da denúncia e analisemos os fatores que permitem essas situações; ou, mais ainda, que pensemos uma forma de operar as rupturas que possa transformá-los. Nesse sentido, devemos entender que todas as questões estruturantes dos problemas do SUS devem ser pensadas à luz do critério político da equidade e não como um conjunto progressivo de ações

administrativas. Em outras palavras devemos pensar, por exemplo, no financiamento, mas não apenas na quantia de dinheiro que falta para a saúde. É preciso ir além; é preciso que nos questionemos sobre o por quê de o governo usar recursos da saúde e de outras áreas sociais para superávit fiscal (via DRU). E, também, por que não assume compromissos com metas financeiras que permitam aumentar progressivamente o gasto público federal per capita? Por que renuncia à cobrança de impostos das classes média e alta com seguros de saúde ao invés de direcionar tais recursos para o SUS? Por que contingencia os recursos do orçamento aprovado? Por que utiliza recursos públicos na compra de planos de saúde para os servidores? Por que não contribui para a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29?

O Movimento pela Reforma Sanitária tem de exigir essas respostas para que se assegure uma maior equidade no financiamento do SUS. Por outro lado, é preciso que analisemos, no prisma da equidade, o gasto em saúde para demonstrar que ele não é neutro, pois privilegia práticas, setores empresariais, unidades federativas e unidades de serviço que reproduzem as desigualdades sociais. Devemos identificar o gasto, as práticas, as relações que estruturam novas modalidades de atenção e que são potencialmente geradoras de rupturas com o padrão de desigualdades vigentes.

Em outras palavras, trata-se de entender a complexidade atual desse concreto multideterminado que é o SUS e, permanentemente, confrontá-lo de forma dialética com os princípios e valores que orientaram a construção da Reforma Sanitária brasileira. Dessa forma, seria possível a formulação de novas estratégias que permitam avanços e rupturas.

Hoje em dia, o filtro político que orienta essa avaliação está claro, pois não há democracia onde reina a iniquidade.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. Salud em la transición. In: *II Seminário Latinoamericano de Medicina social*, Manágua, 1982.

BERLINGUER, G. Democracia y salud. In: *IV y V Congreso Mundial de Medicina Social*, Medellín, 1979.

FLEURY, S. *Saúde: coletiva?* Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

_____. *La reforma sanitária: em busca de uma teoria*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1990.

_____. A reforma sanitária brasileira. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.; CAMPOS, G.. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo, Hucitec/CEBES, 1988.

FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. Saúde em debate – Fundamentos da Reforma Sanitária. *A questão Democrática na área da Saúde*. CEBES. Rio de Janeiro, 2007.

MARX, K. *Contribuição à crítica da economia política*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

PAIM, J. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EDUFBA, 2008.

POULANTZAS, N. *O estado, o poder e o socialismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

Recebido: Novembro/2008

Aprovado: Dezembro/2008